



PEMERINTAH KABUPATEN BONE
DINAS KESEHATAN
UPT RSUD DATU PANCAITANA

Jalan Jend. Gatot Subroto, Watampone, Bone, Sulawesi Selatan,
Telepon (0481) 25252, Laman <https://rsudpancaitanya.bone.go.id/kontak/>, Pos-el datupancaitanya@gmail.com

KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DATU PANCAITANA
KABUPATEN BONE
NOMOR 82 TAHUN 2025

TENTANG
PENETAPAN STANDAR PELAYANAN
PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DATU PANCAITANA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DATU PANCAITANA,

Menimbang : a. bahwa setiap penyelenggara pelayanan publik wajib menyusun dan menetapkan standar pelayanan dengan memperhatikan kemampuan penyelenggara, kebutuhan masyarakat dan kondisi lingkungan;
b. bahwa standar pelayanan merupakan tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan berkualitas, cepat, mudah, terjangkau dan terukur;
c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan b, perlu menetapkan Keputusan Direktur tentang Penetapan Standar Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Datu Pancaitanya.

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
2. Undang Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang perubahan kedua atas Undang Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
4. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2023 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun

- 2023 Nomor 141, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6897);
5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 130 Tahun 2024 Tentang Kabupaten Bone Di Provinsi Sulawesi Selatan, (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 316, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 7067);
 6. Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 127, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4890);
 7. Peraturan Menteri Pemberdayaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;
 8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;
 9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
 10. Peraturan Bupati Bone Nomor 86 Tahun 2020 tentang Kedudukan Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Datu Pancaaitana Kabupaten Bone;
 11. Peraturan Bupati Bone Nomor 46 Tahun 2021 tentang Pola Tata Kelola Badan layanan Umum Daerah Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah Datu Pancaaitana Kabupaten Bone;
 12. Peraturan Daerah Kabupaten Bone Nomor 1 Tahun 2024 Tentang Pajak Daerah Dan Retribusi Daerah, (Lembaran Daerah Kabupaten Bone Tahun 2024 Nomor 1, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Bone Nomor 1).

MEMUTUSKAN:

- Menetapkan :
- KESATU : Standar Pelayanan agar dijadikan pedoman bagi seluruh pegawai untuk menjamin pelaksanaan pelayanan publik di Rumah Sakit Umum Daerah Datu Pancaaitana.
- KEDUA : Standar Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam diktum kesatu mencakup semua jenis pelayanan yang tersedia di Rumah Sakit Umum Daerah Datu Pancaaitana.
- KETIGA : Standar Pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah Datu Pancaaitana Kabupaten Bone sebagaimana dimaksud dalam diktum kedua, meliputi :
1. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat
 2. Pelayanan Instalasi Rawat Jalan
 3. Pelayanan Instalasi Rawat Inap
 4. Pelayanan Rawat Intensif (ICU)
 5. Pelayanan Perinatologi
 6. Pelayanan PICU

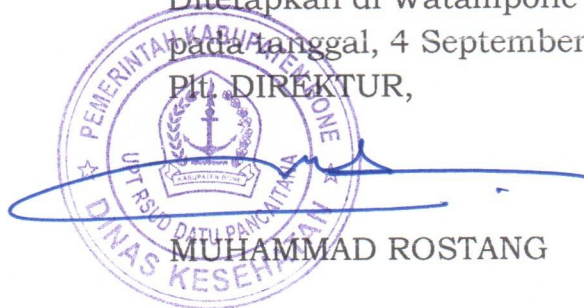
7. Pelayanan Instalasi Bedah Sentral
8. Pelayanan Instalasi Laboratorium
9. Pelayanan Instalasi Farmasi
10. Pelayanan Instalasi Gizi
11. Pelayanan Instalasi Rekam Medis
12. Pelayanan Instalasi Radiologi
13. Pelayanan Instalasi CSSD
14. Pelayanan Instalasi Fisioterapi
15. Pelayanan BDRS
16. Patologi Anatomi
17. Pelayanan IPSRS
18. Pelayanan Laundry
19. Pelayanan Pemulasaran Jenazah
20. Pelayanan Ambulance / mobil Jenazah
21. Pelayanan Keamanan

KEEMPAT : Keputusan ini mulai berlaku sejak ditetapkan.

Ditetapkan di Watampone

pada tanggal, 4 September 2025

PI. DIREKTUR,



MUHAMMAD ROSTANG

Tembusan Disampaikan kepada Yth:

1. Bupati Bone
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bone
3. Kepala Bagian Organisasi Setkab Bone
4. Peringgal

di Watampone
di Watampone
di Watampone

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH DATU PANCAITANA
KABUPATEN BONE
NOMOR 82 TAHUN 2025
TENTANG
PENETAPAN STANDAR PELAYANAN PADA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DATU
PANCAITANA TAHUN 2025

STANDAR PELAYANAN
PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DATU PANCAITANA
KABUPATEN BONE

1. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1	2	3
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/ SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 4. Peraturan Daerah Kabupaten Bone Nomor 1 Tahun 2024 Tentang Pajak Daerah Dan Retribusi Daerah, (Lembaran Daerah Kabupaten Bone Tahun 2024 Nomor 1, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Bone Nomor 1).
2.	Persyaratan Pelayanan	Pasien BPJS atau Umum 1. Dengan atau tanpa surat pengantar rujukan 2. Kartu identitas (KTP/KK)
3.	Prosedur	a. Pasien datang di drop zone IGD b. Untuk pasien yang datang tanpa rujukan, petugas mendatangi pasien untuk melakukan screening pasien dan identifikasi pasien di triage. c. Untuk pasien yang datang dengan rujukan (setelah SISROUTE), petugas perujuk memasukkan pasien ke IGD. d. Pasien / keluarga pasien mendaftar ke bagian admission e. Dokter jaga IGD melakukan pemeriksaan pada pasien secara lengkap dan menentukan prioritas penanganan. f. Prioritas pertama (P1, tertinggi, resusitasi) yaitu mengancam jiwa / mengancam fungsi vital, pasien

		ditempatkan di ruang resusitasi g. Prioritas kedua (P2, medium, emergency) yaitu potensial mengancam jiwa / fungsi vital, bila tidak segera ditangani dalam waktu singkat. Penanganan dan pemindahan bersifat terakhir. Pasien ditempatkan di ruang tindakan atau ruang triase merah h. Prioritas ketiga (P3, medium, urgent) yaitu tidak mengancam jiwa / fungsi vital, bila tidak segera ditangani dalam waktu singkat. Penanganan dan pemindahan bersifat terakhir. Pasien ditempatkan di ruang triase kuning i. Prioritas keempat (P4, rendah, non emergency) yaitu memerlukan pelayanan biasa, tidak perlu segera. Penanganan dan pemindahan bersifat terakhir. Pasien ditempatkan di ruang triase hijau j. Pasien dengan risiko penularan melalui cairan tubuh, udara, dan sentuhan langsung dimasukkan ke ruang isolasi. k. Bila pasien datang dalam keadaan meninggal (DOA) masuk ke <i>Black zone</i>. l. Pasien diberikan Tindakan sesuai dengan advice dokter m. Pasien dilakukan observasi maksimal 6 jam serta dilakukan screening ulang, bila memerlukan rawat inap pasien ditransfer ke ruangan rawat inap n. Apabila ruangan rawat inap penuh, keluarga diedukasi untuk rujuk ke faskes lain. Apabila keluarga pasien tetap menghendaki untuk dirawat di RSUD Datu Pancaitana, maka akan dikatakan pasien stagnan di IGD sampai ruangan rawat inap tersedia. o. Bila pasien membaik dan tidak memerlukan perawatan lanjutan, pasien bisa pulang. Bila diperlukan, pasien pulang dengan obat pulang dan dianjurkan untuk control di FKTP.
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	Waktu tanggap : 1. Red Zone : 0 menit 2. Yellow Zone : 0-5 menit 3. Green Zone : < 15 menit

		4. Black Zone : 0 menit Pelayanan dan observasi IGD maksimal 6 jam, dapat diperpanjang sesuai kondisi pasien
5.	Biaya/Tarif	1. Bagi pasien JKN/BPJS, tidak dikenakan biaya (gratis) 2. Bagi pasien umum dikenakan biaya sesuai dengan ketentuan tarif yang berlaku.
6.	Produk Pelayanan	Layanan Medis Gawat Darurat
7.	Penanganan, Pengaduan, Saran, Masukan	1. Melalui PIPP RS (Pemberi Informasi dan Penanganan Pengaduan) 2. Melalui kotak saran 3. Melalui Media sosial resmi RS (Instagram, WA Center : 0853 3699 4383, Call Center RS : 0481 25252) 4. Melalui link pengaduan (qr code):  http://me.qr.com/j26jdxhW
8.	Sarana dan Prasarana	1. Air Conditioner (AC) 2. Bedside Cabinet 3. Bag Valve Mask anak & Dewasa 4. Bed Pasien 5. Brankar 6. Emergency stretcher 7. Emergency Trolley 8. Examination Lamp 9. EKG 12 Lead 10. Easy Move/ Pemindah Pasien 11. Defibrillator/ DC-Shock 12. Head lamp Bistos 13. Infuse / Blood Warmer 14. Infusion Pump 15. Instrument Trolley 16. Kursi Plastik 17. Kursi Rapat 18. Kursi Roda 19. Kunci Inggris 20. Laryngoscope Dewasa 21. Lemari Loker 9 Box 22. Lemari Loker 12 Box 23. Lemari Loker 4 Box 24. Lemari Laci BRM 25. Lemari Kaca

		26. Lemari Cabinet 27. Lemari /Instrument Cabinet 28. Lemari Es/ Kulkas 29. Meja Kerja 30. Meja Makan pasien 31. Nebulizer 32. Non-Contact Infra Red Termometer 33. Oksimeter Portable 34. Oksimeter Finger Tip Pulse 35. Pispot Pria 36. Pispot Wanita 37. Perlak putih 38. Pen light 39. Pisau 40. Regulator Oksigen 41. Stetoskop Dewasa 42. Stetoskop Anak 43. Sterilisator 44. Syringe pump 45. Suction pump mobile 46. Folding scoop stretcher 47. Selimut pasien 48. Spil kit 49. Timbangan digital 50. Timbangan Bayi 51. Tiang Infus 52. Tourniquet 53. Tabung Oksigen Besar 54. Tabung Oksigen Kecil + Trolly 55. Tempat Sampah Hijau Besar 56. Tempat Sampah Kuning Besar 57. Telepon Ruangan 58. Iphone Ruangan 59. Seprai 60. Refleks Hammer 61. Vein viewer 62. Wifi 63. Minor Basic Instriment 64. Hecting Instrumen Set 65. Dispenser + gallon 66. Emergency Troly+ suction+Regulator O2 67. tensimeter Digital + charger
9.	Kompetensi Pelaksana	Petugas di pelayanan IGD a. Dokter Umum bersertifikat ACLS b. Perawat minimal D3 Keperawatan dan bersertifikat BTCLS
10.	Pegawasan Internal	1. Dilakukan oleh atasan langsung 2. Dilakukan secara berjenjang 3. Dilakukan secara kontinyu 4. Konsisten dalam memberikan teguran dan sanksi
11.	Jumlah Pelaksana	1. Dokter Umum 10 Orang

		2. Perawat 15 Orang (S1-Ners 3 orang dan D-III Keperawatan 12 orang)
12.	Jaminan Pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SPO), yang didukung petugas yang kompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Informasi yang diberikan dijamin keabsahannya dan dapat dipertanggungjawabkan 2. Tersedia petugas keamanan (security) dan fasilitas CCTV
14.	Evaluasi Kinerja Pelayanan	Evaluasi kinerja pelayanan dilakukan melalui pengukuran penerapan 14 komponen standar pelayanan yang dilakukan sekurang-kurangnya setiap tahun

2. Pelayanan Instalasi Rawat Jalan

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1	2	3
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/ SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
2.	Persyaratan Pelayanan	a. Kartu identitas (KTP/SIM/KIA) b. Kartu JKN/BPJS jika peserta c. Surat Rujukan (jika diperlukan)
3.	Prosedur	1. Pendaftaran pasien 2. Verifikasi administrasi dan data 3. Antrian poli/spesialis 4. Pemeriksaan dokter 5. Tindakan medis (jika diperlukan) 6. Penebusan obat di farmasi (jika ada resep)
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	1 – 3 jam tergantung antrian dan jenis pelayanan
5.	Biaya/Tarif	1. Gratis untuk peserta JKN/BPJS sesuai ketentuan 1. Pasien umum dikenakan biaya sesuai Perda tarif layanan
6.	Produk Pelayanan	Pelayanan kesehatan spesialistik dan

		umum sesuai kebutuhan pasien
7.	Penanganan, Pengaduan, Saran, Masukan	1. Melalui PIPP RS (Pemberi Informasi dan Penanganan Pengaduan) 2. Melalui kotak saran 3. Melalui Media sosial resmi RS (Instagram, WA Center : 0853 3699 4383, Call Center RS : 0481 25252) 4. Melalui link pengaduan (qr code):  http://me.qr.com/j26jdxhW
8.	Sarana dan Prasarana	1. Ruang poli yang memadai 2. Peralatan pemeriksaan dasar dan penunjang 3. Sistem antrian elektronik (jika tersedia)
9.	Kompetensi Pelaksana	Dokter umum/spesialis, perawat, dan tenaga medis yang kompeten dan tersertifikasi
10.	Pegawasan Internal	1. Dilakukan oleh atasan langsung 2. Dilakukan secara berkala dan berjenjang 3. Evaluasi mutu dan kepuasan pasien 4. Pemberian teguran dan sanksi jika diperlukan
11.	Jumlah Pelaksana	Sesuai kebutuhan per poli dan beban kerja, tersedia dalam sistem shift kerja
12.	Jaminan Pelayanan	Layanan diberikan sesuai Standar Operasional Prosedur (SPO), oleh tenaga yang kompeten, ramah, cepat, tepat, dan santun
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Informasi pelayanan dapat dipertanggungjawabkan 2. Tersedia petugas keamanan dan CCTV
14.	Evaluasi Kinerja Pelayanan	Dilakukan minimal 1 kali setahun berdasarkan indikator mutu pelayanan dan survei kepuasan masyarakat

3. Pelayanan Instalasi Rawat Inap

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1	2	3
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023

		tentang Kesehatan. 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
2.	Persyaratan Pelayanan	1. Kartu identitas (KTP/SIM/KIA) 2. Kartu JKN/BPJS (bagi peserta) 3. Surat pengantar/rawat inap dari dokter
3.	Prosedur	1. Pasien diperiksa oleh dokter 2. Dokter memberikan indikasi rawat inap 3. Registrasi administrasi rawat inap 4. Pasien ditempatkan di ruang perawatan 5. Pelayanan keperawatan dan medis lanjutan dilakukan selama perawatan
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	Sesuai kebutuhan medis pasien hingga dinyatakan boleh pulang oleh dokter
5.	Biaya/Tarif	1. Peserta JKN/BPJS tidak dikenakan biaya sesuai ketentuan 2. Pasien umum dikenakan tarif sesuai Perda/ketentuan RS
6.	Produk Pelayanan	Layanan perawatan pasien 24 jam, pemantauan kondisi medis, tindakan medis, keperawatan, dan penunjang lainnya
7.	Penanganan, Pengaduan, Saran, Masukan	1. Melalui PIPP RS (Pemberi Informasi dan Penanganan Pengaduan) 2. Melalui kotak saran 3. Melalui Media sosial resmi RS (Instagram, WA Center : 0853 3699 4383, Call Center RS : 0481 25252) 4. Melalui link pengaduan (qr code): http://me.qr.com/j26jdxhW
8.	Sarana dan Prasarana	1. Ruang rawat inap sesuai kelas (VIP, Kelas I, II, III) 2. Tempat tidur, peralatan medis, fasilitas kamar mandi, ventilasi, dan pencahayaan
9.	Kompetensi Pelaksana	Petugas di pelayanan rawat inap: Dokter,

		perawat, tenaga kesehatan lainnya yang memiliki sertifikasi dan kompetensi sesuai tugas
10.	Pegawasan Internal	1. Dilakukan oleh kepala ruangan/atasan langsung 2. Dilakukan secara berkala dan berjenjang 3. Evaluasi mutu pelayanan 4. Teguran dan sanksi atas pelanggaran
11.	Jumlah Pelaksana	Sesuai rasio ideal perawat dan dokter dengan jumlah pasien, sistem kerja shift 24 jam
12.	Jaminan Pelayanan	Layanan dilakukan sesuai SOP, oleh tenaga profesional yang ramah, cepat, tepat, dan santun
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Informasi dijamin akurat dan bertanggung jawab 2. Tersedia petugas keamanan dan pengawasan CCTV
14.	Evaluasi Kinerja Pelayanan	Dilakukan secara berkala minimal 1 kali per tahun dengan indikator mutu dan kepuasan pasien

4. Pelayanan Rawat Intensif (ICU)

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1	2	3
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/ SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
2.	Persyaratan Pelayanan	a. Kartu identitas pasien (KTP, SIM, Kartu Keluarga) b. Kartu JKN/BPJS (jika peserta) c. Surat rujukan dari rumah sakit atau dokter (jika diperlukan) d. Indikasi medis untuk perawatan intensif
3.	Prosedur	1. Pasien datang atau dirujuk ke Unit Perawatan Intensif (ICU) 2. Verifikasi data pasien oleh petugas administrasi dan medis 3. Pasien dilakukan pemeriksaan awal oleh dokter spesialis dan dokter intensif 4. Pasien ditempatkan di ruang ICU

		sesuai dengan kondisi medis 5. Pemberian terapi dan pengawasan intensif dilakukan sesuai prosedur medis 6. Pemantauan kondisi pasien secara berkala dan berkelanjutan
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	Proses penerimaan pasien berlangsung segera setelah pasien dirujuk atau datang, dengan perawatan intensif berlangsung selama kebutuhan medis pasien
5.	Biaya/Tarif	1. Pasien JKN/BPJS sesuai dengan ketentuan pemerintah (gratis) 2. Pasien umum dikenakan tarif sesuai dengan Perda atau tarif rumah sakit berdasarkan kelas perawatan
6.	Produk Pelayanan	1. Pemantauan kondisi medis pasien secara 24 jam 2. Pemberian perawatan intensif sesuai dengan indikasi medis 3. Tindakan medis darurat apabila diperlukan
7.	Penanganan, Pengaduan, Saran, Masukan	1. Melalui PIPP RS (Pemberi Informasi dan Penanganan Pengaduan) 2. Melalui kotak saran 3. Melalui Media sosial resmi RS (Instagram, WA Center : 0853 3699 4383, Call Center RS : 0481 25252) 4. Melalui link pengaduan (qr code): http://me.qr.com/j26jdxhW
8.	Sarana dan Prasarana	1. Ruang ICU yang dilengkapi dengan peralatan medis intensif 2. Sistem pemantauan pasien berbasis teknologi canggih (monitor, ventilator, dsb) 3. Ruang pengawasan pasien yang nyaman dan aman
9.	Kompetensi Pelaksana	Dokter spesialis dan perawat dengan sertifikasi perawatan intensif, serta tenaga medis lainnya yang berkompeten dalam perawatan pasien kritis

10.	Pegawasan Internal	1. Pengawasan dilakukan oleh atasan langsung di Unit Perawatan Intensif 2. Dilakukan secara berkala dan berjenjang untuk menjaga kualitas pelayanan 3. Evaluasi dan audit kinerja pelayanan secara terus-menerus
11.	Jumlah Pelaksana	Sesuai dengan kebutuhan jumlah pasien ICU, dengan sistem shift untuk perawat dan dokter, tersedia sepanjang waktu
12.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan dilakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP) dengan tenaga medis yang kompeten, ramah, dan profesional
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Perawatan pasien dilakukan dengan standar keselamatan medis 2. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya 3. Keamanan pasien dijaga oleh petugas keamanan rumah sakit dan pengawasan CCTV
14.	Evaluasi Kinerja Pelayanan	Evaluasi dilakukan secara berkala dengan indikator mutu, kepuasan pasien, dan keberhasilan perawatan intensif

5. Pelayanan Perinatologi/NICU

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1	2	3
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/ SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
2.	Persyaratan Pelayanan	a. Kartu identitas orang tua/wali pasien (KTP, SIM, Kartu Keluarga) b. Kartu JKN/BPJS (jika peserta) c. Surat rujukan dari rumah sakit atau dokter (jika diperlukan) d. Indikasi medis untuk perawatan perinatologi, seperti kelahiran prematur, kelainan bawaan, dsb
3.	Prosedur	1. Pasien datang atau dirujuk ke unit perawatan perinatologi (NICU) 2. Verifikasi data pasien oleh petugas administrasi dan medis

		3. Pemeriksaan awal oleh dokter spesialis perinatologi atau neonatologi 4. Pemberian perawatan sesuai dengan indikasi medis perinatologi (misalnya ventilasi, pemberian susu, dll) 5. Pemantauan intensif terhadap kondisi bayi atau ibu dan bayi 6. Pelaksanaan tindakan medis lanjutan sesuai kebutuhan pasien
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	1. Proses penerimaan pasien segera setelah rujukan atau kedatangan pasien 2. Perawatan berlanjut sesuai dengan kebutuhan medis pasien perinatologi hingga pasien stabil atau siap untuk dipulangkan
5.	Biaya/Tarif	1. Pasien JKN/BPJS sesuai dengan ketentuan pemerintah (gratis) 2. Pasien umum dikenakan tarif sesuai dengan kelas perawatan dan ketentuan rumah sakit
6.	Produk Pelayanan	1. Perawatan intensif neonatal sesuai indikasi medis 2. Pemantauan kondisi medis bayi secara 24 jam 3. Pemberian obat-obatan, susu, dan perawatan lainnya yang diperlukan oleh bayi atau ibu dan bayi
7.	Penanganan, Pengaduan, Saran, Masukan	1. Melalui PIPP RS (Pemberi Informasi dan Penanganan Pengaduan) 2. Melalui kotak saran 3. Melalui Media sosial resmi RS (Instagram, WA Center : 0853 3699 4383, Call Center RS : 0481 25252) 4. Melalui link pengaduan (qr code):  http://me.qr.com/j26jdxhW
8.	Sarana dan Prasarana	1. Ruang perawatan perinatologi (NICU) yang dilengkapi dengan peralatan medis neonatal yang memadai 2. Sistem pemantauan bayi berbasis teknologi canggih (monitor, ventilator, inkubator, dsb)

		3. Ruang pengawasan dan perawatan bayi yang aman dan nyaman
9.	Kompetensi Pelaksana	Dokter spesialis perinatologi atau neonatologi, perawat neonatal dengan sertifikasi perawatan intensif bayi, dan tenaga medis lainnya yang berkompeten dalam perawatan perinatologi
10.	Pegawasan Internal	1. Pengawasan dilakukan oleh atasan langsung di unit perawatan perinatology 2. Pengawasan berkala dilakukan untuk menjaga kualitas pelayanan medis dan keselamatan pasien 3. Evaluasi dan audit terhadap kualitas perawatan bayi secara rutin
11.	Jumlah Pelaksana	Sesuai dengan jumlah pasien dan kebutuhan tenaga medis yang ada, dengan sistem shift bagi dokter dan perawat perinatology
12.	Jaminan Pelayanan	Layanan dilakukan sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) oleh tenaga medis yang kompeten, dengan perhatian khusus terhadap keselamatan ibu dan bayi
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya sesuai peraturan yang berlaku 2. Keamanan bayi dan ibu dijaga dengan pemantauan ketat menggunakan teknologi dan pengawasan oleh petugas rumah sakit
14.	Evaluasi Kinerja Pelayanan	Evaluasi dilakukan secara berkala dengan indikator mutu, kepuasan pasien, dan keberhasilan perawatan bayi atau ibu dan bayi dalam perawatan perinatologi

6. Pelayanan Pediatric Intensive Care Unit (PICU)

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1	2	3
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/ SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
2.	Persyaratan Pelayanan	a. Kartu identitas orang tua/wali pasien (KTP, SIM, Kartu Keluarga)

		b. Kartu JKN/BPJS (jika peserta) c. Surat rujukan dari rumah sakit atau dokter (jika diperlukan) d. Indikasi medis untuk perawatan pediatric intensive care unit
3.	Prosedur	1. Pasien datang melalui IGD/rawat inap dengan indikasi perawatan intensif. 2. Verifikasi data pasien oleh petugas administrasi dan medis 3. Pemeriksaan awal oleh dokter 4. Konsultasi dengan dokter spesialis anak/intensivis. 5. Persetujuan tindakan medis oleh orang tua/wali pasien. 6. Pemberian perawatan sesuai dengan indikasi medis 7. Pemantauan intensif terhadap kondisi anak 8. Pelaksanaan tindakan medis lanjutan sesuai kebutuhan pasien
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	Pelayanan diberikan segera sesuai kondisi gawat darurat pasien, ≤ 5 menit sejak indikasi masuk PICU ditegakkan.
5.	Biaya/Tarif	1. Pasien JKN/BPJS sesuai dengan ketentuan pemerintah (gratis) 2. Pasien umum dikenakan tarif sesuai dengan kelas perawatan dan ketentuan rumah sakit
6.	Produk Pelayanan	1. Perawatan intensif pasien anak dengan kondisi kritis. 2. Monitoring ketat fungsi vital. 3. Tindakan <i>life saving</i> sesuai kebutuhan.
7.	Penanganan, Pengaduan, Saran, Masukan	1. Melalui PIPP RS (Pemberi Informasi dan Penanganan Pengaduan) 2. Melalui kotak saran 3. Melalui Media sosial resmi RS (Instagram, WA Center : 0853 3699 4383, Call Center RS : 0481 25252) 4. Melalui link pengaduan (qr code):  http://me.qr.com/j26jdxhW

8.	Sarana dan Prasarana	1. Ruang PICU sesuai standar. 2. Ventilator, monitor, infus pump, syringe pump. 3. Alat resusitasi lengkap. 4. Tenaga kesehatan kompeten.
9.	Kompetensi Pelaksana	Dilaksanakan oleh dokter spesialis anak/intensivis, perawat terlatih PICU, serta tenaga penunjang sesuai kompetensi.
10.	Pegawasan Internal	1. Dilakukan oleh atasan langsung. 2. Dilakukan secara berjenjang. 3. Dilakukan secara kontinu. 4. Konsisten dalam pemberian teguran dan sanksi.
11.	Jumlah Pelaksana	Minimal terdiri dari: 1. Dokter spesialis anak/intensivis on call. 2. Perawat per shift dengan kompetensi PICU. 3. Tenaga penunjang medis sesuai kebutuhan.
12.	Jaminan Pelayanan	Layanan dilakukan sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) oleh tenaga medis yang kompeten, dengan perhatian khusus terhadap keselamatan anak.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pasien dijamin keamanannya dan dipantau 24 jam. 2. Ruang dilengkapi fasilitas keamanan (CCTV, akses terbatas). 3. Standar K3RS diterapkan di ruang PICU.
14.	Evaluasi Kinerja Pelayanan	Evaluasi dilakukan secara berkala dengan indikator mutu, kepuasan pasien, dan keberhasilan perawatan anak, sekurang-kurangnya 1kali per tahun.

7. Pelayanan Instalasi Bedah Sentral

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1	2	3
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/ SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
2.	Persyaratan Pelayanan	a. Kartu identitas pasien (KTP, SIM, Kartu Keluarga) b. Kartu JKN/BPJS (jika peserta)

		c. Surat rujukan dari dokter (jika diperlukan) d. Persiapan medis yang sudah dilakukan sebelum tindakan bedah (misalnya, tes darah, elektrokardiogram)
3.	Prosedur	1. Pasien melakukan pendaftaran administrasi 2. Pemeriksaan pra-operasi oleh dokter anestesi dan dokter bedah 3. Pemilihan jadwal operasi dan persiapan ruang bedah 4. Proses tindakan bedah dilakukan oleh tim medis yang kompeten 5. Pemantauan kondisi pasien pasca operasi di ruang pemulihan (Recovery Room) 6. Evaluasi medis pasca tindakan bedah dan tindak lanjut
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	1. Proses pendaftaran dan pemeriksaan awal 1 – 2 jam 2. Waktu pelaksanaan bedah tergantung jenis prosedur, mulai dari 1 jam hingga beberapa jam 3. Pemulihan pasca-bedah bervariasi sesuai kondisi pasien
5.	Biaya/Tarif	1. Peserta JKN/BPJS sesuai dengan ketentuan pemerintah (gratis) 2. Pasien umum dikenakan tarif sesuai dengan kelas perawatan dan ketentuan rumah sakit
6.	Produk Pelayanan	1. Tindakan bedah yang dilakukan sesuai dengan prosedur medis 2. Pemantauan dan perawatan pasca bedah 3. Penyuluhan pasca operasi untuk pasien dan keluarga
7.	Penanganan, Pengaduan, Saran, Masukan	1. Melalui PIPP RS (Pemberi Informasi dan Penanganan Pengaduan) 2. Melalui kotak saran 3. Melalui Media sosial resmi RS (Instagram, WA Center : 0853 3699 4383, Call Center RS : 0481 25252) 4. Melalui link pengaduan (qr code):  http://me.qr.com/j26jdxhW

8.	Sarana dan Prasarana	1. Ruang bedah yang dilengkapi dengan peralatan medis sterilisasi 2. Sistem pemantauan pasien selama operasi dan pasca-bedah (monitoring alat vital) 3. Ruang pemulihan dengan peralatan medis lengkap
9.	Kompetensi Pelaksana	Tim medis bedah yang terdiri dari dokter bedah, dokter anestesi, perawat bedah, serta tenaga medis lainnya yang berkompeten dalam pelaksanaan prosedur bedah
10.	Pegawasan Internal	1. Pengawasan dilakukan oleh kepala Instalasi Bedah Sentral dan atasan langsung 2. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala untuk memastikan kepatuhan terhadap prosedur dan keselamatan pasien 3. Pemantauan kinerja setiap tim medis dan laporan pasca bedah
11.	Jumlah Pelaksana	Jumlah tenaga medis dan perawat disesuaikan dengan jumlah pasien yang dijadwalkan untuk tindakan bedah dengan sistem shift untuk memastikan operasional 24 jam
12.	Jaminan Pelayanan	Layanan dilakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP) dengan perhatian khusus terhadap kualitas dan keselamatan pasien dalam setiap tahap perawatan bedah
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Keamanan dan sterilisasi ruang bedah terjamin untuk mencegah infeksi dan komplikasi lainnya 2. Pengawasan pasien dilakukan dengan sistem pemantauan 24 jam di ruang perawatan pasca operasi
14.	Evaluasi Kinerja Pelayanan	Evaluasi dilakukan setiap 6 bulan sekali dengan indikator mutu pelayanan, kepuasan pasien, serta keberhasilan dan keselamatan dalam pelaksanaan tindakan bedah

8.Pelayanan Instalasi Laboratorium

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1	2	3
1.	Dasar Hukum	a. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. b. Undang-Undang Nomor 17 Tahun

		2023 tentang Kesehatan. c. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/ SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit d. Permenkes No. 411 tahun 2010 tentang Laboratorium Klinik
2.	Persyaratan Pelayanan	a. SEP b. Identitas pasien / KTP
3.	Prosedur	1. Pra Analitik 2. Analitik 3. Pasca Analitik 4. Prosedur Mutu & Keselamatan
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	≤ 120 menit
5.	Biaya/Tarif	a. Bagi pasien JKN/BPJS, tidak dikenakan biaya (gratis) b. Bagi pasien umum dikenakan biaya sesuai dengan ketentuan tarif yang berlaku.
6.	Produk Pelayanan	a. Hasil pemeriksaan laboratorium (rutin, normal, Khusus) b. Layanan Konsultasi & Interpretasi hasil c. Laporan hasil pemeriksaan & data laboratorium
7.	Penanganan, Pengaduan, Saran, Masukan	a. Melalui PIPP RS (Pemberi Informasi dan Penanganan Pengaduan) b. Melalui kotak saran c. Melalui Media sosial resmi RS (Instagram, WA Center : 0853 3699 4383, Call Center RS : 0481 25252) d. Melalui link pengaduan (qr code) :  http://me.qr.com/j26jdxhW
8.	Sarana dan Prasarana	a. Sarana • Ruang admin dan sampling • Ruang dokter • Ruang Logistik • Ruang Tehnis • ruang tunggu pasien b. Prasarana • Hematologi analyzer

		• Chemistry Analyzer • Urine Analyzer • Mikroskop • Ichroma • Elektrolit • BSL II • BBS • Refrigerator • Freezer • Roller mixer • Pipet otomatis c. sarana penunjang keselamatan • APD Lengkap • Spill kit • Eyewash • APAR d. Sistem Penunjang • LIS • Jaringan listrik + UPS • Air bersih • Internet & Komputer • Pendingin Ruangan
9.	Kompetensi Pelaksana	Dokter spesialis Patologi Klinik ATLM
10.	Pegawasan Internal	a. Dilakukan oleh atasan langsung b. Dilakukan secara berjenjang c. Dilakukan secara kontinyu d. Konsisten dalam memberikan teguran dan sanksi
11.	Jumlah Pelaksana	Dokter spesialis patologi klinik 2 orang ATLM 8 orang
12.	Jaminan Pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SPO), yang didukung petugas yang kompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Informasi yang diberikan dijamin keabsahannya dan dapat dipertanggungjawabkan 2. Tersedia petugas keamanan (security)
14.	Evaluasi Kinerja Pelayanan	Evaluasi kinerja pelayanan dilakukan melalui pengukuran penerapan 14 komponen standar pelayanan yang dilakukan sekurang-kurangnya setiap tahun

9. Pelayanan Instalasi Farmasi

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1	2	3
1.	Dasar Hukum	a. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. b. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. c. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/ SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
2.	Persyaratan Pelayanan	SEP Identitas pasien/KTP
3.	Prosedur	Penerimaan Resep, skrining administratif, farmasetik, dan klinis, Penyiapan Obat, Etiket dan Pengemasan, Penyerahan Obat, Dokumentasi dan Administrasi, Monitoring dan Evaluasi.
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	15 sd 60 menit
5.	Biaya/Tarif	a. Bagi pasien JKN/BPJS, tidak dikenakan biaya (gratis) b. Bagi pasien umum dikenakan biaya sesuai dengan ketentuan tarif yang berlaku.
6.	Produk Pelayanan	Pelayanan obat Rawat Inap/Rawat Jalan. Pelayanan obat BPJs/Asuransi, Swasta
7.	Penanganan, Pengaduan, Saran, Masukan	a. Melalui PIPP RS (Pemberi Informasi dan Penanganan Pengaduan) b. Melalui kotak saran c. Melalui Media sosial resmi RS (Instagram, WA Center : 0853 3699 4383, Call Center RS : 0481 25252) d. Melalui link pengaduan (qr code) :  http://me.qr.com/j26jdxhW
8.	Sarana dan Prasarana	Ruang penerimaan resep , ruang penyerahan obat, ruang penyiapan obat dan ruang tunggu pasien

9.	Kompetensi Pelaksana	Apoteker, Asisten Apoteker, Tenaga Teknis Farmasi
10.	Pegawasan Internal	a. Dilakukan oleh atasan langsung b. Dilakukan secara berjenjang c. Dilakukan secara kontinyu d. Konsisten dalam memberikan teguran dan sanksi
11.	Jumlah Pelaksana	11 orang
12.	Jaminan Pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SPO), yang didukung petugas yang kompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	a. Informasi yang diberikan dijamin keabsahannya dan dapat dipertanggungjawabkan b. Tersedia petugas keamanan (security) dan fasilitas CCTV
14.	Evaluasi Kinerja Pelayanan	Evaluasi kinerja pelayanan dilakukan melalui pengukuran penerapan 14 komponen standar pelayanan yang dilakukan sekurang-kurangnya setiap tahun

10. Pelayanan Instalasi Gizi

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1	2	3
1.	Dasar Hukum	a. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. b. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. c. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. d. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. e. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Nasional. f. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah

		(BLUD). g. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. h. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan. i. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. j. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 78 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit. k. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan dan Praktek Tenaga Gizi. l. Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 2019 tentang Keamanan Pangan. m. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting.
2.	Persyaratan Pelayanan	a. Pasien memiliki bukti jaminan pembayaran biaya layanan, bila menggunakan penjamin pembayaran biaya layanan. b. Pasien di rawat di ruangan rawat inap rumah sakit RSUD Datu Pancaitana. c. Blanko rujukan dari dokter spesialis di poli rawat jalan.
3.	Prosedur	1. Rawat Jalan a. Pasien dari poli klinik rawat jalan berdasar rujukan dokter spesialis langsung menuju ke poli klinik gizi. b. Pasien yang bukan merupakan rujukan dari poli spesialis, mendaftar lebih dahulu di bagian pendaftaran. c. Pasien menuju ke poli gizi. d. Pasien dilakukan anamnesa, tentukan diagnosa gizi, serta terapi gizi yang akan diberikan kepada pasien.

		e. Pasien diberikan konseling dan edukasi sesuai dengan kondisi penyakitnya. f. Bila pasien pembayaran mandiri, dilakukan pembayaran konseling dan edukasi gizi di kasir. Dan apabila pasien menggunakan penjamin pembayaran biaya layanan, berkas langsung diberikan ke petugas poli klinik asal rujukan. 2. Rawat Inap a. Ahli gizi mengunjungi pasien maksimal 2*24 jam setelah pasien baru datang di ruang rawat inap. b. Ahli Gizi melakukan skrining lanjutan dan melakukan asuhan gizi lanjut apabila hasil skrining lanjut pasien >2. c. Ahli gizi menentukan diagnosa gizi dan ahli gizi melakukan kolaborasi untuk menentukan terapi gizi yang akan diberikan kepada pasien. d. Pasien diberikan diet sesuai dengan terapi yang diberikan oleh ahli gizi dan berkolaborasi dengan DPJP. e. Ahli gizi mendokumentasikan ke dalam E-RM (Khanzah). f. Ahli gizi melakukan konseling dan edukasi kepada pasien. 3. Penyelenggaraan Pemberian Diet Makanan a. kepala instalasi melakukan perencanaan menu dan keuangan. b. Ahli gizi melaksanakan pemesanan bahan makanan. c. Petugas gizi melaksanakan penerimaan dan penyimpanan bahan makanan. d. Petugas gizi melaksanakan pengolahan makanan. e. Ahli gizi melakukan permintaan makanan dari ruang rawat inap berdasarkan kolaborasi DPJP. f. Petugas gizi (pramusaji) melakukan pemorsian sesuai dengan permintaan ahli gizi ruangan. g. Petugas pramusaji mendistribusikan makanan ke
--	--	--

		ruang rawat inap sesuai dengan indentifikasi pasien.
4.	Jangka Waktu Pelayanan	- Asuhan Gizi Rawat Inap - Ahli gizi melakukan kunjungan ke pasien maksimal 2*24 jam setelah pasien datang ke ruang perawatan. - Asuhan gizi dilakukan sampai pasien dinyatakan sembuh dan pulang oleh DPJP. - Edukasi pasien di rawat inap dilakukan selama $\pm$20-30 menit. - Pemberian Diet Pasien - Makan pagi pukul 05.00-06.00 WITA - Makan siang pukul 11.00-12.00 WITA - Makan malam pukul 17.00-18.00 WITA
5.	Biaya/Tarif	- Pasien menggunakan jaminan pemeliharaan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. - Pasien umum membayar sesuai peraturan bupati (Perbup) Kabupaten Bone Nomor 69 Tahun 2022 tentang Tarif Pelayanan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Pada Unit Pelaksana Teknis RSUD Datu Pancaitana Kabupaten Bone. - Tidak ada pembayaran langsung ke petugas ahli gizi, pembayaran dilakukan di kasir rawat inap dan rawat jalan.
6.	Produk Pelayanan	- Pelayanan asuhan gizi rawat inap - Pemberian diet sesuai dengan kondisi penyakit pasien - Konseling dan edukasi gizi sesuai dengan kondisi penyakit pasien - Pelayanan penyelenggaraan makanan
7.	Penanganan, Pengaduan, Saran, Masukan	- Melalui PIPP RS (Pemberi Informasi dan Penanganan Pengaduan) - Melalui kotak saran - Melalui Media sosial resmi RS (Instagram, WA Center : 0853 3699 4383, Call Center RS : 0481 25252) - Melalui link pengaduan (qr code) :



<http://me.qr.com/j26jdxhW>

8.	Sarana dan 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/distribusi makanan 6. Ruang cuci 7. Meja distribusi makanan 8. Meja distribusi 9. Rak alat makan 10. Lemari alat makan 11. Food trolley 12. Timbangan makanan 13. Blender 14. Lemari pendingin 15. Chiller 16. Meja kerja 17. Kursi kerja 18. Telephone 19. Alat ukur tinggi badan 20. Alat ukur berat badan 21. Leaflet 22. Computer dan printer 23. Pisau 24. Container 25. Lemari arsip 26. Apar 27. Tempat sampah basah dan kering 28. Timbangan kapasitas 20 kg 29. Lemari susu 30. Tempat beras 31. Talenan 32. Kompor gas elpiji 33. Panci besar 34. Penggorengan 35. Cerobong asap diatas kompor 36. Sendok 37. Garpu 38. Piring makan 39. Gelas minum 40. Mangkok sayur

		41. Baskom plastic 42. Loker APD dan alat pembersih
9.	Kompetensi Pelaksana	1. Memahami peraturan yang berlaku terkait kegiatan rumah sakit. 2. Memahami peraturan yang berlaku terkait pelayanan public. 3. Memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsive, komunikatif, sopan santun, disiplin, dan kerja sama. 4. Tenaga ahli gizi Pelatihan yang harus diikuti adalah : NCP, Food Service, HACCP, Hygiene dan Sanitasi Makanan, PAGT. 5. Tenaga pengelola kualifikasi pendidikan SMA sederajat. 6. Pengelola makanan kualifikasi pendidikan SMA sederajat. 7. Pranata jamuan (pramusaji) kualifikasi SMA sederajat.
10.	Pegawasan Internal	1. Monitoring dan evaluasi oleh kepala instalasi dibantu koordinator pelaksanaan pelayanan. 2. Supervise oleh bidang pelayanan penunjang. 3. Komite mutu rumah sakit. 4. Komite PPI rumah sakit. 5. Komite K3 rumah sakit. 6. Satuan pengawas internal.
11.	Jumlah Pelaksana	Ahli gizi 8 orang, petugas di unit penyelenggaraan makanan ada 15 orang.
12.	Jaminan Pelayanan	1. Semua petugas tenaga kesehatan memiliki STR dan SIK yang aktif. 2. Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien. 3. Ketaatan pada jam pelayanan, ketersediaan pelayanan penunjang.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. SOP pada pelayanan gizi. 2. Pengawasan proses penerimaan bahan makanan 3. Penggunaan APD 4. Setiap produk yang dihasilkan oleh instalasi gizi diberikan label. 5. Sebelum didistribusikan, diambil sampel makanan yang disimpan 2*24 jam. Untuk diperiksa di laboratorium jika terjadi insiden. 6. Kerahasiaan penyakit dan data

		medis pasien. 7. Ketersediaan tenaga 8. Ketaatan pada jam pelayanan. 9. Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
14.	Evaluasi Kinerja Pelayanan	1.Rapat koordinasi internal 2.Laporan bulanan kegiatan gizi

11. Pelayanan Instalasi Rekam Medis

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1	2	3
1.	Dasar Hukum	a. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik b. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan c. Kepmenkes No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
2.	Persyaratan Pelayanan	a. Kartu identitas pasien (KTP, SIM, Kartu Keluarga) b. Nomor rekam medis pasien c. Kartu JKN/BPJS (jika peserta) d. Surat rujukan atau catatan medis sebelumnya (jika diperlukan)
3.	Prosedur	1. Pasien datang ke Instalasi Rekam Medik 2. Petugas melakukan pencarian rekam medis pasien berdasarkan data yang ada 3. Verifikasi identitas pasien dan data rekam medis 4. Pemberian salinan atau akses rekam medis (jika diminta oleh pasien atau keluarga pasien) 5. Penyampaian informasi terkait rekam medis pasien sesuai ketentuan
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	10 – 30 menit, tergantung pada permintaan rekam medis dan verifikasi data
5.	Biaya/Tarif	1. Gratis untuk pasien JKN/BPJS 2. Pasien umum dikenakan tarif sesuai dengan Perda atau ketentuan rumah sakit
6.	Produk Pelayanan	1. Penyediaan salinan rekam medis 2. Pemberian informasi rekam medis sesuai prosedur 3. Akses rekam medis untuk

		keperluan pasien, keluarga, atau pihak lain yang sah
7.	Penanganan, Pengaduan, Saran, Masukan	a. Melalui PIPP RS (Pemberi Informasi dan Penanganan Pengaduan) b. Melalui kotak saran c. Melalui Media sosial resmi RS (Instagram, WA Center : 0853 3699 4383, Call Center RS : 0481 25252) d. Melalui link pengaduan (qr code) : http://me.qr.com/j26jdxhW
8.	Sarana dan Prasarana	1. Ruang rekam medis yang aman dan nyaman 2. Komputer dan perangkat pendukung untuk pencarian dan penyimpanan data rekam medis 3. Sistem manajemen rekam medis berbasis elektronik
9.	Kompetensi Pelaksana	Tenaga medis dan tenaga administrasi yang terlatih dalam pengelolaan rekam medis dan menjaga kerahasiaan data pasien
10.	Pegawasan Internal	1. Pengawasan dilakukan oleh atasan langsung di Instalasi Rekam Medik 2. Pengawasan dilakukan secara berkala dengan audit kualitas dan kepatuhan terhadap regulasi 3. Evaluasi berkelanjutan terhadap prosedur layanan dan kerahasiaan rekam medis
11.	Jumlah Pelaksana	Sesuai dengan kebutuhan jumlah pasien dan volume rekam medis yang perlu diproses
12.	Jaminan Pelayanan	Layanan rekam medis dilakukan dengan cepat, tepat, dan akurat oleh petugas yang kompeten dan menjaga kerahasiaan data pasien
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Data rekam medis dijaga kerahasiaannya sesuai dengan peraturan yang berlaku 2. Pengamanan data rekam medis dilakukan dengan sistem keamanan berbasis teknologi informasi dan pengawasan fisik di ruang rekam medis

14.	Evaluasi Kinerja Pelayanan	Evaluasi dilakukan minimal setiap 6 bulan sekali dengan indikator mutu, kecepatan layanan, dan kepuasan pasien
-----	----------------------------	--

12. Pelayanan Instalasi Radiologi

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1	2	3
1.	Dasar Hukum	a. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. b. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. c. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/ SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit d. Permenkes No.24 Tahun 2020 Tentang Pelayanan Radiologi Klinik e. Peraturan Bapeten No. 4 Tahun 2020 Tentang Keselamatan Radiasi Pada Penggunaan Pesawat Sinar-X Dalam Radiologi Diagnostik dan Intervensional.
2.	Persyaratan Pelayanan	a. SEP b. Identitas pasien / KTP
3.	Prosedur	A. Rawat Jalan - Pasien dari poliklinik/dokter spesialis/praktik dokter/DPJP - Pasien langsung ke bagian Radiologi dengan membawa surat rujukan internal - Pasien dengan permintaan foto rontgen diperiksa oleh radiografer sesuai permintaan, kemudian hasilnya dibaca oleh dokter spesialis radiologi - Pasien dengan permintaan pemeriksaan USG diperiksa langsung oleh dokter spesialis radiologi B. Rawat Inap - Dokter penanggung jawab pasien (DPJP) menuliskan rekomendasi untuk pemeriksaan radiologi - Perawat membawa pasien ke instalasi radiologi untuk dilakukan pemeriksaan - Pasien dengan permintaan foto rontgen diperiksa oleh radiografer sesuai permintaan, kemudian hasilnya dibaca oleh

		dokter spesialis radiologi 4. Pasien dengan permintaan pemeriksaan USG diperiksa langsung oleh dokter spesialis radiologi
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	≤ 180 menit
5.	Biaya/Tarif	1. Bagi pasien JKN/BPJS, tidak dikenakan biaya (gratis) 2. Bagi pasien umum dikenakan biaya sesuai dengan ketentuan tarif yang berlaku.
6.	Produk Pelayanan	a. Hasil pemeriksaan Foto Rontgen b. Hasil Pemeriksaan USG (Ultrasonography)
7.	Penanganan, Pengaduan, Saran, Masukan	a. Melalui PIPP RS (Pemberi Informasi dan Penanganan Pengaduan) b. Melalui kotak saran c. Melalui Media sosial resmi RS (Instagram, WA Center : 0853 3699 4383, Call Center RS : 0481 25252) d. Melalui link pengaduan (qr code) :  http://me.qr.com/j26jdxhW
8.	Sarana dan Prasarana	1. Sarana • Ruang admin • Ruang dokter • Ruang pemeriksaan • Ruang operator • ruang tunggu pasien 2. Prasarana • Pesawat Sinar –X Konvensional • Pesawat Sinar –X Mobile • Ultrasonografi (Usg) • Digital Radiography (DR) • Printer Konica Minolta • Light box 3. Sarana Penunjang keselamatan • Apron Doubel • Tyroid • Gonad • Tabir perisai • Sarung tangan Pb

		• Kacamata Pb 4. Sistem Penunjang • Jaringan listrik + UPS • Air bersih • Internet & Komputer • Pendingin Ruangan
9.	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter spesialis Radiologi 2. Radiografer
10.	Pegawasan Internal	1. Dilakukan oleh atasan langsung 2. Dilakukan secara berjenjang 3. Dilakukan secara kontinyu 4. Konsisten dalam memberikan teguran dan sanksi
11.	Jumlah Pelaksana	1. Dokter Spesialis Radiologi 1 Orang 2. Radiografer 3 Orang
12.	Jaminan Pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SPO), yang didukung petugas yang kompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Informasi yang diberikan dijamin keabsahannya dan dapat dipertanggungjawabkan 2. Tersedia petugas keamanan (security)
14.	Evaluasi Kinerja Pelayanan	Evaluasi kinerja pelayanan dilakukan melalui pengukuran penerapan 14 komponen standar pelayanan yang dilakukan sekurang-kurangnya setiap tahun

13. Pelayanan Instalasi CSSD

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1	2	3
1.	Dasar Hukum	a. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. b. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. c. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/ SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
2.	Persyaratan Pelayanan	-
3.	Prosedur	A. STERILISASI ALAT DARI RUANG OPERASI 1. Petugas menerima alat kotor

		dari ruang operasi dengan APD lengkap, memeriksa kondisi umum alat, memisahkan alat yang tajam, memastikan tidak ada jarum di antara instrument, hitung jumlah set dan jumlah alat yang diterima, jika ada alat yang kurang atau rusak segera mengkonfirmasi dengan ruang operasi untuk klarifikasi. 2. Alat direndam dalam larutan enzimatis, disikat dengan sabun untuk menghilangkan sisa darah, jaringan, cairan tubuh pasien, kemudian dibilas dengan air mengalir. 3. Alat dikeringkan dengan cara manual, memeriksa alat apakah masih berfungsi baik atau tidak, berkarat. Jika ada yang rusak di pisahkan untuk perbaikan. Susun alat sesuai set prosedur/tindakan medis 4. Alat dikemas dalam kain, kemudian diberi nama set dan tanggal sterilisasi. 5. Alat disterilkan di autoclave, setelah proses sterilisasi selesai dan alat sudah dingin, alat disimpan di dalam lemari tertutup, di susun berdasarkan jenis set 6. Dokumentasi B. STERILISASI ALAT YANG TELAH DI CUCI DAN DI KERINGKAN DI UNIT (RAWAT INAP DAN RAWAT JALAN) 1. Menerima alat yang akan disterilkan dari unit 2. Memberi nama unit dan tanggal sterilisasi pada set 3. Alat disterilkan di autoclave, setelah selesai diserahkan ke unit asal. 4. Dokumentasi
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	60 sd 90 menit
5.	Biaya/Tarif	gratis
6.	Produk Pelayanan	Instrument medis sudah steril siap di gunakan dengan aman pada pasien
7.	Penanganan, Pengaduan, Saran, Masukan	a. Melalui PIPP RS (Pemberi Informasi dan Penanganan Pengaduan)

		b. Melalui kotak saran c. Melalui Media sosial resmi RS (Instagram, WA Center : 0853 3699 4383, Call Center RS : 0481 25252) d. Melalui link pengaduan (qr code) : http://me.qr.com/j26jdxhW
8.	Sarana dan Prasarana	Ruang alat sterilisasi, lemari penyimpanan alat steril, meja kerja, kursi kerja.
9.	Kompetensi Pelaksana	a. D III Perawat dan Sarjana Perawat b. Mampu mengoperasikan autoclave
10.	Pegawasan Internal	1. Dilakukan oleh atasan langsung 2. Dilakukan secara berjenjang 3. Dilakukan secara kontinyu\ 4. Konsisten dalam memberikan teguran dan sanksi
11.	Jumlah Pelaksana	4 orang
12.	Jaminan Pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SPO), yang didukung petugas yang kompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	a. Informasi yang diberikan dijamin keabsahannya dan dapat dipertanggungjawabka b. Tersedia petugas keamanan (security) dan fasilitas CCTV
14.	Evaluasi Kinerja Pelayanan	Evaluasi kinerja pelayanan dilakukan melalui pengukuran penerapan 14 komponen standar pelayanan yang dilakukan sekurang-kurangnya setiap tahun

14. Pelayanan Instalasi Fisioterapi

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1	2	3
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.

		2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/ SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
2.	Persyaratan Pelayanan	a. KTP b. SEP
3.	Prosedur	1. Rawat Jalan a. Pasien dari poliklinik/dokter spesialis/praktik dokter/DPJP b. Pasien langsung ke bagian Fisioterapi surat rujukan internal c. Pasien diperiksa oleh Fisioterapis sesuai keluhan, lalu membuat diagnose fisioterapi, serta mendesain treatmen sesuai dengan diagnose hasil pemeriksaan. 2. Rawat Inap a. Dokter penanggung jawab pasien (DPJP) menuliskan rekomendasi unruk tindakan fisioterapi. b. Fisioterapis menjawab rekomendasi dan melakukan pemeriksaan sesuai dengan keluhan c. Fisioterapis melakukan intervensi dan mendokumentasikannya.
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	Pelayanan per pasien minimal 20-45 menit
5.	Biaya/Tarif	1. Bagi pasien JKN/BPJS, tidak dikenakan biaya (gratis) 2. Bagi pasien umum dikenakan biaya sesuai dengan Perbup No. 69 tahun 2022 tentang tarif RSUD DATU PANCAITANA
6.	Produk Pelayanan	1. Fisioterapi Neuromuscular 2. Fisioterapi Musculoskelatal 3. Fisioterapi Pediatrik 4. Fisioterapi Geriatrik
7.	Penanganan, Pengaduan, Saran, Masukan	a. Melalui PIPP RS (Pemberi Informasi dan Penanganan Pengaduan) b. Melalui kotak saran c. Melalui Media sosial resmi RS (Instagram, WA Center : 0853 3699 4383, Call Center RS : 0481 25252) d. Melalui link pengaduan (qr code) :



<http://me.qr.com/j26jdxhW>

8.	Sarana dan Prasarana	Ruangan Fisioterapi
9.	Kompetensi Pelaksana	Fisioterapis terampil dan Fisioterapis Pelaksana
10.	Pegawasan Internal	1. Dilakukan oleh atasan langsung 2. Dilakukan secara berjenjang 3. Dilakukan secara kontinyu 4. Konsisten dalam memberikan teguran dan sanksi
11.	Jumlah Pelaksana	2 Orang
12.	Jaminan Pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SPO), yang didukung petugas yang kompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	a. Informasi yang diberikan dijamin keabsahannya dan dapat dipertanggungjawabkan b. Tersedia petugas keamanan (security) dan fasilitas CCTV
14.	Evaluasi Kinerja Pelayanan	Evaluasi kinerja pelayanan dilakukan melalui pengukuran penerapan 14 komponen standar pelayanan yang dilakukan sekurang-kurangnya setiap tahun

15. Pelayanan Bank Darah Rumah Sakit

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1	2	3
1.	Dasar Hukum	a. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. b. Undang Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang perubahan kedua atas Undang Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679); c. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. d. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637); e. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang peraturan pelaksanaan undang-undang nomor 17 tahun 2023 f. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 83 Tahun 2014 Tentang Unit Transfusi Darah, Bank Darah Rumah Sakit, Dan Jejaring Pelayanan Transfusi Darah; g. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 91 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Transfusi Darah; h. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 92 Tahun 2015 Tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Program Kerjasama Puskesmas, Unit Transfusi Darah, Rumah Sakit dalam Pelayanan Darah untuk Menurunkan Angka Kematian Ibu; j. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 308 Tahun 2017 tentang Keselamatan pasien k. Kepmenkes No.423/Menkes/SK/IV/2007 tentang kebijakan peningkatan

		kualitas dan akses pelayanan darah; l. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/ SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit m. Surat Keputusan Direktur nomor 43 tahun 2025 tentang Kebijakan Pelayanan BDRS RSUD Datu Pancaitana n. Surat Keputusan Direktur nomor 42 tahun 2025 tentang Pengoperasian BDRS RSUD Datu Pancaitana o. Surat Keputusan Direktur nomor 44 tahun 2025 tentang Pemberlakuan Pedoman Organisasi, Pedoman Pelayanan, Panduan Pelayanan BDRS RSUD Datu Pancaitana.
2.	Persyaratan Pelayanan	a. Formulir Permintaan darah yang telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh dokter penanggung jawab b. Contoh darah yang dilengkapi identitas pasien yang sesuai dengan yang tertera pada formulir permintaan darah
3.	Prosedur	1. Petugas ruang perawatan membawa formulir permintaan darah dari dokter beserta contoh darah pasien kemudian diserahkan ke petugas Bank Darah 2. Petugas Bank Darah dan petugas ruang perawatan mencocokkan identitas pasien yang tertera pada formulir dengan yang tertera pada contoh darah pasien. Bila terdapat ketidaksesuaian dikembalikan ke petugas ruang perawatan. 3. Jika telah sesuai Petugas BDRS melakukan pemeriksaan golongan darah. 4. Petugas BDRS mengecek ketersediaan stok darah dan segera melakukan proses uji cocok serasi, bila komponen darah yang dibutuhkan tidak tersedia petugas BDRS merujuk ke UTDRS/UTDPMI terdekat 5. Petugas BDRS menginformasikan hasil uji cocok serasi ke petugas

		ruang perawatan. Hasil compatible darah/komponen darah siap disalurkan, sedangkan hasil incompatible darah/komponen darah dapat disalurkan atas persetujuan DPJP dengan melampirkan pernyataan persetujuan memakai darah incompatible. 6. Petugas ruang perawatan menjemput darah/komponen darah menggunakan coolbox (distribusi darah dilakukan sistem tertutup dan mempertahankan rantai dingin) 7. Petugas ruang perawatan melakukan monitoring transfusi darah dan melaporkan setiap kejadian reaksi transfusi pada petugas BDRS
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	90 Menit
5.	Biaya/Tarif	a. Bagi pasien JKN/BPJS, tidak dikenakan biaya (gratis) b. Bagi pasien umum dikenakan biaya sesuai dengan ketentuan tarif yang berlaku.
6.	Produk Pelayanan	Layanan Bank Darah Rumah Sakit
7.	Penanganan, Pengaduan, Saran, Masukan	a. Melalui PIPP RS (Pemberi Informasi dan Penanganan Pengaduan) b. Melalui kotak saran c. Melalui Media sosial resmi RS (Instagram, WA Center : 0853 3699 4383, Call Center RS : 0481 25252) d. Melalui link pengaduan (qr code) : http://me.qr.com/j26jdxhW
8.	Sarana dan Prasarana	Ruang Lab BDRS dan Ruang Admin Peralatan Kerja: - Seperangkat alat uji cocok serasi metode Gel tes - Blood bank refrigerator - Medical Refrigerator - Mikroskop

		- Centrifuge - Plasma ekstraktor - Elektrik Sealer - Mikropipet - Cooler box - Dan alat penunjang lainnya Komputer dan Printer Bahan Habis Pakai
9.	Kompetensi Pelaksana	1. Kualifikasi Pendidikan : - Dokter Spesialis Patologi Klinik - D3 Teknologi Bank Darah - S1 Teknologi Laboratorium Medik bersertifikat Diklat Pelayanan Darah 2. Menguasai tata kelola pelayanan darah di BDRS 3. Menguasai pengetahuan & keterampilan tentang pelayanan darah 4. Menguasai keterampilan best excellent services 5. Menguasai kewaspadaan universal 6. Memahami peraturan perundang-undangan tentang Pelayanan Darah
10.	Pegawasan Internal	1. Dilakukan oleh atasan langsung 2. Dilakukan secara berjenjang 3. Dilakukan secara kontinyu 4. Konsisten dalam memberikan teguran dan sanksi
11.	Jumlah Pelaksana	1. Dokter Spesialis Patologi Klinik: 2 orang 2. D3 Teknologi Bank Darah: 2 orang 3. S1 Teknologi Laboratorium Medik bersertifikat Diklat Pelayanan Darah: 1 orang
12.	Jaminan Pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SPO), yang didukung petugas yang kompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	a. Informasi yang diberikan dijamin keabsahannya dan dapat dipertanggungjawabkan b. Tersedia petugas keamanan (security) dan fasilitas CCTV
14.	Evaluasi Kinerja Pelayanan	Evaluasi kinerja pelayanan dilakukan

		melalui pengukuran penerapan 14 komponen standar pelayanan yang dilakukan sekurang-kurangnya setiap tahun
--	--	---

16. Pelayanan Patologi Anatomi

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1	2	3
1.	Dasar Hukum	a. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. b. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. c. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/ SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit d. Permenkes No. 411 tahun 2010 tentang Laboratorium Klinik
2.	Persyaratan Pelayanan	a. SEP b. Identitas pasien / KTP
3.	Prosedur	a. Pra Analitik b. Analitik c. Pasca Analitik d. Prosedur Mutu & Keselamatan
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	1.Papsmear 1 – 2 hari 2.FNAB 1 – 2 hari 3.PA kecil 5 – 7 hari 4.PA sedang 5 – 7 hari 5.PA besar 5 – 7 hari 6.Pa radikalitas 5 – 7 hari 7.Sitologi 2 – 3 hari
5.	Biaya/Tarif	1. Bagi pasien JKN/BPJS, tidak dikenakan biaya (gratis) 2. Bagi pasien umum dikenakan biaya sesuai dengan ketentuan tarif yang berlaku.
6.	Produk Pelayanan	1. Hasil pemeriksaan laboratorium (rutin, normal, Khusus) 2. Layanan Konsultasi & Interpretasi hasil 3. Laporan hasil pemeriksaan & data laboratorium
7.	Penanganan, Pengaduan, Saran, Masukan	1. Melalui kotak saran 2. Melalui WA Center : 0853 3699 4383 3. Melalui Petugas Pengaduan 4. Melalui link pengaduan (qr code) :

		 http://me.qr.com/j26jdxhW
8.	Sarana dan Prasarana	1. Sarana • Ruang admin • Ruang Tindakan Pemeriksaan • Toilet 2. Prasarana • Peralatan medis 3. Sistem penunjang • Jaringan Listrik + UPS • Lis • Exhaust • Air bersih • Meja komputer • Kursi • Internet & Komputer • Pendingin Ruangan
9.	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter spesialis Patologi Anatomi 2. Perawat s1 Ners
10.	Pegawasan Internal	1. Dilakukan oleh atasan langsung 2. Dilakukan secara berjenjang 3. Dilakukan secara kontinyu 4. Konsisten dalam memberikan teguran dan sanksi
11.	Jumlah Pelaksana	Dokter spesialis patologi anatomi 1 orang Perawat 1 orang
12.	Jaminan Pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SPO), yang didukung petugas yang kompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Informasi yang diberikan dijamin keabsahannya dan dapat dipertanggungjawabkan 2. Tersedia petugas keamanan (security)
14.	Evaluasi Kinerja Pelayanan	Evaluasi kinerja pelayanan dilakukan melalui pengukuran penerapan 14 komponen standar pelayanan yang

		dilakukan sekurang-kurangnya setiap tahun
--	--	--

17. Pelayanan IPSRS

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1	2	3
1.	Dasar Hukum	a. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. b. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. c. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/ SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
2.	Persyaratan Pelayanan	a. Penanggung Jawab b. Informasi Kerusakan Alat c. Peninjauan teknis oleh petugas IPSRS untuk analisis dan perbaikan d. Pengembalian alat yang berfungsi baik kepada pengguna
P	Prosedur	a. Unit atau ruangan yang mengalami kerusakan sarana atau peralatan melaporkan kejadian tersebut ke bagian IPSRS, Posko Pelaporan atau langsung ke teknisi. b. Petugas IPSRS melakukan peninjauan untuk menganalisis masalah dan menentukan tindakan perbaikan yang diperlukan, Jika memungkinkan, perbaikan dilakukan di lokasi peralatan rusak. Jika tidak, peralatan dibawa ke bengkel IPSRS, Perbaikan tingkat komponen yang dilakukan oleh teknisi IPSRS dengan pengadaan suku cadang langsung, pengadaan suku cadang oleh bagian pengadaan rumah sakit, atau membutuhkan koordinasi dengan teknisi vendor atau pihak ketiga. c. Petugas IPSRS mencatat hasil perbaikan
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	a. Sesuai tingkat kerusakan b. 1-3 Hari jika tanpa suku cadang c. Minimal 1-3 Bulan jika memerlukan suku cadang d. Minimal 1 Bulan jika memerlukan Pihak ketiga
5.	Biaya/Tarif	Sesuai tingkat kerusakan atau Sesuai Harga Suku Cadang Bila Memerlukan

		Suku Cadang
6.	Produk Pelayanan	pemeliharaan, perbaikan, dan kalibrasi sarana, prasarana, serta peralatan medis dan non-medis rumah sakit agar selalu siap dan layak pakai
7.	Penanganan, Pengaduan, Saran, Masukan	Melalui I-Phone IPSRS atau Kontak Petugas IPSRS
8.	Sarana dan Prasarana	1. APD 2. Alat Kerja
9.	Kompetensi Pelaksana	1. D-III Elektromedik 2. D-III Kelistrikan 3. SMA/SMK
10.	Pegawasan Internal	1. Dilakukan oleh atasan langsung 2. Dilakukan secara berjenjang 3. Dilakukan secara kontinyu 4. Konsisten dalam memberikan teguran dan sanksi
11.	Jumlah Pelaksana	5 Orang terdiri dari : 1. Elektromedik (2 Orang) 2. Teknisi Umum (3 Orang)
12.	Jaminan Pelayanan	1. Keberadaan Petugas Elektromedis, Teknisi Umum 2. Ketaatan pada jam Pelayanan
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pemeliharaan rutin dan berkala sarana, prasarana, dan peralatan medis agar tetap berfungsi baik 2. Pelaksanaan perbaikan yang terstandar 3. Adanya sistem pengawasan internal untuk memastikan kualitas dan keamanan pelayanan.
14.	Evaluasi Kinerja Pelayanan	Evaluasi kinerja pelayanan dilakukan sekurang-kurangnya setiap bulan

18. Pelayanan Laundry

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1	2	3
1.	Dasar Hukum	a. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. b. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. c. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

		d. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman dan Pencegahan Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. e. Peraturan Menteri Kesehatan RI NO. 7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit. f. Permenkes No 40 Tahun 2022 tentang persyaratan tehknis parsarana dan peralatan kesehatan
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.	Prosedur	1. Pengambilan linen kotor dari semua ruangan perawatan dan penunjang 2. Proses pemilahan linen kotor 3. Proses pencucian linen infeksius dengan menggunakan suhu 70°C selama 25 menit 4. Proses pengeringan dan penyetrikaan linen 5. Pendistribusian linen bersih ke ruang perawatan
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	1. Pencucian 45 – 60 menit 2. Pengeringan ≤ 30 menit 3. Penyetrikaan ≤ 5 jam
5.	Biaya/Tarif	-
6.	Produk Pelayanan	Pengambilan dan pencucian linen kotor sampai dengan pendistribusian linen bersih
7.	Penanganan, Pengaduan, Saran, Masukan	1. Melalui kotak saran 2. Melalui WA Center : 0853 3699 4383 3. Melalui Petugas Pengaduan 4. Melalui link pengaduan (qr code) :  http://me.qr.com/j26jdxhW

8.	Sarana dan Prasarana	1. Pintu masuk linen kotor 2. Ruangan Pemilahan dan penimbangan linen kotor 3. Area pencucian 4. Area Pengeringan 5. Ruangan Penyetrikaan 6. Ruangan Distribusi 7. Ruangan Penyimpanan 8. Toilet Petugas
9.	Kompetensi Pelaksana	1. Pelatihan Manajemen linen dan laundry 2. Pelatihan Pengendalian dan Pencegahan Infeksi
10.	Pegawasan Internal	1. Dilakukan oleh atasan langsung 2. Dilakukan secara berjenjang 3. Dilakukan secara kontinyu 4. Konsisten dalam memberikan teguran dan sanksi
11.	Jumlah Pelaksana	3 orang petugas
12.	Jaminan Pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SPO), yang didukung petugas yang kompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Informasi yang diberikan dijamin keabsahannya dan dapat dipertanggungjawabkan 2. Tersedia petugas keamanan (security) dan fasilitas CCTV
14.	Evaluasi Kinerja Pelayanan	Evaluasi kinerja pelayanan dilakukan melalui pengukuran penerapan 14 komponen standar pelayanan yang dilakukan sekurang-kurangnya setiap tahun

19. Pelayanan IPJA

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1	2	3
1.	Dasar Hukum	a. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. b. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. c. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/ SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit d. Peraturan Daerah Kabupaten

		Bone Nomor 1 Tahun 2024 Tentang Pajak Daerah Dan Retribusi Daerah, (Lembaran Daerah Kabupaten Bone Tahun 2024 Nomor 1, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Bone Nomor 1).
2.	Persyaratan Pelayanan	a. KTP b. Kartu Keluarga c. Surat Keterangan Kematian
3.	Prosedur	1. Menerima dan identifikasi jenazah 2. Menyiapkan bahan dan alat pemulasaran jenazah 3. Petugas melakukan pemulasaran jenazah meliputi, memandikan, merawat, membungkus/mengkafani dan merapikan 4. Jenazah ditempatkan di ruangan persemayan atau disimpan dilemari pendingin jika jenazah belum diketahui identitas/keluarga 5. Keluarga menyelesaikan administrasi 6. Petugas mobil jenazah mengantar kerumah duka.
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	≤ 2 jam
5.	Biaya/Tarif	Bagi Jenazah, dikenakan biaya berdasarkan perpub No 69 tahun 2022 tentang tarif Rumah Sakit Umum Daerah Datu Pancaaitana.
6.	Produk Pelayanan	Pelayanan pemulasaran jenazah
7.	Penanganan, Pengaduan, Saran, Masukan	a. Melalui PIPP RS (Pemberi Informasi dan Penanganan Pengaduan) b. Melalui kotak saran c. Melalui Media sosial resmi RS (Instagram, WA Center : 0853 3699 4383, Call Center RS : 0481 25252) d. Melalui link pengaduan (qr code) :

		 http://me.qr.com/j26jdxhW
8.	Sarana dan Prasarana	a. Ruang tunggu b. Alat tulis kantor c. Meja d. Kursi e. Buku Register f. Almari arsip g. Prizer jenazah h. Brangker jenazah i. Kantong jenazah j. Tempat sampah k. Formalin
9.	Kompctensi Pclaksana	S1 Kcpcrawatan Ncrs (Administrasi / penanggung jawab)
10.	Pegawasan Internal	1. Dilakukan oleh atasan langsung 2. Dilakukan secara berjenjang 3. Dilakukan secara kontinyu 4. Konsisten dalam memberikan teguran dan sanksi
11.	Jumlah Pelaksana	1 Orang
12.	Jaminan Pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SPO), yang didukung petugas yang kompeten di bidang tugasnya dengan prilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Informasi yang diberikan dijamin keabsahannya dan dapat dipertanggungjawabkan 2. Tersedia petugas keamanan (security) dan fasilitas CCTV
14.	Evaluasi Kinerja Pelayanan	Evaluasi kinerja pelayanan dilakukan melalui pengukuran penerapan 14 komponen standar pelayanan yang dilakukan sekurang-kurangnya setiap tahun

20. Pelayanan Ambulace

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1	2	3
1.	Dasar Hukum	a. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. b. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. c. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/ SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit d. Peraturan Daerah Kabupaten Bone Nomor 1 Tahun 2024 Tentang Pajak Daerah Dan Retribusi Daerah, (Lembaran Daerah Kabupaten Bone Tahun 2024 Nomor 1, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Bone Nomor 1).
2.	Persyaratan Pelayanan	a. Mengisi formulir/permintaan layanan ambulans. b. Membawa identitas pasien/keluarga. c. Surat rujukan atau keterangan medis dari dokter (bila untuk rujukan). d. Persetujuan penggunaan layanan dari pasien/keluarga.
3.	Prosedur	1. Pasien/keluarga mengajukan permintaan layanan ambulans ke petugas pendaftaran/IGD. 2. Petugas melakukan verifikasi administrasi dan kebutuhan medis. 3. Petugas ambulans menyiapkan sarana, prasarana, serta tenaga pendukung. 4. Pasien diantar sesuai tujuan (rujukan/jenazah/antar jemput sesuai kebijakan RS). 5. Setelah selesai, dilakukan pencatatan, pelaporan, dan administrasi biaya (jika ada).
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	1. Waktu persiapan keberangkatan maksimal 15 menit setelah permintaan disetujui. 2. Lama perjalanan sesuai jarak/tempat tujuan.

5.	Biaya/Tarif	1. Berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Bone Nomor 1 Tahun 2024, pelayanan ambulans untuk keperluan rujukan atau antar-jemput pasien dalam kondisi non gawat darurat dikenakan tarif sesuai ketentuan yang berlaku. (Tarif Pemakaian Alat Ambulans, Ventilator (dalam propinsi) 200.000, Ventilator (luar propinsi) 300.000) 2. Peraturan Bupati Bone nomor 69 tahun 2022 tentang Tarif Pelayanan Badan Layanan Umum Daerah Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah Datu Pancaitana. (Tarif jasa sarana ditetapkan sebesar Rp50.000,00 (lima puluh ribu rupiah) setiap pemakaian kendaraan, penggunaan bahan habis pakai ditetapkan dengan perhitungan jarak pergi-pulang (PP) dikalikan 0,45 (nol koma empat lima) dikali harga BBM yang berlaku (Jarak PP x 0,45 x Harga BBM). 3. Pelayanan ambulans diberikan tanpa biaya (gratis) bagi pasien peserta BPJS Kesehatan dalam kondisi emergensi gawat darurat/rujukan sesuai ketentuan yang berlaku.
6.	Produk Pelayanan	Layanan transportasi pasien/jenazah menggunakan ambulans sesuai standar pelayanan kesehatan.
7.	Penanganan, Pengaduan, Saran, Masukan	1. Melalui PIPP RS (Pemberi Informasi dan Penanganan Pengaduan) 2. Melalui kotak saran 3. Melalui Media sosial resmi RS (Instagram, WA Center : 0853 3699 4383, Call Center RS : 0481 25252)

		4. Melalui link pengaduan (qr code) :  http://me.qr.com/j26jdxhW
8.	Sarana dan Prasarana	1. Unit mobil ambulans standar (basic/advanced ambulance) 2. Peralatan medis darurat (tabung oksigen, tandu, monitor, dll.) 3. Alat komunikasi (HT/HP)
9.	Kompetensi Pelaksana	1. Sopir ambulans terlatih dan memiliki SIM A Umum 2. Tenaga kesehatan pendamping (perawat/bidan/dokter sesuai kebutuhan medis) 3. Pelatihan BTCLS/PPGD untuk petugas medis pendamping
10.	Pegawasan Internal	1. Dilakukan oleh Kabid Pelayanan Penunjang 2. Monitoring rutin melalui laporan penggunaan ambulans 3. Evaluasi bulanan/triwulan oleh manajemen rumah sakit
11.	Jumlah Pelaksana	1. Minimal 1 sopir + 1 tenaga kesehatan setiap keberangkatan ambulans 2. Jumlah ambulans dan petugas menyesuaikan kebutuhan rumah sakit
12.	Jaminan Pelayanan	1. Mengutamakan keselamatan pasien selama transportasi 2. Ambulans dilengkapi dengan peralatan medis standar 3. Petugas menggunakan APD sesuai kebutuhan
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Mengutamakan keselamatan pasien selama transportasi 2. Ambulans dilengkapi dengan peralatan medis standar 3. Petugas menggunakan APD sesuai kebutuhan
14	Evaluasi Kinerja Pelayanan	1. Dilakukan secara berkala (triwulan/tahunan) oleh

		manajemen RS 2. Berdasarkan indikator: kecepatan respon, jumlah penggunaan ambulans, kepuasan pasien, dan laporan pengaduan.
--	--	--

21. Pelayanan Keamanan

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1	2	3
1.	Dasar Hukum	a. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. b. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. c. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/ SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit d. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. e. SOP Keamanan Internal RSUD (ditetapkan oleh Direktur RS).
2.	Persyaratan Pelayanan	a. Pegawai/pengunjung yang memasuki area RS wajib mematuhi aturan keamanan (identifikasi, tanda pengenalan, pemeriksaan barang bila diperlukan). b. Laporan kejadian / pengaduan keamanan harus dilengkapi identitas pelapor dan kronologi singkat. c. Pengunjung pasien wajib mengikuti aturan jam Besuch, tidak membawa barang berbahaya, dan menjaga ketertiban.
3.	Prosedur	a. Pengamanan area: penjagaan pintu masuk (pintu utama, penjagaan akses pintu masuk IGD), patroli area, pemantauan CCTV. b. Penerimaan tamu / pengunjung: pemeriksaan identitas, pengarahan area kunjungan. c. Penanganan insiden keamanan: menerima laporan → verifikasi → tindakan sesuai SOP → dokumentasi → pelaporan ke

		pimpinan. d. Koordinasi dengan aparat kepolisian / aparat terkait bila ada kejadian darurat, (apabila terjadi insiden yang mengancam keamanan atau keselamatan dan tidak dapat ditangani internal, yang melebihi kewenangan satpam, maka segera dilakukan koordinasi eksternal agar penanganan cepat, tepat, dan sesuai hukum).
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	a. Penanganan laporan keamanan ringan maksimal 1x24 jam. b. Penanganan insiden darurat: segera (real-time).
5.	Biaya/Tarif	Tidak dipungut biaya (gratis) yang merupakan bagian dari layanan rumah sakit.
6.	Produk Pelayanan	a. Rasa aman dan nyaman bagi pasien, pengunjung, dan pegawai. b. Lingkungan rumah sakit yang tertib, terkendali, dan bebas dari gangguan keamanan. c. Laporan hasil penanganan insiden keamanan.
7.	Penanganan, Pengaduan, Saran, Masukan	a. Melalui PIPP RS (Pemberi Informasi dan Penanganan Pengaduan) b. Melalui kotak saran c. Melalui Media sosial resmi RS (Instagram, WA Center : 0853 3699 4383, Call Center RS : 0481 25252) d. Melalui link pengaduan (qr code) : http://me.qr.com/j26jdxhW
8.	Sarana dan Prasarana	a. Pos jaga dan ruang keamanan. b. Palang pintu parkir.

		c. Fasilitas CCTV di area strategis dan monitor ruang kontrol. d. Telepon internal. e. Alat pengaman standar (senter, tongkat pengamanan, peluit).
9.	Kompetensi Pelaksana	a. Memiliki pengetahuan dasar tentang keamanan dan keselamatan kerja. b. Terlatih dalam pelayanan prima, komunikasi, dan penanganan konflik. c. Memiliki sertifikasi satpam (Gada Pratama). d. Disiplin, berintegritas, dan berpenampilan rapi.
10.	Pegawasan Internal	a. Dilakukan oleh Kepala Satuan Pengamanan (Kasatpam) dan Kasubag Umum, Kepegawaian, dan Humas. b. Evaluasi rutin bulanan oleh Kasubag Umum, Kepegawaian, dan Humas melalui laporan keamanan. c. Audit pelayanan keamanan sebagai bagian dari mutu dan keselamatan pasien.
11.	Jumlah Pelaksana	1 (satu) orang petugas/shift di setiap pintu masuk, 1 (satu) orang petugas patroli keliling.
12.	Jaminan Pelayanan	a. Petugas keamanan siap siaga 24 jam/7 hari. b. Respon cepat terhadap laporan gangguan keamanan. c. Perlakuan adil dan tidak diskriminatif kepada seluruh pasien, pengunjung, dan pegawai.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	a. Melindungi keselamatan pasien, pengunjung, dan pegawai dari tindak kriminal, kerusakan, dan ancaman bahaya. b. Pengawasan barang bawaan untuk mencegah masuknya benda berbahaya. c. Apabila terjadi keadaan darurat, petugas keamanan segera

		berkoordinasi dengan instansi berwenang untuk penanganan cepat dan tepat.
14.	Evaluasi Kinerja Pelayanan	a. Dilakukan melalui: - o Laporan bulanan keamanan. - o Survei kepuasan pasien/keluarga terkait rasa aman. - o Review insiden keamanan (jika terjadi) → tindak lanjut perbaikan SOP. b. Rekomendasi perbaikan disampaikan ke manajemen RS.

PT. DIREKTUR,

MUHAMMAD ROSTANG