



RSUD BLAMBANGAN KABUPATEN BANYUWANGI

PEDOMAN PELAYANAN KEMOTERAPI



2026

Jalan Letkol Istiqlah No. 49 Telepon (0333) 421118 – Fax: (0333) 421072
e-mail : rsudblambangan.bwi@gmail.com Website : rsudblambangan.banyuwangikab.go.id



KEPUTUSAN
DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BLAMBANGAN
KABUPATEN BANYUWANGI
NOMOR : 118/194 /KEP/429.401/2026
TENTANG
PEDOMAN PELAYANAN KEMOTERAPI
RSUD BLAMBANGAN KABUPATEN BANYUWANGI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
Plt DIREKTUR RSUD BLAMBANGAN

- Menimbang : a. bahwa berdasarkan Pasal 20 dan Pasal 21 Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, setiap penyelenggara wajib menyusun dan menetapkan standar pelayanan yang sekurang-kurangnya memuat 14 (empat belas) komponen dengan mengikutsertakan masyarakat dan pihak terkait;
- b. bahwa Pelayanan Kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah Blambangan telah beroperasi sejak 2 Juni 2026 sebagai unit pelayanan yang menyelenggarakan pelayanan kemoterapi secara terintegrasi, aman, bermutu, efektif, efisien, dan berorientasi pada keselamatan pasien, sehingga diperlukan pedoman pelayanan yang memberikan kepastian, keterbukaan, transparansi, dan akuntabilitas kepada masyarakat;
- c. bahwa dalam rangka pencegahan maladministrasi dan pelaksanaan Opini Ombudsman Republik Indonesia: Penilaian Maladministrasi Pelayanan Publik Tahun 2026, diperlukan pedoman standar pelayanan yang dapat dijadikan acuan pelaksana, pengawas, dan masyarakat;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Blambangan Kabupaten Banyuwangi tentang Pedoman Pelayanan Unit Tindakan Kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah Blambangan Kabupaten Banyuwangi;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 37 Tahun 2008 tentang Ombudsman Republik Indonesia;
2. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik;
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015;
5. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas;
6. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 2022 tentang Pelindungan Data Pribadi;
7. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
8. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2023 tentang Aparatur Sipil Negara;
9. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
10. Peraturan Pemerintah Nomor 42 Tahun 2020 tentang Aksesibilitas terhadap Permukiman, Pelayanan Publik, dan Pelindungan dari Bencana bagi Penyandang Disabilitas;
11. Peraturan Pemerintah Nomor 94 Tahun 2021 tentang Disiplin Pegawai Negeri Sipil;
12. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
13. Peraturan Presiden Nomor 76 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Pengaduan Pelayanan Publik;
14. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;
15. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik;
16. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 62 Tahun 2018 tentang Pedoman Sistem Pengelolaan Pengaduan Pelayanan Publik Nasional;
17. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 6 Tahun 2022 tentang Pengelolaan Kinerja Pegawai Aparatur Sipil Negara;

- 18 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang
Keselamatan Pasien;
- 19 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang
Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik
Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan
Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit
Transfusi Darah;
- 20 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2026 tentang
Rumah Sakit;
- 21 Keputusan Menteri Kesehatan Nomor
HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi
Rumah Sakit;
- 22 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor
HK.01.07/MENKES/174/2024 tentang Pedoman
Penyelenggaraan Rumah Sakit Jejaring Pengampunan Pelayanan
Kesehatan Prioritas;
- 23 Keputusan Menteri Kesehatan Nomor
HK.01.07/MENKES/1681/2024 tentang Penyelenggaraan
Pelayanan Kanker Secara Multidisiplin di Rumah Sakit;
- 24 Keputusan Menteri Kesehatan Nomor
HK.01.07/MENKES/1665/2024 tentang Nilai Klaim Harga Obat
Program Rujuk Balik, Obat Penyakit Kronis di Fasilitas Pelayanan
Kesehatan Tingkat Lanjut, Obat Kemoterapi, dan Obat Alteplase;
- 25 Keputusan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan Nomor
HK.02.02/D/922/2026 tentang Pedoman Penyelenggaraan
Pelayanan Kanker Secara Multidisiplin di Rumah Sakit;
- 26 Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025
tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024
tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah;
- 27 Peraturan Bupati Banyuwangi Nomor 23 Tahun 2024 tentang
Peraturan Internal (Hospital By Laws) Rumah Sakit Umum
Daerah Blambangan Kabupaten Banyuwangi;
- 28 Peraturan Bupati Banyuwangi Nomor 53 Tahun 2024 tentang
Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi serta
Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum
Daerah Blambangan Kabupaten Banyuwangi;

29 Keputusan Direktur RSUD Blambangan Kabupaten Banyuwangi Nomor 188/265/KEP/429.401/2026 tentang Kebijakan Pelayanan Kemoterapi RSUD Blambangan Kabupaten Banyuwangi;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BLAMBANGAN KABUPATEN BANYUWANGI TENTANG PEDOMAN PELAYANAN UNIT TINDAKAN KEMOTERAPI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BLAMBANGAN KABUPATEN BANYUWANGI.**

- KESATU : Menetapkan Pedoman Pelayanan Kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah Blambangan Kabupaten Banyuwangi sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan ini.
- KEDUA : Pedoman sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU memuat 14 (empat belas) komponen standar pelayanan, Maklumat Pelayanan, ketentuan kompensasi, upaya pencegahan maladministrasi, keselamatan pasien, serta mekanisme pemantauan dan evaluasi pelayanan Kemoterapi.
- KETIGA : Komponen penyampaian pelayanan (service delivery) dan Maklumat Pelayanan wajib dipublikasikan melalui papan informasi Unit Tindakan Kemoterapi, laman resmi, dan media sosial Rumah Sakit Umum Daerah Blambangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- KEEMPAT : KSMF Kemoterapi dan Kepala Unit Kemoterapi bertanggung jawab atas penerapan, pengawasan, pemantauan, dan evaluasi Pedoman Pelayanan Kemoterapi serta melaporkannya kepada Direktur melalui Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang.
- KELIMA : Pedoman sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU dievaluasi paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun atau sewaktu-waktu apabila terdapat perubahan peraturan perundang-undangan, perkembangan standar pelayanan kemoterapi, hasil Survei Kepuasan Masyarakat, hasil pengaduan masyarakat, insiden keselamatan pasien, atau hasil penilaian dan pengawasan pelayanan publik.
- KEENAM : Dengan berlakunya Keputusan ini, ketentuan mengenai standar dan pedoman pelayanan Kemoterapi yang bertentangan dengan Keputusan ini dinyatakan tidak berlaku.

KETUJUH : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan, dengan ketentuan apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Banyuwangi
pada tanggal : 2 Juni 2026

Plt. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah
Kabupaten Banyuwangi



Dr. Sri Asyiah Anggraeni, M.MRS, FISQua, CHQP
Pembina Tingkat I
NIP. 19710505 200212 2 004

Tembusan Yth.:

1. Bupati Banyuwangi (sebagai laporan);
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi;
3. Para Kepala Bidang/Bagian RSUD Blambangan;
4. KSMF Ruang Kemoterapi dan Kepala Unit Ruang Kemoterapi
5. Arsip.

LAMPIRAN

KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD BLAMBANGAN

NOMOR : 118/ 194 /KEP/429.401/2026

TANGGAL : 2 JUNI 2026

TENTANG : PEDOMAN PELAYANAN UNIT TINDAKAN
KEMOTERAPI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
BLAMBANGAN KABUPATEN BANYUWANGI.

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas rahmat dan karunia-Nya sehingga dokumen Standar Pelayanan Khusus Kemoterapi RSUD Blambangan Banyuwangi dapat disusun dengan baik. Pelayanan kemoterapi merupakan salah satu pelayanan kesehatan yang memerlukan standar khusus, mengingat kompleksitas terapi, risiko efek samping obat sitotoksik, serta pentingnya penerapan keselamatan pasien dalam setiap tahapan pelayanan. Oleh karena itu, diperlukan standar pelayanan yang komprehensif, terstruktur, dan berorientasi pada mutu serta keselamatan pasien.

Penyusunan Standar Pelayanan Khusus Kemoterapi ini bertujuan untuk menjadi acuan bagi seluruh tenaga kesehatan dan tenaga terkait dalam menyelenggarakan pelayanan kemoterapi yang aman, efektif, bermutu, profesional, dan berkesinambungan. Standar ini mencakup proses penerimaan pasien, asesmen klinis, persiapan dan pemberian obat kemoterapi, pemantauan selama dan setelah terapi, penanganan kegawatdaruratan, edukasi pasien dan keluarga, serta dokumentasi pelayanan. Dokumen ini juga memuat 14 komponen Standar Pelayanan Publik sebagaimana dipersyaratkan peraturan perundang-undangan.

Penerapan standar ini diharapkan dapat meningkatkan keseragaman pelaksanaan pelayanan, meminimalkan risiko kesalahan, meningkatkan kompetensi dan tanggung jawab petugas, serta memberikan pengalaman pelayanan yang aman dan nyaman bagi pasien dan keluarga. Selain itu, standar ini menjadi salah satu upaya dalam mendukung peningkatan mutu pelayanan dan pemenuhan standar akreditasi rumah sakit.

Kami menyadari bahwa dokumen ini masih memerlukan penyempurnaan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran, regulasi yang berlaku, serta hasil evaluasi pelaksanaan pelayanan di lapangan. Oleh karena itu, monitoring, evaluasi, dan pembaruan standar secara berkala perlu dilaksanakan

untuk memastikan kesesuaiannya dengan kebutuhan pelayanan. Kami menyampaikan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan dokumen ini. Semoga Standar Pelayanan Khusus Kemoterapi RSUD Blambangan Banyuwangi dapat menjadi pedoman yang bermanfaat dalam mewujudkan pelayanan onkologi yang komprehensif, berorientasi pada keselamatan pasien, profesional, dan penuh empati.

Ditetapkan di : Banyuwangi
pada tanggal : 2 Juni 2026

Plt. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah
Kabupaten Banyuwangi

The image shows a circular official stamp of RSUD Blambangan Banyuwangi. The stamp contains the text "PEMERINTAH KABUPATEN" at the top, "RSUD BLAMBAANG" in the center, and "BANYUWANGI" at the bottom, flanked by two stars. Overlaid on the right side of the stamp is a large, stylized handwritten signature in black ink.

dr. Siti Asyah Anggraeni, M.MRS, FISQua, CHQP
Pembina Tingkat I
NIP. 19710505 200212 2 004

DAFTAR ISI

1

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BLAMBANGAN	2
KATA PENGANTAR.....	7
DAFTAR ISI.....	9
DAFTAR TABEL.....	11
DAFTAR GAMBAR	12
BAB I PENDAHULUAN	13
A. Latar Belakang.....	13
B. Maksud dan Tujuan	14
C. Sasaran	15
D. Ruang Lingkup.....	15
E. Pengertian	16
F. Sistematika Pedoman.....	16
BAB II GAMBARAN UMUM PENYELENGGARA.....	17
A. Profil RSUD Blambangan	17
B. Profil Pelayanan Kemoterapi.....	17
C. Jenis Layanan Unit Tindakan Kemoterapi.....	23
BAB III ASAS, PRINSIP, DAN TAHAPAN PENYUSUNAN STANDAR PELAYANAN	25
A. Asas Pelayanan Publik.....	25
B. Prinsip Penyusunan Standar Pelayanan.....	26
C. Tahapan Penyusunan dan Penetapan.....	27
BAB IV STANDAR PELAYANAN KEMOTERAPI	29
(14 KOMPONEN)	29
A. Komponen 1 (Dasar Hukum) (<i>Pengelolaan Pelayanan</i>)	30
B. Komponen 2 (Persyaratan) (<i>Penyampaian Pelayanan</i>)	32

1

C. Komponen 3 (Sistem, Mekanisme, dan Prosedur) (<i>Penyampaian Pelayanan</i>).....	33
D. Komponen 4 (Jangka Waktu Penyelesaian) (<i>Penyampaian Pelayanan</i>) 35	
E. Komponen 5 (Biaya/Tarif) (<i>Penyampaian Pelayanan</i>).....	35
F. Komponen 6 (Produk Pelayanan) (<i>Penyampaian Pelayanan</i>)	36
G. Komponen 7 (Sarana, Prasarana, dan/atau Fasilitas)(<i>Pengelolaan Pelayanan</i>).....	36
H. Komponen 8 (Kompetensi Pelaksana).....	38
I. Komponen 9 (Pengawasan Internal) (<i>Pengelolaan Pelayanan</i>)	39
J. Komponen 10 (Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan)	40
K. Komponen 11 (Jumlah Pelaksana) (<i>Pengelolaan Pelayanan</i>)	41
L. Komponen 12 (Jaminan Pelayanan) (<i>Pengelolaan Pelayanan</i>)	41
M. Komponen 13 (Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan) (<i>Pengelolaan Pelayanan</i>)	43
N. Komponen 14 (Evaluasi Kinerja Pelaksana) (<i>Pengelolaan Pelayanan</i>) 44	
BAB V MAKLUMAT PELAYANAN DAN KOMPENSASI	45
A. Maklumat Pelayanan	45
B. Kondisi Pemberian Kompensasi	46
C. Jenjang dan Mekanisme Kompensasi.....	47
BAB VI PUBLIKASI DAN KETERBUKAAN INFORMASI	48
A. Media Publikasi.....	48
B. Ketentuan Publikasi	48
BAB VII PENCEGAHAN MALADMINISTRASI	50
BAB VIII PEMANTAUAN, EVALUASI, DAN PENYEMPURNAAN	53
BAB IX PENUTUP.....	55

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Profil RSUD Blambangan	17
Tabel 2.2 Profil Pelayanan Kemoterapi	17
Tabel 2 .3 Jenis Layanan Unit Tindakan Kemoterapi.....	23
 Tabel 3 .1 Asas Pelayanan Publik	25
Tabel 3 .2 Tahapan Penyusunan dan Penetapan	27
 Tabel 4. 1 Ringkasan 14 Komponen Standar Pelayanan	29
Tabel 4. 2 Dasar Hukum Penyelenggaraan Pelayanan Kemoterapi.....	30
Tabel 4. 3 Alur Pelayanan Kemoterapi.....	33
Tabel 4. 4 Standar Waktu Pelayanan Kemoterapi.....	35
Tabel 4. 5 Tarif Pelayanan Kemoterapi.....	36
Tabel 4. 6 Produk pelayanan yang diterima pasien/keluarga meliputi:.....	36
Tabel 4. 7 Sarana Klinis Pelayanan Kemoterapi.....	36
Tabel 4. 8 Sarana Informasi, Pengaduan, dan Kenyamanan	37
Tabel 4. 9 Fasilitas kelompok rentan	37
Tabel 4. 10 Kualifikasi dan Kompetensi Pelaksana.....	38
Tabel 4. 11Jenjang Pengawasan Internal.....	39
Tabel 4. 12 Kanal Pengaduan	40
Tabel 4. 13 Alur Penanganan Pengaduan.....	41
Tabel 4. 14 Komposisi Minimal Pelaksana	41
Tabel 4. 15 Jaminan Keamanan dan Keselamatan.....	43
Tabel 4. 16 Evaluasi Kinerja Pelaksana.....	44
 Tabel 5. 1 Kondisi Pemberian Kompensasi.....	46
Tabel 5. 2 Jenjang dan Mekanisme Kompensasi	47

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 2 Struktur Organisasi Layanan Kemoterapi RSUD Blambangan	18
Gambar 2. 3 Denah Ruang Pelayanan Kemoterapi	19
Gambar 2. 4 Ruang produksi.....	20
Gambar 2. 5 Standar fasilitas layanan kemoterapi	22
Gambar 4. 1 Alur pelayanan Kemoterapi.....	33
Gambar 5. 1 Maklumat Pelayanan RSUD Blambangan	45

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan publik adalah kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai peraturan perundang-undangan bagi setiap warga negara atas barang, jasa, dan/atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik. Pelayanan kesehatan di rumah sakit milik pemerintah daerah termasuk pelayanan publik yang wajib diselenggarakan berdasarkan standar pelayanan

Pelayanan kemoterapi merupakan salah satu pelayanan khusus yang membutuhkan tata kelola secara terintegrasi, terstandar, aman, dan berkesinambungan. Kemoterapi melibatkan penggunaan obat-obatan dengan risiko tinggi sehingga setiap tahapan pelayanan mulai dari asesmen pasien, penetapan regimen, persiapan obat, pemberian obat, monitoring, penanganan efek samping, hingga evaluasi dan tindak lanjut harus dilaksanakan sesuai standar.

RSUD Blambangan Banyuwangi sebagai rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kemoterapi perlu memiliki Pedoman pelayanan khusus sebagai acuan bagi seluruh tenaga kesehatan dan tenaga terkait. Pedoman tersebut diperlukan untuk menjamin bahwa pelayanan diberikan secara konsisten dengan mengutamakan keselamatan pasien, keselamatan petugas, efektivitas terapi, mutu pelayanan, serta kenyamanan pasien dan keluarga.

Pedoman Pelayanan Unit Tindakan Kemoterapi ini disusun sebagai standar dalam pelaksanaan pelayanan kemoterapi, baik melalui pelayanan One Day Care (ODC) maupun pelayanan Rawat Inap, sesuai dengan kondisi klinis dan kebutuhan pasien maka dari itu dengan meningkatnya kebutuhan pelayanan kanker memerlukan kesiapan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kemoterapi yang berkualitas. Kemoterapi merupakan terapi yang kompleks dan memiliki potensi risiko, antara lain reaksi hipersensitivitas, ekstrasvasasi, efek samping obat, kesalahan pemberian obat, infeksi, serta kejadian tidak diharapkan lainnya.

Sebagai unit penyelenggara pelayanan publik, Unit Tindakan kemoterapi wajib memiliki standar pelayanan yang memuat 14 komponen sebagaimana Pasal 21 Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009, menyusunnya bersama masyarakat, menetapkan maklumat pelayanan, mengelola pengaduan, serta mengevaluasi kinerja pelaksana. Ombudsman Republik Indonesia, melalui Opini Ombudsman RI: Penilaian Maladministrasi Pelayanan Publik Tahun 2026, menilai pemenuhan kewajiban tersebut melalui verifikasi dokumen, wawancara pengguna layanan dan pelaksana, serta observasi langsung sarana pelayanan. Unit Tindakan kemoterapi RSUD Blambangan ditetapkan sebagai salah satu lokus penilaian.

Pedoman ini disusun agar standar pelayanan Unit Tindakan kemoterapi tidak hanya tersedia sebagai dokumen, tetapi dipahami, dijalankan, diawasi, dan dievaluasi secara konsisten oleh seluruh pelaksana, serta dapat dibuktikan kepada masyarakat dan Ombudsman RI.

B. Maksud dan Tujuan

a. Maksud

Memberikan acuan baku bagi penyelenggaraan pelayanan publik di Unit Tindakan Kemoterapi RSUD Blambangan yang memenuhi 14 komponen standar pelayanan, menjamin keselamatan kerja dan pasien (patient safety), serta bebas maladministrasi.

b. Tujuan

1. Memberikan kepastian kepada pasien kanker dan keluarga mengenai persyaratan klinis, prosedur penyiapan obat sitostatika, jangka waktu pelayanan, biaya, produk layanan kemoterapi, dan saluran pengaduan.
2. Menjadi acuan pelaksana (dokter spesialis, perawat bersertifikat onkologi, dan apoteker farmasi klinik) dalam memberikan pelayanan kemoterapi yang cepat, tepat dosis, aman dari risiko kontaminasi, ramah, dan tidak diskriminatif.

3. Menjadi alat ukur bagi atasan langsung dan pengawas internal dalam menilai kinerja serta kepatuhan pelaksana terhadap standar operasional prosedur (SOP) onkologi.
4. Mencegah terjadinya maladministrasi sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Nomor 37 Tahun 2008.
5. Menyediakan dokumentasi pelayanan dan registrasi kanker yang tertib sebagai dasar evaluasi klinis serta perbaikan mutu pelayanan berkelanjutan.

C. Sasaran

Sasaran pelaksanaan standar ini meliputi:

1. Seluruh pelaksana pelayanan Unit Tindakan kemoterapi (dokter, perawat, tenaga kesehatan lain, tenaga administrasi, dan pramubakti);
2. Pejabat pengawas internal (Kepala Unit Tindakan kemoterapi, Kepala Ruangan, Kepala Seksi/Bidang terkait, Komite Mutu, Satuan Pengawas Internal);
3. Pasien, keluarga pasien, dan masyarakat pengguna layanan;
4. Unit terkait pendukung pelayanan Unit Tindakan kemoterapi (Poliklinik, radiologi, laboratorium, farmasi, gizi, rekam medis, admisi, keuangan, humas/pengaduan).

D. Ruang Lingkup

Pedoman ini berlaku untuk pelayanan Unit Tindakan kemoterapi RSUD Blambangan, mencakup:

1. Pelayanan Unit Tindakan kemoterapi baik ODC ataupun rawat inap;
2. Pemantauan selama tindakan kemoterapi;
3. Asuhan keperawatan, gizi, dan kefarmasian;
4. Perencanaan pulang, edukasi, jadwal kemoterapi selanjutnya, dan kesinambungan pelayanan;
5. Pelayanan administrasi, informasi, pengaduan, dan kompensasi bagi pengguna layanan Unit Tindakan kemoterapi.

E. Pengertian

No	Istilah	Pengertian
1	Standar Pelayanan	Tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur (UU 25/2009).
2	Maklumat Pelayanan	Pernyataan tertulis yang berisi keseluruhan rincian kewajiban dan janji yang terdapat dalam standar pelayanan Unit Tindakan Kemoterapi.
3	Maladministrasi	Perilaku atau perbuatan melawan hukum, melampaui wewenang, menggunakan wewenang untuk tujuan lain, termasuk kelalaian atau pengabaian kewajiban hukum dalam penyelenggaraan pelayanan publik di Unit Tindakan Kemoterapi yang menimbulkan kerugian materiil dan/atau immateriil bagi masyarakat (UU 37/2008).
4	Pelaksana	Pejabat, pegawai, petugas (Dokter Spesialis Onkologi/Hematologi Onkologi Medik, Perawat Bersertifikat Kemoterapi, Apoteker Farmasi Klinik), dan setiap orang yang bertugas melaksanakan tindakan pelayanan kemoterapi.
5	Pengguna Layanan	Pasien kanker, keluarga pasien, dan masyarakat yang menerima atau berkepentingan dengan pelayanan Unit Tindakan Kemoterapi.
6	Pengaduan	Penyampaian keluhan oleh pengadu kepada pengelola pengaduan atas pelayanan kemoterapi yang tidak sesuai standar pelayanan, terjadi efek samping/insiden tanpa penanganan cepat, atau pelanggaran larangan oleh penyelenggara.
7	Kompensasi	Bentuk pertanggungjawaban penyelenggara kepada pengguna layanan apabila pelayanan kemoterapi yang diberikan terbukti tidak sesuai dengan standar pelayanan (misalnya keterlambatan jadwal obat yang berdampak klinis).
8	Survei Kepuasan Masyarakat (SKM)	Kegiatan pengukuran secara komprehensif tingkat kepuasan masyarakat terhadap kualitas layanan Unit Tindakan Kemoterapi berdasarkan 9 unsur pelayanan (PermenPAN-RB 14/2017).
9	Unit Tindakan Kemoterapi	Unit pelayanan rawat sehari (<i>One Day Care</i>) atau rawat inap yang menyelenggarakan pemberian terapi sitostatika secara terorganisasi, multidisiplin, dan terintegrasi, dengan tenaga terlatih, fasilitas <i>Biosafety Cabinet</i> (BSC), dan protokol baku keselamatan pasien.
10	Protokol Ekstravasasi & Reaksi Hipersensitif	Sistem aktivasi penanganan darurat bagi pasien kemoterapi yang mengalami kebocoran obat ke jaringan subkutan (ekstravasasi) atau reaksi alergi berat selama infus sitostatika berlangsung.
11	Door-to-Mix / Screening-to-Infusion	Waktu tunggu sejak pasien dinyatakan lolos hasil laboratorium (skrining klinis) hingga obat kemoterapi selesai dioplos/siap diberikan kepada pasien.

F. Sistematika Pedoman

Pedoman ini terdiri atas BAB I Pendahuluan; BAB II Gambaran Umum Penyelenggara; BAB III Asas, Prinsip, dan Tahapan Penyusunan Standar Pelayanan; BAB IV Standar Pelayanan Unit Stroke (14 Komponen); BAB V Maklumat Pelayanan dan Kompensasi; BAB VI Publikasi dan Keterbukaan Informasi; BAB VII Pencegahan Maladministrasi; BAB VIII Kesiapan Penilaian Ombudsman RI 2026; BAB IX Pemantauan, Evaluasi, dan Penyempurnaan; BAB X Penutup; serta Lampiran.

BAB II

GAMBARAN UMUM PENYELENGGARA

A. Profil RSUD Blambangan

RSUD Blambangan merupakan rumah sakit terbesar dan tertua di Kabupaten Banyuwangi yang berlokasi di pusat kota. RSUD Blambangan berstatus Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) sejak 27 September 2009 dan menjadi Rumah Sakit Umum Kelas B sejak 8 Februari 2017. Berdasarkan Peraturan Bupati Banyuwangi Nomor 23 Tahun 2024, RSUD Blambangan ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan satelit, dan dalam Jejaring Pengampunan Pelayanan Kesehatan Prioritas ditetapkan sebagai rumah sakit **strata Madya** untuk pelayanan kemoterapi.

Tabel 2.1 Profil RSUD Blambangan

UNSUR	URAIAN
Visi	Menjadi Rumah Sakit Andalan dan Pusat Rujukan Spesialistik yang Terdepan dalam Pelayanan, Pendidikan, dan Penelitian serta Berorientasi pada Mutu dan Keselamatan Pasien.
Nilai	PAKTA Integritas: Profesional, Akseleratif, Kolaboratif, Totalitas, Adaptif, Integritas.
Motto	"Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin."
Janji Pelayanan	Memberikan pelayanan yang berkualitas kepada masyarakat dengan Tatap, Senyum, Salam, dan Tanya (TSST).

B. Profil Pelayanan Kemoterapi

Tabel 2.2 Profil Pelayanan Kemoterapi

ASPEK	KETERANGAN
Nama Unit	Unit Tindakan Kemoterapi RSUD Blambangan Banyuwangi
Fungsi Utama	Memberikan pelayanan pemberian terapi antikanker secara aman, efektif, terstandar, dan berorientasi pada keselamatan pasien
Kapasitas	8 tempat tidur
Jam Pelayanan	ODC
Penanggung Jawab	KSMF Kemoterapi Dan Kepala Unit Kemoterapi
SDM	Dokter spesialis terkait, perawat kompeten kemoterapi, tenaga farmasi, dan tenaga penunjang sesuai kebutuhan
Pelayanan	Asesmen, verifikasi protokol, pemberian kemoterapi, monitoring, penanganan efek samping, edukasi, dan tindak lanjut
Risiko Utama	Ekstravasasi, reaksi hipersensitivitas/anafilaksis, medication error, infeksi, efek toksisitas obat, dan kegawatdaruratan pasien
Fokus Keselamatan	Identifikasi pasien, ketepatan obat dan dosis, ketepatan pasien / protokol, pencegahan ekstravasasi, monitoring efek samping, dan kesiapan kegawatdaruratan

Penunjang	Laboratorium, farmasi, radiologi, Poliklinik, dan unit pelayanan terkait
Pengelolaan Limbah	Limbah sitotoksik dikelola sesuai ketentuan limbah B3 rumah sakit
Indikator Mutu	Kejadian ekstrasvasi dan indikator mutu pelayanan kemoterapi lainnya sesuai ketetapan rumah sakit
Dasar Pelayanan	Pedoman, kebijakan, SPO, dan keputusan Direktur RSUD Blambangan Banyuwangi yang berlaku

a. Struktur Organisasi Ruang Kemoterapi RSUD Blambangan Banyuwangi



Gambar 2. 1 Struktur Organisasi Layanan Kemoterapi RSUD Blambangan

b. Denah Ruang Kemoterapi

Standart Ruangan Kemoterapi tersendiri tidak berpindah, cat epoxy, lantai vinyl, hepafilter dan dilengkapi beberapa fasilitas penunjang, antara lain: Bed tempat tidur pasien, AC, TV, kamar mandi, oksigen central, Emergency bag dan sampah kemoterapi.



Gambar 2. 2 Denah Ruang Pelayanan Kemoterapi

c. Ruang Produksi

Ruangan peracikan obat kemoterapi menggunakan cat epoxy, lantai vinyl, hepafilter.



Gambar 2. 3 Ruang produksi

d. Standart Fasilitas

1. Biosafety cabinet / pass box



2. Lemari pendingin/hygrorometer



3. Lemari penyimpanan obat terkunci



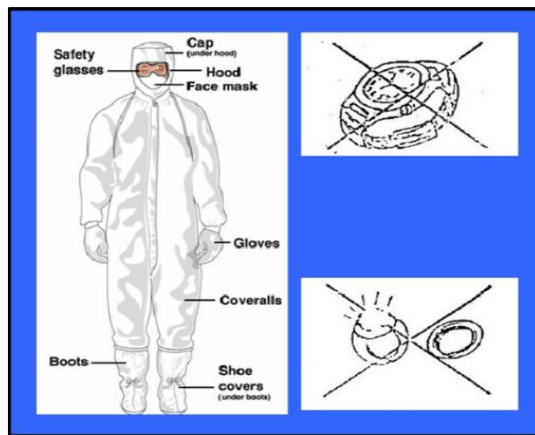
4. Wadah obat terpisah dengan obat lainnya



5. Roll mixer



6. Alat Pelindung Diri (APD) saat melakukan tindakan kemoterapi (Baju tidak berpori, sarung tangan khusus, kacamata google, masker NH7, penutup kepala dan kaki)



7. Spill Kit Tumpahan Obat Sitostatika



8. Sampah Kemoterapi



Gambar 2. 4 Standar fasilitas layanan kemoterapi

Rumah sakit bertanggung jawab terhadap pengelolaan limbah klinis yang dihasilkannya. Jadi rumah sakit harus memiliki strategi yang menjamin semua limbah dapat dibuang dengan aman. Terutama untuk limbah berbahaya seperti radioaktif, sitotoksik, dan infeksius.

Limbah dari pelaksanaan tindakan kemoterapi merupakan sampah atau buangan yang harus diperlakukan khusus dan tersendiri dari sampah medis lainnya. Hal-hal yang harus diperhatikan, antara lain:

- a. Seluruh buangan sitostatika harus dipisah, diberi label, ditangani sebagai bahan berbahaya.
- b. Kontainer buangan sitostatika harus terbuat dari bahan yang anti bocor, dan tahan terhadap tusukan benda tajam dan dilapisi kantong plastik (ungu).
- c. Semua alat disposable (jarum, spuit, ampul dan vial) yang digunakan selama pengerjaan dibuang dalam wadah atau kontainer khusus.
- d. Kantong sampah (ungu) yang berisi sampah sitostatika dimusnahkan di incinerator pada suhu >1100 derajat celcius

C. Jenis Layanan Unit Tindakan Kemoterapi

Tabel 2 .3 Jenis Layanan Unit Tindakan Kemoterapi

NO	JENIS PELAYANAN	URAIAN SINGKAT
1	Pelayanan pra-kemoterapi	Pengkajian kondisi umum pasien, verifikasi diagnosis dan protokol kemoterapi, pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi, verifikasi identitas pasien, obat, dosis, rute, waktu pemberian, serta kesiapan pasien sebelum tindakan.
2	Pemberian kemoterapi	Pelaksanaan pemberian obat kemoterapi sesuai protokol yang telah ditetapkan oleh DPJP dengan memperhatikan prinsip keselamatan pasien dan prinsip benar pemberian obat.
3	Pemantauan selama kemoterapi	Pemantauan tanda-tanda vital, kondisi klinis, respons terhadap obat, serta deteksi dini efek samping dan komplikasi, termasuk reaksi hipersensitivitas dan ekstrasvasi.
4	Pencegahan dan penanganan komplikasi	Pencegahan, deteksi dini, dan penatalaksanaan komplikasi kemoterapi seperti ekstrasvasi, reaksi alergi/anafilaksis, mual muntah, gangguan hemodinamik, serta efek toksisitas obat sesuai SOP.
5	Asuhan multidisiplin	Pelayanan terintegrasi antara dokter, perawat, farmasi, laboratorium, gizi, dan tenaga kesehatan terkait untuk mendukung keamanan dan keberhasilan terapi pasien.
6	Edukasi pasien dan keluarga	Edukasi mengenai tujuan dan proses kemoterapi, efek samping yang mungkin terjadi, tanda bahaya, perawatan selama dan

		setelah kemoterapi, nutrisi, pencegahan infeksi, serta kapan harus segera mendapatkan pertolongan medis.
7	Pemantauan pasca-kemoterapi	Observasi kondisi pasien setelah pemberian kemoterapi, evaluasi respons dan efek samping segera, serta memastikan kondisi pasien stabil sebelum diperbolehkan pulang atau dirujuk ke unit pelayanan lainnya.
8	Perencanaan pulang dan tindak lanjut	Pemberian instruksi perawatan di rumah, jadwal kontrol, pemeriksaan laboratorium berikutnya, jadwal siklus kemoterapi selanjutnya, serta informasi kontak atau akses pelayanan apabila terjadi kondisi kegawatdaruratan.
9	Penanganan ekstrasvasi	Deteksi dini tanda dan gejala ekstrasvasi, penghentian pemberian obat sesuai prosedur, penatalaksanaan berdasarkan jenis obat yang mengalami ekstrasvasi, dokumentasi, pelaporan insiden, dan tindak lanjut pasien.
10	Pengelolaan obat sitotoksik dan limbah	Penanganan, penyimpanan, pemberian, dan pembuangan obat serta limbah sitotoksik dengan memperhatikan keselamatan pasien, petugas, lingkungan, dan ketentuan pengelolaan limbah B3 rumah sakit.
11	Rujukan dan kolaborasi pelayanan	Rujukan atau alih pelayanan pasien ke IGD, rawat inap, atau unit pelayanan terkait apabila terjadi komplikasi, kondisi kegawatdaruratan, atau pasien membutuhkan pelayanan lebih lanjut.

BAB III

ASAS, PRINSIP, DAN TAHAPAN PENYUSUNAN STANDAR PELAYANAN

A. Asas Pelayanan Publik

Sesuai Pasal 4 Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, pelayanan pada Unit Kemoterapi diselenggarakan berdasarkan asas sebagai berikut:

Tabel 3 .1 Asas Pelayanan Publik

ASAS	PENERAPAN DI UNIT KEMOTERAPI
Kepentingan umum	Pelayanan kemoterapi mengutamakan keselamatan, kebutuhan klinis, dan kepentingan pasien dengan memperhatikan kondisi kegawatdaruratan serta prioritas klinis pasien.
Kepastian hukum	Seluruh pelayanan kemoterapi dilaksanakan berdasarkan peraturan perundang-undangan, kebijakan rumah sakit, pedoman pelayanan kemoterapi, clinical pathway, dan SPO yang berlaku.
Kesamaan hak	Setiap pasien memperoleh pelayanan kemoterapi sesuai indikasi medis tanpa membedakan suku, ras, agama, golongan, gender, status sosial, maupun kondisi ekonomi.
Keseimbangan hak dan kewajiban	Pasien dan keluarga diberikan informasi mengenai hak, kewajiban, prosedur kemoterapi, manfaat, risiko, efek samping, serta kewajiban mengikuti ketentuan pelayanan yang berlaku.
Keprofesionalan	Pelayanan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan memiliki kewenangan klinis sesuai bidang tugas, termasuk dokter, perawat, farmasis, dan tenaga kesehatan terkait.
Partisipatif	Penyusunan dan evaluasi standar pelayanan mempertimbangkan masukan pasien, keluarga, tenaga kesehatan, unit terkait, serta hasil survei kepuasan masyarakat/pasien dan pengaduan.
Persamaan perlakuan/tidak diskriminatif	Pasien peserta JKN maupun pasien umum memperoleh pelayanan dan keselamatan pasien yang setara sesuai kebutuhan klinis dan ketentuan yang berlaku.
Keterbukaan	Informasi mengenai alur pelayanan, persyaratan, jadwal, hak dan kewajiban pasien, biaya sesuai ketentuan, serta kanal pengaduan tersedia dan mudah diakses.
Akuntabilitas	Seluruh proses pelayanan, mulai dari asesmen, verifikasi regimen, pemberian obat kemoterapi, pemantauan efek samping, hingga dokumentasi hasil pelayanan dicatat dalam rekam medis dan dapat dipertanggungjawabkan.
Fasilitas dan perlakuan khusus bagi kelompok rentan	Disediakan fasilitas dan bantuan pelayanan bagi pasien lansia, penyandang disabilitas, pasien dengan keterbatasan mobilitas, serta pasien yang membutuhkan pendampingan khusus.
Ketepatan waktu	Pelayanan dilaksanakan sesuai jadwal yang telah ditetapkan dengan memperhatikan ketepatan waktu registrasi, asesmen,

	verifikasi hasil pemeriksaan, persiapan obat, pemberian kemoterapi, dan observasi pascakemoterapi.
Kecepatan, kemudahan, dan keterjangkauan	Alur pelayanan dibuat sederhana dan mudah dipahami, informasi diberikan secara jelas, serta pelayanan dan pembiayaan dilaksanakan sesuai ketentuan yang berlaku.

B. Prinsip Penyusunan Standar Pelayanan

Mengacu pada PermenPAN-RB Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan, standar pelayanan Unit Kemoterapi disusun berdasarkan prinsip:

1. Sederhana, yaitu standar pelayanan dibuat dengan bahasa yang mudah dipahami dan alur yang mudah dilaksanakan oleh pasien, keluarga, maupun petugas.
2. Konsistensi, yaitu pelayanan dilaksanakan secara konsisten sesuai standar, pedoman, kebijakan, dan SPO yang telah ditetapkan.
3. Partisipatif, yaitu penyusunan dan evaluasi standar pelayanan melibatkan tenaga kesehatan, unit terkait, pasien, keluarga pasien, serta masyarakat sebagai penerima pelayanan.
4. Akuntabel, yaitu setiap tahapan pelayanan dapat dipertanggungjawabkan secara administratif, profesional, dan klinis serta didokumentasikan dalam rekam medis.
5. Berkelanjutan, yaitu standar pelayanan ditinjau dan dievaluasi secara berkala berdasarkan hasil pemantauan mutu, keselamatan pasien, pengaduan, survei kepuasan, serta perkembangan ilmu dan teknologi.
6. Transparansi, yaitu informasi mengenai prosedur, persyaratan, waktu pelayanan, hak dan kewajiban pasien, biaya sesuai ketentuan, serta mekanisme pengaduan dapat diakses oleh pasien dan keluarga.
7. Keadilan, yaitu standar pelayanan menjamin setiap pasien memperoleh pelayanan kemoterapi yang aman, bermutu, dan sesuai kebutuhan klinis tanpa diskriminasi.

Dalam penerapannya, penyusunan standar pelayanan Unit Kemoterapi juga memperhatikan aspek keselamatan pasien dan keselamatan petugas, khususnya dalam proses verifikasi pasien dan regimen kemoterapi, penyiapan dan pemberian obat sitotoksik, pencegahan medication error, pencegahan infeksi, pemantauan reaksi obat, serta penanganan kejadian ekstrasvasi dan kegawatdaruratan selama pelayanan

C. Tahapan Penyusunan dan Penetapan

Tabel 3 .2 Tahapan Penyusunan dan Penetapan

TAHAP	KEGIATAN	PELAKSANA	BUKTI/DOKUMEN
1. Persiapan	Membentuk tim penyusun standar pelayanan Unit Kemoterapi; mengidentifikasi regulasi, pedoman pelayanan kanker/kemoterapi, kebijakan rumah sakit, data pelayanan, indikator mutu, keselamatan pasien, serta masukan dari pasien dan keluarga.	Direktur/Manajemen Rumah Sakit, Kepala Unit Kemoterapi, Kepala Ruangan	Surat tugas/SK tim, daftar regulasi, data pelayanan, hasil identifikasi masalah
2. Penyusunan rancangan	Menyusun rancangan standar pelayanan berdasarkan komponen standar pelayanan yang berlaku, meliputi persyaratan, prosedur/alur pelayanan, waktu pelayanan, biaya/tarif, produk pelayanan, kompetensi pelaksana, sarana prasarana, pengawasan internal, pengaduan, jaminan pelayanan, serta evaluasi kinerja.	Tim penyusun, Kepala Unit Kemoterapi, Komite terkait	Draft standar pelayanan Unit Kemoterapi
3. Pembahasan bersama masyarakat/penerima layanan	Melakukan pembahasan rancangan dengan melibatkan perwakilan pasien/keluarga pasien, komunitas kanker bila diperlukan, unit terkait, serta pengelola pengaduan untuk memperoleh masukan terhadap kemudahan, kejelasan, keamanan, dan kualitas pelayanan.	Kepala Unit Kemoterapi, Manajemen, Humas/PKRS	Undangan, daftar hadir, notulen, berita acara, dokumentasi masukan
4. Penetapan	Melakukan finalisasi dan menetapkan standar pelayanan Unit Kemoterapi melalui Keputusan Direktur serta menetapkan Maklumat Pelayanan sebagai bentuk komitmen penyelenggara pelayanan.	Direktur Rumah Sakit	Keputusan Direktur, Standar Pelayanan yang ditetapkan, Maklumat Pelayanan
5. Penerapan dan	Melakukan sosialisasi standar pelayanan kepada	Kepala Unit/Kepala	Notulen sosialisasi, daftar hadir, foto papan

publikasi	seluruh petugas; memasang informasi alur dan standar pelayanan di Unit Kemoterapi; serta menyediakan informasi melalui media informasi rumah sakit yang dapat diakses pasien dan keluarga.	Ruangan, Humas/PKRS	informasi, media publikasi/tangkapan layar
6. Pemantauan dan evaluasi	Melakukan evaluasi berkala terhadap penerapan standar berdasarkan indikator mutu, keselamatan pasien, insiden keselamatan pasien, kejadian ekstrasvasasi, medication error, kepatuhan terhadap SPO, survei kepuasan pasien, pengaduan, serta hasil audit internal.	Kepala Unit Kemoterapi, Komite Mutu, Komite Medik/Keperawatan, unit terkait	Laporan monitoring dan evaluasi, hasil audit, indikator mutu, laporan insiden, hasil survei kepuasan, rekomendasi perbaikan
7. Perbaikan dan penyempurnaan	Melakukan revisi standar pelayanan apabila terdapat perubahan regulasi, kebijakan rumah sakit, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, perubahan alur pelayanan, hasil evaluasi, atau kebutuhan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.	Kepala Unit Kemoterapi, Tim Penyusun, Komite Mutu, Manajemen	Dokumen revisi standar pelayanan, berita acara review, Keputusan perubahan/revisi

BAB IV

STANDAR PELAYANAN KEMOTERAPI (14 KOMPONEN)

Standar Pelayanan Kemoterapi terdiri atas 14 komponen. Enam komponen bersifat penyampaian pelayanan (service delivery) yang wajib diinformasikan kepada masyarakat, yaitu persyaratan; sistem, mekanisme, dan prosedur; jangka waktu; biaya/tarif; produk pelayanan; serta penanganan pengaduan. Delapan komponen lainnya bersifat pengelolaan pelayanan (manufacturing) yang menjadi pedoman internal penyelenggara pelayanan.

Tabel 4. 1 Ringkasan 14 Komponen Standar Pelayanan
Kemoterapi

No	Komponen	Sifat	Inti Ketentuan Pelayanan Kemoterapi
1	Dasar hukum	Pengelolaan Pelayanan	Peraturan pelayanan publik, kesehatan, rumah sakit, keselamatan pasien, PPI, K3RS, rekam medis, obat, kemoterapi, serta kebijakan internal RS
2	Persyaratan	Penyampaian Pelayanan	Identitas pasien, penjaminan, surat rujukan bila diperlukan, diagnosis dan indikasi kemoterapi, hasil pemeriksaan penunjang, persetujuan tindakan
3	Sistem, mekanisme, prosedur	Penyampaian Pelayanan	Alur mulai dari registrasi, verifikasi regimen, asesmen, persiapan obat, pemberian kemoterapi, monitoring, sampai pasien pulang/rujuk
4	Jangka waktu	Penyampaian Pelayanan	Sesuai jenis regimen dan kondisi pasien; memperhatikan ketepatan waktu pemberian obat dan target pelayanan unit
5	Biaya/tarif	Penyampaian Pelayanan	JKN sesuai ketentuan penjamin; pasien umum sesuai tarif resmi rumah sakit/peraturan daerah
6	Produk pelayanan	Penyampaian Pelayanan	Pelayanan pemberian kemoterapi sesuai regimen, monitoring, edukasi, dokumentasi, dan tindak lanjut
7	Sarana, prasarana, fasilitas	Pengelolaan Pelayanan	Kursi/tempat tindakan, infusion pump, emergency trolley, oksigen, suction, APD, spill kit, sarana PPI dan pengelolaan B3
8	Kompetensi pelaksana	Pengelolaan Pelayanan	Dokter dan perawat yang memiliki kewenangan klinis serta kompetensi pelayanan kemoterapi; didukung farmasi dan tenaga terkait
9	Pengawasan internal	Pengelolaan Pelayanan	Pengawasan berjenjang Ketua Tim/PJ Shift – Kepala Ruangan – Kepala Unit –Bidang/Manajemen – Komite Mutu/SPI
10	Pengaduan, saran, masukan	Penyampaian Pelayanan	Pengaduan melalui kanal resmi rumah sakit dan ditindaklanjuti sesuai tingkat urgensi
11	Jumlah pelaksana	Pengelolaan Pelayanan	Disesuaikan dengan jumlah pasien, beban kerja, jam pelayanan, kompleksitas regimen, dan kebutuhan keselamatan pasien

12	Jaminan pelayanan	Pengelolaan Pelayanan	Maklumat pelayanan, pelayanan sesuai standar, kepastian informasi, dan mekanisme kompensasi bila pelayanan tidak sesuai standar
13	Jaminan keamanan dan keselamatan	Pengelolaan Pelayanan	Identifikasi pasien, <i>double check</i> kemoterapi, pencegahan medication error, PPI, K3RS, penanganan ekstrasvasasi dan kegawatdaruratan
14	Evaluasi kinerja pelaksana	Pengelolaan Pelayanan	Monitoring indikator mutu, keselamatan pasien, kepatuhan SPO, kepuasan pasien, pengaduan, audit, dan evaluasi berkala

A. Komponen 1 (Dasar Hukum) (*Pengelolaan Pelayanan*)

Peraturan yang menjadi landasan penyelenggaraan pelayanan Unit Tindakan Kemoterapi meliputi peraturan perundang-undangan dan kebijakan rumah sakit yang relevan dengan pelayanan publik, kesehatan, rumah sakit, obat, keselamatan pasien, PPI, K3RS, rekam medis, serta pelayanan kanker/kemoterapi.

Tabel 4. 2 **Dasar Hukum Penyelenggaraan Pelayanan Kemoterapi**

No	Peraturan	Pokok Pengaturan yang Relevan
A. Pelayanan Publik		
1	UU Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik	Standar pelayanan, maklumat pelayanan, hak dan kewajiban pengguna layanan, pengaduan, perlakuan khusus kelompok rentan
2	UU Nomor 37 Tahun 2008 tentang Ombudsman RI	Pengawasan pelayanan publik dan penanganan maladministrasi
3	UU Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik	Keterbukaan informasi pelayanan
4	PP Nomor 96 Tahun 2012	Pelaksanaan UU Pelayanan Publik
5	Perpres Nomor 76 Tahun 2013	Pengelolaan pengaduan pelayanan publik
6	PermenPAN-RB Nomor 15 Tahun 2014	Pedoman standar pelayanan dan maklumat pelayanan
7	PermenPAN-RB Nomor 14 Tahun 2017	Pedoman Survei Kepuasan Masyarakat
B. Kesehatan dan Rumah Sakit		
8	UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan	Penyelenggaraan kesehatan, hak pasien, tenaga medis dan tenaga kesehatan
9	PP Nomor 28 Tahun 2024	Peraturan pelaksanaan UU Kesehatan

10	Peraturan Menteri Kesehatan yang berlaku tentang rumah sakit	Penyelenggaraan pelayanan rumah sakit dan mutu pelayanan
11	Peraturan Menteri Kesehatan tentang keselamatan pasien	Penerapan keselamatan pasien dan pelaporan insiden
12	Peraturan Menteri Kesehatan tentang K3 Rumah Sakit	Keselamatan dan kesehatan kerja, termasuk risiko paparan bahan berbahaya
13	Peraturan Menteri Kesehatan tentang PPI	Pencegahan dan pengendalian infeksi
14	Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis	Rekam medis elektronik, dokumentasi dan kerahasiaan data pasien
15	Peraturan terkait indikator mutu rumah sakit	Pengukuran dan pelaporan mutu pelayanan
16	Standar Akreditasi Rumah Sakit yang berlaku	Mutu dan keselamatan pasien
C. Pelayanan Kemoterapi		
17	Pedoman/PNPK tata laksana kanker yang berlaku	Tata laksana kanker sesuai jenis keganasan
18	Pedoman pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat sitostatika yang berlaku	Pengelolaan, penyiapan, penyimpanan, distribusi dan penggunaan obat kemoterapi
19	Pedoman pengelolaan limbah B3 yang berlaku	Pengelolaan limbah obat sitotoksik dan bahan berbahaya
D. Internal Rumah Sakit		
20	Hospital By Laws RSUD Blambangan	Tata kelola rumah sakit
21	SK Direktur tentang Pedoman Pelayanan Kemoterapi	Pedoman penyelenggaraan pelayanan kemoterapi
22	SK Direktur tentang Pedoman Pengorganisasian Pelayanan Kemoterapi	Organisasi dan tata kerja unit
23	SPO pelayanan kemoterapi	Tata cara pelaksanaan pelayanan kemoterapi
24	Kebijakan mutu dan keselamatan pasien RS	Pengendalian mutu dan keselamatan pasien

B. Komponen 2 (Persyaratan) (Penyampaian Pelayanan)

Persyaratan adalah dokumen dan/atau kondisi teknis yang harus dipenuhi sebelum pasien memperoleh pelayanan tindakan kemoterapi.

1. Persyaratan Teknis

No	Persyaratan Teknis	Keterangan
1	Pasien telah mendapatkan diagnosis dan indikasi kemoterapi	Ditetapkan oleh DPJP sesuai kondisi klinis pasien
2	Tersedia regimen/protokol kemoterapi	Regimen ditetapkan dan diverifikasi sesuai diagnosis
3	Kondisi pasien memenuhi kriteria pemberian kemoterapi	Berdasarkan asesmen klinis dan pemeriksaan penunjang
4	Hasil laboratorium/penunjang tersedia	Sesuai kebutuhan regimen dan kebijakan rumah sakit
5	Persetujuan tindakan kemoterapi	Pasien/keluarga telah mendapatkan informasi dan memberikan persetujuan
6	Obat kemoterapi tersedia dan telah diverifikasi	Penyiapan dilakukan sesuai ketentuan kefarmasian
7	Akses vena tersedia/layak	Disesuaikan dengan jenis obat dan kondisi pasien
8	Pasien telah mendapatkan edukasi	Meliputi prosedur, efek samping, tanda bahaya, dan tindak lanjut

2. Persyaratan Administratif

Jenis Pasien	Dokumen yang Diperlukan
Peserta JKN/BPJS	Identitas, kartu JKN/NIK aktif, surat rujukan bila dipersyaratkan, dokumen jaminan/SEP sesuai ketentuan
Pasien Umum	Identitas pasien dan dokumen administrasi pasien umum
Asuransi lain /perusahaan	Identitas dan dokumen jaminan sesuai ketentuan penjamin
Rujukan rumah sakit lain	Surat rujukan, resume medis, hasil pemeriksaan penunjang, regimen/terapi yang telah ditetapkan bila tersedia
Pasien tanpa identitas / terlantar	Pelayanan diberikan sesuai kondisi dan ketentuan rumah sakit, dengan koordinasi petugas terkait

C. Komponen 3 (Sistem, Mekanisme, dan Prosedur) (Penyampaian Pelayanan)

Alur pelayanan Kemoterapi disusun untuk memastikan bahwa pasien menerima obat yang tepat pasien, tepat obat, tepat dosis, tepat waktu, tepat rute, dan tepat dokumentasi.



Gambar 4. 1 Alur pelayanan Kemoterapi

Tabel 4. 3 Alur Pelayanan Kemoterapi

Tahap	Kegiatan	Pelaksana	Dokumen/Output
1. Registrasi	Pasien melakukan registrasi dan verifikasi penjaminan	Petugas administrasi	Data registrasi
2. Verifikasi pasien	Identifikasi minimal dua identitas pasien dan pencocokan dengan rekam medis	Perawat	Gelang identitas/E-RM
3. Asesmen awal	Pengkajian kondisi umum, tanda vital, keluhan, riwayat alergi, akses vena dan kondisi klinis	Perawat	Form asesmen/E-RM
4. Verifikasi regimen	Memastikan diagnosis, regimen, siklus, dosis, rute, jadwal, hasil laboratorium dan instruksi DPJP	Dokter, perawat, farmasi	Order/regimen kemoterapi

5. Persetujuan tindakan	Memastikan informed consent dan edukasi telah diberikan	Dokter/perawat	Informed consent
6. Persiapan obat	Obat kemoterapi disiapkan oleh petugas farmasi sesuai resep/regimen dan prosedur keselamatan	Farmasi	Obat kemoterapi siap diberikan
7. Double check	Pemeriksaan identitas pasien, nama obat, dosis, pelarut, rute, waktu, kedaluwarsa dan kesesuaian regimen	Perawat/farmasi sesuai SPO	Checklist verifikasi
8. Pemberian kemoterapi	Pemberian obat sesuai urutan regimen dan SPO	Perawat kompeten	Dokumentasi pemberian
9. Monitoring	Pemantauan tanda vital, reaksi obat, alergi, ekstrasvasi dan kondisi klinis	Perawat/dokter	Flow sheet/E-RM
10. Penanganan kejadian tidak diharapkan	Penanganan ekstrasvasi, reaksi hipersensitivitas, anafilaksis atau kondisi emergensi sesuai SPO	Tim kesehatan	Laporan insiden bila diperlukan
11. Penyelesaian tindakan	Evaluasi kondisi pasien dan pelepasan akses bila sesuai indikasi	Perawat	Catatan keperawatan
12. Edukasi pulang	Edukasi efek samping, tanda bahaya, perawatan di rumah, jadwal kontrol dan siklus berikutnya	Dokter/perawat	Form edukasi
13. Administrasi akhir	Penyelesaian administrasi dan dokumentasi pelayanan	Administrasi/perawat	Bukti pelayanan
14. Pasien pulang/rujuk	Pasien pulang dalam kondisi stabil atau dirujuk bila memerlukan pelayanan lanjutan	Dokter/perawat	Resume/surat rujukan

D. Komponen 4 (Jangka Waktu Penyelesaian) (*Penyampaian Pelayanan*)

Lama pelayanan kemoterapi berbeda berdasarkan jenis kanker, regimen, jumlah obat, dosis, rute, premedikasi, waktu infus, observasi, serta kondisi klinis pasien.

Tabel 4. 4 **Standar Waktu Pelayanan Kemoterapi**

No	Tahap/Jenis Pelayanan	Standar Waktu
1	Registrasi dan verifikasi administrasi	Sesuai standar waktu pelayanan rumah sakit
2	Verifikasi identitas dan asesmen awal	Dilakukan sebelum pemberian obat
3	Verifikasi hasil laboratorium dan kondisi klinis	Sebelum kemoterapi dimulai
4	Verifikasi regimen dan <i>double check</i>	Sebelum obat diberikan
5	Persiapan obat kemoterapi	Sesuai waktu penyelesaian farmasi dan jenis regimen
6	Pemberian kemoterapi	Sesuai durasi regimen/protokol
7	Monitoring selama kemoterapi	Kontinu/berkala sesuai kondisi dan SPO
8	Observasi setelah kemoterapi	Sesuai jenis obat dan kondisi pasien
9	Edukasi pasien	Sebelum pasien meninggalkan unit
10	Penyelesaian administrasi	Setelah pelayanan selesai

E. Komponen 5 (Biaya/Tarif) (*Penyampaian Pelayanan*)

Biaya pelayanan Kemoterapi ditetapkan berdasarkan ketentuan tarif rumah sakit dan regulasi yang berlaku.

1. **Pasien JKN/BPJS:** pelayanan dijamin sesuai ketentuan program JKN dan ketentuan penjamin.
2. **Pasien umum:** membayar sesuai tarif resmi rumah sakit/peraturan daerah berdasarkan pelayanan yang diterima.
3. **Asuransi/perusahaan/penjamin lainnya:** sesuai perjanjian dan ketentuan penjamin.
4. Seluruh pembayaran dilakukan melalui **kasir resmi rumah sakit**.
5. Petugas Unit Tindakan Kemoterapi dilarang menerima pembayaran langsung dari pasien/keluarga.

Tabel 4. 5 Tarif Pelayanan Kemoterapi

No	Jenis Pelayanan	Tarif	Satuan/Keterangan
1	Tindakan kemoterapi ODC	Rp 1.583.000	Per tindakan
2	Tindakan kemoterapi ranap	Rp 1.560.000	Per tindakan
3	Pemberian obat kemoterapi	Sesuai tarif	Sesuai regimen
4	Obat premedikasi	Sesuai tarif	Sesuai kebutuhan
5	Tindakan/terapi pendukung	Sesuai tarif	Sesuai pemeriksaan
6	Pemeriksaan laboratorium	Sesuai tarif	Sesuai indikasi

F. Komponen 6 (Produk Pelayanan) (Penyampaian Pelayanan)

Tabel 4. 6 Produk pelayanan yang diterima pasien/keluarga meliputi:

No	Produk	Bentuk	Diterima oleh
1	Pelayanan tindakan kemoterapi	Pemberian obat sesuai regimen	Pasien
2	Pemeriksaan dan asesmen klinis	Hasil asesmen dan dokumentasi	Pasien/E-RM
3	Monitoring selama kemoterapi	Catatan pemantauan kondisi pasien	Pasien/E-RM
4	Edukasi kemoterapi	Penjelasan lisan dan media edukasi	Pasien/keluarga
5	Informasi efek samping dan tanda bahaya	Edukasi tertulis/lisan	Pasien/keluarga
6	Jadwal kemoterapi berikutnya	Kartu/jadwal kontrol	Pasien
7	Resume/catatan pelayanan	Dokumen pelayanan	Pasien/E-RM
8	Surat kontrol/rujukan	Dokumen resmi	Pasien/keluarga
9	Rincian biaya	Bukti administrasi pembayaran	Pasien/keluarga

G. Komponen 7 (Sarana, Prasarana, dan/atau Fasilitas)(Pengelolaan Pelayanan)

Sarana Unit Tindakan Kemoterapi harus mendukung pelayanan yang aman, nyaman, efektif, serta mampu menangani kegawatdaruratan.

Tabel 4. 7 Sarana Klinis Pelayanan Kemoterapi

Kelompok	Sarana/Fasilitas	Standar/Jumlah
Ruang pelayanan	Ruang tindakan kemoterapi	Sesuai kapasitas unit
Tempat tindakan	bed kemoterapi	Sesuai jumlah pasien
Monitoring	Tensimeter, pulse oximeter, termometer	Tersedia

Infus	Infusion pump	Sesuai kebutuhan
Kegawatdaruratan	Emergency trolley	Minimal 1 dan diperiksa berkala
Oksigen	Oksigen sentral/tabung	Tersedia
Suction	Suction	Tersedia
APD	Sarung tangan, masker, pelindung mata, gown/apron	Tersedia
Sitotoksik	Spill kit	Tersedia
Limbah	Tempat limbah B3/sitotoksik	Tersedia
PPI	Handrub dan tempat cuci tangan	Tersedia
Dokumentasi	Komputer/E-RM	Tersedia
Edukasi	Media edukasi pasien	Tersedia

Tabel 4. 8 Sarana Informasi, Pengaduan, dan Kenyamanan

No	Sarana	Lokasi	Status
1	Papan Standar Pelayanan	Ruang tunggu	✓ Ada
2	Maklumat Pelayanan	Ruang tunggu/unit	✓ Ada
3	Bagan alur pelayanan	Ruang tunggu	✓ Ada
4	Informasi biaya/tarif	Ruang tunggu	✓ Ada
5	Informasi kanal pengaduan	Ruang tunggu	✓ Ada
6	Kotak saran	Ruang tunggu	✓ Ada
7	QR Survei Kepuasan Masyarakat	Ruang tunggu	✓ Ada
8	Banner hak dan kewajiban pasien	Ruang tunggu	✓ Ada
9	Media edukasi kemoterapi	Ruang tindakan	✓ Ada
10	Informasi larangan merokok/keamanan B3	Area unit	✓ Ada

Tabel 4. 9 Fasilitas kelompok rentan

Kelompok	Fasilitas/Perlakuan Khusus
Lansia	Prioritas pendampingan, tempat duduk nyaman, edukasi dengan bahasa sederhana
Penyandang disabilitas	Akses kursi roda, jalur mudah, toilet aksesibel dan bantuan petugas
Pasien dengan keterbatasan	Bantuan transfer dan pendampingan

mobilitas	
Pasien dengan kondisi lemah	Pemantauan lebih ketat dan prioritas sesuai kondisi klinis
Pasien anak bila dilayani	Pendampingan orang tua dan fasilitas sesuai kebutuhan anak

H. Komponen 8 (Kompetensi Pelaksana) (Pengelolaan Pelayanan)

Pelaksana pelayanan Kemoterapi harus memiliki pendidikan, kompetensi, pengalaman, serta kewenangan klinis sesuai tugas.

Tabel 4. 10 Kualifikasi dan Kompetensi Pelaksana

No	Jabatan/Peran	Pendidikan	Sertifikasi/Kompetensi	Jumlah
1	Dokter DPJP	Dokter spesialis sesuai bidang kanker	Kompetensi sesuai kewenangan klinis	Sesuai kebutuhan
2	Kepala Unit/Ruangan	Ners/S1 Keperawatan	Manajemen unit dan kompetensi kemoterapi	1
3	Perawat kemoterapi	D-III/S1 Keperawatan/Ners	Pelatihan kemoterapi, BLS/BTCLS sesuai ketentuan	Sesuai kebutuhan
4	Perawat PJ Shift	D-III/S1 Keperawatan/Ners	Kompetensi kemoterapi dan kegawatdaruratan	Sesuai shift
5	Apoteker	Apoteker	Farmasi klinis dan pengelolaan obat sitotoksik	Sesuai kebutuhan
6	Tenaga teknis kefarmasian	Sesuai ketentuan	Kompetensi penyiapan obat sitotoksik	Sesuai kebutuhan
7	Petugas administrasi	SLTA/D-III sesuai kebutuhan	Administrasi dan pelayanan pelanggan	Sesuai kebutuhan
8	Pramubakti	Sesuai ketentuan	PPI dan pengelolaan limbah/B3 dasar	Sesuai kebutuhan

Seluruh tenaga medis dan tenaga kesehatan wajib memiliki STR dan SIP yang berlaku serta surat penugasan klinis/rincian kewenangan klinis sesuai ketentuan rumah sakit. Kompetensi tambahan yang wajib bagi seluruh pelaksana: pelayanan prima, komunikasi efektif, pengelolaan pengaduan dasar, keselamatan pasien, PPI, dan pemahaman standar pelayanan ini.

Tabel 4.10. 1 Daftar Pelaksana Pelayanan Kemoterapi

No	Nama	Jabatan/Peran
1	dr. Dian Retnowati, Sp.P(K)-Onk.T	KSMF Kemoterapi
2	dr. Asdi Wihandono, SpB.Onk.(K)	Dokter spesialis
3	dr. Ririek Parwati, SpP., FT. Sistemik- Onk.T	Dokter Spesialis
4	dr. Kurnia Alisaputri, Sp.PD, IFO	Dokter Spesialis
5	Gunawan, Skep.Ners	Kepala Unit Kemoterapi
6	Muhammad Solihin, Skep.Ners	Perawat Pelaksana Kemoterapi
4	Tria Dhalvin Kuncahyo, AMd.Kep	Perawat Pelaksana Kemoterapi
5	Sri Wahyuni, AMd.Kep	Perawat Pelaksana Kemoterapi
6	Nurafifah, AMd.Kep	Perawat Pelaksana Kemoterapi
7	Apt. Hariaty Octavia, S. Si., M. Pharm., Sci.	Apoteker
6	Apt. Khusnul Khotimah, S. Farm.	Apoteker
7	Danie Prasetyowati, A. Md. Farm.	Asisten Apoteker
8	Linda Thohirun Nisa, S. M.	Petugas administrasi
9	Fatik Toyyib Ardani	Petugas Kebersihan
10	Rico Ragil Saputra	Petugas Kebersihan

I. Komponen 9 (Pengawasan Internal) (*Pengelolaan Pelayanan*)

Pengawasan dilakukan secara berjenjang untuk menjamin kepatuhan terhadap standar pelayanan, SPO, keselamatan pasien, serta mutu pelayanan.

Tabel 4. 11Jenjang Pengawasan Internal

Pengawas	Objek Pengawasan	Frekuensi	Metode	Bukti
Ketua Tim/PJ Shift	Identifikasi, <i>double check</i> , pemberian obat, monitoring	Setiap shift	Observasi dan supervisi langsung	Checklist
Kepala Unit Kemoterapi	Kepatuhan SPO dan pelayanan keperawatan	Harian/mingguan	Observasi, audit E-RM	Form supervisi
Kepala Unit/Ruangan	Mutu pelayanan dan keselamatan pasien	Mingguan/bulanan	Audit dan evaluasi	Laporan audit
Bidang Keperawatan/ Medik	Kinerja pelayanan dan ketenagaan	Bulanan	Supervisi manajerial	Laporan supervisi
Komite Mutu dan Keselamatan Pasien	Indikator mutu, insiden, keselamatan pasien insiden	Bulanan/triulan	Validasi data/RCA	Laporan mutu

Komite PPI	Kepatuhan PPI	Berkala	Audit PPI	Laporan PPI
Satuan Pengawas Internal SPI	Kepatuhan prosedur dan administrasi	Sesuai program SPI	Audit internal	Laporan audit

J. Komponen 10 (Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan) (Penyampaian Pelayanan)

Tata cara pelaksanaan penanganan pengaduan dan tindak lanjutnya mengikuti Pedoman Mekanisme Pengaduan RSUD Blambangan, dengan prinsip mudah diakses, transparan, cepat dan tepat, rahasia dan terlindungi, tidak diskriminatif, serta akuntabel dan terdokumentasi.

Tabel 4. 12 Kanal Pengaduan

No	Kanal	Cara Akses	Waktu
1	Petugas/Kepala Ruangan	Disampaikan langsung	24 jam selama pelayanan
2	Customer Service/ Meja Pengaduan	Langsung/formular/Lisan; Menrima tanda terima	Jam kerja
3	Kotak saran	Ruang tunggu	Setiap saat
4	Laman/WBS RS	Kanal elektronik resmi : https://wbs.rsudblambangan.id/login	24 jam
5	Email pengaduan	E-mail resmi RS : rsudblambangan.bwi@gmail.com / penganduanbanyuwangikab.go.id	24 jam
6	WhatsApp pengaduan	Nomor resmi RS : Telp : 0333-421118 / WA :08113535858	Sesuai ketentuan
7	Media sosial resmi	Akun resmi RSUD Blambangan	24 jam
8	Surat Tertulis	Pos Atau langsung kebagian tata Usaha	Jam Kerja
9	SP4N-LAPOR!	Kanal nasional : www.lapor.go.id / SMS 1708	24 jam
10	Ombudsman RI	Perwakilan Jawa Timur (bila tidak puas atas penyelesaian RS)	Sesuai ketentuan

Tabel 4. 13 Alur Penanganan Pengaduan

Tahap	Kegiatan	Waktu
1. Penerimaan	Petugas mencatat di register pengaduan, memberikan tanda terima, menjelaskan estimasi waktu tindak lanjut	Saat diterima
2. Verifikasi	Penelaahan substansi, kelengkapan, klasifikasi urgensi (ringan/sedang/berat)	1–2 hari kerja
3. Distribusi	Meneruskan kepada penanggung jawab	Setelah verifikasi
4. Tindak lanjut	Menyelesaikan pengaduan sesuai tingkat kompleksitas Ringan 1–3 hari kerja; sedang 3–7 hari kerja; kompleks maksimal 14 hari kerja (perpanjangan dengan persetujuan pimpinan)	Sesuai ketentuan RS
5. Umpan balik	Menyampaikan hasil kepada pelapor	Setelah penyelesaian
6. Dokumentasi	Menyimpan bukti dan hasil tindak lanjut	Setiap kasus

K. Komponen 11 (Jumlah Pelaksana) (*Pengelolaan Pelayanan*)

Jumlah tenaga Unit Tindakan Kemoterapi ditetapkan berdasarkan jumlah pasien, beban kerja, jam pelayanan, kompleksitas tindakan, jenis regimen, kondisi pasien, dan kebutuhan keselamatan pasien.

Tabel 4. 14 Komposisi Minimal Pelaksana

Shift/Jam	Komposisi Minimal
Pagi	Kepala Unit/Ruangan, perawat kemoterapi, petugas administrasi sesuai kebutuhan
Sore	PJ Shift dan perawat kompeten sesuai jumlah pasien
Bila pelayanan tidak 24 jam	Tenaga disesuaikan dengan jam operasional unit
Farmasi	Apoteker/TTK sesuai sistem pelayanan farmasi rumah sakit
Dokter	DPJP/dokter yang memiliki kewenangan klinis sesuai jadwal

L. Komponen 12 (Jaminan Pelayanan) (*Pengelolaan Pelayanan*)

Jaminan pelayanan memberikan kepastian bahwa pelayanan Unit Tindakan Kemoterapi dilaksanakan sesuai standar.

Bentuk jaminan pelayanan meliputi:

1. Maklumat Pelayanan yang ditandatangani Direktur dan dipublikasikan.
2. Pelayanan dilakukan sesuai SPO dan standar pelayanan.

3. Pasien memperoleh informasi mengenai prosedur, manfaat, risiko, efek samping, biaya, hak dan kewajiban.
4. Setiap pemberian kemoterapi dilakukan berdasarkan instruksi/regimen yang telah diverifikasi.
5. Pelayanan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan.
6. Tersedia fasilitas kegawatdaruratan.
7. Tersedia mekanisme pengaduan.
8. Tersedia mekanisme kompensasi apabila pelayanan terbukti tidak sesuai standar rumah sakit.
9. Pelayanan mengutamakan prinsip keselamatan pasien

M. Komponen 13 (Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan)
(Pengelolaan Pelayanan)

Jaminan keamanan dan keselamatan bertujuan memberikan perlindungan kepada pasien, keluarga, petugas, dan lingkungan dari risiko pelayanan kemoterapi.

Tabel 4. 15 Jaminan Keamanan dan Keselamatan

Aspek	Penerapan di Unit Tindakan Kemoterapi
Identifikasi pasien	Menggunakan minimal dua identitas sebelum tindakan
Komunikasi Efektif	SBAR dengan tulis–baca kembali–konfirmasi; stempel read back dilengkapi ≤ 1×24 jam;pelaporan nilai kritis
<i>Double check</i>	<i>Double check dua petugas</i> Dilakukan sebelum obat kemoterapi diberikan
Verifikasi regimen	Memastikan diagnosis, regimen, siklus, dosis, rute dan jadwal
Pencegahan medication error	Verifikasi resep, obat, dosis, rute dan dokumentasi
Pengurangan resiko infeksi	Kebersihan tangan 5 momen 6 langkah; APD sesuai risiko; bundle pencegahan pneumonia aspirasi, ISK, infeksi aliran darah
Pengurangan Resiko Jatuh	Morse Fall Scale saat masuk, pengaman tempat tidur, rem, edukasi keluarga)
Alergi	Verifikasi riwayat alergi sebelum pemberian
Ekstravasasi	Monitoring akses vena dan kesiapan ekstrasvasi kit
Anafilaksis	Tersedia emergency trolley dan obat emergensi
Infeksi	Hand hygiene, APD dan penerapan PPI
Obat sitotoksik	Penanganan sesuai prosedur obat berbahaya/sitotoksik
Tumpahan obat	Tersedia spill kit dan SPO penanganan tumpahan
Limbah	Limbah sitotoksik dipisahkan dan dikelola sesuai ketentuan B3
K3RS	Perlindungan petugas terhadap pajanan bahan berbahaya
Rekam medis	Dokumentasi lengkap dan kerahasiaan data pasien
Insiden keselamatan	Setiap insiden/KTD/KNC dilaporkan melalui sistem pelaporan RS
Perlindungan pasien	Tidak melakukan tindakan tanpa verifikasi dan kewenangan yang sesuai

N. Komponen 14 (Evaluasi Kinerja Pelaksana) (*Pengelolaan Pelayanan*)

Evaluasi dilakukan untuk memastikan bahwa standar pelayanan Unit Tindakan Kemoterapi diterapkan secara konsisten serta menghasilkan pelayanan yang aman dan bermutu.

Tabel 4. 16 Evaluasi Kinerja Pelaksana

No	Aspek yang Dievaluasi	Metode	Frekuensi	Bukti
1	Kepatuhan identifikasi pasien	Audit/checklist	Bulanan	Laporan audit
2	Kepatuhan <i>double check</i> kemoterapi	Audit dokumen/observasi	Bulanan	Checklist
3	Ketepatan pemberian kemoterapi	Audit rekam medis	Bulanan	Laporan mutu
4	Kejadian ekstrasvasi	Monitoring indikator	Bulanan	Laporan indikator
5	Medication error	Pelaporan IKP	Setiap kejadian	Laporan insiden
6	Reaksi hipersensitivitas	Monitoring insiden	Setiap kejadian	Rekam medis/laporan
7	Kepatuhan PPI	Audit PPI	Bulanan	Laporan PPI
8	Kepatuhan penggunaan APD	Observasi	Berkala	Checklist
9	Kepuasan pasien	SKM/survei	Berkala	Hasil survei
10	Pengaduan pasien	Monitoring pengaduan	Bulanan	Rekap pengaduan
11	Kelengkapan dokumentasi	Audit E-RM	Bulanan	Hasil audit
12	Kompetensi petugas	Evaluasi kompetensi/pelatihan	Tahunan	Sertifikat/evaluasi
13	Ketersediaan sarana emergensi	Checklist	Setiap shift	Checklist emergency trolley
14	Evaluasi standar pelayanan	Rapat evaluasi	Minimal tahunan	Notulen dan revisi standar

BAB V

MAKLUMAT PELAYANAN DAN KOMPENSASI

A. Maklumat Pelayan

Maklumat Pelayan RSUD Blambangan berlaku bagi seluruh unit pelayan, termasuk Unit Kemoterapi, dan telah ditandatangani Plt. Direktur RSUD Blambangan. Bunyi maklumat adalah sebagai berikut:

MAKLUMAT PELAYANAN RSUD BLAMBANGAN BANYUWANGI

Dengan ini kami Menyatakan :

1. Sanggup menyelenggarakan pelayan sesuai dengan Standar Pelayan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayan profesional, transparan, akuntabel, dan berorientasi pada kepuasan masyarakat;
2. Sanggup memberikan pelayan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan terus menerus;
3. Apabila dalam penyelenggaraan pelayan kami tidak memenuhi standar pelayan , maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan yang berlaku.

Demikian Maklumat pelayan ini kami sampaikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Maklumat pelayan dicetak dalam ukuran A3/papan akrilik dan dipasang pada tempat yang mudah terlihat oleh pasien dan keluarga, terutama di pintu masuk Unit Tindakan Kemoterapi, area pendaftaran/ruang tunggu, dan nurse station. Maklumat pelayan juga dipublikasikan melalui media informasi dan laman resmi RSUD Blambangan.



Gambar 5. 1Maklumat Pelayan RSUD Blambangan

B. Kondisi Pemberian Kompensasi

Pemberian kompensasi merupakan bentuk tanggung jawab Unit Tindakan Kemoterapi RSUD Blambangan apabila terdapat ketidaksesuaian pelayanan dengan standar yang telah ditetapkan dan ketidaksesuaian tersebut bukan disebabkan oleh kondisi klinis pasien, keadaan kahar, atau faktor lain yang dapat dipertanggungjawabkan.

Tabel 5. 1 Kondisi Pemberian Kompensasi

NO	KETIDAKSESUAIAN DENGAN STANDAR PELAYANAN	BENTUK KOMPENSASI
1	Waktu pelayanan/tindakan kemoterapi melebihi standar waktu yang telah ditetapkan tanpa alasan medis, keselamatan pasien, atau kondisi pelayanan yang dapat dipertanggungjawabkan	Tingkat 1 + Tingkat 2
2	Pasien/keluarga tidak memperoleh informasi yang seharusnya diberikan mengenai prosedur pelayanan, persiapan kemoterapi, hak dan kewajiban, biaya/tarif, jadwal pelayanan, atau mekanisme pengaduan	Tingkat 1
3	Petugas memberikan pelayanan dengan sikap tidak sopan, tidak ramah, atau tidak sesuai standar komunikasi pelayanan yang terbukti berdasarkan hasil klarifikasi/pemeriksaan	Tingkat 1
4	Pasien mengalami keterlambatan proses administrasi pelayanan atau kepulangan melebihi standar waktu yang ditetapkan tanpa alasan yang dapat dipertanggungjawabkan	Tingkat 1 + Tingkat 2
5	Terdapat pungutan atau pembayaran di luar ketentuan tarif resmi rumah sakit yang terbukti berdasarkan hasil verifikasi	Tingkat 1 + Tingkat 3 + sanksi kepada pelaku
6	Pengaduan, saran, atau keluhan pasien/keluarga tidak ditindaklanjuti atau tidak diberikan tanggapan melebihi batas waktu yang telah ditetapkan	Tingkat 1 + Tingkat 2
7	Pasien/keluarga tidak memperoleh informasi yang semestinya terkait jadwal, persiapan tindakan, atau tindak lanjut pelayanan kemoterapi akibat kelalaian petugas	Tingkat 1
8	Dokumen atau hasil pelayanan yang menjadi hak pasien tidak diberikan sesuai ketentuan dan keterlambatan tersebut terbukti disebabkan oleh kelalaian pelayanan	Tingkat 1 + Tingkat 2

C. Jenjang dan Mekanisme Kompensasi

Kompensasi diberikan setelah dilakukan verifikasi dan klarifikasi terhadap ketidaksesuaian pelayanan. Kompensasi tidak dimaksudkan sebagai pengganti terhadap risiko atau efek samping kemoterapi yang terjadi akibat kondisi medis atau perjalanan penyakit pasien.

Tabel 5. 2 Jenjang dan Mekanisme Kompensasi

TINGKAT	BENTUK KOMPENSASI	KEWENANGAN
Tingkat 1	Permohonan maaf secara lisan oleh Kepala Ruangan dan/atau permohonan maaf tertulis oleh pejabat yang berwenang, disertai penjelasan mengenai ketidaksesuaian pelayanan dan tindakan perbaikan	Kepala Ruangan; Kepala Seksi/Bidang terkait
Tingkat 2	Prioritas pelayanan pada kontrol/kunjungan berikutnya sesuai ketentuan, percepatan proses pelayanan yang memungkinkan, dan/atau bentuk kompensasi non-tunai lain yang ditetapkan manajemen rumah sakit	Kepala Bidang Pelayanan
Tingkat 3	Pengembalian biaya yang terbukti dipungut di luar ketentuan tarif resmi rumah sakit	Direktur melalui Bidang Keuangan

BAB VI

PUBLIKASI DAN KETERBUKAAN INFORMASI

A. Media Publikasi

Publikasi Standar Pelayanan Unit Tindakan Kemoterapi RSUD Blambangan dilaksanakan untuk menjamin keterbukaan informasi, memberikan kemudahan akses informasi kepada pasien dan keluarga, serta memastikan masyarakat memperoleh informasi yang jelas mengenai hak, kewajiban, prosedur, persyaratan, biaya, waktu pelayanan, dan mekanisme pengaduan.

Tabel 6. 1 Media Publikasi

MEDIA	ISI YANG DIPUBLIKASIKAN	PJ
Papan/banner di Pelayanan Kemoterapi	6 komponen penyampaian pelayanan, maklumat pelayanan, alur pelayanan kemoterapi, persyaratan pelayanan, jadwal/waktu pelayanan, biaya/tarif, hak dan kewajiban pasien, kanal pengaduan, serta QR Code Survei Kepuasan Masyarakat (SKM)	Kepala Unit /Ruangan
Laman resmi RS	Standar pelayanan Unit Tindakan Kemoterapi, maklumat pelayanan, informasi persyaratan dan prosedur, biaya/tarif pelayanan, hasil SKM, serta publikasi indikator mutu sesuai ketentuan rumah sakit	Humas/PPID
Media sosial resmi RS	Infografis standar pelayanan, alur pelayanan kemoterapi, edukasi persiapan kemoterapi, edukasi efek samping dan tanda bahaya, hak dan kewajiban pasien, mekanisme pengaduan, serta hasil SKM	Humas/PKRS
Leaflet orientasi pasien baru	Informasi persiapan sebelum kemoterapi, alur pelayanan, hak dan kewajiban pasien, tata tertib Unit Tindakan Kemoterapi, biaya/tarif, jadwal pelayanan, efek samping yang perlu dilaporkan, serta cara menyampaikan pengaduan	Kepala Unit /Ruangan Perawat
Formulir orientasi pasien	Bukti bahwa pasien/keluarga telah menerima penjelasan mengenai prosedur pelayanan, persiapan kemoterapi, tata tertib, hak dan kewajiban, tanda bahaya/efek samping, serta mekanisme pengaduan	Perawat penerima/petugas yang memberikan orientasi
QR Code informasi pelayanan	Akses cepat terhadap Standar Pelayanan Unit Tindakan Kemoterapi, maklumat pelayanan, kanal pengaduan, dan Survei Kepuasan Masyarakat	Kepala Unit/ Ruangan/ Humas/PPID
Media informasi di ruang tunggu	Informasi edukasi kemoterapi, keselamatan pasien, pencegahan infeksi, keamanan obat, etika batuk, kebersihan tangan, serta informasi tanda dan gejala yang harus segera dilaporkan kepada petugas	Kepala Unit/ Ruangan/ PKRS

B. Ketentuan Publikasi

1. Publikasi Standar Pelayanan Kemoterapi dilakukan paling lambat 3 (tiga) hari kerja setelah standar pelayanan ditetapkan.

2. Informasi pelayanan ditempatkan pada lokasi yang mudah dilihat dan dibaca oleh pasien dan keluarga, terutama pada pintu masuk unit, ruang tunggu, area pendaftaran, dan nurse station.
3. Papan atau media informasi menggunakan tulisan yang jelas, mudah dibaca, tidak menimbulkan multitafsir, serta ditempatkan pada ketinggian yang dapat diakses oleh pengguna layanan, termasuk pasien dengan keterbatasan fisik.
4. Informasi mengenai pelayanan kemoterapi harus disampaikan dengan memperhatikan kerahasiaan data dan informasi kesehatan pasien serta tidak menampilkan identitas atau kondisi pasien yang dapat mengungkap informasi pribadi.
5. Setiap perubahan terhadap Standar Pelayanan Unit Tindakan Kemoterapi, alur pelayanan, persyaratan, tarif, jadwal, kanal pengaduan, atau informasi pelayanan lainnya wajib dipublikasikan kembali melalui media yang digunakan oleh unit dan rumah sakit.
6. Setiap publikasi atau perubahan informasi didokumentasikan sebagai bukti pelaksanaan, antara lain berupa foto bertanggal, tangkapan layar laman resmi/media sosial, dokumen publikasi, atau bukti pemasangan media informasi.
7. Informasi yang berkaitan dengan jadwal dan tindakan kemoterapi, persyaratan klinis, regimen, obat kemoterapi, hasil pemeriksaan, dan keputusan medis diberikan sesuai kewenangan tenaga kesehatan dan ketentuan pelayanan medis yang berlaku.
8. Informasi mengenai biaya/tarif pelayanan yang dipublikasikan harus mengacu pada ketentuan tarif resmi yang berlaku di RSUD Blambangan dan diperbarui apabila terdapat perubahan.
9. Hasil Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) dipublikasikan secara berkala beserta rencana tindak lanjut perbaikan pelayanan, sehingga masyarakat dapat mengetahui hasil evaluasi dan upaya peningkatan mutu yang dilakukan.
10. Informasi mengenai pengaduan, saran, dan masukan harus mencantumkan kanal yang dapat digunakan pasien/keluarga serta mekanisme tindak lanjut sesuai ketentuan rumah sakit.
11. Publikasi informasi pelayanan dilakukan secara transparan, mudah diakses, akurat, dan diperbarui secara berkala, dengan tetap memperhatikan ketentuan mengenai kerahasiaan informasi pasien.
12. Kepala Ruangan melakukan pemantauan terhadap ketersediaan, keterbacaan, keakuratan, dan keterbaruan informasi yang dipasang di Unit Tindakan Kemoterapi serta melaporkan kebutuhan pembaruan kepada pihak terkait

BAB VII

PENCEGAHAN MALADMINISTRASI

Ombudsman RI mengklasifikasikan maladministrasi antara lain dalam bentuk penundaan berlarut, tidak memberikan pelayanan, tidak kompeten, penyimpangan prosedur, permintaan imbalan uang/barang/jasa, tidak patut, diskriminasi, berpihak/konflik kepentingan, dan penyalahgunaan wewenang. Unit Tindakan Kemoterapi RSUD Blambangan menetapkan langkah pencegahan terhadap setiap bentuk maladministrasi tersebut untuk menjamin pelayanan yang tepat waktu, profesional, transparan, nondiskriminatif, aman, dan berorientasi pada keselamatan pasien.

Tabel 7. 1 Bentuk Maladministrasi dan Pencegahannya di Unit Tindakan Kemoterapi

NO	BENTUK MALADMINISTRASI	CONTOH RISIKO DI UNIT TINDAKAN KEMOTERAPI	LANGKAH PENCEGAHAN
1	Penundaan berlarut	Keterlambatan pelayanan akibat proses administrasi, verifikasi regimen, persiapan obat kemoterapi, pemeriksaan penunjang, atau proses kepulangan pasien tanpa alasan yang dapat dipertanggungjawabkan	Penetapan target waktu pelayanan; pencatatan waktu kunci pelayanan; pemantauan waktu tunggu; koordinasi antarunit; monitoring indikator mutu dan evaluasi berkala
2	Tidak memberikan pelayanan	Pasien yang telah memenuhi persyaratan pelayanan tidak mendapatkan tindakan kemoterapi tanpa alasan klinis yang jelas atau tidak diberikan alternatif pelayanan/rujukan ketika pelayanan tidak dapat dilaksanakan	Penetapan alur pelayanan dan kriteria penundaan/pembatalan kemoterapi; pemberian informasi kepada pasien/keluarga; penyediaan alternatif pelayanan atau rujukan sesuai kebutuhan; dokumentasi alasan dan tindak lanjut
3	Tidak kompeten	Petugas belum memiliki kompetensi yang dipersyaratkan dalam pemberian kemoterapi, penanganan ekstrasvasasi, reaksi hipersensitivitas, kegawatdaruratan, atau pengelolaan obat sitotoksik	Matriks kompetensi; kredensial/rekredensial sesuai kewenangan; orientasi dan pelatihan; minimal tersedia petugas kompeten sesuai kebutuhan pada setiap shift; supervisi dan evaluasi kompetensi berkala
4	Penyimpangan prosedur	Identifikasi pasien tidak sesuai; pemberian obat tidak sesuai regimen; tidak dilakukan verifikasi dan <i>double check</i> ; pemberian kemoterapi tanpa pemeriksaan persyaratan klinis yang sesuai; atau prosedur penanganan ekstrasvasasi tidak mengikuti SPO	Penerapan SPO; identifikasi menggunakan minimal dua identitas; verifikasi regimen dan dosis; <i>double check</i> obat kemoterapi; supervisi; audit kepatuhan; pelaporan dan evaluasi insiden keselamatan pasien
5	Permintaan imbalan uang/barang/jasa	Petugas meminta atau menerima uang, barang, hadiah, atau imbalan dari pasien/keluarga dalam rangka	Larangan gratifikasi dan pungutan tidak resmi; pembayaran hanya melalui

		mempercepat pelayanan, memberikan perlakuan khusus, atau memperoleh fasilitas tertentu	mekanisme resmi rumah sakit; pemasangan informasi anti-gratifikasi; sosialisasi kepada petugas dan pasien; penyediaan kanal pengaduan/WBS
6	Tidak patut	Petugas bersikap tidak ramah, berbicara kasar, memberikan informasi dengan cara yang tidak menghargai pasien/keluarga, atau mengabaikan kekhawatiran pasien selama menjalani kemoterapi	Penerapan janji/maklumat pelayanan; pelatihan komunikasi efektif dan pelayanan prima; pengawasan perilaku petugas; survei kepuasan; mekanisme pengaduan dan tindak lanjut terhadap keluhan
7	Diskriminasi	Pembedaan pelayanan berdasarkan status pembiayaan, seperti pasien JKN, umum, atau penjamin lainnya; membedakan pasien berdasarkan latar belakang sosial atau kondisi ekonomi	Penerapan standar pelayanan klinis yang sama; pelayanan berdasarkan kebutuhan dan kondisi klinis pasien; pengawasan kepala ruangan; edukasi hak pasien; mekanisme pengaduan dan evaluasi pelayanan
8	Berpihak/konflik kepentingan	Petugas mengarahkan pasien untuk menggunakan obat, fasilitas, layanan, atau pihak tertentu karena kepentingan pribadi atau hubungan dengan pihak tertentu	Penerapan kode etik dan standar profesi; deklarasi dan pengelolaan konflik kepentingan; transparansi informasi; larangan menerima keuntungan pribadi; supervisi dan audit internal
9	Penyalahgunaan wewenang	Penggunaan kewenangan petugas untuk memberikan perlakuan khusus, mengubah urutan pelayanan tanpa dasar yang sah, memberikan akses terhadap data pasien kepada pihak yang tidak berwenang, atau menggunakan informasi pasien untuk kepentingan di luar pelayanan	Pembatasan kewenangan sesuai kompetensi; pengaturan hak akses E-RM; perlindungan kerahasiaan data pasien; audit akses rekam medis; supervisi; penerapan kode etik dan ketentuan perlindungan data
10	Pengabaian terhadap keselamatan pasien	Kelalaian melakukan pemantauan kondisi pasien selama kemoterapi, tidak segera merespons tanda ekstrasvasasi, reaksi hipersensitivitas, atau kondisi kegawatdaruratan	Monitoring kondisi pasien sesuai risiko dan regimen; ketersediaan fasilitas kegawatdaruratan; pelatihan penanganan ekstrasvasasi dan reaksi hipersensitivitas; penerapan SPO; pelaporan insiden dan evaluasi keselamatan pasien

Mekanisme Pencegahan Maladministrasi

Pencegahan maladministrasi di Unit Tindakan Kemoterapi dilaksanakan secara berkesinambungan melalui:

Identifikasi Risiko → Penetapan Standar/SPO → Sosialisasi → Pelaksanaan dan Supervisi → Monitoring/Audit → Pengaduan dan Pelaporan → Evaluasi → Tindak Lanjut Perbaikan

Setiap indikasi maladministrasi yang ditemukan melalui pengaduan pasien/keluarga, hasil supervisi, audit internal, survei kepuasan, laporan petugas, maupun monitoring indikator mutu ditindaklanjuti sesuai ketentuan rumah sakit.

Upaya pencegahan tersebut menjadi bagian dari penguatan tata kelola pelayanan, peningkatan mutu, keselamatan pasien, keterbukaan informasi, dan perlindungan hak pasien dalam penyelenggaraan pelayanan di Unit Tindakan Kemoterapi RSUD Blambangan.

BAB VIII

PEMANTAUAN, EVALUASI, DAN PENYEMPURNAAN

Pemantauan, evaluasi, dan penyempurnaan pelayanan pada Unit Tindakan Kemoterapi dilakukan secara berkesinambungan untuk memastikan pelayanan kemoterapi berjalan sesuai standar pelayanan, pedoman, SPO, kebijakan rumah sakit, prinsip keselamatan pasien, serta ketentuan peraturan perundang-undangan.

Tabel 10. 1 Pemantauan, Evaluasi, dan Penyempurnaan Pelayanan Unit Tindakan Kemoterapi

KEGIATAN	WAKTU	PELAKSANA	OUTPUT
Pemantauan kepatuhan standar pelayanan kemoterapi	Harian–mingguan	Ketua Tim, KSMF Ruang Kemoterapi /Kepala Unit Kemoterapi,	Checklist supervisi dan catatan tindak lanjut
Pemantauan kepatuhan SPO pemberian kemoterapi	Harian–mingguan	KSMF Ruang Kemoterapi, Kepala Unit, Tim Kemoterapi	Checklist kepatuhan SPO dan laporan temuan
Monitoring keselamatan pemberian obat kemoterapi	Setiap pelayanan dan direkap bulanan	Tim Kemoterapi, Farmasi, Kepala Ruangan	Checklist verifikasi obat, laporan kejadian/insiden bila ada
Pemantauan ketersediaan obat dan sarana pelayanan	Harian–mingguan	Kepala Unit, Petugas terkait, Farmasi	Checklist ketersediaan obat, bahan dan sarana
Rapat evaluasi Unit Tindakan Kemoterapi	Bulanan	KSMF Ruang Kemoterapi Kepala Unit dan Tim Kemoterapi	Notulen rapat, evaluasi capaian dan RTL
Laporan indikator mutu dan kinerja pelayanan	Bulanan	PIC Mutu, KSMF Ruang Kemoterapi /Kepala Unit Kemoterapi	Laporan indikator mutu dan laporan kinerja kepada unit/komite terkait
Evaluasi kejadian tidak diharapkan/insiden keselamatan pasien	Setiap kejadian dan direkap berkala	Kepala Unit, Tim Mutu/Keselamatan Pasien	Laporan insiden, analisis dan rencana tindak lanjut
Evaluasi pengaduan pasien dan keluarga	Bulanan dan semester	Kepala Unit, Pengelola Pengaduan, Humas/Komite Mutu	Rekap pengaduan, tindak lanjut dan evaluasi penyelesaian
Evaluasi kepuasan masyarakat/pasien (SKM/IKM)	Semester/tahunan sesuai program RS	Kepala Unit, Komite Mutu/Humas	Laporan SKM/IKM dan rencana perbaikan
Evaluasi kompetensi petugas	Tahunan atau sesuai kebutuhan	Kepala Unit, SDM/Komite terkait	Matriks kompetensi, evaluasi dan rencana pelatihan
Evaluasi capaian pelayanan kemoterapi	Bulanan dan tahunan	Kepala Unit/Kepala Ruangan	Laporan capaian pelayanan, analisis masalah dan RTL
Evaluasi menyeluruh standar pelayanan	Tahunan atau sewaktu-waktu apabila terdapat perubahan kebijakan	Kepala Unit/Kepala Ruangan bersama pihak terkait dan perwakilan pengguna layanan/masyarakat sesuai mekanisme RS	Revisi standar pelayanan dan penetapan kembali

Tindak lanjut hasil penilaian Ombudsman RI	Maksimal sesuai batas waktu yang ditetapkan hasil penilaian	Kepala Unit, Bidang Pelayanan, Komite Mutu, Perencanaan dan pihak terkait	Rencana aksi, bukti tindak lanjut dan laporan kepada pimpinan
Penyempurnaan standar pelayanan	Setelah evaluasi atau apabila terdapat perubahan pelayanan	Kepala Unit bersama pihak terkait	Standar pelayanan yang diperbarui dan ditetapkan sesuai ketentuan

BAB IX PENUTUP

Pedoman Pelayanan Kemoterapi RSUD Blambangan ini merupakan komitmen dan kewajiban penyelenggara pelayanan kepada masyarakat untuk memberikan pelayanan kemoterapi yang aman, tepat, efektif, bermutu, terpadu, transparan, berorientasi pada keselamatan pasien, serta bebas dari maladministrasi. Pelaksanaan pedoman ini memerlukan komitmen dan dukungan dari pimpinan rumah sakit, seluruh petugas Unit Tindakan Kemoterapi, dokter, perawat, tenaga kefarmasian, serta unit terkait lainnya dalam memberikan pelayanan yang profesional dan berkesinambungan. Partisipasi pasien dan keluarga melalui pemberian informasi, saran, pengaduan, serta survei kepuasan juga menjadi bagian penting dalam peningkatan mutu pelayanan.

Pedoman ini menjadi acuan dalam penyelenggaraan pelayanan Kemoterapi dan dievaluasi paling sedikit satu kali dalam satu tahun atau sewaktu-waktu apabila terdapat perubahan peraturan perundang-undangan, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, perubahan standar pelayanan, hasil evaluasi mutu, hasil Survei Kepuasan Masyarakat (SKM), hasil pengaduan, kejadian keselamatan pasien, maupun hasil penilaian Ombudsman Republik Indonesia.

Hasil evaluasi menjadi dasar untuk melakukan perbaikan dan penyempurnaan pedoman, standar pelayanan, prosedur, serta tata kelola pelayanan kemoterapi secara berkelanjutan, sehingga Unit Tindakan Kemoterapi RSUD Blambangan mampu memberikan pelayanan yang aman, manusiawi, profesional, transparan, akuntabel, dan berorientasi pada kebutuhan pasien serta masyarakat.

Ditetapkan di : Banyuwangi
pada tanggal : 2 Juni 2026

Plt. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah
Kabupaten Banyuwangi



dr. Siti Aisyah Anggraeni, M.MRS, FISQua, CHQP
Pembina Tingkat I
NIP. 19710505 200212 2 004

LAMPIRAN

RINGKASAN STANDAR PELAYANAN UNTUK PAPAN INFORMASI STANDAR PELAYANAN UNIT TINDAKAN KEMOTERAPI RSUD BLAMBANGAN

KOMPONEN	URAIAN
PERSYARATAN	1. KTP/KK atau identitas lain 2. Kartu JKN-KIS/NIK aktif atau kartu asuransi/ Pernyataan pasien umum sesuai ketentuan. 3. Surat rujukan apabila dipersyaratkan. 4. Surat pengantar/permintaan pelayanan kemoterapi dari dokter sesuai alur pelayanan. 5. Hasil pemeriksaan penunjang dan dokumen medis yang diperlukan. 6. Persetujuan tindakan/informed consent sesuai ketentuan. Pasien dengan kondisi gawat darurat ditangani terlebih dahulu sesuai prosedur kegawatdaruratan.
PROSEDUR	Pasien datang sesuai jadwal → Verifikasi identitas dan administrasi → Asesmen kondisi pasien → Pemeriksaan/konfirmasi oleh dokter → Verifikasi regimen dan kesiapan obat → Persetujuan tindakan → Persiapan pasien → Pemberian kemoterapi sesuai SPO → Monitoring selama dan setelah kemoterapi → Evaluasi kondisi pasien → Pasien pulang/dirawat/dirujuk sesuai kondisi klinis dan instruksi dokter.
JANGKA WAKTU	Waktu pelayanan disesuaikan dengan jenis regimen kemoterapi, premedikasi, jenis dan dosis obat, kondisi klinis pasien serta kebutuhan observasi. Pelayanan diberikan sesuai jadwal yang telah ditetapkan. Apabila terjadi penundaan karena alasan klinis, administrasi, ketersediaan obat atau faktor lainnya, pasien/keluarga diberikan informasi dan tindak lanjut sesuai ketentuan. Waktu penyelesaian administrasi mengikuti standar pelayanan rumah sakit.
BIAYA	Pasien JKN: sesuai ketentuan JKN dan ketentuan penjamin, tanpa pungutan di luar ketentuan. Pasien umum/asuransi: sesuai tarif yang berlaku di RSUD Blambangan. Pembayaran hanya dilakukan melalui kasir/mechanisme resmi rumah sakit.
PRODUK	Pelayanan tindakan kemoterapi sesuai indikasi dan regimen yang ditetapkan dokter; monitoring kondisi pasien; edukasi pasien dan keluarga; dokumentasi pelayanan/rekam medis; resume medis; surat kontrol; serta surat rujukan apabila diperlukan.
PENGADUAN	Petugas/ Penanggung Jawab/ Kepala Unit Tindakan Kemoterapi • Kotak saran • kanal pengaduan resmi RSUD Blambangan • WhatsApp: 0851-1312-5583 • SP4N-LAPOR! sesuai kanal yang tersedia. Pengaduan diterima, dicatat, diverifikasi dan ditindaklanjuti sesuai mekanisme pengelolaan pengaduan RSUD Blambangan.
JAMINAN PELAYANAN	Pelayanan diberikan sesuai standar pelayanan, pedoman, SPO, kebijakan rumah sakit, prinsip keselamatan pasien, kompetensi petugas, serta ketentuan yang berlaku. Pasien memperoleh informasi mengenai pelayanan, hak dan kewajiban, serta mekanisme pengaduan.
JAMINAN KESELAMATAN	Identifikasi pasien dilakukan sebelum tindakan; verifikasi regimen dan obat dilakukan sesuai SPO; pemberian obat dilakukan oleh petugas yang kompeten; pasien dimonitor selama dan setelah kemoterapi; serta tersedia penanganan kegawatdaruratan sesuai kebutuhan.

MAKLUMAT PELAYANAN RSUD BLAMBANGAN

“Dengan ini kami Menyatakan :

1. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan profesional, transparan, akuntabel, dan berorientasi pada kepuasan masyarakat;
2. Sanggup memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan terus menerus;
3. Apabila dalam penyelenggaraan pelayanan kami tidak memenuhi standar pelayanan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan yang berlaku.

Demikian Maklumat pelayanan ini kami sampaikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

**PELAYANAN KEMOTERAPI
RSUD BLAMBANGAN KABUPATEN BANYUWANGI**