



PEMERINTAH KABUPATEN BANYUWANGI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BLAMBANGAN

Jalan Letkol Istiqlah no. 49 Banyuwangi 68415
Telepon. (0333) 421118 Faks. (0333) 421072

e-mail : rsudblambangan.bwi@gmail.com

Website : www.rsudblambangan.id



K E P U T U S A N
DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BLAMBANGAN
KABUPATEN BANYUWANGI

Nomor : 188/200/KEP/429.401/2026

T E N T A N G

**PERUBAHAN ATAS KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD BLAMBANGAN NOMOR
188/102/KEP/429.401/2026 TENTANG PENETAPAN STANDAR PELAYANAN
PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BLAMBANGAN KABUPATEN
BANYUWANGI**

DIREKTUR RSUD BLAMBANGAN

MENIMBANG : a. Bahwa dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan pelayanan publik sesuai dengan asas penyelenggaraan pemerintahan yang baik dan guna mewujudkan kepastian hak dan kewajiban berbagai pihak yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan, setiap penyelenggaraan pelayanan publik wajib menetapkan Standar Pelayanan;

b. Bahwa untuk memberikan acuan dalam penilaian ukuran kinerja dan kualitas penyelenggaraan pelayanan sebagaimana dimaksud huruf a, maka perlu ditetapkan Standar Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Blambangan Kabupaten Banyuwangi dengan Keputusan Direktur RSUD Blambangan;

MENINGAT : 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 Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2015 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah

- Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2014 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah Menjadi Undang-Undang;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang nomor 12 tahun 2011 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan);
 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara 6887 Tahun 2023);
 5. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5357);
 6. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal;
 7. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan mengatur tentang Klasifikasi Rumah Sakit, Kewajiban Rumah Sakit, Akreditasi Rumah Sakit, Pembinaan dan Pengawasan Rumah Sakit, dan Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif;
 8. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023;
 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1171/MENKES/IV/2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit;
 10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
 11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan

Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;

12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit;
16. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014, tentang Pedoman Standar Pelayanan;
17. Peraturan Bupati Banyuwangi Nomor 80 Tahun 2021 tentang Rincian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja RSUD di Kabupaten Banyuwangi;
18. Peraturan Bupati Banyuwangi Nomor 39 Tahun 2015 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Blambangan Kabupaten Banyuwangi.

M E M U T U S K A N

Menetapkan :

PERTAMA : Menetapkan Standar Pelayanan pada RSUD Blambangan Kabupaten Banyuwangi, sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.

KEDUA : Standar Pelayanan RSUD Blambangan Kabupaten Banyuwangi sebagaimana dimaksud dalam diktum **PERTAMA** meliputi ruang lingkup :

1. Pelayanan Pendaftaran (*Admission*)
2. Pelayanan Instalasi Rawat Jalan
3. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat
4. Pelayanan Instalasi Rawat Inap

5. Pelayanan Ruang Isolasi
6. Pelayanan Instalasi Rawat Intensif
7. Pelayanan Kamar Bersalin
8. Pelayanan Instalasi Bedah Sentral
9. Pelayanan Hemodialisa
10. Pelayanan Diagnostik dan intervensi Kardiovaskular
(*Cathlab*)
11. Pelayanan Kemoterapi
12. Pelayanan Instalasi Laboratorium Patologi Klinik &
Patologi Anatomi
13. Pelayanan Instalasi Radiologi
14. Pelayanan Instalasi Farmasi
15. Pelayanan Instalasi Gizi
16. Pelayanan PTRB
17. Pelayanan RT-PCR SARS CoV-2
18. Pelayanan CSSD
19. Pelayanan Rekam Medik
20. Pelayanan Ambulance & Kereta Jenazah
21. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah
22. Pelayanan Humas/ Pengaduan
23. Pelayanan Unit Pembayaran Pasien (UPP)

KETIGA : Standar Pelayanan sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini wajib dilaksanakan oleh penyelenggara/ pelaksana dan sebagai acuan dalam penilaian kinerja pelayanan oleh pimpinan penyelenggara, aparat pengawasan dan masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik.

KEEMPAT : Segala biaya yang diperlukan untuk kelancaran pelaksanaan Standar Pelayanan ini dibebankan pada Anggaran Rumah Sakit Umum Daerah Blambangan Kabupaten Banyuwangi.

KELIMA : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan dan akan ditinjau kembali apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapan ini.

Ditetapkan di : Banyuwangi

Pada Tanggal : 15 Juni 2026

Plt. Direktur RSUD Blambangan
Kabupaten Banyuwangi



dr. Siti Asiyah Anggraeni, M.MRS, FISQua
Pembina Tingkat I
NIP. 197105052002122004

I. GAMBARAN UMUM

Sesuai dengan PP Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan mengatur tentang Klasifikasi Rumah Sakit, Kewajiban Rumah Sakit, Akreditasi Rumah Sakit, Pembinaan dan Pengawasan Rumah Sakit, dan Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif dinyatakan bahwa Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang harus diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu, membuat semakin kompleksnya permasalahan Rumah Sakit. Rumah Sakit sebagai salah satu instansi pelayan publik masih dihadapkan pada kondisi yang belum sesuai dengan kebutuhan dan perubahan di berbagai bidang kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara. Hal tersebut bisa disebabkan oleh ketidaksiapan untuk menanggapi terjadinya transformasi nilai yang berdimensi luas serta dampak berbagai masalah pembangunan yang kompleks. Sementara itu, tatanan baru masyarakat Indonesia dihadapkan pada harapan dan tantangan global yang dipicu oleh kemajuan di bidang ilmu pengetahuan, informasi, komunikasi, transportasi, investasi, dan perdagangan.

Rumah sakit sebagai institusi pelayanan publik maka sebagai jawabanya adalah untuk dapat memberikan pelayanan kepada masyarakat dengan mutu atau kualitas yang baik, sehingga keselamatan pasien khususnya atau masyarakat umumnya dapat terjamin. Salah satu komponen dari mutu adalah adanya standar yang harus dilaksanakan oleh individu dan atau bersama-sama oleh penyelenggaranya. Sesuai dengan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 tahun 2014 maka standar pelayanan yang disusun dengan mengikutsertakan masyarakat dan pihak-pihak terkait dengan tujuan untuk menyelaraskan kemampuan penyelenggara pelayanan dengan kebutuhan dan kondisi lingkungan guna mengefektifkan penyelenggaraan pelayanan yang berkualitas.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Blambangan Kabupaten Banyuwangi berlokasi di Jl. Letkol Istiqlah No. 49 Banyuwangi, dengan nomor telepon (0333) 421118 fax nomor (0333) 421072, serta alamat e-mail : rsudblambangan.bwi@gmail.com.

Sampai saat ini Sumber Daya Manusia (SDM) yang bertugas di RSUD Blambangan adalah 751 orang, yang terdiri dari PNS 261 orang, PKKK 357 orang, dan Kontrak 133 orang. Khususnya SDM dokter adalah sebagai berikut :

Tabel-1 : Jumlah SDM Dokter di RSUD Blambangan, Tahun 2026

No	Jenis SDM Dokter/ Medis	Jumlah (Orang)	Keterangan
1	Dokter Umum	20	
2	Dokter Gigi Umum	2	
3	Dokter Gigi Spesialis	3	1 orang Spesialis Konservasi Gigi 1 orang Spesialis Gigi Anak 1 orang Spesialis Penyakit Mulut
4	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	5	
5	Dokter Spesialis Bedah Umum	3	
6	Dokter Spesialis Bedah Orthopedi	2	
7	Dokter Spesialis Bedah Syaraf	2	
8	Dokter Spesialis Bedah Urologi	1	
9	Dokter Spesialis Kebidanan-Kandungan	3	1 orang konsultan Fetomaternal
10	Dokter Spesialis Anak	3	1 orang spesialis Neonatologi
11	Dokter Spesialis THT	1	
12	Dokter Spesialis Mata	2	
13	Dokter Spesialis Kulit Kelamin	2	
14	Dokter Spesialis Syaraf	2	1 orang spesialis Neurointervensi
15	Dokter Spesialis Jiwa (Psikiatri)	1	
16	Dokter Spesialis Jantung	3	1 orang Konsultan Kardiologi Intervensi
17	Dokter Spesialis Paru	3	1 orang spesialis fellow terapi sistemik onkologi toraks
18	Dokter Spesialis Anestesi	3	1 orang spesialis fellowship adult cardiac anesthesia and critical care (FACA)
19	Dokter Spesialis Rehab Medik	1	
20	Dokter Spesialis Radiologi	2	1 orang sub spesialis radiologi intervensi dan vaskular
21	Dokter Spesialis Patologi Anatomi	1	

No	Jenis SDM Dokter/ Medis	Jumlah (Orang)	Keterangan
22	Dokter Spesialis Bedah Toraks	1	
23	Dokter Sub Spesialis Konsultan Onkologi	1	

II. DASAR HUKUM

Penyelenggara operasional RSUD Blambangan berdasarkan pada :

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 Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2015 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2014 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah Menjadi Undang-Undang;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang nomor 12 tahun 2011 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan);
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara 6887 Tahun 2023);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5357);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal;
7. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasaitan mengatur tentang Klasifikasi Rumah Sakit, Kewajiban Rumah Sakit, Akreditasi Rumah Sakit, Pembinaan dan Pengawasan Rumah Sakit, dan Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif;
8. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1171/MENKES/IV/2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;

11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit;
16. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014, tentang Pedoman Standar Pelayanan;
17. Peraturan Bupati Banyuwangi Nomor 80 Tahun 2021 tentang Rincian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja RSUD di Kabupaten Banyuwangi;
18. Peraturan Bupati Banyuwangi Nomor 39 Tahun 2015 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Blambangan Kabupaten Banyuwangi.
19. Surat Keputusan UPT Pelayanan Perizinan Terpadu Nomor P2T/2/03.22/01/II/2017 tentang Izin Operasional RSUD Blambangan Kelas B.

Secara teknis unit pelayanan di RSUD Blambangan berpedoman pada kebijakan yang telah dikeluarkan dari instansi vertikal di jajaran pemerintah daerah dan Kementerian Dalam Negeri, secara teknis terkait dengan Kementerian Kesehatan serta untuk menjamin mutu pelayanan berpedoman pada standar Akreditasi Rumah Sakit yang dilakukan oleh badan independen yaitu LARS-DHP (Lembaga Akreditasi Rumah Sakit – Damar Husada Paripurna)

III. SARANA DAN PRASARANA

Sarana, prasarana, dan / atau fasilitas yang ada disesuaikan dengan standar pelayanan pada masing-masing unit atau instalasi. Dalam perkembangan teknologi maka pelayanan di RSUD Blambangan juga didukung dengan pemanfaatan IT. Fasilitas pelayanan yang sudah dapat dilakukan di RSUD Blambangan adalah :

a. Fasilitas Pelayanan Rawat Jalan :

Fasilitas pelayanan rawat jalan meliputi pelayanan poliklinik yaitu :

1. Klinik Umum / MCU
2. Klinik Penyakit Dalam
3. Klinik Anak

4. Klinik Bedah Umum
 5. Klinik Bedah Syaraf
 6. Klinik Bedah Orthopedi
 7. Klinik Bedah Urologi
 8. Klinik Obstetri & Ginekologi
 9. Klinik Mata
 10. Klinik THT-KL
 11. Klinik Syaraf
 12. Klinik Jantung
 13. Klinik Penyakit Kulit dan Kelamin
 14. Klinik Jiwa
 15. Klinik Paru
 16. Klinik TB-DOTS
 17. Klinik TB-RO (Resisten Obat)
 18. Klinik Rehabilitasi Medik
 19. Klinik Anastesi
 20. Klinik Gigi Umum
 21. Klinik FNAB
 22. Klinik Gigi Spesialis : Konservasi, Gigi Anak, dan Penyakit Mulut
 23. Klinik VCT
 24. Klinik Psikologi
 25. Klinik BTKV
- b. Fasilitas Pelayanan Rawat Darurat dan Kamar Bersalin
 - c. Fasilitas Pelayanan Rawat Inap dan Rawat Intensif
 1. Ruang Rawat Inap VIP
 2. Ruang Rawat Inap Anak (Mas Alit)
 3. Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam (RPD I dan RPD II)
 4. Ruang Rawat Inap Bedah Kecelakaan (Agung Wilis)
 5. Ruang Pelayanan Perinatologi
 6. Ruang Pelayanan Intensif Dewasa/ ICU
 7. Ruang Pelayanan Intensif Jantung/ ICCU
 8. Ruang Pelayanan Intensif Bayi/ NICU
 9. Ruang Pulmo Center
 10. Ruang Unit Stroke
 - d. Fasilitas Pelayanan Bedah sentral
 - e. Fasilitas Pelayanan Hemodialisis

- f. Fasilitas Pelayanan PTRB (Program Terapi Rumatan Buprenorphin)
- g. Fasilitas Pelayanan Laboratorium
- h. Fasilitas Pelayanan Kemoterapi
- i. Fasilitas Pelayanan BDRS
- j. Fasilitas Pelayanan Radiologi
- k. Fasilitas Pelayanan Diagnostik dan Intervensi Kardiovaskular
- l. Fasilitas Pelayanan *Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy* (ESWL)
- m. Fasilitas Pelayanan Farmasi
- n. Fasilitas Pelayanan Gizi
- o. Fasilitas Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

IV. KOMPETENSI PELAKSANA

Sumber Daya Manusia (SDM) di RSUD Blambangan Kabupaten Banyuwangi adalah merupakan variabel kunci dalam keberhasilan pelayanan kesehatan yang dihasilkan oleh RSUD Blambangan. Setiap personel SDM yang ada atau akan diadakan didasarkan pada kompetensi yang dibutuhkan atau sesuai dengan profesi, mampu bekerja secara tim dan berintegrasi pada institusi, bangsa dan negara. Setiap pegawai yang bertugas di RSUD Blambangan akan menjalani kredensial baik terhadap aspek kompetensi dan aspek legalitas kelulusannya.

V. SATUAN PENGAWAS INTERNAL (SPI)

Sesuai dengan norma tata kelola organisasi yang baik maka faktor kontrol merupakan salah satu upaya untuk mengupayakan segala aktivitas dalam rangka mencapai tujuan agar selalu pada pola (*on the track*) dalam kerangka memperjuangkan visi dan misi yang telah ditetapkan. Sehingga unit kontrol dan pengawasan diperlukan untuk mendapatkan gambaran perjalanan aktivitas program dan kegiatan RSUD Blambangan. RSUD Blambangan telah membentuk SPI berdasarkan SK Direktur RSUD Blambangan Nomor : 188/97/KEP/429.401/2026 tanggal 10 Februari 2026.

VI. JAMINAN PELAYANAN

Jaminan pelayanan yang dimaksudkan adalah jaminan terhadap kualitas pelayanan dan perlakuan standar pelayanan yang sama kepada semua pengguna jasa pelayanan RSUD Blambangan Kabupaten Banyuwangi. RSUD Blambangan senantiasa selalu berupaya meningkatkan dan mempertahankan kualitas pelayanan yang sudah baik. Sampai saat ini RSUD Blambangan sudah menjadi Rumah Sakit

Kelas B dengan akreditasi paripurna yang ditetapkan lembaga independen yaitu LARS-DHP (Lembaga Akreditasi Rumah Sakit – Damar Husada Paripurna).

VII. JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN

Jaminan kewananan dan keselamatan pelayanan di RSUD Blambangan dimaksudkan adalah yang sudah lazim dikenal dengan “*Patient Safety*”. Sesuai dengan Standar Akreditasi Rumah Sakit berdasarkan Kepmenkes Nomer 1128 Tahun 2022 yang sudah dijalankan di RSUD Blambangan, maka *patient safety* adalah merupakan upaya prioritas yang harus dilakukan oleh rumah sakit, sehingga pasien dan juga petugas RSUD Blambangan akan selalu dalam keadaan aman.

Sasaran *patient safety* meliputi : ketepatan indentifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi, pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, dan pengurangan resiko pasien jatuh.

VIII. EVALUASI KINERJA PELAKSANA

Pelaksanaan evaluasi kinerja dilakukan secara berkala dalam satuan waktu, dan RSUD Blambangan telah menerapkan pola remunerasi yang berdasarkan Peraturan Bupati Nomor 17 Tahun 2014 tentang Sistem Remunerasi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Banyuwangi.

Salah satu komponennya adalah penilaian kinerja terhadap setiap pegawai. Hasil penilaian kinerja akan berpengaruh terhadap besaran nilai dari remunerasi yang akan diterimanya. Sehingga sebagai implementasinya dari kebijakan tersebut maka pelaksanaan evaluasi kinerja di RSUD Blambangan dilakukan yang setiap bulan.

Ditetapkan di : Banyuwangi
Pada Tanggal : 15 Juni 2026

Plt. Direktur RSUD Blambangan
Kabupaten Banyuwangi



dr. Siti Asiyah Anggraeni, M.MRS, FISQua
Pembina Tingkat I
NIP. 197105052002122004

Lampiran II

Surat Keputusan Direktur RSUD Blambangan

Nomor : 188/200/KEP/429.401/2026

Tanggal : 15 Juni 2026

Tentang : Penetapan Standar Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Blambangan Kabupaten Banyuwangi

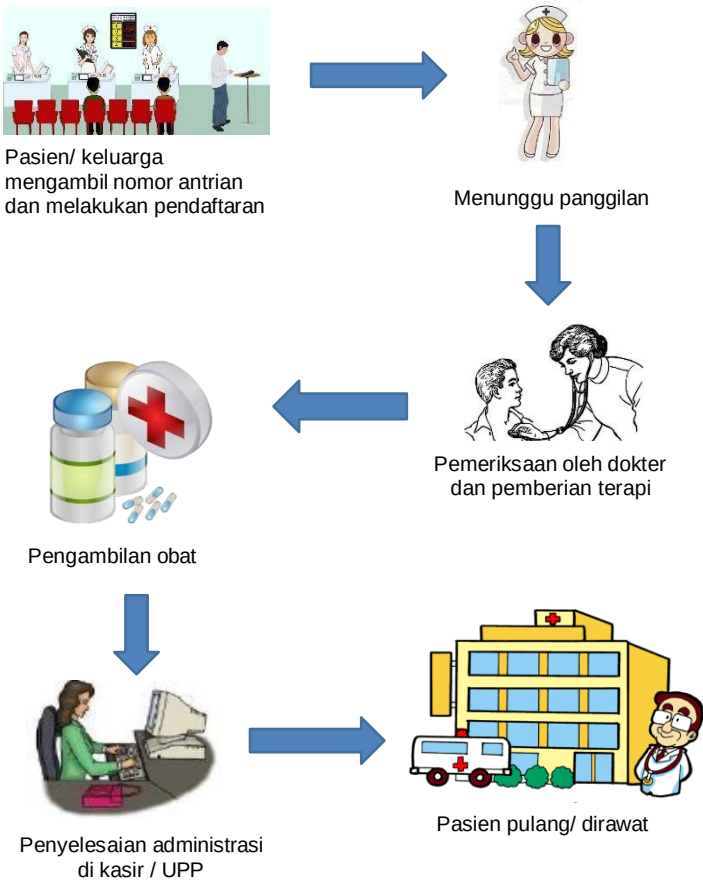
1. Pelayanan Pendaftaran (*Admission*)

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Kartu identitas / KTP / KK 2. Kartu asuransi Non JKN 3. Surat rujukan 4. Surat permintaan rawat inap
2	Prosedur	Keterangan : 1. Penanggung jawab pasien melakukan pendaftaran rawat inap 2. Menerima penjelasan admission 3. Menandatangani general consent 4. Petugas Membawa berkas RM ke klinik
3	Waktu pelayanan	Kurang dari 1 jam
4	Biaya	Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi No. 3 Th 2025 JKN / KIS : GRATIS Asuransi lain : Sesuai Perjanjian Kerjasama
5	Produk layanan	Pelayanan admission
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG / Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS : 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17

		Tahun 2023 tentang Kesehatan; - Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit; - Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; - Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit; - Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	- Ruang pendaftaran (admission) yang representatif - Meja dan kursi pelayanan - Komputer dan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) - Printer dan alat tulis kantor - Jaringan internet - Ruang tunggu pasien/keluarga pasien - Media informasi (banner, papan informasi, atau leaflet) - Formulir administrasi (general consent, berkas rekam medis, dll)
9	Kompetensi Pelaksana	- Pendidikan minimal SMA/ sederajat (diutamakan D3/S1 Administrasi Kesehatan atau bidang terkait) - Memahami prosedur administrasi pelayanan rumah sakit - Mampu mengoperasikan komputer dan aplikasi SIMRS - Memiliki kemampuan komunikasi yang baik dan ramah - Berintegritas, disiplin, dan bertanggung jawab
10	Pengawasan Internal	- Dilakukan oleh atasan langsung (Kepala Unit Admission) - Monitoring secara berkala oleh manajemen rumah sakit - Audit internal terhadap pelaksanaan pelayanan - Evaluasi berdasarkan laporan pengaduan dan kepuasan pasien - Pengawasan melalui sistem informasi dan pelaporan harian
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan dan beban kerja, yaitu: 1 (satu) petugas admission per shift pelayanan - Penyesuaian dilakukan pada jam sibuk atau kondisi tertentu
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang 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 sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin” c. Visi “Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialisasi yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien” d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang profesional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, profesional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Menjaga kerahasiaan data dan informasi pasien 2. Pelayanan dilakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 3. Memastikan keakuratan data pasien 4. Lingkungan pelayanan yang aman dan nyaman 5. Petugas menggunakan identitas resmi dan bekerja sesuai ketentuan 6. Mengutamakan prinsip keselamatan pasien dalam setiap proses pelayanan
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Dilakukan secara berkala (bulanan/triwulanan) 2. Penilaian berdasarkan indikator kinerja pelayanan 3. Evaluasi melalui survei kepuasan pasien 4. Tindak lanjut terhadap keluhan dan masukan masyarakat 5. Pembinaan dan peningkatan kompetensi petugas 6. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit

2. Pelayanan Instalasi Rawat Jalan

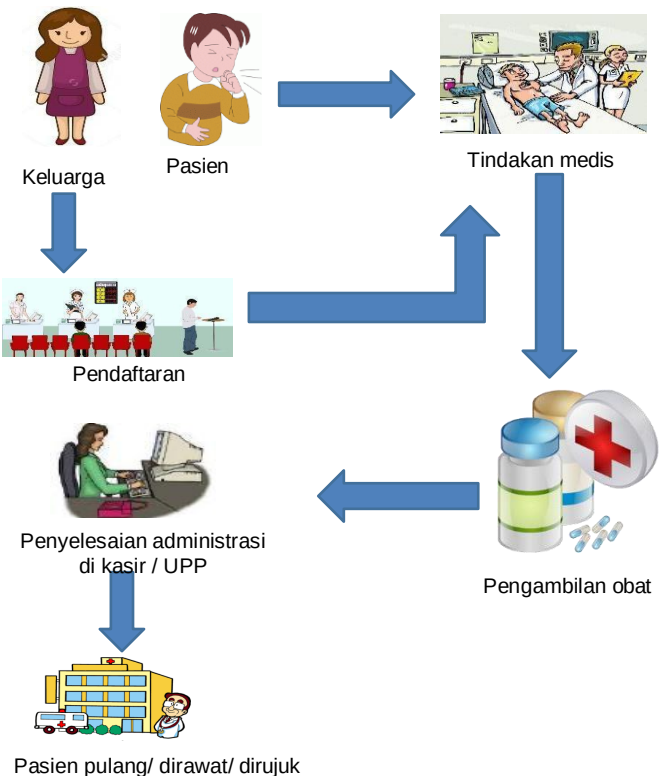
NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Kartu identitas / KTP / KK 2. Kartu Asuransi Non JKN 3. Surat rujukan
2	Prosedur	 <pre> graph TD A[Pasien/ keluarga mengambil nomor antrian dan melakukan pendaftaran] --> B[Menunggu panggilan] B --> C[Pemeriksaan oleh dokter dan pemberian terapi] C --> D[Pengambilan obat] D --> E[Penyelesaian administrasi di kasir / UPP] E --> F[Pasien pulang/ dirawat] </pre> Pasien/ keluarga mengambil nomor antrian dan melakukan pendaftaran Menunggu panggilan Pemeriksaan oleh dokter dan pemberian terapi Pengambilan obat Penyelesaian administrasi di kasir / UPP Pasien pulang/ dirawat Keterangan : 1. Pengambilan nomor antrean oleh pasien/keluarga 2. Melakukan pendaftaran di loket pendaftaran 3. Menunggu pemanggilan sesuai dengan poli yang dituju. 4. Dilakukan pemeriksaan oleh dokter dan pemeriksaan penunjang (lab atau rontgen) 5. Pemberian terapi atau resep obat 6. Pengambilan obat di instalasi farmasi 7. Penyelesaian administrasi/pembayaran di kasir / UPP 8. Pasien pulang atau dirawat
3	Waktu pelayanan	1 - 2 jam (khusus prosedur 1 - 5)
4	Biaya	Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi No. 3 Th 2025 JKN / KIS : GRATIS Asuransi lain : sesuai perjanjian kerjasama
5	Produk layanan	Pelayanan rawat jalan di klinik THT, klinik Syaraf, klinik Bedah Umum, klinik Bedah Syaraf, klinik Bedah Orthopedi, Klinik Bedah Urologi, klinik Penyakit Dalam, klinik Mata, klinik Anak, klinik Obgyn, klinik Penyakit Kulit

		& Kelamin, klinik Paru, klinik Jiwa, klinik Jantung, klinik Anestesi, Klinik Spesialis klinik Umum, klinik FNAB, klinik gigi-mulut, klinik VCT, klinik Psikologi, Klinik Rehab Medik / Fisioterapi, Klinik BTKV.
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumhaskitan; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit; 6. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Ruang pendaftaran rawat jalan 2. Ruang tunggu pasien yang nyaman dan representatif 3. Ruang pemeriksaan/poli klinik sesuai jenis layanan 4. Peralatan medis sesuai standar masing-masing poli 5. Komputer dan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) 6. Jaringan internet dan sistem antrean elektronik 7. Media informasi pelayanan (papan informasi, banner, leaflet) 8. Sarana penunjang (toilet, tempat ibadah, area parkir, dan fasilitas disabilitas)
9	Kompetensi Pelaksana	1. Tenaga kesehatan memiliki kualifikasi pendidikan sesuai bidangnya (dokter, perawat, bidan, tenaga kesehatan lainnya) 2. Memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP) yang masih berlaku 3. Memahami standar operasional prosedur (SOP) pelayanan rawat jalan 4. Mampu memberikan pelayanan yang profesional, ramah, dan komunikatif 5. Mampu mengoperasikan peralatan medis dan sistem informasi pelayanan 6. Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi
10	Pengawasan Internal	1. Dilakukan oleh Kepala Instalasi Rawat Jalan 2. Monitoring dan evaluasi secara berkala oleh manajemen rumah sakit 3. Audit internal terhadap mutu pelayanan dan kepatuhan terhadap SOP 4. Pengawasan melalui indikator kinerja pelayanan

		5. Tindak lanjut terhadap laporan dan pengaduan masyarakat
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan jenis layanan dan beban kerja, dengan ketentuan: 1. Setiap poli minimal terdiri dari 1 (satu) dokter dan 1 (satu) perawat/tenaga kesehatan pendukung 2. Petugas administrasi disesuaikan dengan jumlah kunjungan pasien 3. Penambahan tenaga dilakukan pada kondisi tertentu sesuai kebutuhan pelayanan
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: 1. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang professional, 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 sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan "Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin" c. Visi "Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialisasi yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien" d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	1. Pelayanan dilaksanakan sesuai standar operasional prosedur (SOP)

	Pelayanan	2. Menjamin kerahasiaan data dan informasi pasien 3. Mengutamakan keselamatan pasien dalam setiap tindakan medis 4. Penggunaan alat medis sesuai standar keselamatan dan kelayakan 5. Lingkungan pelayanan yang aman, bersih, dan nyaman 6. Penerapan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan indikator mutu pelayanan dan capaian kinerja 3. Survei kepuasan pasien sebagai bahan evaluasi 4. Tindak lanjut terhadap keluhan dan masukan masyarakat 5. Pembinaan dan peningkatan kompetensi tenaga pelayanan 6. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit

3. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Kartu identitas/ KTP / KK 2. Kartu Asuransi Non JKN 3. Surat Pengantar IGD
2	Prosedur	 Keterangan : 1. Pasien datang 2. Pendaftaran oleh keluarga/pengantar 3. Dilakukan tindakan medis sesuai dengan keluhan 4. Pemeriksaan penunjang (bila ada)

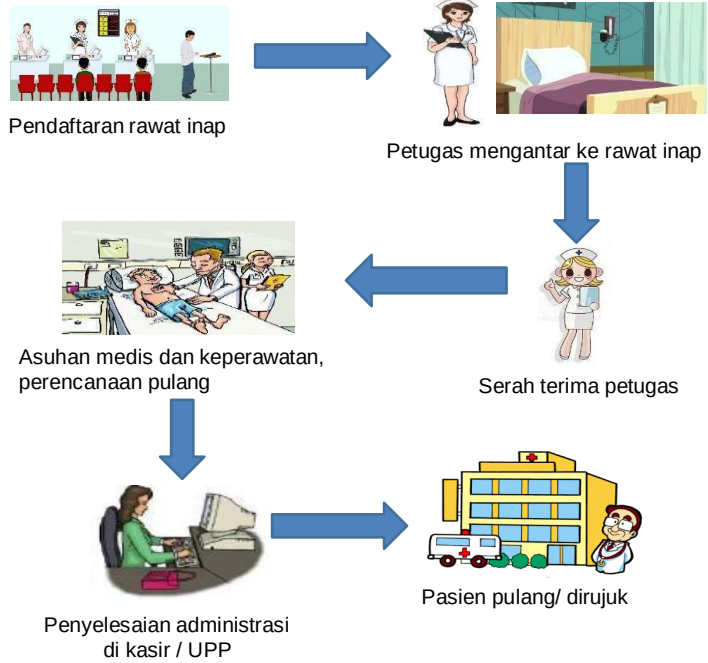
		5. Pengambilan obat 6. Penyelesaian administrasi di kasir/ UPP 7. Pasien pulang/dirawat / dirujuk Catatan : a. Diprioritaskan pada penanganan pasien b. Pendaftaran dapat dilakukan secara simultan dengan penanganan pasien
3	Waktu pelayanan	1. Respon tindakan oleh petugas kurang dari 5 menit. 2. Lama tindakan disesuaikan dengan kondisi pasien
4	Biaya	Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi No. 3 Th 2025 JKN / KIS : GRATIS Asuransi lain : sesuai perjanjian kerjasama
5	Produk layanan	Pelayanan gawat darurat
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit;an; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit; 6. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Ruang triase (triage) untuk penentuan tingkat kegawatdaruratan 2. Ruang resusitasi (resuscitation room) 3. Ruang tindakan/observasi pasien 4. Ruang isolasi (jika diperlukan) 5. Peralatan medis emergensi (defibrillator, monitor pasien, ventilator, suction, dll) 6. Obat-obatan emergensi sesuai standar 7. Ambulans dan peralatan transport pasien 8. Sistem informasi pelayanan dan komunikasi (telepon, interkom) 9. Ruang tunggu keluarga pasien 10. Sarana penunjang (toilet, akses disabilitas, dan fasilitas keselamatan)

9	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter dan tenaga kesehatan memiliki kualifikasi sesuai bidangnya 2. Memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP) yang masih berlaku 3. Memiliki sertifikat pelatihan kegawatdaruratan (BTCLS, ACLS, ATLS atau setara) 4. Mampu melakukan tindakan medis kegawatdaruratan secara cepat dan tepat 5. Mampu bekerja dalam tim dan berkomunikasi efektif 6. Memahami dan menerapkan standar operasional prosedur (SOP) IGD 7. Mengikuti pelatihan dan pembaruan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	1. Dilakukan oleh Kepala Instalasi Gawat Darurat 2. Monitoring dan evaluasi secara berkala oleh manajemen rumah sakit 3. Audit internal terhadap mutu pelayanan dan kepatuhan terhadap SOP 4. Pengawasan terhadap waktu tanggap (response time) pelayanan 5. Tindak lanjut terhadap insiden keselamatan pasien dan pengaduan masyarakat
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan beban kerja dan standar pelayanan, dengan ketentuan: 1. Tersedia dokter jaga 24 jam 2. Perawat jaga minimal 2 (dua) orang per shift 3. Tenaga penunjang (administrasi, petugas kebersihan, dan keamanan) sesuai kebutuhan 4. Penambahan tenaga dilakukan pada kondisi lonjakan pasien atau situasi darurat tertentu
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: 1. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang 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 sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin” c. Visi “Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialisik yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien”

		d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilaksanakan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Mengutamakan keselamatan pasien (patient safety) dalam setiap tindakan 3. Menjamin kerahasiaan data dan informasi pasien 4. Penerapan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) 5. Penggunaan alat medis sesuai standar keselamatan dan kelayakan 6. Lingkungan pelayanan yang aman, bersih, dan nyaman 7. Penanganan limbah medis sesuai ketentuan yang berlaku
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan indikator mutu pelayanan IGD (response time, kepuasan pasien, dll) 3. Audit kasus dan telaah kematian (mortality review) 4. Survei kepuasan pasien dan keluarga 5. Tindak lanjut terhadap insiden keselamatan pasien dan keluhan masyarakat 6. Pembinaan dan peningkatan kompetensi tenaga pelayanan 7. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit

4. Pelayanan Instalasi Rawat Inap

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Surat pengantar / permintaan rawat inap 2. Kartu identitas/ KTP / KK 3. Kartu BPJS/ Kartu Asuransi lain 4. Surat rujukan

2	Prosedur	 Pendaftaran rawat inap Petugas mengantar ke rawat inap Serah terima petugas Asuhan medis dan keperawatan, perencanaan pulang Penyelesaian administrasi di kasir / UPP Pasien pulang/ dirujuk Keterangan : 1. Melakukan pendaftaran rawat inap 2. Petugas mengantar pasien ke ruang rawat inap 3. Petugas rawat inap serah terima pasien dan orientasi ruangan 4. Asuhan medis dan keperawatan selama perawatan 5. Perencanaan pulang pasien 6. Penyelesaian administrasi di kasir/ UPP 7. Pasien pulang/ dirujuk
3	Waktu pelayanan	Waktu sampai di ruang rawat inap 1 jam
4	Biaya	Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi No. 3 Th 2025 JKN / KIS : GRATIS Asuransi lain : sesuai perjanjian kerjasama
5	Produk layanan	Pelayanan rawat inap
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS : 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal

		Kesehatan; - Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit; - Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	- Ruang rawat inap sesuai kelas pelayanan (VIP, kelas I, II, III) - Tempat tidur pasien dengan standar keselamatan - Peralatan medis sesuai kebutuhan pelayanan (monitor pasien, oksigen, infus, dll) - Nurse station pada setiap unit perawatan - Ruang tindakan/perawatan pasien - Kamar mandi/toilet pasien yang memadai - Sistem komunikasi (telepon/interkom) - Sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) - Sarana penunjang (ruang tunggu keluarga, tempat ibadah, area parkir) - Fasilitas keselamatan (APAR, jalur evakuasi, dan rambu keselamatan)
9	Kompetensi Pelaksana	- Tenaga kesehatan memiliki kualifikasi pendidikan sesuai bidangnya - Memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP) yang masih berlaku - Memahami standar operasional prosedur (SOP) pelayanan rawat inap - Mampu memberikan asuhan keperawatan dan pelayanan medis secara profesional - Memiliki kemampuan komunikasi yang baik dan empatik - Mampu mengoperasikan peralatan medis dengan benar - Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	- Dilakukan oleh Kepala Instalasi Rawat Inap dan Kepala Ruangan - Monitoring dan evaluasi secara berkala oleh manajemen rumah sakit - Audit internal terhadap mutu pelayanan dan kepatuhan terhadap SOP - Pengawasan terhadap penerapan keselamatan pasien - Tindak lanjut terhadap laporan insiden dan pengaduan masyarakat
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan kapasitas tempat tidur dan beban kerja, dengan ketentuan: - Tersedia dokter penanggung jawab pasien (DPJP) - Perawat jaga 24 jam sesuai rasio kebutuhan pelayanan - Tenaga penunjang (farmasi, gizi, kebersihan, dan keamanan) sesuai kebutuhan - Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan pada kondisi tertentu

12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: 1. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang professional, 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 sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin” c. Visi “Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialistik yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien” d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilaksanakan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Mengutamakan keselamatan pasien dalam setiap tindakan pelayanan 3. Menjamin kerahasiaan data dan informasi pasien 4. Penerapan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) 5. Penggunaan alat medis sesuai standar keselamatan dan kelayakan

		6. Lingkungan perawatan yang aman, bersih, dan nyaman 7. Kesiapsiagaan terhadap keadaan darurat (kebakaran, bencana, dll)
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan indikator mutu pelayanan (BOR, LOS, kepuasan pasien, dll) 3. Audit medis dan audit keperawatan 4. Survei kepuasan pasien dan keluarga 5. Tindak lanjut terhadap keluhan dan insiden keselamatan pasien 6. Pembinaan dan peningkatan kompetensi tenaga pelayanan 7. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit

5. Pelayanan Instalasi Rawat Intensif

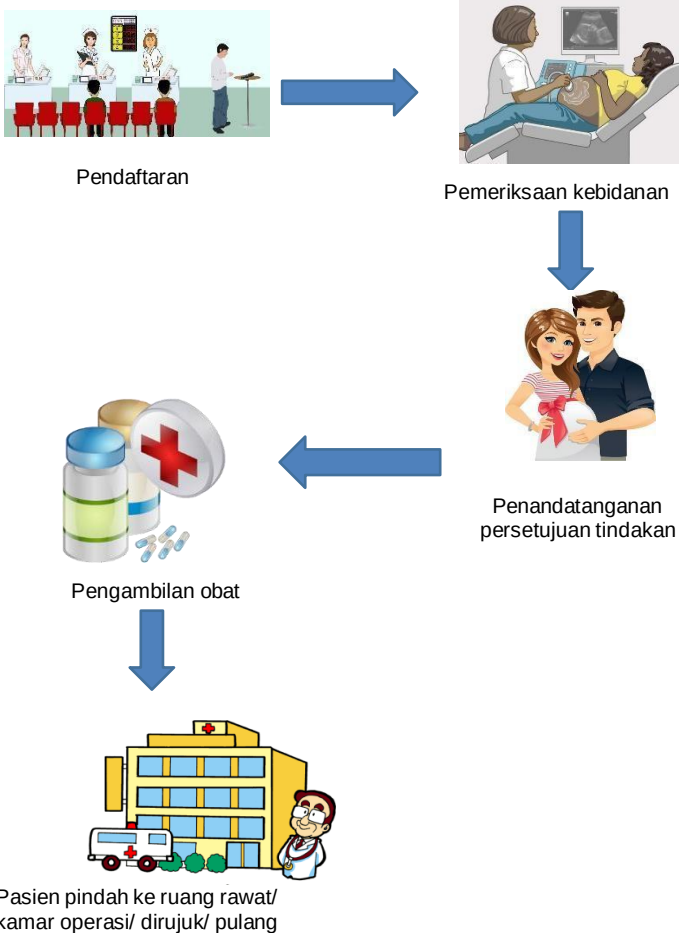
NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Kartu identitas/ KTP / KK 2. Kartu Asuransi Non JKN 3. Surat rujukan 4. Permintaan rawat intensif
2	Prosedur	Pendaftaran Petugas mengantar ke ruang intensif Serah terima petugas Asuhan medis dan keperawatan Pasien pindah ruang rawat/ dirujuk/ pulang Keterangan: 1. Keluarga melakukan pendaftaran. 2. Petugas mengantar pasien ke ruang rawat intensif. 3. Petugas ruang intensif serah terima pasien dan orientasi ruangan. 4. Asuhan medis dan keperawatan selama perawatan. 5. Pasien pindah ruang rawat/ pulang/ dirujuk

3	Waktu pelayanan	Waktu sampai di ruang rawat intensif 1 jam.
4	Biaya	Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi No. 3 Th 2025 JKN / KIS : GRATIS Asuransi lain : sesuai perjanjian kerjasama
5	Produk layanan	Pelayanan rawat intensif
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit;an; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 308 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Kesehatan Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan <i>Intensive Care Unit</i> (ICU) di Rumah Sakit; 7. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Ruang perawatan intensif sesuai standar (ICU/ICCU/NICU/PICU) 2. Tempat tidur pasien khusus (ICU bed) dengan pengaturan posisi otomatis 3. Ventilator dan alat bantu napas 4. Monitor pasien (multi-parameter monitor) 5. Infusion pump dan syringe pump 6. Defibrillator dan peralatan resusitasi 7. Central oxygen dan suction system 8. Ruang isolasi (jika diperlukan) 9. Nurse station dengan sistem pemantauan terintegrasi 10. Sistem alarm dan monitoring 24 jam 11. Sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) 12. Sarana penunjang (ruang tunggu keluarga, area edukasi keluarga pasien) 13. Fasilitas keselamatan (APAR, jalur evakuasi, dan sistem kelistrikan cadangan/UPS)
9	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter spesialis sesuai bidang (anestesi, penyakit dalam, anak, dll) sebagai penanggung jawab

		- Perawat memiliki pelatihan khusus intensif (ICU training) - Memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP) yang masih berlaku - Memiliki sertifikasi pendukung (ACLS, BTCLS, PALS/NALS sesuai kebutuhan) - Mampu melakukan pemantauan dan penanganan pasien kritis secara komprehensif - Mampu mengoperasikan peralatan medis intensif secara tepat - Memiliki kemampuan komunikasi efektif dengan tim dan keluarga pasien - Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	- Dilakukan oleh Kepala Instalasi Rawat Intensif - Monitoring ketat terhadap kondisi pasien secara berkelanjutan - Audit internal terhadap mutu pelayanan dan kepatuhan terhadap SOP - Pengawasan terhadap penerapan keselamatan pasien (patient safety) - Pelaporan dan evaluasi insiden keselamatan pasien - Monitoring indikator mutu pelayanan intensif secara berkala
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan kapasitas tempat tidur dan tingkat ketergantungan pasien, dengan ketentuan: - Tersedia dokter penanggung jawab (DPJP) dan dokter jaga 24 jam - Rasio perawat dengan pasien minimal 1:1 atau 1:2 sesuai tingkat keparahan pasien - Tenaga penunjang (farmasi, laboratorium, radiologi, kebersihan, dan keamanan) tersedia sesuai kebutuhan - Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan beban kerja dan kondisi pasien
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: - Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang profesional, transparan, akuntabel, dan berorientasi pada kepuasan masyarakat; - Sanggup memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan terus menerus; - Apabila dalam penyelenggaraan pelayanan kami tidak memenuhi standar pelayanan sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin”

		c. Visi “Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialisik yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien” d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilaksanakan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Mengutamakan keselamatan pasien (patient safety) dalam setiap tindakan 3. Pemantauan kondisi pasien dilakukan secara kontinu (24 jam) 4. Menjamin kerahasiaan data dan informasi pasien 5. Penerapan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) secara ketat 6. Penggunaan alat medis sesuai standar keselamatan dan kelayakan 7. Kesiapsiagaan terhadap kondisi darurat dan kegagalan alat (backup system) 8. Pengelolaan limbah medis sesuai ketentuan yang berlaku
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan indikator mutu pelayanan intensif (mortalitas, LOS ICU, infeksi nosokomial, dll) 3. Audit medis dan audit keperawatan secara rutin 4. Telaah kasus (case review) dan evaluasi insiden keselamatan pasien 5. Survei kepuasan keluarga pasien 6. Tindak lanjut terhadap keluhan dan masukan masyarakat 7. Pembinaan dan peningkatan kompetensi tenaga pelayanan 8. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit

6. Pelayanan Kamar Bersalin

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Kartu identitas/ KTP / KK 2. Kartu Asuransi Non JKN 3. Surat rujukan
2	Prosedur	 <pre> graph TD A[Pendaftaran] --> B[Pemeriksaan kebidanan] B --> C[Penandatanganan persetujuan tindakan] C --> D[Pengambilan obat] D --> E[Pasien pindah ke ruang rawat/ kamar operasi/ dirujuk/ pulang] </pre> Pendaftaran Pemeriksaan kebidanan Penandatanganan persetujuan tindakan Pengambilan obat Pasien pindah ke ruang rawat/ kamar operasi/ dirujuk/ pulang Keterangan : 1. Pendaftaran administrasi 2. Pemeriksaan dan tindakan kebidanan 3. Pasien/ keluarga menandatangani persetujuan tindakan 4. Pemeriksaan penunjang (bila ada) 5. Pengambilan obat 6. Pasien pindah ke ruang rawat / kamar operasi/ dirujuk/ pulang
3	Waktu pelayanan	3 jam (khusus prosedur 1 - 3)
4	Biaya	Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi No. 3 Th 2025 JKN / KIS : GRATIS Asuransi lain : sesuai perjanjian kerjasama
5	Produk layanan	Pelayanan kamar bersalin
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS : 0811 3535 858 5. Kotak saran

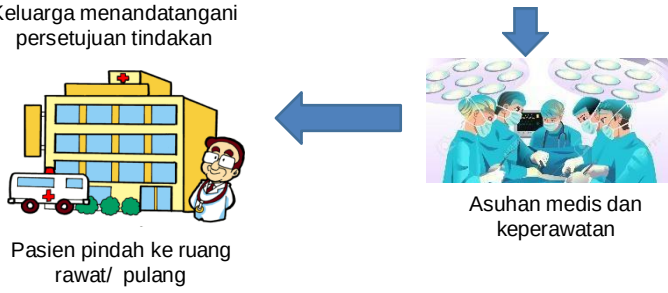
		6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Mas Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 308 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 7. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Ruang persalinan (delivery room) yang memenuhi standar 2. Ruang tindakan/operasi kecil untuk persalinan dengan indikasi khusus 3. Tempat tidur persalinan (delivery bed) 4. Peralatan persalinan normal dan tindakan obstetri 5. Peralatan resusitasi ibu dan bayi (neonatal resuscitation set) 6. Inkubator bayi (jika diperlukan) 7. Alat monitoring ibu dan janin (CTG, doppler, dll) 8. Obat-obatan emergensi obstetri dan neonatal 9. Ruang observasi pasca persalinan 10. Sistem komunikasi dan informasi (SIMRS) 11. Sarana penunjang (ruang tunggu keluarga, toilet, tempat ibadah) 12. Fasilitas keselamatan (APAR, jalur evakuasi, dan sistem kelistrikan cadangan)
9	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter spesialis obstetri dan ginekologi sebagai penanggung jawab 2. Bidan dan/atau perawat memiliki kompetensi pelayanan persalinan 3. Memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP) yang masih berlaku 4. Memiliki sertifikasi pendukung (APN, PONED/PONEK, atau setara) 5. Mampu melakukan pertolongan persalinan normal dan penanganan kegawatdaruratan obstetri 6. Mampu melakukan resusitasi bayi baru lahir 7. Memiliki kemampuan komunikasi yang baik kepada pasien dan keluarga

		8. Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	1. Dilakukan oleh Kepala Ruang/Kepala Instalasi terkait 2. Monitoring dan evaluasi pelayanan secara berkala oleh manajemen rumah sakit 3. Audit internal terhadap mutu pelayanan dan kepatuhan terhadap SOP 4. Pengawasan terhadap penerapan keselamatan ibu dan bayi 5. Pelaporan dan tindak lanjut insiden keselamatan pasien
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan beban kerja dan jumlah pasien, dengan ketentuan: 1. Tersedia dokter penanggung jawab (Sp. OG) 2. Bidan/perawat jaga minimal 2 (dua) orang per shift 3. Tenaga penunjang (anestesi, laboratorium, kebersihan, dan keamanan) sesuai kebutuhan 4. Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan pada kondisi tertentu
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: 1. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang 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 sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin” c. Visi “Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialisasi yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien” d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi

		yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilaksanakan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Mengutamakan keselamatan ibu dan bayi dalam setiap tindakan pelayanan 3. Menjamin kerahasiaan data dan informasi pasien 4. Penerapan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) 5. Penggunaan alat medis sesuai standar keselamatan dan kelayakan 6. Kesiapsiagaan dalam penanganan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal 7. Lingkungan pelayanan yang aman, bersih, dan nyaman 8. Pengelolaan limbah medis sesuai ketentuan yang berlaku
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan indikator mutu pelayanan (angka persalinan, komplikasi, kepuasan pasien, dll) 3. Audit maternal dan perinatal secara rutin 4. Telaah kasus dan evaluasi insiden keselamatan pasien 5. Survei kepuasan pasien dan keluarga 6. Tindak lanjut terhadap keluhan dan masukan masyarakat 7. Pembinaan dan peningkatan kompetensi tenaga pelayanan 8. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit

7. Pelayanan Instalasi Bedah Sentral

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Kartu identitas/KTP 2. Kartu Asuransi Non JKN 3. Surat rujukan 4. Surat persetujuan tindakan
2	Prosedur	 Petugas mengantar ke kamar operasi dan serah terima pasien

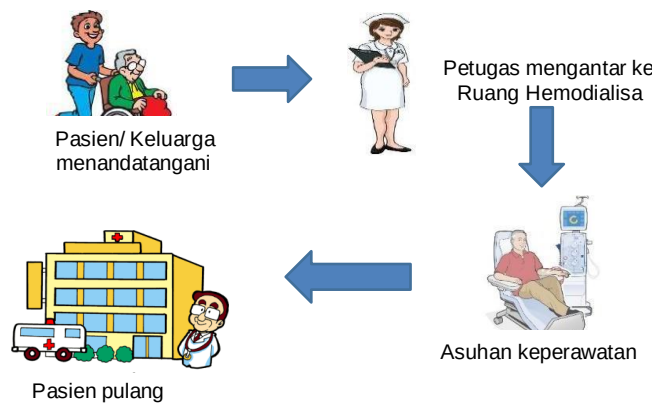
		Keluarga menandatangani persetujuan tindakan  Pasien pindah ke ruang rawat/ pulang Asuhan medis dan keperawatan Keterangan : 1. Pasien/ keluarga menandatangani persetujuan tindakan 2. Petugas mengantar pasien ke kamar operasi 3. Petugas kamar operasi timbang terima pasien 4. Asuhan medis dan keperawatan selama di kamar bedah 5. Pasien pindah ke ruang rawat /pulang sesuai dengan kasus dan jenis tindakan
3	Waktu pelayanan	Sesuai dengan kasus dan jenis tindakan
4	Biaya	Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi No. 3 Th 2025 JKN / KIS : GRATIS Asuransi lain : sesuai perjanjian kerjasama
5	Produk layanan	Pelayanan bedah sentral
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 308 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 533/MENKES/SK/VI/2012 tentang Pedoman Pelayanan Kamar Operasi/Bedah Sentral; 7. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan

		Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Ruang operasi (operating room) sesuai standar (mayor dan minor) 2. Ruang persiapan pasien (pre-operatif) 3. Ruang pemulihan (recovery room/PACU) 4. Ruang steril dan penyimpanan alat (CSSD atau setara) 5. Meja operasi dan lampu operasi (operating lamp) 6. Mesin anestesi dan ventilator 7. Monitor pasien (multi-parameter monitor) 8. Peralatan bedah sesuai jenis tindakan 9. Sistem aliran udara bertekanan positif dan filtrasi (HEPA filter) 10. Sistem gas medis (oksigen, nitrous oxide, suction) 11. Sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) 12. Sarana penunjang (ruang tunggu keluarga, ruang ganti petugas) 13. Fasilitas keselamatan (APAR, jalur evakuasi, dan sistem kelistrikan cadangan/UPS)
9	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter spesialis bedah dan dokter spesialis anestesi sebagai penanggung jawab 2. Perawat bedah (instrument nurse dan circulating nurse) yang terlatih 3. Memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP) yang masih berlaku 4. Memiliki sertifikasi pendukung (BTCLS, ACLS, pelatihan bedah, atau setara) 5. Mampu melaksanakan prosedur pembedahan sesuai standar 6. Mampu mengoperasikan peralatan bedah dan anestesi secara tepat 7. Memahami dan menerapkan prinsip sterilitas dan pencegahan infeksi 8. Memiliki kemampuan komunikasi dan kerja sama tim yang baik 9. Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	1. Dilakukan oleh Kepala Instalasi Bedah Sentral 2. Monitoring dan evaluasi pelayanan secara berkala oleh manajemen rumah sakit 3. Audit internal terhadap mutu pelayanan dan kepatuhan terhadap SOP 4. Pengawasan terhadap penerapan keselamatan pasien (patient safety) 5. Evaluasi kepatuhan terhadap prosedur keselamatan operasi (Surgical Safety Checklist) 6. Tindak lanjut terhadap insiden keselamatan pasien
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan jenis dan jumlah tindakan operasi, dengan ketentuan: 1. Tersedia dokter operator dan dokter anestesi sesuai kebutuhan tindakan 2. Perawat bedah minimal 2 (dua) orang (instrument dan sirkuler) dalam setiap tindakan 3. Tenaga penunjang (CSSD, radiologi, laboratorium, kebersihan, dan keamanan) sesuai kebutuhan 4. Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan kompleksitas tindakan dan beban kerja

12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: 1. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang professional, 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 sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin” c. Visi “Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialistik yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien” d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilaksanakan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Penerapan prinsip keselamatan pasien (patient safety) dalam setiap tindakan operasi 3. Penggunaan Surgical Safety Checklist sebelum, saat, dan setelah operasi 4. Menjamin kerahasiaan data dan informasi pasien 5. Penerapan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) secara ketat 6. Penggunaan alat medis sesuai standar keselamatan dan kelayakan

		7. Pengelolaan limbah medis sesuai ketentuan yang berlaku 8. Kesiapsiagaan terhadap keadaan darurat (kegagalan alat, listrik, dll)
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan indikator mutu pelayanan bedah (infeksi luka operasi, waktu tunggu operasi, dll) 3. Audit medis dan audit keperawatan 4. Telaah kasus dan evaluasi insiden keselamatan pasien 5. Survei kepuasan pasien dan keluarga 6. Tindak lanjut terhadap keluhan dan masukan masyarakat 7. Pembinaan dan peningkatan kompetensi tenaga pelayanan 8. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit

8. Pelayanan Hemodialisa

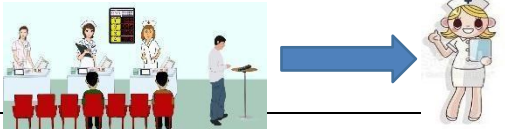
NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Kartu identitas/KTP 2. Kartu Asuransi Non JKN 3. Surat rujukan 4. Surat persetujuan tindakan
2	Prosedur	 Keterangan : 1. Pasi�n/ keluarga menandatangani persetujuan tindakan 2. Petugas mengantar pasien ke ruang hemodialisa 3. Asuhan medis dan keperawatan selama di ruang hemodialisa 4. Pasi�n pulang
3	Waktu pelayanan	Sesuai dengan kasus dan jenis tindakan
4	Biaya	Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi No. 3 Th 2025 JKN / KIS : GRATIS Asuransi lain : sesuai perjanjian kerjasama
5	Produk layanan	Pelayanan Hemodialisis
		1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com

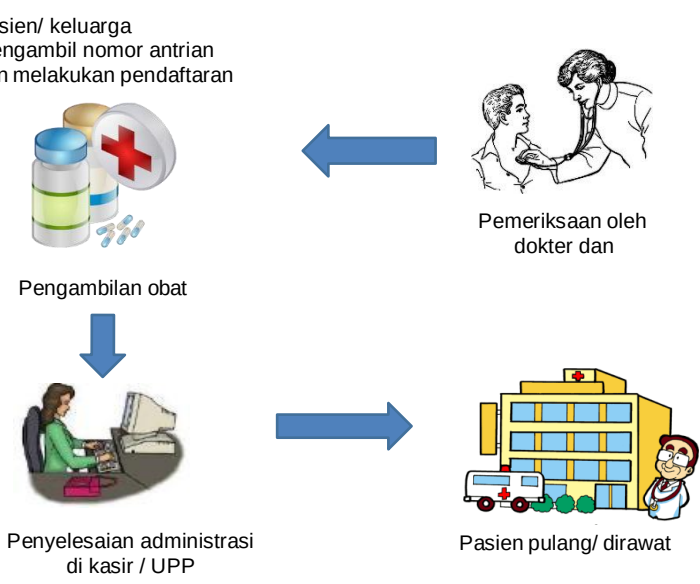
6	Pengelolaan pengaduan	2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 308 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 812/MENKES/PER/VII/2010 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Dialisis pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 7. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Ruang hemodialisa yang memenuhi standar (zona bersih dan terpisah) 2. Mesin hemodialisa sesuai kapasitas pelayanan 3. Sistem pengolahan air (water treatment system/RO) 4. Tempat tidur/kursi pasien hemodialisa 5. Monitor pasien (tensi, nadi, dan parameter lainnya) 6. Peralatan emergensi (defibrillator, oksigen, suction) 7. Obat-obatan emergensi dan rutin hemodialisa 8. Peralatan akses vaskular (AV fistula set, catheter set) 9. Sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) 10. Ruang tunggu pasien dan keluarga 11. Sarana penunjang (toilet, tempat ibadah) 12. Fasilitas keselamatan (APAR, jalur evakuasi, sistem listrik cadangan/UPS)
9	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter spesialis penyakit dalam/konsultan ginjal sebagai penanggung jawab 2. Perawat hemodialisa yang telah memiliki pelatihan khusus 3. Memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP) yang masih berlaku 4. Memiliki sertifikasi pelatihan hemodialisa 5. Mampu mengoperasikan mesin hemodialisa dengan baik dan benar

		6. Mampu melakukan penanganan komplikasi selama hemodialisa 7. Memahami dan menerapkan standar operasional prosedur (SOP) 8. Memiliki kemampuan komunikasi yang baik dengan pasien 9. Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	1. Dilakukan oleh Kepala Unit Hemodialisa 2. Monitoring dan evaluasi pelayanan secara berkala oleh manajemen rumah sakit 3. Audit internal terhadap mutu pelayanan dan kepatuhan terhadap SOP 4. Pengawasan terhadap kualitas air dan mesin hemodialisa 5. Evaluasi terhadap kejadian tidak diharapkan (KTD) 6. Tindak lanjut terhadap pengaduan pasien
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan jumlah mesin dan pasien, dengan ketentuan: 1. Tersedia dokter penanggung jawab hemodialisa 2. Rasio perawat dengan pasien minimal 1:3 atau sesuai standar 3. Tenaga teknisi/maintenance untuk mesin hemodialisa 4. Tenaga penunjang (administrasi, kebersihan, keamanan) sesuai kebutuhan 5. Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan beban kerja
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: 1. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang professional, 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 sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin” c. Visi “Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialisik yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien” d. Misi

		1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang profesional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, profesional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilaksanakan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Mengutamakan keselamatan pasien dalam setiap tindakan 3. Menjamin kerahasiaan data dan informasi pasien 4. Penerapan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) 5. Pengawasan kualitas air hemodialisa secara berkala 6. Penggunaan alat medis sesuai standar keselamatan dan kelayakan 7. Penanganan limbah medis sesuai ketentuan yang berlaku 8. Kesiapsiagaan dalam menghadapi kondisi darurat selama tindakan
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan indikator mutu pelayanan (adekuasi dialisis, komplikasi, kepuasan pasien, dll) 3. Audit medis dan audit keperawatan 4. Survei kepuasan pasien 5. Tindak lanjut terhadap keluhan dan masukan masyarakat 6. Pembinaan dan peningkatan kompetensi tenaga pelayanan 7. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit

9. Pelayanan PTRB (Program Terapi Rumatan Buprenorphin)

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Kartu identitas/ KTP / KK 2. Kartu Asuransi Non JKN 3. Surat rujukan
2	Prosedur	 Menunggu panggilan

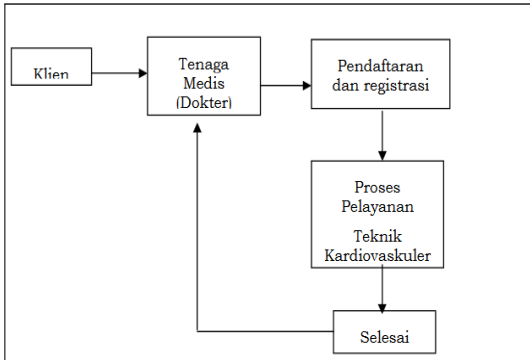
		Pasien/ keluarga mengambil nomor antrian dan melakukan pendaftaran  Pemeriksaan oleh dokter dan Pengambilan obat Penyelesaian administrasi di kasir / UPP Pasien pulang/ dirawat Keterangan : 1. Pengambilan nomor antrean oleh pasien/keluarga 2. Melakukan pendaftaran di loket pendaftaran 3. Menunggu pemanggilan sesuai dengan poli yang dituju. 4. Dilakukan pemeriksaan oleh dokter dan pemeriksaan penunjang (lab atau rontgen) 5. Pemberian terapi atau resep obat 6. Pengambilan obat di instalasi farmasi 7. Penyelesaian administrasi/pembayaran di kasir/ UPP 8. Pasien pulang/ dirawat
3	Waktu pelayanan	1 - 2 jam (khusus prosedur 1 - 5)
4	Biaya	Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi No. 3 Th 2025 JKN / KIS : GRATIS Asuransi lain : sesuai perjanjian kerjasama
5	Produk layanan	Pelayanan rawat jalan di klinik Jiwa
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika; 3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia

		Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 308 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Terapi Buprenorfina; 8. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Ruang pelayanan terapi rumatan yang terpisah dan terjaga privasinya 2. Ruang konsultasi medis dan konseling 3. Ruang pemberian obat (dispensing area) dengan pengamanan khusus 4. Lemari penyimpanan obat narkotika dengan sistem penguncian sesuai ketentuan 5. Sistem pencatatan dan pelaporan (manual dan/atau SIMRS) 6. Peralatan pemeriksaan dasar (tensi, timbangan, dll) 7. Media edukasi pasien 8. Ruang tunggu pasien 9. Sarana penunjang (toilet, tempat ibadah) 10. Fasilitas keselamatan (APAR, jalur evakuasi, dan sistem keamanan)
9	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter memiliki kompetensi dalam penatalaksanaan ketergantungan opioid 2. Perawat memiliki pelatihan terkait terapi rumatan 3. Konselor adiksi/psikolog memiliki kompetensi dalam konseling ketergantungan zat 4. Memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP) yang masih berlaku 5. Memahami pedoman terapi rumatan buprenorphin 6. Mampu melakukan asesmen, terapi, dan pemantauan pasien 7. Memiliki kemampuan komunikasi dan pendekatan empatik 8. Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	1. Dilakukan oleh Kepala Unit/Instalasi terkait 2. Monitoring pelaksanaan terapi sesuai pedoman dan SOP 3. Audit internal terhadap penggunaan dan pencatatan obat narkotika 4. Pengawasan kepatuhan pasien terhadap program terapi 5. Evaluasi terhadap kejadian tidak diharapkan (KTD) 6. Pelaporan secara berkala kepada manajemen rumah sakit
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan jumlah pasien dan beban kerja, dengan ketentuan: 1. Minimal 1 (satu) dokter penanggung jawab program 2. Perawat sesuai kebutuhan pelayanan 3. Konselor/psikolog sesuai jumlah pasien 4. Petugas administrasi dan farmasi sesuai kebutuhan

		5. Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan perkembangan program
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: 1. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang professional, 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 sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan "Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin" c. Visi "Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialisik yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien" d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilaksanakan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Menjamin kerahasiaan identitas dan data pasien 3. Pengelolaan obat buprenorphin sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan 4. Pemberian obat dilakukan secara terkontrol dan terdokumentasi 5. Penerapan prinsip keselamatan pasien dalam setiap pelayanan 6. Lingkungan pelayanan yang aman dan kondusif

		7. Penanganan limbah medis sesuai ketentuan yang berlaku
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan indikator keberhasilan terapi (kepatuhan pasien, retensi program, dll) 3. Audit penggunaan obat dan pencatatan administrasi 4. Survei kepuasan pasien 5. Tindak lanjut terhadap keluhan dan masukan masyarakat 6. Pembinaan dan peningkatan kompetensi tenaga pelayanan 7. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit

10. Pelayanan Diagnostik dan intervensi Kardiovaskular (*Cathlab*)

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Kartu identitas/KTP 2. Kartu Asuransi Non JKN 3. Surat rujukan 4. Surat persetujuan tindakan
2	Prosedur	 <pre> graph LR Klien --> TM[Tenaga Medis (Dokter)] TM --> PR[Pendaftaran dan registrasi] PR --> PPK[Proses Pelayanan Teknik Kardiovaskuler] PPK --> Selesai Selesai --> TM </pre> Keterangan : 1. Pasien datang atas surat rujukan dari dokter 2. Surat rujukan digunakan pasien untuk melakukan pendaftaran dan registrasi pada setiap pemeriksaan. 3. Proses pelayanan Teknik Kardiovaskuler 4. Setelah pasien mendapatkan hasil pemeriksaan, kembali konsultasi ke dokter yang memberikan surat rujukan
3	Waktu pelayanan	Sesuai dengan kasus dan jenis tindakan
4	Biaya	Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi No. 3 Th 2025 JKN / KIS : GRATIS Asuransi lain : sesuai perjanjian kerjasama
5	Produk layanan	Pelayanan Diagnostik dan intervensi Kardiovaskular (<i>Cathlab</i>)
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS : 0811 3535 858 5. Kotak saran

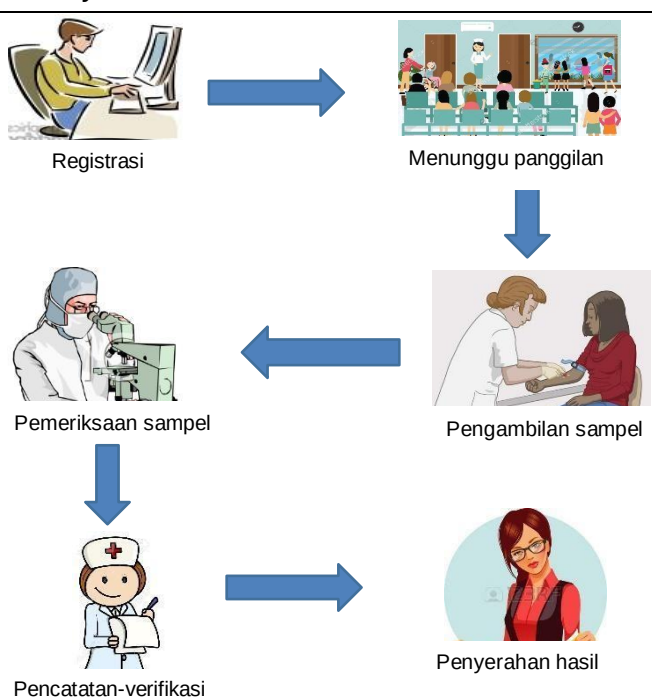
		6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika; 3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumhaskitan; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 308 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 91 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Teknik Kardiovaskuler; 8. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Ruang Cathlab dengan standar proteksi radiasi 2. Mesin angiografi (Cathlab unit) 3. Meja tindakan (procedure table) 4. Monitor hemodinamik dan sistem pencitraan 5. Peralatan intervensi (kateter, guide wire, stent, dll) 6. Mesin anestesi dan ventilator (jika diperlukan) 7. Defibrillator dan peralatan resusitasi 8. Sistem gas medis (oksigen dan suction) 9. Ruang persiapan pasien (pre-procedure) 10. Ruang pemulihan (recovery room) 11. Alat pelindung diri (APD) dan proteksi radiasi (lead apron, thyroid shield, dll) 12. Sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) 13. Sarana penunjang (ruang tunggu keluarga, ruang ganti petugas) 14. Fasilitas keselamatan (APAR, jalur evakuasi, dan sistem listrik cadangan/UPS)
9	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter spesialis jantung dan pembuluh darah (Sp.JP) dengan kompetensi intervensi sebagai operator 2. Dokter anestesi (jika diperlukan) 3. Perawat Cathlab yang terlatih 4. Radiografer dengan kompetensi pelayanan radiologi intervensi 5. Memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP) yang masih berlaku

		6. Memiliki pelatihan terkait intervensi kardiovaskular dan keselamatan radiasi 7. Mampu mengoperasikan alat Cathlab dan peralatan pendukung 8. Mampu menangani kegawatdaruratan kardiovaskular 9. Memiliki kemampuan komunikasi dan kerja sama tim yang baik 10. Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	1. Dilakukan oleh Kepala Unit Cathlab 2. Monitoring dan evaluasi pelayanan secara berkala oleh manajemen rumah sakit 3. Audit internal terhadap mutu pelayanan dan kepatuhan terhadap SOP 4. Pengawasan terhadap penggunaan alat dan bahan medis 5. Pengawasan terhadap keselamatan radiasi 6. Evaluasi terhadap insiden keselamatan pasien 7. Pelaporan kegiatan pelayanan secara berkala
11	Jumlah Pelaksana	1. Minimal 1 (satu) dokter operator intervensi 2. Perawat Cathlab minimal 2 (dua) orang 3. Radiografer minimal 1 (satu) orang 4. Dokter anestesi sesuai kebutuhan tindakan 5. Tenaga penunjang (teknisi, administrasi, kebersihan, keamanan) sesuai kebutuhan 6. Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan kompleksitas tindakan dan beban kerja
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: 1. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang professional, 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 sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin” c. Visi

		“Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialisik yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien” d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilaksanakan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Penerapan prinsip keselamatan pasien (patient safety) dalam setiap tindakan 3. Penggunaan alat pelindung radiasi bagi pasien dan petugas 4. Menjamin kerahasiaan data dan informasi pasien 5. Penerapan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) 6. Penggunaan alat medis sesuai standar keselamatan dan kelayakan 7. Kesiapsiagaan dalam penanganan kegawatdaruratan kardiovaskular 8. Pengelolaan limbah medis sesuai ketentuan yang berlaku
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan indikator mutu pelayanan (keberhasilan tindakan, komplikasi, waktu tunggu, dll) 3. Audit medis dan audit keperawatan 4. Telaah kasus dan evaluasi insiden keselamatan pasien 5. Survei kepuasan pasien dan keluarga

		6. Tindak lanjut terhadap keluhan dan masukan masyarakat 7. Pembinaan dan peningkatan kompetensi tenaga pelayanan 8. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit
--	--	--

11. Pelayanan Instalasi Laboratorium Patologi Klinik & Patologi Anatomi

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Surat pengantar 2. Persyaratan teknis
2	Prosedur	 <pre> graph TD A[Registrasi] --> B[Menunggu panggilan] B --> C[Pengambilan sampel] C --> D[Pemeriksaan sampel] D --> E[Pencatatan-verifikasi] E --> F[Penyerahan hasil] </pre> Keterangan : 1. Pasien/keluarga melakukan registrasi 2. Menunggu panggilan untuk pengambilan sampel 3. Pengambilan sampel oleh petugas sampling 4. Proses pemeriksaan sampel-analisa 5. Pencatatan hasil-verifikasi 6. Penyerahan hasil
3	Waktu pelayanan	Hasil laboratorium selesai dalam waktu < 120 menit
4	Biaya	Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi No. 3 Th 2025 JKN / KIS : GRATIS Asuransi lain : sesuai perjanjian kerjasama
5	Produk layanan	Pelayanan laboratorium
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan

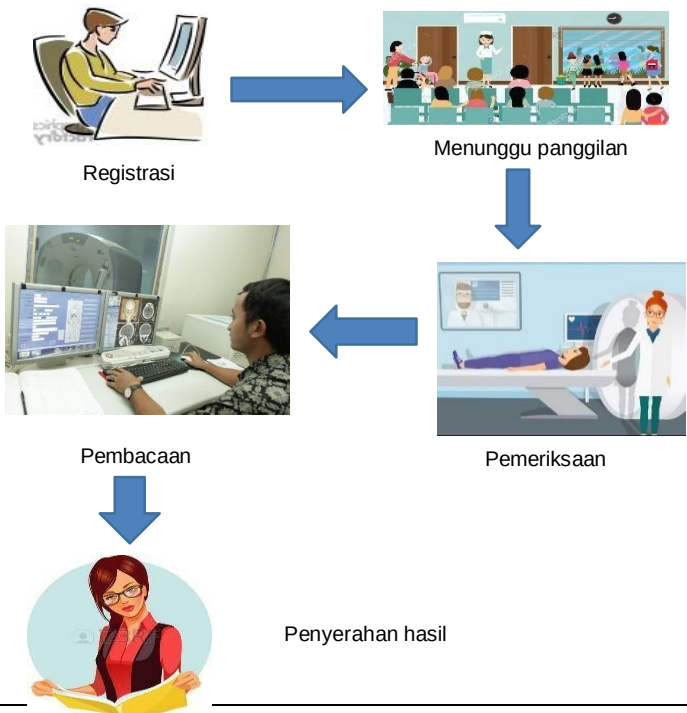
		4. Telp / SMS 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika; 3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 308 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2013 tentang Cara Penyelenggaraan Laboratorium yang Baik; 9. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Ruang penerimaan dan pengambilan spesimen 2. Ruang laboratorium patologi klinik (hematologi, kimia klinik, mikrobiologi, imunologi) 3. Ruang laboratorium patologi anatomi (histopatologi, sitologi) 4. Peralatan laboratorium sesuai standar (hematology analyzer, chemistry analyzer, mikroskop, dll) 5. Peralatan pengolahan jaringan (tissue processor, microtome, embedding station) 6. Lemari pendingin (refrigerator dan freezer) untuk penyimpanan spesimen dan reagen 7. Lemari biosafety cabinet (BSC) 8. Sistem pengelolaan limbah medis dan bahan berbahaya (B3) 9. Sistem informasi laboratorium (LIS) terintegrasi dengan SIMRS 10. Ruang administrasi dan pelaporan hasil 11. Sarana penunjang (ruang tunggu, toilet, tempat ibadah) 12. Fasilitas keselamatan (APAR, eyewash station, jalur evakuasi, dan sistem ventilasi yang memadai)
9	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter spesialis patologi klinik dan/atau patologi anatomi sebagai penanggung jawab

		2. Analis kesehatan/tenaga teknis laboratorium medis (ATLM) yang kompeten 3. Memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP) yang masih berlaku 4. Memahami prosedur pemeriksaan laboratorium sesuai standar 5. Mampu mengoperasikan alat laboratorium secara tepat 6. Memahami manajemen mutu laboratorium dan keselamatan kerja 7. Memiliki kemampuan komunikasi yang baik dalam pelaporan hasil 8. Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	1. Dilakukan oleh Kepala Instalasi Laboratorium 2. Monitoring dan evaluasi pelayanan secara berkala oleh manajemen rumah sakit 3. Audit internal terhadap mutu pelayanan dan kepatuhan terhadap SOP 4. Pengawasan terhadap kualitas hasil pemeriksaan (quality control dan quality assurance) 5. Evaluasi terhadap kejadian tidak diharapkan (KTD) 6. Pelaporan hasil pengawasan secara berkala
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan jenis layanan dan beban kerja, dengan ketentuan: 1. Tersedia dokter penanggung jawab sesuai bidang (patologi klinik dan/atau anatomi) 2. Analis kesehatan/ATLM sesuai jumlah pemeriksaan 3. Petugas administrasi sesuai kebutuhan 4. Tenaga penunjang (kebersihan dan keamanan) sesuai kebutuhan 5. Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan volume pelayanan
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: 1. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang professional, 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 sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan

		“Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin” c. Visi “Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialistik yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien” d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilaksanakan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Menjamin kerahasiaan data dan hasil pemeriksaan pasien 3. Penerapan prinsip keselamatan dan kesehatan kerja (K3) 4. Penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) 5. Pengelolaan limbah medis dan bahan berbahaya sesuai ketentuan 6. Penggunaan alat pelindung diri (APD) oleh petugas 7. Penggunaan alat laboratorium sesuai standar keselamatan dan kalibrasi 8. Kesiapsiagaan terhadap keadaan darurat (tumpahan bahan kimia, kebakaran, dll)
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan indikator mutu laboratorium (ketepatan hasil, waktu tunggu, dll) 3. Pelaksanaan uji kendali mutu internal dan eksternal 4. Audit medis dan audit laboratorium 5. Survei kepuasan pengguna layanan 6. Tindak lanjut terhadap keluhan dan masukan masyarakat

		7. Pembinaan dan peningkatan kompetensi tenaga pelayanan 8. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit
--	--	---

13. Pelayanan Instalasi Radiologi

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Surat pengantar 2. Persyaratan teknis : a. X-Ray dengan kontras : - puasa 8 jam sebelum pemeriksaan - membawa hasil laboratorium (BUN,SC) - urus-urus dengan minum garam inggris. b. CT Scan kepala,leher,thorak, ekstremitas atas dan bawah dengan dan tanpa kontras: - membawa hasil laboratorium (BUN, SC) - langsung dikerjakan c. CT Scan abdomen dengan dan tanpa kontras: - puasa minimal 8 jam sebelum pemeriksaan - melampirkan hasil laboratorium (BUN, SC) - dijadwalkan (minimal 1 hari sebelum pemeriksaan) d. USG abdomen atas dan bawah: - puasa minimal 6-8 jam sebelum pemeriksaan kecuali USG Ginjal dan ginekologi tidak perlu puasa, hanya minum dan tahan kencing.
2	Prosedur	 <pre> graph TD A[Registrasi] --> B[Menunggu panggilan] B --> C[Pemeriksaan] C --> D[Pembacaan] D --> E[Penyerahan hasil] </pre> The flowchart illustrates the radiology service procedure. It begins with 'Registrasi' (Registration), followed by 'Menunggu panggilan' (Waiting for call), then 'Pemeriksaan' (Examination), 'Pembacaan' (Reading), and finally 'Penyerahan hasil' (Delivery of results). Each step is accompanied by a small illustration: a person at a computer for registration, a group of people waiting for a call, a patient being examined by a doctor, a person reading a report, and a person handing over a document.

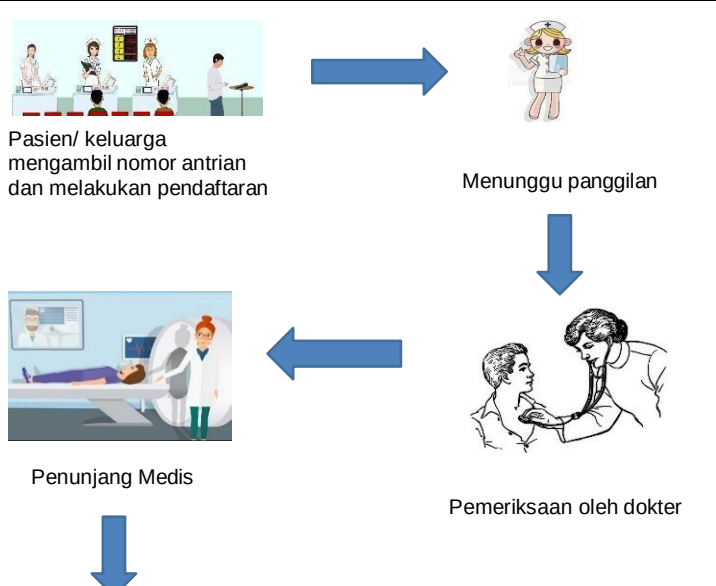
		Keterangan : 1. Pasien/ keluarga melakukan registrasi 2. Menunggu panggilan sesuai dengan ruang pemeriksaan 3. Dilakukan pemeriksaan sesuai dengan surat pengantar 4. Dilakukan pembacaan – ekspertisi 5. Penyerahan hasil – kembali ke unit pengirim
3	Waktu pelayanan	Rata-rata 3 jam (disesuaikan dengan jenis pemeriksaan)
4	Biaya	Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi No. 3 Th 2025 JKN / KIS : GRATIS Asuransi lain : sesuai perjanjian kerjasama
5	Produk layanan	Pelayanan radiologi
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika; 3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 308 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2013 tentang Cara Penyelenggaraan Laboratorium yang Baik; 9. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Ruang penerimaan dan pengambilan spesimen 2. Ruang laboratorium patologi klinik (hematologi, kimia klinik, mikrobiologi, imunologi)

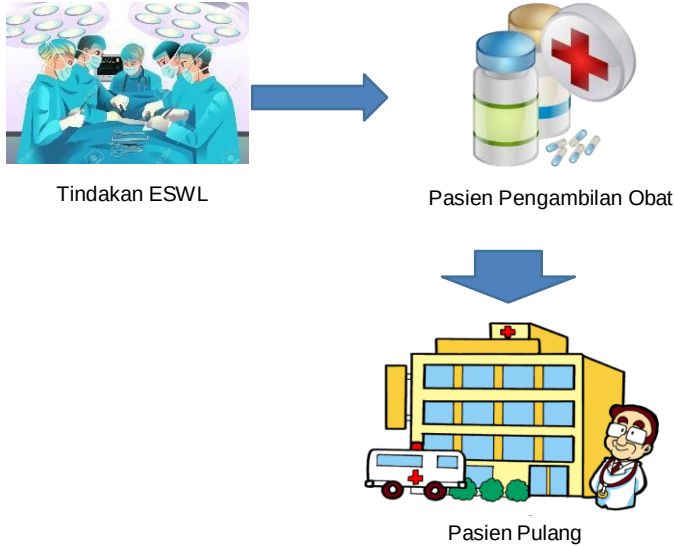
		- Ruang laboratorium patologi anatomi (histopatologi, sitologi) - Peralatan laboratorium sesuai standar (hematology analyzer, chemistry analyzer, mikroskop, dll) - Peralatan pengolahan jaringan (tissue processor, microtome, embedding station) - Lemari pendingin (refrigerator dan freezer) untuk penyimpanan spesimen dan reagen - Lemari biosafety cabinet (BSC) - Sistem pengelolaan limbah medis dan bahan berbahaya (B3) - Sistem informasi laboratorium (LIS) terintegrasi dengan SIMRS - Ruang administrasi dan pelaporan hasil - Sarana penunjang (ruang tunggu, toilet, tempat ibadah) - Fasilitas keselamatan (APAR, eyewash station, jalur evakuasi, dan sistem ventilasi yang memadai)
9	Kompetensi Pelaksana	- Dokter spesialis patologi klinik dan/atau patologi anatomi sebagai penanggung jawab - Analisis kesehatan/tenaga teknis laboratorium medis (ATLM) yang kompeten - Memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP) yang masih berlaku - Memahami prosedur pemeriksaan laboratorium sesuai standar - Mampu mengoperasikan alat laboratorium secara tepat - Memahami manajemen mutu laboratorium dan keselamatan kerja - Memiliki kemampuan komunikasi yang baik dalam pelaporan hasil - Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	- Dilakukan oleh Kepala Instalasi Laboratorium - Monitoring dan evaluasi pelayanan secara berkala oleh manajemen rumah sakit - Audit internal terhadap mutu pelayanan dan kepatuhan terhadap SOP - Pengawasan terhadap kualitas hasil pemeriksaan (quality control dan quality assurance) - Evaluasi terhadap kejadian tidak diharapkan (KTD) - Pelaporan hasil pengawasan secara berkala
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan jenis layanan dan beban kerja, dengan ketentuan: - Tersedia dokter penanggung jawab sesuai bidang (patologi klinik dan/atau anatomi) - Analisis kesehatan/ATLM sesuai jumlah pemeriksaan - Petugas administrasi sesuai kebutuhan

		4. Tenaga penunjang (kebersihan dan keamanan) sesuai kebutuhan 5. Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan volume pelayanan
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: 4. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang professional, transparan, akuntabel, dan berorientasi pada kepuasan masyarakat; 5. Sanggup memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan terus menerus; 6. Apabila dalam penyelenggaraan pelayanan kami tidak memenuhi standar pelayanan sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin” c. Visi “Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialisik yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien” d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.

13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilaksanakan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Menjamin kerahasiaan data dan hasil pemeriksaan pasien 3. Penerapan prinsip keselamatan dan kesehatan kerja (K3) 4. Penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) 5. Pengelolaan limbah medis dan bahan berbahaya sesuai ketentuan 6. Penggunaan alat pelindung diri (APD) oleh petugas 7. Penggunaan alat laboratorium sesuai standar keselamatan dan kalibrasi 8. Kesiapsiagaan terhadap keadaan darurat (tumpahan bahan kimia, kebakaran, dll)
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan indikator mutu laboratorium (ketepatan hasil, waktu tunggu, dll) 3. Pelaksanaan uji kendali mutu internal dan eksternal 4. Audit medis dan audit laboratorium 5. Survei kepuasan pengguna layanan 6. Tindak lanjut terhadap keluhan dan masukan masyarakat 7. Pembinaan dan peningkatan kompetensi tenaga pelayanan 8. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit

6. Pelayanan *Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy* (ESWL)

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Kartu identitas/ KTP / KK 2. Kartu Asuransi Non JKN 3. Surat rujukan
2	Prosedur	 <pre> graph TD A[Pasien/ keluarga mengambil nomor antrian dan melakukan pendaftaran] --> B[Menunggu panggilan] B --> C[Pemeriksaan oleh dokter] C --> D[Penunjang Medis] </pre> Pasien/ keluarga mengambil nomor antrian dan melakukan pendaftaran Menunggu panggilan Pemeriksaan oleh dokter Penunjang Medis

		 Tindakan ESWL Pasien Pengambilan Obat Pasien Pulang Keterangan : 1. Pengambilan nomor antrean oleh pasien/keluarga 2. Melakukan pendaftaran di loket pendaftaran 3. Menunggu pemanggilan sesuai dengan poli yang dituju. 4. Dilakukan pemeriksaan oleh dokter dan pemeriksaan penunjang (lab atau rontgen) 5. Tindakan ESWL 6. Pengambilan obat di instalasi farmasi 7. Penyelesaian administrasi/pembayaran di kasir/ UPP 8. Pasien pulang/ dirawat
3	Waktu pelayanan	1 - 2 jam (khusus prosedur 1 - 3)
4	Biaya	Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi No. 1 Th 2024 JKN / KIS : GRATIS Asuransi lain : sesuai perjanjian kerjasama
5	Produk layanan	Pelayanan rawat jalan di klinik Urologi
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan;

		6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 7. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Ruang tindakan ESWL yang memenuhi standar pelayanan 2. Mesin Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL) 3. Monitor tanda vital pasien 4. USG dan/atau fluoroskopi untuk panduan tindakan 5. Tempat tidur/trolley tindakan pasien 6. Peralatan resusitasi dan kegawatdaruratan 7. Sistem gas medis (oksigen dan suction) 8. Ruang observasi/pemulihan pasien 9. Sarana rekam medis dan SIMRS 10. Alat pelindung diri (APD) bagi petugas 11. Sarana penunjang pasien dan keluarga (ruang tunggu, toilet, tempat ibadah) 12. Fasilitas keselamatan seperti APAR, jalur evakuasi, dan listrik cadangan
9	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter spesialis urologi yang memiliki kompetensi tindakan ESWL 2. Perawat yang terlatih dalam pelayanan tindakan ESWL 3. Radiografer atau tenaga penunjang sesuai kebutuhan pelayanan 4. Memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP) yang masih berlaku 5. Memahami standar operasional prosedur (SOP) tindakan ESWL 6. Mampu menangani kegawatdaruratan pasien 7. Memiliki kemampuan komunikasi dan edukasi pasien yang baik 8. Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	1. Dilakukan oleh Kepala Instalasi/Unit terkait 2. Monitoring pelaksanaan pelayanan sesuai SOP 3. Evaluasi kepatuhan terhadap keselamatan pasien dan prosedur tindakan 4. Audit internal terhadap mutu pelayanan dan dokumentasi medis 5. Pengawasan penggunaan dan pemeliharaan alat ESWL 6. Pelaporan hasil monitoring dan evaluasi secara berkala kepada manajemen rumah sakit
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan jenis layanan dan beban kerja, dengan ketentuan: 1. Dokter spesialis urologi sebagai operator tindakan 2. Perawat pendamping tindakan minimal 1–2 orang 3. Radiografer/tenaga penunjang sesuai kebutuhan 4. Petugas administrasi dan rekam medis 5. Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan jumlah pasien dan jadwal pelayanan
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: 1. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan,

		serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang professional, 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 sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan "Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin" c. Visi "Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialisik yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien" d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Identifikasi pasien dilakukan sebelum tindakan 3. Pemeriksaan kondisi pasien sebelum, selama, dan sesudah tindakan 4. Menjamin kerahasiaan data dan informasi pasien 5. Kesiapsiagaan dalam penanganan kegawatdaruratan 6. Penggunaan alat kesehatan sesuai standar keselamatan dan kalibrasi 7. Penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) 8. Pengelolaan limbah medis sesuai ketentuan yang berlaku

14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien 3. Audit medis dan audit keperawatan 4. Evaluasi ketepatan dokumentasi pelayanan 5. Survei kepuasan pasien dan keluarga 6. Tindak lanjut terhadap keluhan dan masukan pasien 7. Pembinaan dan peningkatan kompetensi tenaga pelayanan 8. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit
----	----------------------------	---

8. Pelayanan Instalasi Farmasi

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Rawat jalan : a. Pasien umum : - Lembar resep dari dokter b. Pasien JKN/BPJS : - Bukti pendaftaran dan persyaratan kelengkapan jaminan (foto copi kartu, surat rujukan) - Surat elegibilitas peserta (SEP) - Lembar resep dari dokter 2. Rawat inap : - Lembar resep
2	Prosedur	1. Rawat Jalan : Menyerahkan resep Menunggu panggilan Pharmacy Pengentrian resep Penyerahan obat Pengecekan obat Penyiapan obat Keterangan : 1. Pasien/keluarga menyerahkan resep dan menerima nomor antrean. 2. Menunggu panggilan untuk penyerahan obat.

		3. Dilakukan entry resep sesuai dengan jaminan (Umum, JKN, asuransi lain) 4. Penyiapan obat sesuai resep yang sudah dientry. 5. Pengecekan obat. 6. Penyerahan obat dengan memanggil nomor antrean 2. Rawat inap : <pre> graph TD A[Menyerahkan resep] --> B[Pengentrian resep] B --> C[Penyiapan obat] C --> D[Pengecekan obat] D --> E[Penyerahan obat] </pre> Keterangan : 1. Keluarga pasien/petugas ruangan menyerahkan resep 2. Dilakukan entry resep sesuai dengan jaminan (Umum, JKN, asuransi lain) 3. Penyiapan obat sesuai resep yang sudah dientry. 4. Pengecekan obat 5. Penyerahan obat sesuai nama pasien.
3	Waktu pelayanan	Pelayanan obat jadi : kurang dari 30 menit dihitung mulai semua persyaratan resep lengkap. Pelayanan obat racikan : kurang dari 60 menit dihitung mulai semua persyaratan resep.
4	Biaya	Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi No. 1 Th 2024 JKN / KIS : GRATIS Asuransi lain : sesuai perjanjian kerjasama
5	Produk layanan	Pelayanan farmasi
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan

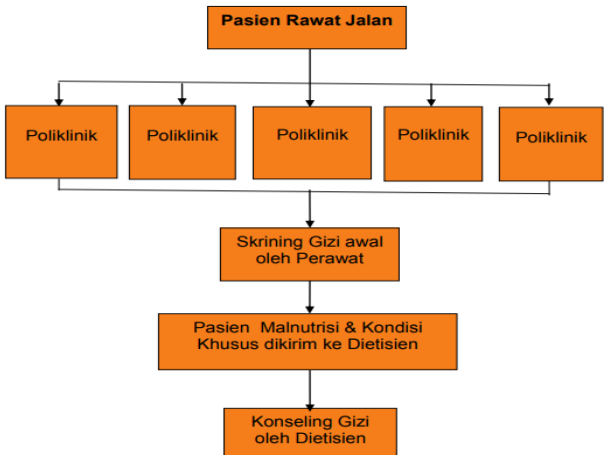
		4. Telp / SMS 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit;an; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit; 8. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Ruang pelayanan farmasi rawat jalan 2. Ruang pelayanan farmasi rawat inap 3. Ruang penyimpanan obat dan BMHP sesuai standar 4. Lemari khusus narkotika dan psikotropika 5. Sistem pendingin ruangan dan pengatur suhu penyimpanan obat 6. Rak obat dan sistem penyimpanan sesuai kategori 7. Komputer dan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) 8. Ruang konseling pasien 9. Peralatan peracikan obat 10. Lemari pendingin untuk obat tertentu 11. Sarana penunjang pelayanan (ruang tunggu, kursi pasien, display informasi) 12. Alat pelindung diri (APD) bagi petugas 13. Fasilitas keselamatan seperti APAR, jalur evakuasi, dan CCTV
9	Kompetensi Pelaksana	1. Apoteker memiliki kompetensi pelayanan kefarmasian sesuai standar profesi 2. Tenaga teknis kefarmasian memiliki kompetensi sesuai ketentuan yang berlaku 3. Memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP/SIK) yang masih berlaku 4. Memahami pengelolaan obat, alat kesehatan, dan BMHP

		5. Mampu melakukan pelayanan informasi obat dan konseling pasien 6. Mampu mengoperasikan SIMRS dan sistem pelayanan farmasi 7. Memahami keselamatan pasien dan pencegahan medication error 8. Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	1. Dilakukan oleh Kepala Instalasi Farmasi 2. Monitoring pelayanan farmasi rawat jalan dan rawat inap secara berkala 3. Audit internal terhadap pengelolaan obat dan pelayanan resep 4. Pengawasan penggunaan obat narkotika dan psikotropika 5. Evaluasi kepatuhan terhadap SOP pelayanan kefarmasian 6. Monitoring kejadian medication error dan tindak lanjutnya 7. Pelaporan hasil pengawasan kepada manajemen rumah sakit secara berkala
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan jenis layanan dan beban kerja, dengan ketentuan: 1. Apoteker penanggung jawab pelayanan farmasi 2. Apoteker pelayanan rawat jalan dan rawat inap 3. Tenaga teknis kefarmasian sesuai kebutuhan pelayanan 4. Petugas administrasi dan pengolah data 5. Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan jumlah kunjungan pasien dan volume pelayanan
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: 1. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang professional, 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 sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin”

		c. Visi “Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialistik yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien” d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Identifikasi pasien dilakukan sebelum penyerahan obat 3. Menjamin ketepatan jenis, dosis, dan jumlah obat yang diberikan 4. Menjamin kerahasiaan data dan informasi pasien 5. Penerapan prinsip keselamatan pasien dan pencegahan medication error 6. Pengelolaan obat sesuai standar penyimpanan dan distribusi 7. Penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) 8. Pengelolaan limbah farmasi sesuai ketentuan yang berlaku
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan indikator mutu pelayanan farmasi 3. Evaluasi ketepatan dan kecepatan pelayanan resep 4. Audit pelayanan kefarmasian dan pengelolaan obat 5. Survei kepuasan pasien dan pengguna layanan 6. Evaluasi kejadian medication error dan tindak lanjutnya

		7. Pembinaan dan peningkatan kompetensi tenaga pelayanan 8. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit
--	--	--

9. Pelayanan Instalasi Gizi

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Pasien dan keluarga 2. Kelompok pasien dengan masalah gizi yang sama 3. Individu pasien yang datang atau dirujuk 4. Kelompok masyarakat rumah sakit yang dirancang secara periodik oleh rumah sakit
2	Prosedur	a. Rawat Jalan  <pre> graph TD A[Pasien Rawat Jalan] --> B1[Poliklinik] A --> B2[Poliklinik] A --> B3[Poliklinik] A --> B4[Poliklinik] A --> B5[Poliklinik] B1 --> C[Skrining Gizi awal oleh Perawat] B2 --> C B3 --> C B4 --> C B5 --> C C --> D[Pasien Malnutrisi & Kondisi Khusus dikirim ke Dietisien] D --> E[Konseling Gizi oleh Dietisien] </pre> Keterangan : 1) Konseling gizi - Pasien datang ke ruang konseling gizi dengan membawa surat rujukan dokter dari poliklinik yang ada di rumah sakit atau dari luar rumah sakit. - Dietisien melakukan pencatatan data pasien dalam buku registrasi. - Dietisien melakukan asesmen gizi dimulai dengan pengukuran antropometri pada pasien yang belum ada data TB, BB. - Dietisien melanjutkan asesmen/pengkajian gizi berupa anamnesa riwayat makan, riwayat personal, membaca hasil pemeriksaan lab dan fisik klinis (bila ada). Kemudian menganalisa semua data asesmen gizi. - Dietisien menetapkan diagnosis gizi.

- Dietisien memberikan intervensi gizi berupa edukasi dan konseling dengan langkah menyiapkan dan mengisi leaflet flyer/brosur diet sesuai penyakit dan kebutuhan gizi pasien serta menjelaskan tujuan diet, jadwal, jenis, jumlah bahan makanan sehari menggunakan alat peraga food model, menjelaskan tentang makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan, cara pemasakan dan lain-lain yang disesuaikan dengan pola makan dan keinginan serta kemampuan pasien.
- Dietisien menganjurkan pasien untuk kunjungan ulang, untuk mengetahui keberhasilan intervensi (monev) dilakukan monitoring dan evaluasi gizi.
- Pencatatan hasil konseling gizi dengan format ADIME (Asesmen, Diagnosis, Intervensi, Monitoring & Evaluasi) dimasukkan ke dalam rekam medik pasien atau disampaikan ke dokter melalui pasien untuk pasien di luar rumah sakit dan diarsipkan di ruang konseling.

2) Penyuluhan gizi

Persiapan penyuluhan :

- Menentukan materi sesuai kebutuhan
- Membuat susunan/outline materi yang akan disajikan
- Merencanakan media yang akan digunakan
- Pengumuman jadwal dan tempat penyuluhan
- Persiapan ruangan dan alat bantu/media yang dibutuhkan

Pelaksanaan penyuluhan :

- Peserta mengisi daftar hadir (absensi).
- Dietisien menyampaikan materi penyuluhan.
- Tanya jawab

b. Rawat Inap



Keterangan :

1. Skrining gizi

Tahapan pelayanan gizi rawat inap diawali dengan skrining/penapisan gizi oleh perawat ruangan dan

		penetapan order diet awal (preskripsi diet awal) oleh dokter. Skrining gizi bertujuan untuk mengidentifikasi pasien/klien yang berisiko, tidak berisiko malnutrisi atau kondisi khusus. Kondisi khusus yang dimaksud adalah pasien dengan kelainan metabolik; hemodialisis; anak; geriatrik; kanker dengan kemoterapi/radiasi; luka bakar ; pasien dengan imunitas menurun; sakit kritis dan sebagainya. Idealnya skrining dilakukan pada pasien baru 1 x 24 jam setelah pasien masuk RS. Metoda skrining sebaiknya singkat, cepat dan disesuaikan dengan kondisi dan kesepakatan di masing masing rumah sakit. Contoh metoda skrining antara lain Malnutrition Universal Screening Tools (MUST), Malnutrition Screening Tools (MST), Nutrition Risk Screening (NRS) 2002. Skrining untuk pasien anak 1 – 18 tahun dapat digunakan Paediatric Yorkhill Malnutrition Score (PYMS), Screening Tool for Assessment of Malnutrition (STAMP), Strong Kids. Bila hasil skrining gizi menunjukkan pasien berisiko malnutrisi, maka dilakukan pengkajian/assesmen gizi dan dilanjutkan dengan langkahlangkah proses asuhan gizi terstandar oleh Dietisien. Pasien dengan status gizi baik atau tidak berisiko malnutrisi, dianjurkan dilakukan skrining ulang setelah 1 minggu. Jika hasil skrining ulang berisiko malnutrisi maka dilakukan proses asuhan gizi terstandar. Pasien sakit kritis atau kasus sulit yang berisiko gangguan gizi berat akan lebih baik bila ditangani secara tim. Bila rumah sakit mempunyai Tim Asuhan Gizi/ Nutrition Suport Tim (NST)/Tim Terapi Gizi (TTG)/Tim Dukungan Gizi/Panitia Asuhan Gizi, maka berdasarkan pertimbangan DPJP pasien tersebut dirujuk kepada tim. 2. Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) Proses Asuhan gizi Terstandar dilakukan pada pasien yang berisiko kurang gizi, sudah mengalami kurang gizi dan atau kondisi khusus dengan penyakit tertentu.
3	Waktu pelayanan	Sesuai dengan kasus dan jenis tindakan
4	Biaya	Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi No. 1 Th 2024 JKN / KIS : GRATIS Asuransi lain : sesuai perjanjian kerjasama
5	Produk layanan	Pelayanan instalasi gizi
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan

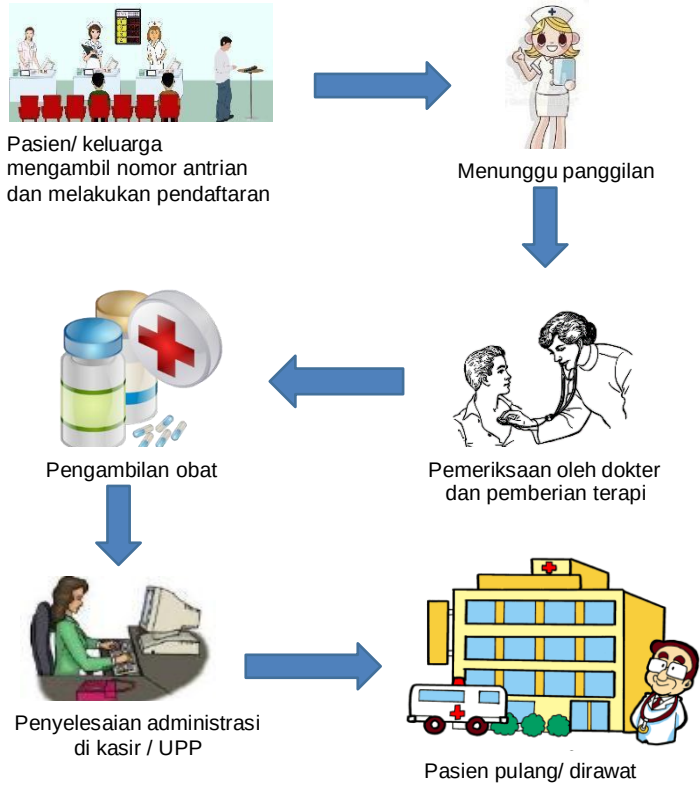
		4. Telp / SMS 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 73 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit (PGRS); 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1096/Menkes/Per/VI/2011; 9. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Ruang instalasi gizi dan administrasi 2. Dapur produksi makanan pasien 3. Ruang penyimpanan bahan makanan kering dan basah 4. Ruang distribusi makanan pasien 5. Peralatan pengolahan makanan sesuai standar higiene sanitasi 6. Lemari pendingin dan freezer penyimpanan bahan makanan 7. Kereta distribusi makanan pasien 8. Peralatan makan pasien sesuai standar pelayanan 9. Ruang konsultasi gizi 10. Sistem informasi pelayanan gizi/SIMRS 11. Sarana kebersihan dan sanitasi dapur 12. Alat pelindung diri (APD) petugas 13. Fasilitas keselamatan seperti APAR, jalur evakuasi, dan sistem ventilasi yang memadai
9	Kompetensi Pelaksana	1. Ahli gizi/dietisien memiliki kompetensi pelayanan gizi rumah sakit 2. Juru masak dan petugas pengolahan makanan memiliki keterampilan pengolahan makanan sehat dan higienis

		- Memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) sesuai profesi yang berlaku - Memahami standar pelayanan gizi rumah sakit - Mampu melakukan asuhan gizi pasien sesuai kondisi klinis - Memahami higiene sanitasi makanan dan keamanan pangan - Mampu mengoperasikan sistem pelayanan berbasis SIMRS - Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	- Dilakukan oleh Kepala Instalasi Gizi - Monitoring pelaksanaan pelayanan gizi secara berkala - Pengawasan mutu makanan pasien dan distribusi makanan - Audit internal terhadap kepatuhan SOP pelayanan gizi - Pengawasan higiene sanitasi dapur dan keamanan pangan - Evaluasi keluhan pasien terkait pelayanan makanan - Pelaporan hasil monitoring kepada manajemen rumah sakit secara berkala
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan jenis layanan dan beban kerja, dengan ketentuan: - Ahli gizi/dietisien - Juru masak/petugas pengolahan makanan - Petugas distribusi makanan pasien - Petugas administrasi dan pengolah data - Tenaga kebersihan dan penunjang lainnya - Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan kapasitas pelayanan rumah sakit
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: - Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang profesional, transparan, akuntabel, dan berorientasi pada kepuasan masyarakat; - Sanggup memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan terus menerus; - Apabila dalam penyelenggaraan pelayanan kami tidak memenuhi standar pelayanan sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

		b. Moto Pelayanan “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin” c. Visi “Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialistik yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien” d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Menjamin keamanan dan kualitas makanan pasien 3. Penerapan higiene sanitasi dalam seluruh proses pengolahan makanan 4. Menjamin ketepatan jenis diet dan distribusi makanan pasien 5. Menjamin kerahasiaan data pasien terkait asuhan gizi 6. Penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) 7. Penggunaan alat pelindung diri (APD) oleh petugas 8. Pengelolaan limbah dapur dan makanan sesuai ketentuan yang berlaku

14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan mutu pelayanan gizi dan kepuasan pasien 3. Evaluasi ketepatan pemberian diet pasien 4. Audit higiene sanitasi dan keamanan pangan 5. Survei kepuasan pasien terhadap pelayanan makanan 6. Evaluasi keluhan pasien dan tindak lanjut perbaikannya 7. Pembinaan dan peningkatan kompetensi tenaga pelayanan 8. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit
----	----------------------------	---

10. Pelayanan PTRB

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Kartu identitas/ KTP / KK
2	Prosedur	 Pasien/ keluarga mengambil nomor antrian dan melakukan pendaftaran Menunggu panggilan Pemeriksaan oleh dokter dan pemberian terapi Pengambilan obat Penyelesaian administrasi di kasir / UPP Pasien pulang/ dirawat Keterangan : 1. Pengambilan nomor antrean oleh pasien/keluarga 2. Melakukan pendaftaran di loket pendaftaran 3. Menunggu pemanggilan sesuai dengan poli yang dituju. 4. Dilakukan pemeriksaan oleh dokter dan pemeriksaan penunjang (lab atau rontgen) 5. Pemberian terapi atau resep obat 6. Pengambilan obat di instalasi farmasi 7. Penyelesaian administrasi/pembayaran di kasir/ UPP 8. Pasien pulang/ dirawat
3	Waktu pelayanan	1 - 2 jam (khusus prosedur 1 - 5)
4	Biaya	Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi No. 3 Th 2025 JKN / KIS : GRATIS Asuransi lain : sesuai perjanjian kerjasama
5	Produk layanan	Pelayanan PTRB
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS : 0811 3535 858 5. Kotak saran

		6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika; 3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2023 tentang Narkotika, Psikotropika dan Prekursor Farmasi; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Terapi Buprenofrin; 10. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Ruang pelayanan PTRB yang aman dan nyaman 2. Ruang konsultasi dan konseling pasien 3. Ruang pemeriksaan pasien 4. Ruang penyimpanan obat narkotika sesuai standar keamanan 5. Lemari khusus narkotika dengan sistem pengamanan 6. Sistem pencatatan dan pelaporan pelayanan PTRB 7. Komputer dan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) 8. Alat pemeriksaan dasar pasien (tensi meter, timbangan, dll) 9. Ruang tunggu pasien dan keluarga 10. Sarana edukasi pasien 11. Alat pelindung diri (APD) bagi petugas 12. Fasilitas keselamatan seperti APAR, CCTV, dan jalur evakuasi
9	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter memiliki kompetensi dalam pelayanan terapi rumatan buprenorfin 2. Perawat memiliki kemampuan dalam pendampingan dan monitoring pasien PTRB

		3. Konselor adiksi/psikolog memiliki kemampuan konseling ketergantungan zat 4. Petugas farmasi memahami pengelolaan obat narkotika dan psikotropika 5. Memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP/SIK) yang masih berlaku 6. Memahami standar operasional prosedur (SOP) pelayanan PTRB 7. Memiliki kemampuan komunikasi dan edukasi pasien yang baik 8. Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	1. Dilakukan oleh Kepala Unit/Instalasi terkait 2. Monitoring pelaksanaan pelayanan sesuai SOP 3. Pengawasan penggunaan dan penyimpanan obat narkotika secara berkala 4. Audit internal terhadap pelayanan dan dokumentasi medis 5. Evaluasi kepatuhan pasien dalam program terapi 6. Monitoring mutu pelayanan dan keselamatan pasien 7. Pelaporan hasil pengawasan kepada manajemen rumah sakit secara berkala
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan jenis layanan dan beban kerja, dengan ketentuan: 1. Dokter penanggung jawab pelayanan PTRB 2. Perawat pelayanan PTRB 3. Konselor adiksi/psikolog 4. Petugas farmasi 5. Petugas administrasi dan pengolah data 6. Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan jumlah pasien dan jam pelayanan
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: 1. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang professional, 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 sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin”

		c. Visi “Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialistik yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien” d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Menjamin kerahasiaan identitas dan data pasien 3. Pengelolaan obat buprenorfin sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan 4. Identifikasi pasien dilakukan sebelum pemberian terapi 5. Penerapan prinsip keselamatan pasien dalam seluruh proses pelayanan 6. Penggunaan obat dilakukan secara terkontrol dan terdokumentasi 7. Penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) 8. Pengelolaan limbah medis sesuai ketentuan yang berlaku
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan mutu pelayanan dan kepatuhan terhadap SOP 3. Evaluasi keberhasilan program terapi pasien 4. Audit pelayanan dan dokumentasi medis 5. Survei kepuasan pasien dan keluarga 6. Evaluasi kejadian insiden keselamatan pasien

		7. Pembinaan dan peningkatan kompetensi tenaga pelayanan 8. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit
--	--	--

11. Pelayanan Rekam Medik

a. Pelayanan Pendaftaran Rawat Jalan

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Petugas Penanggung Jawab - Penanggung jawab koord.urusan pendaftaran rawat jalan - Petugas pendaftaran 2. Perangkat Kerja - KIB dan kartu/ status rawat jalan - Register - Seperangkat komputer - Karcis pendaftaran - Nomor antrian - ATK - SPO rekam medis
2	Prosedur	1. Pendaftaran pasien datang dilakukan oleh pasien/ keluarga dibagian <i>admission</i> (loket pendaftaran) dengan mengambil nomor antrian terlebih dahulu 2. Pasien membayar uang pendaftaran 3. Sebagai bukti pasien sudah mendaftar, bagian <i>admission</i> akan memberikan status rawat jalan 4. Status rawat jalan akan disatukan dengan KIB, karcis pendaftaran, dan nomor antrian yang kemudian akan didistribusikan ke bagian poliklinik yang dituju. 5. Pasien menunggu di ruang tunggu yang sudah disediakan, untuk mendapat pelayanan selanjutnya.
3	Waktu pelayanan	Senin – Kamis : 07.30 – 14.00 wib Jum'at : 07.30 – 11.00 wib Sabtu : 07.30 – 13.00 wib
4	Biaya	-
5	Produk layanan	Rekam medis rawat jalan
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. 3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;

		4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit; 10. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Loker pendaftaran rawat jalan 2. Ruang tunggu pasien yang nyaman 3. Sistem antrean pelayanan 4. Komputer dan perangkat pendukung SIMRS 5. Jaringan internet dan sistem informasi pelayanan 6. Printer dan alat pencetak dokumen 7. Sarana informasi pelayanan dan alur pendaftaran 8. Kursi roda dan fasilitas bagi pasien berkebutuhan khusus 9. Sarana penunjang (toilet, tempat ibadah, area parkir) 10. Alat pelindung diri (APD) bagi petugas 11. Fasilitas keselamatan seperti APAR, CCTV, dan jalur evakuasi
9	Kompetensi Pelaksana	1. Petugas pendaftaran memiliki kemampuan administrasi pelayanan kesehatan 2. Memahami alur pelayanan rawat jalan dan sistem rujukan 3. Mampu mengoperasikan SIMRS dan aplikasi pendukung pelayanan 4. Memiliki kemampuan komunikasi yang baik dan ramah terhadap pasien 5. Memahami kerahasiaan data dan rekam medis pasien 6. Memahami standar pelayanan publik dan keselamatan pasien 7. Mengikuti pelatihan pelayanan prima dan pengembangan kompetensi secara berkala

10	Pengawasan Internal	1. Dilakukan oleh Koordinator Pendaftaran/Kepala Unit terkait 2. Monitoring pelaksanaan pelayanan pendaftaran secara berkala 3. Evaluasi kepatuhan petugas terhadap SOP pelayanan 4. Pengawasan ketepatan dan kelengkapan data pasien 5. Monitoring waktu tunggu pelayanan pendaftaran 6. Evaluasi keluhan dan pengaduan pasien 7. Pelaporan hasil pengawasan kepada manajemen rumah sakit secara berkala
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan jenis layanan dan beban kerja, dengan ketentuan: 1. Petugas pendaftaran rawat jalan 2. Petugas administrasi dan pengolahan data 3. Petugas informasi/pengarahan pasien apabila diperlukan 4. Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan volume kunjungan pasien dan jam pelayanan
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: 1. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang 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 sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin” c. Visi “Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialisasi yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien” d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit;

		2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Menjamin kerahasiaan data dan identitas pasien 3. Identifikasi pasien dilakukan dengan benar dan tepat 4. Penerapan keselamatan pasien dalam proses pelayanan administrasi 5. Penggunaan sistem informasi yang aman dan terintegrasi 6. Penyediaan fasilitas yang aman dan nyaman bagi pasien dan pengunjung 7. Penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) di area pelayanan 8. Kesiapsiagaan terhadap kondisi darurat dan gangguan sistem pelayanan
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan kecepatan dan ketepatan pelayanan 3. Evaluasi kepatuhan terhadap SOP pelayanan 4. Survei kepuasan pasien terhadap pelayanan pendaftaran 5. Evaluasi keluhan dan pengaduan pasien 6. Audit administrasi dan ketepatan data pasien 7. Pembinaan dan peningkatan kompetensi petugas pelayanan 8. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit

b. Pelayanan Pendaftaran Rawat Inap

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Petugas Penanggung Jawab - Penanggung jawab koord.urusan pendaftaran rawat inap

		- Petugas pendaftaran 2. Perangkat Kerja - KIB dan kartu rawat jalan - Status rekam medis rawat inap - Register - Seperangkat komputer - Lembar / form kesediaan untuk rawat inap - ATK - SPO rekam medis
2	Prosedur	1. Pendaftaran pasien datang dilakukan oleh pasien/ keluarga di bagian <i>admission</i> (loket pendaftaran). 2. Pasien menandatangani surat pernyataan atau surat persetujuan rawat inap. 3. Pasien didata untuk kelengkapan status rekam medis rawat inap/ 4. Pasien ke IGD untuk mendapatkan tindakan perawatan lebih lanjut.
3	Waktu pelayanan	Senin – Kamis : 07.30 – 14.00 wib Jum'at : 07.30 – 11.00 wib Sabtu : 07.30 – 13.00 wib
4	Biaya	-
5	Produk layanan	Rekam medis rawat inap
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit;an; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit; 9. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3

		Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Loker pendaftaran rawat inap 2. Ruang tunggu pasien dan keluarga 3. Sistem antrean pelayanan 4. Komputer dan perangkat pendukung SIMRS 5. Printer dan alat pencetak dokumen administrasi 6. Jaringan internet dan sistem informasi pelayanan 7. Sarana informasi alur pelayanan rawat inap 8. Telepon/media komunikasi antar unit pelayanan 9. Kursi roda dan fasilitas bagi pasien berkebutuhan khusus 10. Sarana penunjang seperti toilet, tempat ibadah, dan area parkir 11. Alat pelindung diri (APD) bagi petugas 12. Fasilitas keselamatan seperti APAR, CCTV, dan jalur evakuasi
9	Kompetensi Pelaksana	1. Petugas pendaftaran memiliki kemampuan administrasi pelayanan kesehatan 2. Memahami alur pelayanan rawat inap dan sistem rujukan 3. Mampu mengoperasikan SIMRS dan aplikasi pendukung pelayanan 4. Memiliki kemampuan komunikasi yang baik dan ramah terhadap pasien 5. Memahami kerahasiaan data dan rekam medis pasien 6. Memahami standar pelayanan publik dan keselamatan pasien 7. Mengikuti pelatihan pelayanan prima dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	1. Dilakukan oleh Koordinator Pendaftaran/Kepala Unit terkait 2. Monitoring pelaksanaan pelayanan pendaftaran secara berkala 3. Evaluasi kepatuhan petugas terhadap SOP pelayanan 4. Pengawasan ketepatan dan kelengkapan data pasien 5. Monitoring waktu tunggu pelayanan pendaftaran rawat inap 6. Evaluasi pengaduan dan keluhan pasien 7. Pelaporan hasil pengawasan kepada manajemen rumah sakit secara berkala
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan jenis layanan dan beban kerja, dengan ketentuan: 1. Petugas pendaftaran rawat inap 2. Petugas administrasi dan pengolahan data

		- Petugas informasi/pengarahan pasien apabila diperlukan - Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan volume pelayanan dan jam operasional rumah sakit
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: - Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang profesional, transparan, akuntabel, dan berorientasi pada kepuasan masyarakat; - Sanggup memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan terus menerus; - Apabila dalam penyelenggaraan pelayanan kami tidak memenuhi standar pelayanan sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin” c. Visi “Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialisik yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien” d. Misi - Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; - Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; - Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; - Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang profesional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; - Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, profesional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.

13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Menjamin kerahasiaan data dan identitas pasien 3. Identifikasi pasien dilakukan dengan benar dan tepat 4. Penerapan prinsip keselamatan pasien dalam proses pelayanan administrasi 5. Penggunaan sistem informasi yang aman dan terintegrasi 6. Penyediaan fasilitas pelayanan yang aman dan nyaman bagi pasien dan keluarga 7. Penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) di area pelayanan 8. Kesiapsiagaan terhadap kondisi darurat dan gangguan sistem pelayanan
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan kecepatan dan ketepatan pelayanan 3. Evaluasi kepatuhan terhadap SOP pelayanan 4. Survei kepuasan pasien dan keluarga terhadap pelayanan pendaftaran 5. Evaluasi keluhan dan pengaduan pasien 6. Audit administrasi dan ketepatan data pasien 7. Pembinaan dan peningkatan kompetensi petugas pelayanan 8. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit

c. Pelayanan Sistem Identifikasi dan Penomoran

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Petugas Penanggung Jawab - Penanggung jawab koord.urusan dokumen dan registrasi - Petugas pendaftaran 2. Perangkat Kerja - KIB dan kartu rawat jalan - Status rekam medis rawat jalan/ inap - Register - Seperangkat komputer - SPO rekam medis
2	Prosedur	1. Pendataan pasien dilakukan di tempat penerimaan pasien 2. Data pasien untuk rawat jalan meliputi : nama lengkap, tanggal lahir, nama orangtua, alamat, nomor telp. data pasien untuk rawat inap meliputi : RL 1 sampai RL 5

		3. Penulisan nama anak diikuti singkatan (An.) dibelakang nama, sedang untuk penulisan orangtua diikuti singkatan (Tn./Ny.) 4. Penomoran DRM diawali dengan alphabet dari huruf pertama nama pasien yang kemudian disertakan 2 digit tahun pendaftaran dan 4 digit nomor rekam medis sesuai dengan urutan dari register pasien, misal nama pasien TIKA PUSPITA maka no RM : T.13.0001 5. Pasien ke IGD untuk mendapatkan tindakan perawatan lebih lanjut.
3	Waktu pelayanan	Senin – Kamis : 07.30 – 14.00 wib Jum'at : 07.30 – 11.00 wib Sabtu : 07.30 – 13.00 wib
4	Biaya	-
5	Produk layanan	Identifikasi dan penomoran rekam medis
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit; 9. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) 2. Komputer dan perangkat pendukung pelayanan

		3. Printer pencetak kartu pasien dan label identitas 4. Gelang identitas pasien rawat inap 5. Rak dan ruang penyimpanan rekam medis 6. Jaringan internet dan server penyimpanan data 7. Sistem backup dan keamanan data pasien 8. Formulir identifikasi dan registrasi pasien 9. Barcode scanner atau sistem identifikasi elektronik apabila tersedia 10. Ruang pelayanan administrasi dan rekam medis 11. Alat pelindung diri (APD) bagi petugas 12. Fasilitas keselamatan seperti APAR dan CCTV
9	Kompetensi Pelaksana	1. Petugas memahami sistem identifikasi dan penomoran pasien rumah sakit 2. Mampu mengoperasikan SIMRS 3. Memahami prinsip keselamatan pasien dalam identifikasi pasien 4. Memahami kerahasiaan data dan rekam medis pasien 5. Memiliki kemampuan administrasi dan ketelitian dalam penginputan data 6. Memiliki kemampuan komunikasi yang baik kepada pasien dan keluarga 7. Memahami prosedur pelayanan dan alur rekam medis 8. Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	1. Dilakukan oleh Kepala Rekam Medis/Kepala Unit terkait 2. Monitoring pelaksanaan identifikasi dan penomoran pasien secara berkala 3. Audit ketepatan penginputan data pasien 4. Evaluasi kepatuhan petugas terhadap SOP identifikasi pasien 5. Pengawasan keamanan dan kerahasiaan data pasien 6. Monitoring kejadian duplikasi nomor rekam medis atau kesalahan identifikasi pasien 7. Pelaporan hasil pengawasan kepada manajemen rumah sakit secara berkala
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan jenis layanan dan beban kerja, dengan ketentuan: 1. Petugas pendaftaran pasien 2. Petugas rekam medis 3. Petugas administrasi dan pengolah data 4. Petugas teknologi informasi/SIMRS apabila diperlukan 5. Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan volume pelayanan rumah sakit
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan:

		1. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang professional, 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 sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin” c. Visi “Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialisik yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien” d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Identifikasi pasien dilakukan menggunakan minimal dua identitas pasien 3. Menjamin ketepatan nomor rekam medis dan identitas pasien 4. Menjamin kerahasiaan data dan informasi pasien

		5. Penerapan prinsip keselamatan pasien dalam seluruh proses pelayanan 6. Penggunaan sistem informasi yang aman dan terintegrasi 7. Penyimpanan dan pengelolaan rekam medis sesuai ketentuan yang berlaku 8. Kesiapsiagaan terhadap gangguan sistem dan kehilangan data pasien
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan ketepatan identifikasi dan penomoran pasien 3. Evaluasi kepatuhan terhadap SOP pelayanan 4. Audit rekam medis dan ketepatan data pasien 5. Evaluasi kejadian duplikasi nomor rekam medis atau kesalahan identifikasi 6. Survei kepuasan pasien terhadap pelayanan administrasi 7. Pembinaan dan peningkatan kompetensi petugas pelayanan 8. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit

d. Klasifikasi Penyakit

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Petugas Penanggung Jawab - Penanggung jawab koord.urusan pengolahan data dan pelaporan - Petugas rekam medis 2. Perangkat Kerja - Kartu/ status rawat jalan dan status rawat inap - Form atau lembar laporan - Seperangkat komputer - ICD 10 - ICD 9 - ATK - SPO rekam medis
2	Prosedur	1. Status rawat jalan dan rawat inap dipisah. 2. Masing-masing status dibuatkan table klasifikasi penyakit berdasarkan umur jenis kelamin dan jumlah penderita. 3. Perhitungan atau pengelompokan dilakukan satu persatu dengan cara menyisir DRM baik rawat jalan maupun rawat inap. 4. Jumlah penderita menentukan jenis penyakit terbanyak yang diderita pasien guna untuk pengklasifikasian penyakit.
3	Waktu pelayanan	Senin – Kamis : 07.30 – 14.00 wib Jum'at : 07.30 – 11.00 wib

		Sabtu : 07.30 – 13.00 wib
4	Biaya	-
5	Produk layanan	Klasifikasi penyakit
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit; 9. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Ruang kerja petugas klasifikasi penyakit/koder 2. Komputer dan perangkat pendukung pelayanan 3. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) 4. Buku dan pedoman ICD terbaru 5. Printer dan alat pencetak dokumen 6. Jaringan internet dan server penyimpanan data 7. Rak dan ruang penyimpanan rekam medis 8. Sistem keamanan dan backup data 9. Meja dan kursi kerja yang ergonomis 10. Alat pelindung diri (APD) bila diperlukan 11. Fasilitas keselamatan seperti APAR dan CCTV
9	Kompetensi Pelaksana	1. Petugas memiliki kompetensi dalam klasifikasi dan kodefikasi penyakit 2. Memahami penggunaan ICD sesuai standar yang berlaku

		3. Mampu mengoperasikan SIMRS 4. Memahami terminologi medis dan diagnosis penyakit 5. Memiliki kemampuan ketelitian dalam pengkodean diagnosis dan tindakan 6. Memahami kerahasiaan data dan rekam medis pasien 7. Memiliki kemampuan komunikasi dan koordinasi dengan tenaga medis 8. Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	1. Dilakukan oleh Kepala Rekam Medis/Kepala Unit terkait 2. Monitoring pelaksanaan klasifikasi penyakit secara berkala 3. Audit ketepatan kode diagnosis dan tindakan medis 4. Evaluasi kepatuhan petugas terhadap SOP klasifikasi penyakit 5. Pengawasan keamanan dan kerahasiaan data pasien 6. Monitoring ketepatan dan kelengkapan dokumentasi rekam medis 7. Pelaporan hasil pengawasan kepada manajemen rumah sakit secara berkala
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan jenis layanan dan beban kerja, dengan ketentuan: 1. Petugas klasifikasi penyakit/koder 2. Petugas rekam medis 3. Petugas administrasi dan pengolah data 4. Petugas teknologi informasi/SIMRS apabila diperlukan 5. Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan volume pelayanan rumah sakit
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: 1. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang 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 sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

		b. Moto Pelayanan “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin” c. Visi “Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialisik yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien” d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Menjamin ketepatan kode diagnosis dan tindakan medis 3. Menjamin kerahasiaan data dan informasi pasien 4. Pengelolaan rekam medis dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku 5. Penggunaan sistem informasi yang aman dan terintegrasi 6. Penerapan prinsip keselamatan pasien dalam pengelolaan data medis 7. Penyimpanan data dilakukan secara aman dan terdokumentasi 8. Kesiapsiagaan terhadap gangguan sistem dan kehilangan data
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan ketepatan dan keakuratan kode diagnosis 3. Evaluasi kepatuhan terhadap SOP pelayanan 4. Audit rekam medis dan klasifikasi penyakit 5. Evaluasi kelengkapan dokumentasi medis

		6. Survei kepuasan pengguna layanan internal 7. Pembinaan dan peningkatan kompetensi petugas pelayanan 8. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit
--	--	---

e. Pengolahan dan Analisa Data

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Petugas Penanggung Jawab - Penanggung jawab koord.urusan pengolahan data dan pelaporan - Petugas rekam medis 2. Perangkat Kerja - Kartu/ status rawat jalan dan status rawat inap - Form atau lembar laporan - Seperangkat komputer dan printer - ICD 10 dan ICD 9 - SPO rekam medis
2	Prosedur	1. Status rawat jalan dan rawat inap dipisah. 2. Masing-masing status dibuatkan table klasifikasi penyakit berdasarkan jenis kelamin dan jumlah penderita atau kunjungan. 3. Perhitungan atau pengelompokan dilakukan satu persatu dengan cara menyisir DRM baik rawat jalan maupun rawat inap. 4. Kegiatan dilakukan setiap hari untuk sensus harian rawat jalan dan rawat inap dan tiga bulan sekali untuk sensus triwulan. 5. Hasil sensus digunakan untuk menentukan perhitungan BOR, TOI, AvLOS, GDR dan NDR guna untuk menentukan efisiensi rumah sakit melalui grafik Baber Johnson. 6. Hasil pengolahan data baik bulanan maupun triwulan dilaporkan ke Dinkes Banyuwangi sesuai dengan format yang telah ditentukan.
3	Waktu pelayanan	Senin – Kamis : 07.30 – 14.00 wib Jum'at : 07.30 – 11.00 wib Sabtu : 07.30 – 13.00 wib
4	Biaya	-
5	Produk layanan	Data
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang

		Pelayanan Publik; - Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; - Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis; - Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit; - Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; - Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; - Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit; - Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	- Ruang kerja pengolahan dan analisa data - Komputer dan perangkat pendukung pelayanan - Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) - Jaringan internet dan server penyimpanan data - Printer dan alat pencetak dokumen - Software pengolahan dan analisa data - Sistem backup dan keamanan data - Meja dan kursi kerja yang ergonomis - Media penyimpanan data elektronik - Sarana komunikasi dan koordinasi antar unit - Alat pelindung diri (APD) apabila diperlukan - Fasilitas keselamatan seperti APAR dan CCTV
9	Kompetensi Pelaksana	- Petugas memiliki kemampuan pengolahan dan analisa data kesehatan - Mampu mengoperasikan SIMRS - Memahami sistem pelaporan rumah sakit - Memiliki kemampuan statistik dasar dan analisa data - Memahami kerahasiaan dan keamanan data pasien - Memiliki ketelitian dalam penginputan dan pengolahan data - Memiliki kemampuan komunikasi dan koordinasi yang baik - Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	Dilakukan oleh Kepala Unit/Kepala Instalasi terkait

		- Monitoring pelaksanaan pengolahan dan analisa data secara berkala - Audit ketepatan dan kelengkapan data - Evaluasi kepatuhan petugas terhadap SOP pelayanan - Pengawasan keamanan dan kerahasiaan data - Monitoring ketepatan waktu pelaporan data - Pelaporan hasil pengawasan kepada manajemen rumah sakit secara berkala
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan jenis layanan dan beban kerja, dengan ketentuan: - Petugas pengolah data - Petugas analisa data - Petugas administrasi dan pelaporan - Petugas teknologi informasi/SIMRS apabila diperlukan - Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan beban kerja dan kebutuhan pelayanan rumah sakit
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: - Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang professional, transparan, akuntabel, dan berorientasi pada kepuasan masyarakat; - Sanggup memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan terus menerus; - Apabila dalam penyelenggaraan pelayanan kami tidak memenuhi standar pelayanan sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin” c. Visi “Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialisik yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien” d. Misi - Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit;

		2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Menjamin keamanan dan kerahasiaan data pasien serta data rumah sakit 3. Penggunaan sistem informasi yang aman dan terintegrasi 4. Penyimpanan data dilakukan secara aman dan terdokumentasi 5. Penerapan hak akses pengguna sesuai kewenangan 6. Pelaksanaan backup data secara berkala 7. Kesiapsiagaan terhadap gangguan sistem dan kehilangan data 8. Penerapan prinsip keselamatan kerja dalam penggunaan perangkat elektronik
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan ketepatan, keakuratan, dan ketepatan waktu pelaporan data 3. Evaluasi kepatuhan terhadap SOP pelayanan 4. Audit kualitas data dan sistem pelaporan 5. Evaluasi keamanan dan kerahasiaan data 6. Survei kepuasan pengguna layanan internal 7. Pembinaan dan peningkatan kompetensi petugas pelayanan 8. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit

f. Simbol dan Tanda Khusus

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Petugas Penanggung Jawab - Penanggung jawab koord.urusan dokumen dan registrasi - Petugas pendaftaran

		2. Perangkat Kerja - KIB dan kartu rawat jalan - Status rekam medis rawat jalan/ inap - Register - Seperangkat komputer - SPO rekam medis
2	Prosedur	1. Penggunaan simbol dan tanda khusus dilakukan oleh petugas pendaftaran. 2. Penulisan nama anak diikuti singkatan (An.) dibelakang nama, sedang untuk penulisan orang tua diikuti singkatan (Tn./ Ny.)
3	Waktu pelayanan	Senin – Kamis : 07.30 – 14.00 wib Jum'at : 07.30 – 11.00 wib Sabtu : 07.30 – 13.00 wib
4	Biaya	-
5	Produk layanan	Simbol dan tanda khusus
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit;an; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit; 9. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Loker pelayanan pendaftaran pasien 2. Komputer dan perangkat pendukung pelayanan

		3. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) 4. Buku pedoman simbol dan tanda khusus pada pelayanan pendaftaran 5. Printer dan alat pencetak dokumen administrasi 6. Jaringan internet dan server penyimpanan data 7. Media informasi dan edukasi pelayanan pendaftaran 8. Sistem antrean pelayanan 9. Ruang tunggu pasien dan keluarga 10. Meja dan kursi kerja yang ergonomis 11. Fasilitas keselamatan seperti APAR, CCTV, dan jalur evakuasi
9	Kompetensi Pelaksana	1. Petugas memahami penggunaan simbol dan tanda khusus pada pelayanan pendaftaran 2. Mampu mengoperasikan SIMRS dan aplikasi pelayanan administrasi 3. Memahami alur pelayanan dan administrasi pasien 4. Memiliki kemampuan komunikasi yang baik dan pelayanan prima 5. Memahami kerahasiaan data dan identitas pasien 6. Memiliki ketelitian dalam penginputan dan verifikasi data pasien 7. Memahami standar keselamatan pasien dalam proses administrasi 8. Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	1. Dilakukan oleh Koordinator Pendaftaran/Kepala Unit terkait 2. Monitoring penggunaan simbol dan tanda khusus dalam pelayanan pendaftaran 3. Audit ketepatan dan kesesuaian penggunaan simbol administrasi 4. Evaluasi kepatuhan petugas terhadap SOP pelayanan 5. Pengawasan keamanan dan kerahasiaan data pasien 6. Monitoring kesalahan administrasi akibat penggunaan simbol yang tidak sesuai 7. Pelaporan hasil pengawasan kepada manajemen rumah sakit secara berkala
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan jenis layanan dan beban kerja, dengan ketentuan: 1. Petugas pendaftaran pasien 2. Petugas administrasi dan pengolahan data 3. Petugas informasi/pengarahan pasien apabila diperlukan 4. Petugas teknologi informasi/SIMRS apabila diperlukan

		5. Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan volume pelayanan dan jam operasional rumah sakit
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: 1. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang professional, 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 sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin” c. Visi “Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialisik yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien” d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP)

		2. Penggunaan simbol dan tanda khusus dilakukan sesuai pedoman yang berlaku 3. Menjamin ketepatan identitas dan data pasien 4. Menjamin kerahasiaan data dan informasi pasien 5. Penerapan prinsip keselamatan pasien dalam proses administrasi pelayanan 6. Penggunaan sistem informasi yang aman dan terintegrasi 7. Penyimpanan data dilakukan secara aman dan terdokumentasi 8. Kesiapsiagaan terhadap kesalahan administrasi dan gangguan sistem informasi
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan ketepatan penggunaan simbol dan tanda khusus pelayanan 3. Evaluasi kepatuhan terhadap SOP pelayanan 4. Audit administrasi dan ketepatan data pasien 5. Evaluasi kesalahan administrasi pelayanan 6. Survei kepuasan pasien terhadap pelayanan pendaftaran 7. Pembinaan dan peningkatan kompetensi petugas pelayanan 8. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit

g. Pelayanan Penyelesaian dan Pengembalian Rekam Medis

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Petugas Penanggung Jawab - Penanggung jawab koord.urusan penyimpanan dan pengarsipan - Petugas rekam medis 2. Perangkat Kerja - Kartu rawat jalan dan status rekam medis rawat inap - Register - Seperangkat komputer - SPO rekam medis
2	Prosedur	1. Dokumen rekam medis yang telah digunakan harus dikembalikan ke bagian penyimpanan DRM selambat-lambatnya 2 x 24 jam. 2. Pengembalian status rawat jalan langsung ke bagian filling untuk di input datanya guna mendapatkan sensus harian dan langsung diarsipkan sedang pengembalian status rawat inap dikoreksi kembali untuk menentukan apakah DRM yang dikembalikan sudah terisi lengkap atau belum dan sesuai dengan register rawat inap.
3	Waktu pelayanan	Senin – Kamis : 07.30 – 14.00 wib Jum'at : 07.30 – 11.00 wib Sabtu : 07.30 – 13.00 wib

4	Biaya	-
5	Produk layanan	Rekam medis
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit; 9. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah; 10. Standar Operasional Prosedur (SOP) Pengembalian Rekam Medis di RSUD Blambangan.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Ruang unit rekam medis 2. Ruang penyimpanan dokumen rekam medis 3. Rak penyimpanan rekam medis 4. Komputer dan perangkat pendukung pelayanan 5. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) 6. Printer dan alat pencetak dokumen 7. Jaringan internet dan server penyimpanan data 8. Buku register dan formulir pengembalian rekam medis 9. Troli atau sarana distribusi dokumen rekam medis 10. Sistem keamanan dan backup data 11. Meja dan kursi kerja yang ergonomis

		12. Fasilitas keselamatan seperti APAR, CCTV, dan jalur evakuasi
9	Kompetensi Pelaksana	1. Petugas memahami tata kelola rekam medis rumah sakit 2. Mampu mengoperasikan SIMRS 3. Memahami prosedur penyelesaian dan pengembalian rekam medis 4. Memahami kerahasiaan data dan dokumen pasien 5. Memiliki kemampuan administrasi dan ketelitian dalam pengelolaan dokumen 6. Memahami sistem identifikasi dan penomoran rekam medis 7. Memiliki kemampuan komunikasi dan koordinasi antar unit pelayanan 8. Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	1. Dilakukan oleh Kepala Rekam Medis/Kepala Unit terkait 2. Monitoring penyelesaian dan pengembalian rekam medis secara berkala 3. Audit ketepatan waktu pengembalian rekam medis 4. Evaluasi kepatuhan petugas terhadap SOP pelayanan 5. Pengawasan keamanan dan kerahasiaan dokumen rekam medis 6. Monitoring keterlambatan dan kehilangan dokumen rekam medis 7. Pelaporan hasil pengawasan kepada manajemen rumah sakit secara berkala
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan jenis layanan dan beban kerja, dengan ketentuan: 1. Petugas rekam medis 2. Petugas distribusi dan pengembalian rekam medis 3. Petugas administrasi dan pengolahan data 4. Petugas teknologi informasi/SIMRS apabila diperlukan 5. Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan beban kerja dan kebutuhan pelayanan rumah sakit
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: 1. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang 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 sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin” c. Visi “Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialisik yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien” d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Menjamin kerahasiaan data dan dokumen rekam medis pasien 3. Penyimpanan dan pengelolaan rekam medis dilakukan secara aman dan tertib 4. Penggunaan sistem informasi yang aman dan terintegrasi 5. Penerapan prinsip keselamatan pasien dalam pengelolaan dokumen medis 6. Pelaksanaan backup data secara berkala 7. Kesiapsiagaan terhadap kehilangan, kerusakan, dan gangguan sistem informasi 8. Penerapan keselamatan kerja dalam pengelolaan dokumen dan penggunaan perangkat kerja

14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan ketepatan waktu penyelesaian dan pengembalian rekam medis 3. Evaluasi kepatuhan terhadap SOP pelayanan 4. Audit pengelolaan dokumen rekam medis 5. Evaluasi kejadian kehilangan atau keterlambatan dokumen rekam medis 6. Survei kepuasan pengguna layanan internal 7. Pembinaan dan peningkatan kompetensi petugas pelayanan 8. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit
----	----------------------------	---

h. Penyimpanan Rekam Medis

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Petugas Penanggung Jawab - Penanggung jawab koord.urusan penyimpanan dan pengarsipan - Petugas rekam medis 2. Perangkat Kerja - Kartu rawat jalan dan status rekam medis rawat inap - Register - Seperangkat komputer - Tracer - SPO rekam medis
2	Prosedur	1. Dokumen rekam medis yang telah digunakan harus dikembalikan ke bagian penyimpanan DRM selambat-lambatnya 2 x 24 jam. 2. Pengembalian status rawat jalan langsung ke bagian filling untuk di input datanya guna mendapatkan sensus harian dan langsung diarsipkan sedang pengembalian status rawat inap dikoreksi kembali untuk menentukan apakah DRM yang dikembalikan sudah terisi lengkap atau belum dan sesuai dengan register rawat inap. 3. Penyimpanan DRM rawat inap dan rawat jalan dipisah. 4. Untuk DRM rawat jalan penyimpanan dilakukan sesuai dengan nomor urut rekam medis pasien sedang DRM rawat inap disimpan berurutan sesuai dengan tanggal pasien pulang.
3	Waktu pelayanan	Senin – Kamis : 07.30 – 14.00 wib Jum'at : 07.30 – 11.00 wib Sabtu : 07.30 – 13.00 wib
4	Biaya	-
5	Produk layanan	Rekam medis
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com

		2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit; 9. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah; 10. Standar Operasional Prosedur (SOP) Penyimpanan Rekam Medis di RSUD Blambangan.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Ruang penyimpanan berkas rekam medis 2. Rak penyimpanan rekam medis sesuai standar 3. Sistem penjajaran/filing rekam medis 4. Komputer dan perangkat pendukung pelayanan 5. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) 6. Jaringan internet dan server penyimpanan data 7. Troli distribusi berkas rekam medis 8. Buku register dan formulir peminjaman berkas 9. Sistem keamanan ruang penyimpanan 10. Sistem backup data elektronik 11. Meja dan kursi kerja yang ergonomis 12. Fasilitas keselamatan seperti APAR, CCTV, ventilasi ruangan, dan jalur evakuasi

9	Kompetensi Pelaksana	1. Petugas memahami tata kelola penyimpanan rekam medis 2. Memahami sistem penjajaran dan penomoran rekam medis 3. Mampu mengoperasikan SIMRS dan aplikasi rekam medis 4. Memahami kerahasiaan data dan dokumen pasien 5. Memiliki kemampuan administrasi dan ketelitian dalam penyimpanan dokumen 6. Memahami prosedur peminjaman dan pengembalian berkas rekam medis 7. Memiliki kemampuan komunikasi dan koordinasi antar unit pelayanan 8. Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	1. Dilakukan oleh Kepala Rekam Medis/Kepala Unit terkait 2. Monitoring penyimpanan dan pengelolaan berkas rekam medis secara berkala 3. Audit ketepatan penjajaran dan penyimpanan berkas 4. Evaluasi kepatuhan petugas terhadap SOP pelayanan 5. Pengawasan keamanan dan kerahasiaan dokumen rekam medis 6. Monitoring kehilangan, kerusakan, atau salah letak berkas rekam medis 7. Pelaporan hasil pengawasan kepada manajemen rumah sakit secara berkala
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan jenis layanan dan beban kerja, dengan ketentuan: 1. Petugas filing/penyimpanan rekam medis 2. Petugas distribusi dan pengembalian rekam medis 3. Petugas administrasi dan pengolahan data 4. Petugas teknologi informasi/SIMRS apabila diperlukan 5. Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan beban kerja dan kebutuhan pelayanan rumah sakit
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: 1. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang 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 sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin” c. Visi “Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialistik yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien” d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Menjamin kerahasiaan data dan dokumen rekam medis pasien 3. Penyimpanan berkas dilakukan secara aman, sistematis, dan terdokumentasi 4. Penggunaan sistem informasi yang aman dan terintegrasi 5. Pelaksanaan backup data secara berkala 6. Kesiapsiagaan terhadap kehilangan, kerusakan, kebakaran, dan gangguan sistem informasi 7. Pembatasan akses ruang penyimpanan hanya bagi petugas berwenang

		8. Penerapan keselamatan kerja dalam pengelolaan dokumen dan penggunaan sarana kerja
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan ketepatan penyimpanan dan kemudahan penelusuran berkas 3. Evaluasi kepatuhan terhadap SOP pelayanan 4. Audit pengelolaan dan penyimpanan rekam medis 5. Evaluasi kejadian kehilangan, kerusakan, atau salah letak berkas 6. Survei kepuasan pengguna layanan internal 7. Pembinaan dan peningkatan kompetensi petugas pelayanan 8. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit

i. Pelepasan Informasi

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Petugas Penanggung Jawab - Penanggung jawab koord.urusan pelayanan dan registrasi - Petugas rekam medis 2. Perangkat Kerja - Kartu rawat jalan dan status rekam medis rawat inap - Register - Seperangkat komputer - Pesawat telepon - SPO rekam medis
2	Prosedur	1. Penyampaian informasi yang berkaitan dengan isi rekam medis disesuaikan dengan peraturan yang berlaku. 2. Keluarga pasien yang ingin mengetahui segala tindakan yang diterima pasien selama dirawat dibuatkan rekam medis. 3. Status rekam medis tidak boleh di fotocopy kecuali untuk urusan tertentu dan atas persetujuan dari rumah sakit.
3	Waktu pelayanan	Senin – Kamis : 07.30 – 14.00 wib Jum'at : 07.30 – 11.00 wib Sabtu : 07.30 – 13.00 wib
4	Biaya	-
5	Produk layanan	Rekam medis
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi

7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit; 9. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Ruang pelayanan pelepasan informasi rekam medis 2. Komputer dan perangkat pendukung pelayanan 3. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) 4. Printer dan alat pencetak dokumen 5. Formulir permohonan pelepasan informasi rekam medis 6. Buku register permintaan dan pelepasan informasi 7. Jaringan internet dan server penyimpanan data 8. Lemari arsip dan ruang penyimpanan dokumen rekam medis 9. Sistem keamanan dan backup data 10. Meja dan kursi pelayanan yang nyaman 11. Fasilitas keselamatan seperti APAR, CCTV, dan jalur evakuasi

9	Kompetensi Pelaksana	1. Petugas memahami peraturan tentang kerahasiaan dan pelepasan informasi rekam medis 2. Mampu mengoperasikan SIMRS 3. Memahami prosedur permintaan dan pemberian informasi medis 4. Memiliki kemampuan administrasi dan verifikasi dokumen permohonan 5. Memiliki ketelitian dalam pengelolaan dokumen dan data pasien 6. Memahami etika profesi dan perlindungan data pribadi pasien 7. Memiliki kemampuan komunikasi yang baik kepada pemohon informasi 8. Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	1. Dilakukan oleh Kepala Rekam Medis/Kepala Unit terkait 2. Monitoring pelaksanaan pelepasan informasi rekam medis secara berkala 3. Audit kesesuaian prosedur pelepasan informasi dengan ketentuan yang berlaku 4. Evaluasi kepatuhan petugas terhadap SOP pelayanan 5. Pengawasan keamanan dan kerahasiaan dokumen rekam medis 6. Monitoring kejadian kebocoran atau penyalahgunaan informasi medis 7. Pelaporan hasil pengawasan kepada manajemen rumah sakit secara berkala
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan jenis layanan dan beban kerja, dengan ketentuan: 1. Petugas rekam medis 2. Petugas administrasi dan verifikasi dokumen 3. Petugas pengolah data/SIMRS apabila diperlukan 4. Penanggung jawab pelayanan pelepasan informasi rekam medis 5. Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan kebutuhan pelayanan rumah sakit
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: 1. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang 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 sebagaimana yang telah ditetapkan, maka

		kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin” c. Visi “Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialisik yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien” d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Pelepasan informasi rekam medis hanya diberikan kepada pihak yang berhak sesuai ketentuan yang berlaku 3. Menjamin kerahasiaan data dan informasi pasien 4. Verifikasi identitas dan dokumen pemohon dilakukan sebelum pelepasan informasi 5. Penggunaan sistem informasi yang aman dan terintegrasi 6. Penyimpanan data dan dokumen dilakukan secara aman dan terdokumentasi 7. Pelaksanaan backup data secara berkala 8. Kesiapsiagaan terhadap kebocoran data dan gangguan sistem informasi
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan)

		2. Penilaian berdasarkan ketepatan dan kecepatan pelayanan 3. Evaluasi kepatuhan terhadap SOP pelayanan 4. Audit proses pelepasan informasi rekam medis 5. Evaluasi kejadian kebocoran atau kesalahan pemberian informasi 6. Survei kepuasan pengguna layanan 7. Pembinaan dan peningkatan kompetensi petugas pelayanan 8. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit
--	--	--

j. Peminjaman Rekam Medis

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Petugas Penanggung Jawab - Penanggung jawab koord.urusan penyimpanan dan pengarsipan - Petugas rekam medis 2. Perangkat Kerja - Kartu rawat jalan dan status rekam medis rawat inap - Register - Seperangkat komputer - Tracer dan buku ekspedisi - SPO rekam medis
2	Prosedur	1. Dokumen rekam medis yang dipinjam ditulis pada buku ekspedisi peminjaman DRM 2. Unit yang meminjam harus menulis data lengkap sesuai dengan format yang sudah ditentukan (No. RM, Nama Pasien, Unit Peminjam, TTD yang bersangkutan)
3	Waktu pelayanan	Senin – Kamis : 07.30 – 14.00 wib Jum'at : 07.30 – 11.00 wib Sabtu : 07.30 – 13.00 wib
4	Biaya	-
5	Produk layanan	Rekam Medis
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal

		Kesehatan; - Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis; - Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit; - Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; - Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; - Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit; - Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah; - Standar Operasional Prosedur (SOP) Peminjaman Rekam Medis di RSUD Blambangan.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	- Ruang pelayanan rekam medis - Ruang penyimpanan berkas rekam medis - Rak penyimpanan rekam medis sesuai standar - Komputer dan perangkat pendukung pelayanan - Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) - Buku register peminjaman dan pengembalian berkas rekam medis - Formulir peminjaman berkas rekam medis - Troli distribusi dokumen rekam medis - Jaringan internet dan server penyimpanan data - Sistem keamanan dan backup data - Meja dan kursi kerja yang ergonomis - Fasilitas keselamatan seperti APAR, CCTV, dan jalur evakuasi
9	Kompetensi Pelaksana	- Petugas memahami tata kelola peminjaman dan pengembalian rekam medis - Mampu mengoperasikan SIMRS - Memahami prosedur peminjaman dokumen rekam medis - Memahami kerahasiaan data dan dokumen pasien - Memiliki kemampuan administrasi dan ketelitian dalam pencatatan dokumen - Memahami sistem identifikasi dan penomoran rekam medis - Memiliki kemampuan komunikasi dan koordinasi antar unit pelayanan - Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala

10	Pengawasan Internal	1. Dilakukan oleh Kepala Rekam Medis/Kepala Unit terkait 2. Monitoring proses peminjaman dan pengembalian berkas rekam medis secara berkala 3. Audit ketepatan pencatatan peminjaman dokumen 4. Evaluasi kepatuhan petugas terhadap SOP pelayanan 5. Pengawasan keamanan dan kerahasiaan dokumen rekam medis 6. Monitoring kehilangan, keterlambatan pengembalian, atau kerusakan berkas rekam medis 7. Pelaporan hasil pengawasan kepada manajemen rumah sakit secara berkala
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan jenis layanan dan beban kerja, dengan ketentuan: 1. Petugas rekam medis 2. Petugas filing/penyimpanan dokumen 3. Petugas distribusi dan pengembalian rekam medis 4. Petugas administrasi dan pengolahan data 5. Petugas teknologi informasi/SIMRS apabila diperlukan 6. Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan beban kerja dan kebutuhan pelayanan rumah sakit
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: 1. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang 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 sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan "Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin" c. Visi "Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialisik yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien"

		d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Peminjaman berkas rekam medis hanya diberikan kepada pihak yang berwenang 3. Menjamin kerahasiaan data dan dokumen rekam medis pasien 4. Pencatatan peminjaman dan pengembalian dilakukan secara tertib dan terdokumentasi 5. Penggunaan sistem informasi yang aman dan terintegrasi 6. Penyimpanan dan distribusi dokumen dilakukan secara aman 7. Kesiapsiagaan terhadap kehilangan, kerusakan, dan gangguan sistem informasi 8. Penerapan keselamatan kerja dalam pengelolaan dokumen dan penggunaan sarana kerja
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan ketepatan dan kecepatan pelayanan peminjaman dokumen 3. Evaluasi kepatuhan terhadap SOP pelayanan 4. Audit pengelolaan peminjaman dan pengembalian rekam medis 5. Evaluasi kejadian kehilangan, keterlambatan, atau kerusakan dokumen 6. Survei kepuasan pengguna layanan internal 7. Pembinaan dan peningkatan kompetensi petugas pelayanan 8. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit

k. Pemisahan Rekam Medis In-Aktif

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	- Petugas Penanggung Jawab - Penanggung jawab koord.urusan penyimpanan dan pengarsipan - Petugas rekam medis - Perangkat Kerja - Kartu rawat jalan dan status rekam medis rawat inap - Seperangkat komputer - Tracer - SPO rekam medis
2	Prosedur	- Dokumen rekam medis yang sudah berjangka waktu 5 tahun dipisah dari DRM yang baru. - Penyimpanan DRM yang dipisahkan sesuai dengan atauurut nomor DRM pasien. - Pemisahan dilakukan dengan cara penyisiran DRM satu persatu.
3	Waktu pelayanan	Senin – Kamis : 07.30 – 14.00 wib Jum'at : 07.30 – 11.00 wib Sabtu : 07.30 – 13.00 wib
4	Biaya	-
5	Produk layanan	Rekam medis
6	Pengelolaan pengaduan	- Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com - Facebook : Rsud Blambangan - IG/ Twitter : @rsudblambangan - Telp / SMS 0811 3535 858 - Kotak saran - Petugas Informasi
7	Dasar hukum	- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; - Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; - Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; - Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis; - Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit; - Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; - Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; - Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit;

		9. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah; 10. Standar Operasional Prosedur (SOP) Retensi Rekam Medis di RSUD Blambangan.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Ruang rekam medis 2. Ruang penyimpanan berkas rekam medis 3. Rak penyimpanan rekam medis sesuai standar 4. Komputer dan perangkat pendukung pelayanan 5. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) 6. Buku register pemisahan dan retensi berkas rekam medis 7. Formulir berkas rekam medis in-aktif 8. Troli distribusi dan pemindahan dokumen rekam medis 9. Jaringan internet dan server penyimpanan data 10. Sistem keamanan dan backup data 11. Meja dan kursi kerja yang ergonomis 12. Fasilitas keselamatan seperti APAR, CCTV, dan jalur evakuasi
9	Kompetensi Pelaksana	1. Petugas memahami tata kelola rekam medis dan retensi berkas rekam medis 2. Mampu mengoperasikan SIMRS 3. Memahami prosedur pemisahan dokumen rekam medis inaktif 4. Memahami kerahasiaan data dan dokumen pasien 5. Memiliki kemampuan administrasi dan ketelitian dalam pencatatan dokumen 6. Memahami sistem identifikasi dan penomoran rekam medis 7. Memiliki kemampuan komunikasi dan koordinasi antar unit pelayanan 8. Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	1. Dilakukan oleh Kepala Rekam Medis/Kepala Unit terkait 2. Monitoring proses pemisahan berkas rekam medis inaktif secara berkala 3. Audit ketepatan identifikasi berkas aktif dan inaktif 4. Evaluasi kepatuhan petugas terhadap SOP pelayanan 5. Pengawasan keamanan dan kerahasiaan dokumen rekam medis 6. Monitoring kehilangan, keterlambatan pengembalian, atau kerusakan berkas rekam medis 7. Pelaporan hasil pengawasan kepada manajemen rumah sakit secara berkala

11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan jenis layanan dan beban kerja, dengan ketentuan: 1. Petugas rekam medis 2. Petugas filing/penyimpanan dokumen 3. Petugas distribusi dan pemindahan rekam medis 4. Petugas administrasi dan pengolahan data 5. Petugas teknologi informasi/SIMRS apabila diperlukan 6. Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan beban kerja dan kebutuhan pelayanan rumah sakit
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: 1. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang professional, 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 sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin” c. Visi “Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialistik yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien” d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan;

		4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Pemisahan berkas dilakukan secara sistematis dan terdokumentasi 3. Menjamin kerahasiaan data dan dokumen rekam medis pasien 4. Penggunaan sistem informasi yang aman dan terintegrasi 5. Penyimpanan berkas inaktif dilakukan pada ruang yang aman 6. Kesiapsiagaan terhadap kehilangan, kerusakan, dan gangguan sistem informasi 7. Penerapan keselamatan kerja dalam pengelolaan dokumen dan penggunaan sarana kerja
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan ketepatan dan ketertiban pemisahan berkas rekam medis inaktif 3. Evaluasi kepatuhan terhadap SOP pelayanan 4. Audit pengelolaan dan retensi rekam medis 5. Evaluasi kejadian kehilangan, keterlambatan, atau kerusakan dokumen 6. Survei kepuasan pengguna layanan internal 7. Pembinaan dan peningkatan kompetensi petugas pelayanan 8. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit

I. Penghapusan Rekam Medis

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Petugas Penanggung Jawab - Penanggung jawab koord.urusan penyimpanan dan pengarsipan - Petugas rekam medis 2. Perangkat Kerja - Kartu rawat jalan dan status rekam medis rawat inap - Seperangkat komputer - Alat pretensi - SPO rekam medis
2	Prosedur	1. Dokumen rekam medis yang dipisahkan (DRM in aktif) jika sudah berjangka waktu 2 tahun dari masa in aktif maka siap untuk dimusnahkan

		2. Petugas pretensi menyertakan surat persetujuan dari kaur rekam medis dan direktur untuk pemusnahan DRM in aktif 3. Pemusnahan dilakukan dengan cara penghancuran DRM dengan alat penghancur kertas.
3	Waktu pelayanan	Senin – Kamis : 07.30 – 14.00 wib Jum'at : 07.30 – 11.00 wib Sabtu : 07.30 – 13.00 wib
4	Biaya	-
5	Produk layanan	Rekam medis
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit; 9. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah; 10. Standar Operasional Prosedur (SOP) Penghapusan Nomor Rekam Medis di RSUD Blambangan.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Ruang rekam medis 2. Komputer dan perangkat pendukung pelayanan 3. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) 4. Buku register penghapusan nomor berkas rekam medis

		5. Formulir pengapusan nomor rekam medis 6. Jaringan internet dan server penyimpanan data 7. Sistem keamanan dan backup data 8. Meja dan kursi kerja yang ergonomis 9. Fasilitas keselamatan seperti APAR, CCTV, dan jalur evakuasi
9	Kompetensi Pelaksana	1. Petugas memahami tata kelola rekam medis dan retensi berkas rekam medis 2. Mampu mengoperasikan SIMRS 3. Memahami prosedur penghapusan nomor berkas rekam medis 4. Memahami kerahasiaan data dan dokumen pasien 5. Memiliki kemampuan administrasi dan ketelitian dalam pencatatan dokumen 6. Memahami sistem identifikasi dan penomoran rekam medis 7. Memiliki kemampuan komunikasi dan koordinasi antar unit pelayanan 8. Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	1. Dilakukan oleh Kepala Rekam Medis/Kepala Unit terkait 2. Monitoring pengapusan nomor berkas rekam medis secara berkala 3. Audit kesesuaian penghapusan nomor rekam medis dengan ketentuan yang berlaku 4. Evaluasi kepatuhan petugas terhadap SOP pelayanan 5. Pengawasan keamanan dan kerahasiaan dokumen rekam medis 6. Monitoring kehilangan, keterlambatan pengembalian, atau kerusakan berkas rekam medis 7. Pelaporan hasil pengawasan kepada manajemen rumah sakit secara berkala
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan jenis layanan dan beban kerja, dengan ketentuan: 1. Petugas rekam medis 2. Petugas administrasi dan pengolah data 3. Petugas teknologi informasi/SIMRS apabila diperlukan 4. Penanggung jawab pelayanan rekam medis 5. Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan beban kerja dan kebutuhan pelayanan rumah sakit
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: 1. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang 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 sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin” c. Visi “Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialistik yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien” d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang profesional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, profesional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Penghapusan nomor rekam medis dilakukan secara sistematis dan terdokumentasi 3. Menjamin kerahasiaan data dan dokumen rekam medis pasien 4. Penggunaan sistem informasi yang aman dan terintegrasi 5. Penghapusan nomor rekam medis dilakukan pada petugas yang berwenang

		6. Kesiapsiagaan terhadap kehilangan, kerusakan, dan gangguan sistem informasi 7. Penerapan keselamatan kerja dalam pengelolaan dokumen dan penggunaan sarana kerja
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan ketepatan dan ketertiban proses penghapusan nomor berkas rekam medis 3. Evaluasi kepatuhan terhadap SOP pelayanan 4. Audit pengelolaan dan retensi rekam medis 5. Evaluasi kejadian kesalahan penghapusan data atau nomor rekam medis 6. Survei kepuasan pengguna layanan internal 7. Pembinaan dan peningkatan kompetensi petugas pelayanan 8. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit

m. Pelayanan Ambulance & Kereta Jenazah

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Jenazah 2. Petugas penanggung jawab jenazah
2	Prosedur	1. Pemesan memberi informasi kepada petugas bangsal yang bersangkutan dan petugas bangsal akan menginformasikan kepada bagian kendaraan dengan menggunakan telpon atau datang ke pos kendaraan. 2. Petugas administrasi bangsal mengisi formulir permintaan mobil jenazah yang berisi nama, pavilion yang dipakai, alamat lengkap, nomor telpon pengguna, dan biaya pemakaian mobil jenazah. 3. Pemesan membawa formulir dan menyelesaikan administrasi ke bagian administrasi atau bagian perawatan (bila malam hari) sebelum pemesanan dilayani. 4. Setelah menyelesaikan pemesanan pemesan memberikan formulir warna kuning kepada petugas ambulance. 5. Petugas kendaraan mencatat permintaan pengantaran di buku perjalanan kendaraan. 6. Petugas kendaraan segera mempersiapkan peralatan kendaraan. 7. Setelah jenazah dibawa menuju kendaraan petugas kendaraan segera mengantarkan jenazah ke rumah duka. 8. Setelah mengantarkan jenazah maka petugas kendaraan membersihkan kembali mobil dan kereta jenazah.
3	Waktu pelayanan	24 jam
4	Biaya	Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi No.

		3 Th 2025 JKN / KIS : GRATIS Asuransi lain : sesuai perjanjian kerjasama
5	Produk layanan	Jenazah sampai di rumah duka
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit;an; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit; 10. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Unit kendaraan ambulance sesuai standar pelayanan kesehatan 2. Unit kendaraan kereta jenazah sesuai standar pelayanan 3. Peralatan medis emergensi pada ambulance 4. Tabung oksigen dan perlengkapan resusitasi 5. Tandu pasien dan perlengkapan evakuasi 6. Alat komunikasi dan sistem koordinasi pelayanan 7. Sistem navigasi dan penunjuk lokasi 8. Ruang parkir dan garasi kendaraan operasional 9. Komputer dan sistem administrasi pelayanan

		10. Peralatan pemulasaran dan pengangkutan jenazah 11. APAR, kotak P3K, dan fasilitas keselamatan kerja 12. Peralatan kebersihan dan desinfeksi kendaraan 13. Jaringan komunikasi dan sistem pelaporan pelayanan
9	Kompetensi Pelaksana	1. Petugas memahami prosedur pelayanan ambulance dan kereta jenazah 2. Pengemudi memiliki Surat Izin Mengemudi (SIM) sesuai ketentuan yang berlaku 3. Petugas memiliki kemampuan penanganan kegawatdaruratan dasar 4. Mampu melakukan evakuasi pasien dan jenazah dengan aman 5. Memahami prinsip keselamatan pasien dan keselamatan kerja 6. Memahami etika pelayanan kepada pasien dan keluarga pasien 7. Mampu mengoperasikan alat kesehatan pada ambulance 8. Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	1. Dilakukan oleh Kepala Instalasi/Kepala Unit terkait 2. Monitoring kesiapan kendaraan dan peralatan secara berkala 3. Audit kepatuhan petugas terhadap SOP pelayanan 4. Evaluasi ketepatan waktu pelayanan ambulance dan kereta jenazah 5. Pengawasan kebersihan dan kelayakan kendaraan operasional 6. Monitoring keselamatan kerja dan keselamatan pasien 7. Pelaporan hasil pengawasan kepada manajemen rumah sakit secara berkala
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan jenis layanan dan beban kerja, dengan ketentuan: 1. Pengemudi ambulance dan kereta jenazah 2. Petugas pendamping/tenaga kesehatan ambulance 3. Petugas administrasi pelayanan 4. Petugas kebersihan dan pemeliharaan kendaraan 5. Koordinator pelayanan ambulance dan kereta jenazah 6. Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan volume pelayanan dan kebutuhan operasional rumah sakit
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: 1. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang professional,

		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 sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan "Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin" c. Visi "Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialistik yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien" d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Kendaraan operasional dipastikan dalam kondisi layak dan aman digunakan 3. Peralatan medis dan keselamatan diperiksa secara berkala 4. Menjamin keselamatan pasien, keluarga pasien, petugas, dan pengguna jalan

		5. Penerapan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi pada kendaraan pelayanan 6. Penggunaan alat pelindung diri (APD) sesuai kebutuhan pelayanan 7. Kesiapsiagaan terhadap kondisi darurat dan kecelakaan kerja 8. Pelaksanaan pembersihan dan desinfeksi kendaraan secara rutin setelah pelayanan
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan ketepatan waktu dan kualitas pelayanan 3. Evaluasi kepatuhan terhadap SOP pelayanan 4. Audit kondisi kendaraan dan kelengkapan peralatan 5. Evaluasi kejadian keselamatan pasien dan kecelakaan kerja 6. Survei kepuasan pengguna layanan 7. Pembinaan dan peningkatan kompetensi petugas pelayanan 8. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit

n. Pelayanan Penanganan Jenazah

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Ada jenazah yang akan ditangani 2. Persetujuan keluarga/ kerabat dari almarhum/ah untuk dilakukan pemulasaraan jenazah
2	Prosedur	1. Petugas ruang pemulasaran jenazah menerima telpon dari ruang IGD/ ICU/ IRNA tentang adanya jenazah di ruangan. 2. Petugas pemulasaran jenazah menanyakan apakah jenazah menderita penyakit menular atau tidak menderita penyakit menular. 3. Jika jenazah non infeksius, petugas harus tetap memakai alat perlengkapan diri, minimal seperti sarung tangan, masker dan tutup kepala. Petugas membawa lembar penyerahan jenazah dari perawat ke petugas pemulasaran jenazah. lembar tersebut harus diisi lengkap dan ditandatangani kedua pihak petugas. 4. Semua perlengkapan medis dilepaskan dari tubuh jenazah oleh perawat jaga dibantu oleh petugas pemulasaran jenazah. Tangan jenazah diikat di dada, kedua tungkai diikat dengan kasa, rahang bawah diikat ke puncak kepala. 5. Jenazah ditransportasikan ke ruang pemulasaran jenazah. 6. Petugas pemulasaran jenazah menanyakan kepada keluarga almarhum/ah perlu tidaknya

		jenazah dimandikan dan perlu tidaknya jenazah di awetkan. 7. Jika keluarga tidak menghendaki jenazah dimandikan di ruang pemulasaran jenazah atau tidak menghendaki pengawetan jenazah, maka jenazah bisa langsung dibawa menuju ambulance jenazah. 8. Jika keluarga menghendaki jenazah untuk dimandikan, maka petugas melakukan teknik memandikan jenazah dengan baik, dan menurut kaidah agama yang dianut jenazah. 9. Teknis memandikan jenazah dengan baik adalah sebagai berikut : petugas menyiramkan air ke seluruh badan jenazah, memberikan sabun dan sampo secukupnya, membilas tubuh dengan air secukupnya, mengeringkan tubuh jenazah dengan handuk, hair dryer, menuangkan air wudhu bagi islam dan mengkafani. 10. Sebelum meninggalkan ruang pemulasaran jenazah, salah wakil keluarga menandatangani lembar penyerahan jenazah dari petugas pemulasaran jenazah ke keluarga. 11. Petugas pemulasaran jenazah merapikan peralatan, dan ruangan. 12. Petugas melepas perlengkapan APD dan selanjutnya cuci tangan.
3	Waktu pelayanan	24 jam
4	Biaya	Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi No. 3 Th 2025 JKN / KIS : GRATIS Asuransi lain : sesuai perjanjian kerjasama
5	Produk layanan	Jenazah sudah bersih
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia

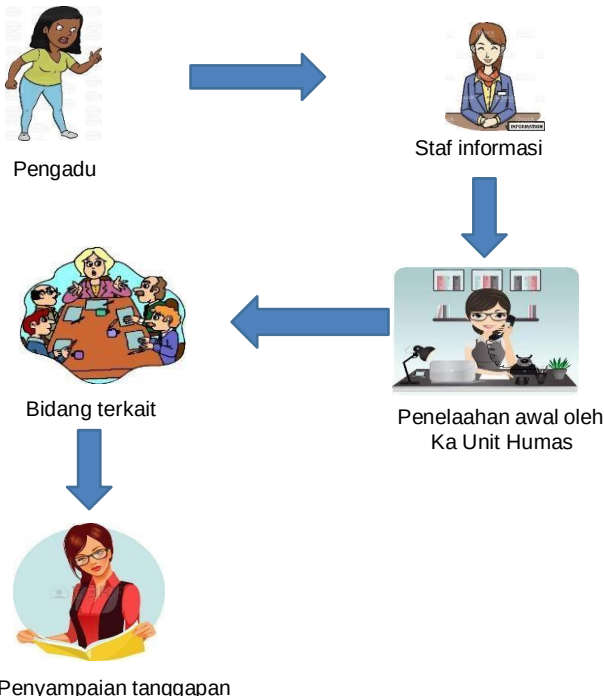
		Nomor 7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit; 11. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah; 12. Standar Operasional Prosedur (SOP) Penanganan Jenazah di RSUD Blambangan.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Ruang jenazah/mortuarium 2. Tempat penyimpanan jenazah (cooling room) 3. Kereta jenazah dan tandu 4. Peralatan pemulasaran jenazah 5. Peralatan pelindung diri (APD) lengkap 6. Alat kebersihan dan desinfeksi ruangan 7. Ambulance jenazah/kereta jenazah 8. Komputer dan sistem administrasi pelayanan 9. Ruang tunggu keluarga jenazah 10. Sarana ibadah dan kebutuhan keagamaan sesuai pelayanan 11. APAR, CCTV, dan fasilitas keselamatan kerja 12. Sistem ventilasi dan sanitasi ruangan sesuai standar kesehatan
9	Kompetensi Pelaksana	1. Petugas memahami prosedur penanganan jenazah sesuai SOP 2. Memahami prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) 3. Memiliki kemampuan pemulasaran jenazah sesuai ketentuan yang berlaku 4. Memahami etika pelayanan dan penghormatan terhadap jenazah 5. Memiliki kemampuan komunikasi yang baik kepada keluarga pasien 6. Memahami prosedur keselamatan dan kesehatan kerja (K3)

		7. Mampu menggunakan alat pelindung diri (APD) dengan benar 8. Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	1. Dilakukan oleh Kepala Instalasi/Kepala Unit terkait 2. Monitoring pelaksanaan penanganan jenazah secara berkala 3. Audit kepatuhan petugas terhadap SOP pelayanan 4. Evaluasi kebersihan dan keamanan ruang jenazah 5. Pengawasan penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) 6. Monitoring keselamatan kerja petugas pelayanan 7. Pelaporan hasil pengawasan kepada manajemen rumah sakit secara berkala
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan jenis layanan dan beban kerja, dengan ketentuan: 1. Petugas penanganan jenazah 2. Petugas pemulasaran jenazah 3. Pengemudi ambulance jenazah 4. Petugas administrasi pelayanan 5. Petugas kebersihan ruang jenazah 6. Koordinator pelayanan jenazah 7. Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan volume pelayanan dan kebutuhan operasional rumah sakit
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: 1. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang professional, 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 sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin” c. Visi “Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialisik yang terdepan dalam pelayanan,

		pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien” d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Penanganan jenazah dilakukan dengan memperhatikan keselamatan petugas dan keluarga pasien 3. Penerapan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) secara ketat 4. Penggunaan alat pelindung diri (APD) sesuai kebutuhan pelayanan 5. Menjamin keamanan dan penghormatan terhadap jenazah selama proses pelayanan 6. Pelaksanaan pembersihan dan desinfeksi ruangan serta peralatan secara rutin 7. Kesiapsiagaan terhadap kondisi darurat dan risiko infeksi 8. Penerapan keselamatan dan kesehatan kerja (K3) dalam seluruh proses pelayanan
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan ketepatan waktu dan kualitas pelayanan 3. Evaluasi kepatuhan terhadap SOP pelayanan 4. Audit penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) 5. Evaluasi kejadian keselamatan kerja dan insiden pelayanan 6. Survei kepuasan keluarga pasien terhadap pelayanan 7. Pembinaan dan peningkatan kompetensi petugas pelayanan

		8. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit
--	--	--

o. Pelayanan Humas/ Pengaduan

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Pengaduan secara lisan maupun tertulis 2. Identitas resmi pengadu
2	Prosedur	 Keterangan : 1. Pengadu menyampaikan pengaduan nya secara lisan atau tertulis 2. Staf informasi dan pengaduan menerima dan mencatat pengaduan. 3. Ka.Unit Humas melakukan penelaahan awal. 4. Pengaduan didistribusikan ke bidang terkait untuk dilakukan penelusuran /pemeriksaan lebih lanjut. 5. Penyampaian tanggapan kepada pengadu.
3	Waktu pelayanan	Maksimal 5 hari kerja tergantung berat/ringannya pengaduan.
4	Biaya	-
5	Produk layanan	Penanganan pengaduan masyarakat
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;

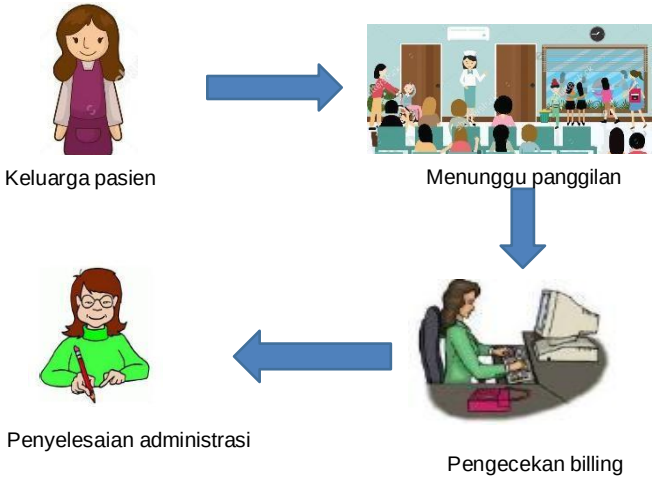
		- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; - Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit; - Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; - Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; - Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit; - Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2014 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pengelolaan Pengaduan Pelayanan Publik Secara Nasional; - Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah; - Standar Operasional Prosedur (SOP) Penanganan Pengaduan di RSUD Blambangan.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	- Ruang pelayanan humas dan pengaduan - Meja dan kursi pelayanan yang nyaman - Komputer dan perangkat pendukung pelayanan - Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) - Telepon dan sarana komunikasi pelayanan - Kotak saran dan pengaduan - Media informasi dan edukasi pelayanan - Website dan media sosial resmi rumah sakit - Buku register pengaduan dan tindak lanjut pelayanan - Jaringan internet dan server penyimpanan data - CCTV dan sistem keamanan pelayanan - Fasilitas keselamatan seperti APAR dan jalur evakuasi
9	Kompetensi Pelaksana	- Petugas memahami prosedur pelayanan humas dan pengelolaan pengaduan - Memiliki kemampuan komunikasi yang baik, sopan, dan profesional - Mampu memberikan informasi pelayanan rumah sakit secara jelas dan tepat - Memiliki kemampuan menangani keluhan dan penyelesaian masalah pelayanan

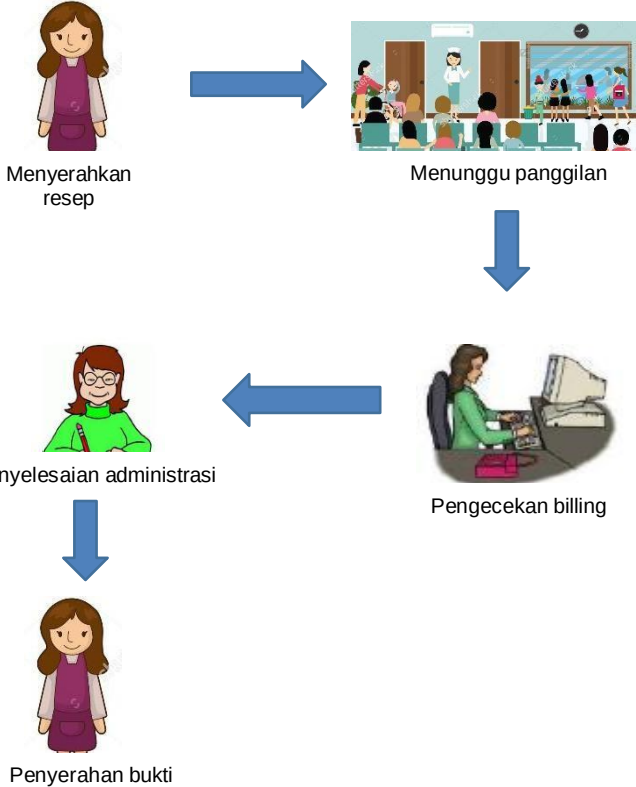
		- Memahami etika pelayanan publik dan pelayanan prima - Memahami kerahasiaan data dan informasi pasien - Mampu mengoperasikan sistem informasi pelayanan dan administrasi - Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	- Dilakukan oleh Kepala Humas/Kepala Unit terkait - Monitoring pelaksanaan pelayanan humas dan pengaduan secara berkala - Audit kepatuhan petugas terhadap SOP pelayanan - Evaluasi tindak lanjut penyelesaian pengaduan masyarakat - Pengawasan keamanan dan kerahasiaan data pengaduan - Monitoring kualitas komunikasi dan pelayanan kepada masyarakat - Pelaporan hasil pengawasan kepada manajemen rumah sakit secara berkala
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan jenis layanan dan beban kerja, dengan ketentuan: - Petugas humas - Petugas pelayanan pengaduan masyarakat - Petugas administrasi dan pengolahan data - Petugas teknologi informasi/media sosial apabila diperlukan - Koordinator pelayanan humas dan pengaduan - Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan volume pelayanan dan kebutuhan operasional rumah sakit
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: - Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang profesional, transparan, akuntabel, dan berorientasi pada kepuasan masyarakat; - Sanggup memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan terus menerus; - Apabila dalam penyelenggaraan pelayanan kami tidak memenuhi standar pelayanan sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

		b. Moto Pelayanan “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin” c. Visi “Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialisasi yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien” d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang profesional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, profesional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Menjamin kerahasiaan identitas dan data pengaduan masyarakat 3. Penyelesaian pengaduan dilakukan secara objektif dan profesional 4. Penggunaan sistem informasi yang aman dan terintegrasi 5. Menjamin kenyamanan dan keamanan masyarakat dalam menyampaikan pengaduan 6. Penerapan etika pelayanan dan komunikasi yang baik kepada masyarakat 7. Kesiapsiagaan terhadap gangguan sistem pelayanan dan komunikasi 8. Penerapan keselamatan dan kesehatan kerja (K3) dalam pelayanan
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan kecepatan dan kualitas pelayanan pengaduan 3. Evaluasi kepatuhan terhadap SOP pelayanan

		4. Audit tindak lanjut penyelesaian pengaduan masyarakat 5. Evaluasi tingkat kepuasan pengguna layanan 6. Monitoring jumlah dan jenis pengaduan pelayanan 7. Pembinaan dan peningkatan kompetensi petugas pelayanan 8. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit
--	--	--

p. Pelayanan Unit Pembayaran Pasien (UPP)

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Rawat jalan : a. Pasien umum : - Bukti pendaftaran b. Pasien JKN/BPJS : - Bukti pendaftaran dan persyaratan kelengkapan jaminan (foto copi kartu, surat rujukan) - Surat elegibilitas peserta (SEP) - Bukti tindakan 2. Rawat inap : - Lembar resep - Persyaratan jaminan
2	Prosedur	1. Rawat jalan :  Keluarga pasien Menunggu panggilan Penyelesaian administrasi Pengecekan billing Keterangan : 1. Pasien/ keluarga menyerahkan bukti pendaftaran dan persyaratan. 2. Menunggu panggilan. 3. Pengecekan biling oleh petugas. 4. Penyelesaian administrasi

		2. Rawat inap :  <pre> graph TD A[Menyerahkan resep] --> B[Menunggu panggilan] B --> C[Pengecekan billing] C --> D[Penyelesaian administrasi] D --> E[Penyerahan bukti] </pre> Keterangan : 1. Keluarga/ penanggungjawab pasien menyerahkan resep dan persyaratan jaminan. 2. Menunggu panggilan. 3. Pengecekan biling oleh petugas. 4. Penyelesaian administrasi. 5. Menyerahkan bukti penyelesaian administrasi ke petugas ruangan
3	Waktu pelayanan	Rata - rata 20 menit
4	Biaya	-
5	Produk layanan	Pelayanan kasir/ UPP
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email : rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook : Rsud Blambangan 3. IG/ Twitter : @rsudblambangan 4. Telp / SMS 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas Informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah; 3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 4. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun

		2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumaha-sakitan; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit; 10. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2014 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pengelolaan Pengaduan Pelayanan Publik Secara Nasional; 11. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
8	Sarana dan Prasarana dan/atau fasilitas	1. Loker pembayaran pasien 2. Ruang pelayanan pembayaran yang nyaman dan aman 3. Komputer dan perangkat pendukung pelayanan 4. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) 5. Mesin kasir dan printer pembayaran 6. Mesin EDC dan fasilitas pembayaran non tunai 7. Jaringan internet dan server penyimpanan data 8. Sistem antrean pelayanan 9. Brankas penyimpanan uang dan dokumen 10. CCTV dan sistem keamanan pelayanan 11. Meja dan kursi kerja yang ergonomis 12. APAR dan fasilitas keselamatan kerja 13. Media informasi tarif dan prosedur pembayaran
9	Kompetensi Pelaksana	1. Petugas memahami prosedur pelayanan pembayaran pasien 2. Mampu mengoperasikan SIMRS dan aplikasi pembayaran rumah sakit 3. Memahami sistem tarif dan penjaminan pelayanan kesehatan 4. Memiliki kemampuan administrasi dan pengelolaan keuangan 5. Memiliki kemampuan komunikasi yang baik dan pelayanan prima 6. Memahami kerahasiaan data dan informasi pasien

		7. Memiliki ketelitian dalam proses transaksi pembayaran 8. Mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi secara berkala
10	Pengawasan Internal	1. Dilakukan oleh Kepala Unit/Kepala Bidang terkait 2. Monitoring transaksi pembayaran pasien secara berkala 3. Audit kepatuhan petugas terhadap SOP pelayanan 4. Evaluasi kesesuaian transaksi dengan tarif yang berlaku 5. Pengawasan keamanan transaksi dan dokumen pembayaran 6. Monitoring ketepatan pencatatan dan pelaporan keuangan 7. Pelaporan hasil pengawasan kepada manajemen rumah sakit secara berkala
11	Jumlah Pelaksana	Jumlah pelaksana disesuaikan dengan jenis layanan dan beban kerja, dengan ketentuan: 1. Petugas kasir/pembayaran pasien 2. Petugas administrasi dan pengolah data 3. Petugas verifikasi pembayaran 4. Petugas teknologi informasi/SIMRS apabila diperlukan 5. Koordinator pelayanan Unit Pembayaran Pasien (UPP) 6. Penyesuaian jumlah tenaga dilakukan berdasarkan kebutuhan dan jam operasional pelayanan rumah sakit
12	Jaminan Pelayanan	a. Maklumat Pelayanan Dengan ini kami menyatakan: 1. Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, serta berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang professional, 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 sebagaimana yang telah ditetapkan, maka kami siap menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Moto Pelayanan “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin”

		c. Visi “Menjadi rumah sakit andalan dan pusat rujukan spesialistik yang terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien” d. Misi 1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan melalui diversifikasi layanan serta pengembangan inovasi unggulan di rumah sakit; 2. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; 3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas serta memfasilitasi penelitian untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat serta dapat dipertanggungjawabkan; 4. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang professional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan; 5. Memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, professional dan paripurna sesuai standar profesi yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan dilakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP) 2. Menjamin keamanan transaksi pembayaran pasien 3. Menjamin kerahasiaan data dan informasi pasien 4. Penggunaan sistem informasi yang aman dan terintegrasi 5. Seluruh transaksi pembayaran tercatat dan terdokumentasi dengan baik 6. Penggunaan fasilitas pembayaran non tunai untuk meningkatkan keamanan transaksi 7. Kesiapsiagaan terhadap gangguan sistem dan risiko kehilangan data transaksi 8. Penerapan keselamatan dan kesehatan kerja (K3) dalam pelayanan
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala (bulanan dan tahunan) 2. Penilaian berdasarkan kecepatan dan ketepatan pelayanan pembayaran 3. Evaluasi kepatuhan terhadap SOP pelayanan 4. Audit transaksi dan administrasi keuangan pelayanan 5. Evaluasi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan pembayaran 6. Monitoring kesalahan transaksi dan keluhan pelayanan

		7. Pembinaan dan peningkatan kompetensi petugas pelayanan 8. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit
--	--	---

Pengelolaan Pelayanan (*Manufacturing*)

1	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 209 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431); 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); 3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); 4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063) 5. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5357)
2	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	1. Ruang tunggu 2. Alat tulis kantor 3. Meja 4. kursi 5. Komputer 6. Printer 7. Telepon 8. AC 9. Almari

		10. Kertas print out
3	Kompetensi Pelaksana	1. Kualifikasi pendidikan : minimal SMA; 2. Menguasai komputer; 3. Menguasai tata bahasa yang baik; 4. Memahami peraturan perundang-undangan.
4	pengawas Internal	1. Pengawasan dilakukan oleh atasan langsung secara berjenjang 2. Pengawasan oleh SPI

STANDAR PELAYANAN RUANG KEMOTERAPI
RSUD BLAMBANGAN KABUPATEN BANYUWANGI

Komponen 1–7

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Identitas pasien dan nomor rekam medis. 2. Surat pengantar/rujukan dan instruksi terapi dari dokter yang berwenang. 3. Hasil pemeriksaan penunjang yang dipersyaratkan untuk regimen terapi. 4. Persetujuan tindakan (informed consent) pasien/keluarga. 5. Persyaratan administrasi penjamin sesuai ketentuan.
2	Prosedur	1. Pasien melakukan registrasi dan verifikasi identitas serta penjamin. 2. Dokter melakukan asesmen, verifikasi diagnosis, regimen, hasil pemeriksaan, dan kelayakan kemoterapi. 3. Petugas menjelaskan rencana, risiko, efek samping, dan meminta persetujuan tindakan. 4. Farmasi menyiapkan obat sitostatika sesuai prosedur keselamatan. 5. Perawat melakukan identifikasi ganda, pemeriksaan sebelum pemberian, dan pemberian kemoterapi sesuai SOP. 6. Monitoring kondisi pasien selama dan setelah terapi; tata laksana reaksi/efek samping bila terjadi. 7. Dokumentasi, edukasi tanda bahaya dan perawatan di rumah, jadwal kontrol, serta penyelesaian administrasi.
3	Waktu pelayanan	Sesuai jadwal kemoterapi, regimen, kondisi klinis pasien, dan waktu observasi yang ditetapkan dokter. Waktu dapat berubah sesuai kebutuhan pemeriksaan dan keselamatan pasien.
4	Biaya	Pasien JKN/KIS sesuai ketentuan penjaminan yang berlaku; pasien umum sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah yang berlaku; penjamin lain sesuai perjanjian kerja sama.
5	Produk layanan	Pelayanan kemoterapi/terapi sistemik onkologi sesuai indikasi medis, termasuk asesmen, pemberian terapi, pemantauan efek samping, edukasi pasien/keluarga, dan tindak lanjut.
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email: rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook: Rsud Blambangan 3. Instagram/Twitter: @rsudblambangan 4. Telp/SMS: 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 3. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan. 4. Peraturan Menteri PANRB Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan. 5. Peraturan perundang-undangan terkait pelayanan kesehatan, keselamatan pasien, PPI, dan standar profesi yang berlaku.

**STANDAR PELAYANAN RUANG KEMOTERAPI
RSUD BLAMBANGAN KABUPATEN BANYUWANGI**

Komponen 8–14

NO	KOMPONEN	URAIAN
8	Sarana dan prasarana dan/atau fasilitas	1. Ruang kemoterapi yang bersih, nyaman, dan menjaga privasi. 2. Kursi/bed kemoterapi dan tempat observasi. 3. Infusion pump/syringe pump serta peralatan pemantauan tanda vital. 4. Peralatan dan obat kegawatdaruratan serta akses bantuan resusitasi. 5. APD, sarana pencegahan dan pengendalian infeksi, serta tempat limbah sitotoksik sesuai ketentuan. 6. Sarana komunikasi, SIMRS/rekam medis, dan fasilitas edukasi pasien.
9	Kompetensi pelaksana	1. Dokter yang berwenang memberikan pelayanan onkologi sesuai kompetensi dan kewenangan klinis. 2. Perawat yang memiliki kompetensi/pelatihan terkait pemberian kemoterapi dan penanganan efek samping. 3. Tenaga farmasi yang kompeten dalam penyiapan dan penanganan obat sitostatika. 4. Seluruh petugas memiliki STR/SIP atau legalitas sesuai ketentuan, memahami SOP, keselamatan pasien, PPI, dan penggunaan APD.
10	Pengawasan internal	1. Pengawasan oleh kepala unit/penanggung jawab pelayanan dan atasan terkait. 2. Monitoring kepatuhan terhadap SOP, identifikasi pasien, ketepatan obat/regimen/dosis, serta dokumentasi. 3. Pemantauan insiden keselamatan pasien, reaksi obat, infeksi, dan pengelolaan limbah sitotoksik. 4. Monitoring dan evaluasi mutu secara berkala serta tindak lanjut temuan.
11	Jumlah pelaksana	Disesuaikan dengan jumlah pasien, kompleksitas regimen, beban kerja, dan ketentuan sumber daya rumah sakit; melibatkan dokter, perawat terlatih, tenaga farmasi, dan petugas pendukung sesuai kebutuhan pelayanan.
12	Jaminan pelayanan	a. Maklumat Pelayanan: RSUD Blambangan sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai standar yang ditetapkan, profesional, transparan, akuntabel, dan berorientasi pada kepuasan masyarakat; melakukan perbaikan berkelanjutan; serta menindaklanjuti ketidaksesuaian sesuai ketentuan. b. Moto: “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin”. c. Visi dan misi mengikuti ketentuan RSUD Blambangan yang berlaku.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	1. Verifikasi identitas pasien dan prinsip benar pasien, obat, dosis, rute, waktu, serta dokumentasi. 2. Verifikasi regimen dan hasil pemeriksaan yang dipersyaratkan sebelum terapi. 3. Persetujuan tindakan dan edukasi risiko/efek samping. 4. Penanganan obat sitostatika, APD, dan limbah sesuai SOP. 5. Monitoring selama dan setelah pemberian terapi serta kesiapan penanganan reaksi akut. 6. Menjaga kerahasiaan data, menerapkan PPI, dan melaporkan insiden keselamatan pasien.

14	Evaluasi kinerja pelaksana	1. Evaluasi berkala terhadap indikator mutu, ketepatan jadwal, kelengkapan dokumentasi, dan kepatuhan SOP. 2. Monitoring kejadian tidak diharapkan/reaksi terapi dan tindak lanjutnya. 3. Evaluasi kepuasan pasien serta pengaduan/masukan. 4. Pembinaan dan peningkatan kompetensi petugas. 5. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit.
----	-----------------------------------	--

STANDAR PELAYANAN RUANG STROKE
RSUD BLAMBANGAN KABUPATEN
BANYUWANGI

Komponen 1–7

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan pelayanan	1. Identitas pasien/nomor rekam medis atau identifikasi sementara untuk kondisi gawat darurat. 2. Surat rujukan bila pasien datang sebagai rujukan (tidak menunda tindakan emergensi). 3. Informasi klinis awal dan hasil pemeriksaan yang tersedia. 4. Persetujuan tindakan pasien/keluarga sesuai kondisi dan ketentuan; pada keadaan emergensi mengikuti ketentuan yang berlaku.
2	Prosedur	1. Pasien dengan dugaan stroke dinilai segera melalui triase dan aktivasi alur stroke sesuai SOP. 2. Dilakukan identifikasi pasien, penilaian ABC, tanda vital, status neurologis, waktu onset/terakhir diketahui normal, dan pemeriksaan gula darah sesuai indikasi. 3. Dokter melakukan asesmen dan menentukan pemeriksaan penunjang, termasuk pencitraan otak sesuai indikasi. 4. Penentuan tata laksana berdasarkan jenis stroke, waktu onset, kondisi klinis, dan indikasi medis; termasuk konsultasi/rujukan bila diperlukan. 5. Pemantauan neurologis dan tanda vital, pemberian terapi, serta pencegahan komplikasi sesuai SOP. 6. Asesmen menelan, kebutuhan rehabilitasi, gizi, dan edukasi pasien/keluarga sesuai kondisi. 7. Dokumentasi, rencana perawatan lanjutan/kontrol, dan pemulangan atau pemindahan sesuai kondisi klinis.
3	Waktu pelayanan	Penilaian awal dan tindakan kegawatdaruratan dilakukan segera sesuai prioritas klinis dan SOP stroke. Waktu pemeriksaan, pemantauan, serta lama perawatan disesuaikan dengan kondisi pasien dan keputusan dokter.
4	Biaya	Pasien JKN/KIS sesuai ketentuan penjaminan yang berlaku; pasien umum sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah yang berlaku; penjamin lain sesuai perjanjian kerja sama.
5	Produk layanan	Pelayanan terpadu pasien stroke, meliputi asesmen neurologis, pemeriksaan penunjang sesuai indikasi, tata laksana medis, pemantauan, pencegahan komplikasi, edukasi, serta koordinasi rehabilitasi dan tindak lanjut.
6	Pengelolaan pengaduan	1. Email: rsudblambangan.bwi@gmail.com 2. Facebook: Rsud Blambangan 3. Instagram/Twitter: @rsudblambangan 4. Telp/SMS: 0811 3535 858 5. Kotak saran 6. Petugas informasi
7	Dasar hukum	1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 3. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan. 4. Peraturan Menteri PANRB Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan.

		5. Peraturan perundang-undangan terkait pelayanan kesehatan, keselamatan pasien, PPI, dan standar profesi yang berlaku.
--	--	---

STANDAR PELAYANAN RUANG STROKE
RSUD BLAMBANGAN KABUPATEN
BANYUWANGI

Komponen 8–14

NO	KOMPONEN	URAIAN
8	Sarana dan prasarana dan/atau fasilitas	1. Ruang perawatan stroke dengan tempat tidur dan akses pemantauan pasien. 2. Monitor tanda vital, oksimetri, oksigen, suction, dan peralatan emergensi sesuai kebutuhan. 3. Akses pemeriksaan laboratorium dan pencitraan otak sesuai indikasi. 4. Peralatan dan sarana pencegahan jatuh, dekubitus, aspirasi, serta infeksi. 5. Sarana komunikasi/konsultasi lintas profesi, SIMRS/rekam medis, dan fasilitas edukasi. 6. Akses rehabilitasi medik, gizi, dan layanan penunjang sesuai kebutuhan pasien.
9	Kompetensi pelaksana	1. Dokter dan perawat dengan kompetensi sesuai kewenangan klinis dan kebutuhan perawatan stroke. 2. Petugas mampu melakukan penilaian neurologis, pemantauan tanda vital, dan pengenalan perburukan klinis sesuai kompetensi. 3. Tenaga penunjang dan rehabilitasi dilibatkan sesuai kebutuhan pasien. 4. Memiliki legalitas praktik sesuai ketentuan, memahami SOP stroke, keselamatan pasien, PPI, dan respons kegawatdaruratan.
10	Pengawasan internal	1. Pengawasan oleh kepala ruang/penanggung jawab unit dan atasan terkait. 2. Monitoring kepatuhan terhadap alur stroke, asesmen, dokumentasi, dan pemantauan pasien. 3. Audit indikator mutu dan keselamatan pasien, termasuk waktu respons sesuai indikator yang ditetapkan rumah sakit. 4. Evaluasi insiden, komplikasi, pengaduan, serta tindak lanjut perbaikan.
11	Jumlah pelaksana	Disesuaikan dengan jumlah pasien, tingkat ketergantungan, beban kerja, dan pola dinas; melibatkan dokter, perawat, serta tenaga penunjang terkait sesuai kebutuhan pelayanan dan ketentuan rumah sakit.
12	Jaminan pelayanan	a. Maklumat Pelayanan: RSUD Blambangan sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai standar yang ditetapkan, profesional, transparan, akuntabel, dan berorientasi pada kepuasan masyarakat; melakukan perbaikan berkelanjutan; serta menindaklanjuti ketidaksesuaian sesuai ketentuan. b. Moto: “Pelayanan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin”. c. Visi dan misi mengikuti ketentuan RSUD Blambangan yang berlaku.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	1. Identifikasi pasien secara tepat dan komunikasi efektif antarpetugas. 2. Pemantauan perubahan status neurologis dan tanda vital serta eskalasi segera bila terjadi perburukan. 3. Pencegahan aspirasi, jatuh, dekubitus, tromboemboli, dan infeksi sesuai asesmen risiko dan SOP. 4. Penggunaan obat dan tindakan sesuai indikasi, kewenangan klinis, serta prinsip keselamatan pasien.

		5. Edukasi pasien/keluarga dan pelibatan keluarga sesuai ketentuan. 6. Kerahasiaan rekam medis, lingkungan aman, dan pelaporan insiden keselamatan pasien.
14	Evaluasi kinerja pelaksana	1. Evaluasi berkala terhadap indikator mutu dan keselamatan pelayanan stroke. 2. Penilaian kepatuhan terhadap SOP, kelengkapan asesmen/dokumentasi, dan respons terhadap perubahan kondisi pasien. 3. Evaluasi kejadian tidak diharapkan, komplikasi, pengaduan, dan kepuasan pasien/keluarga. 4. Tindak lanjut perbaikan dan peningkatan kompetensi petugas. 5. Pelaporan hasil evaluasi kepada manajemen rumah sakit.

Ditetapkan di : Banyuwangi
Pada Tanggal : 15 Juni 2026

Plt. Direktur RSUD Blambangan
Kabupaten Banyuwangi



dr. Siti Asiyah Anggraeni, M.MRS, FISQua
Pembina Tingkat I
NIP. 197105052002122004