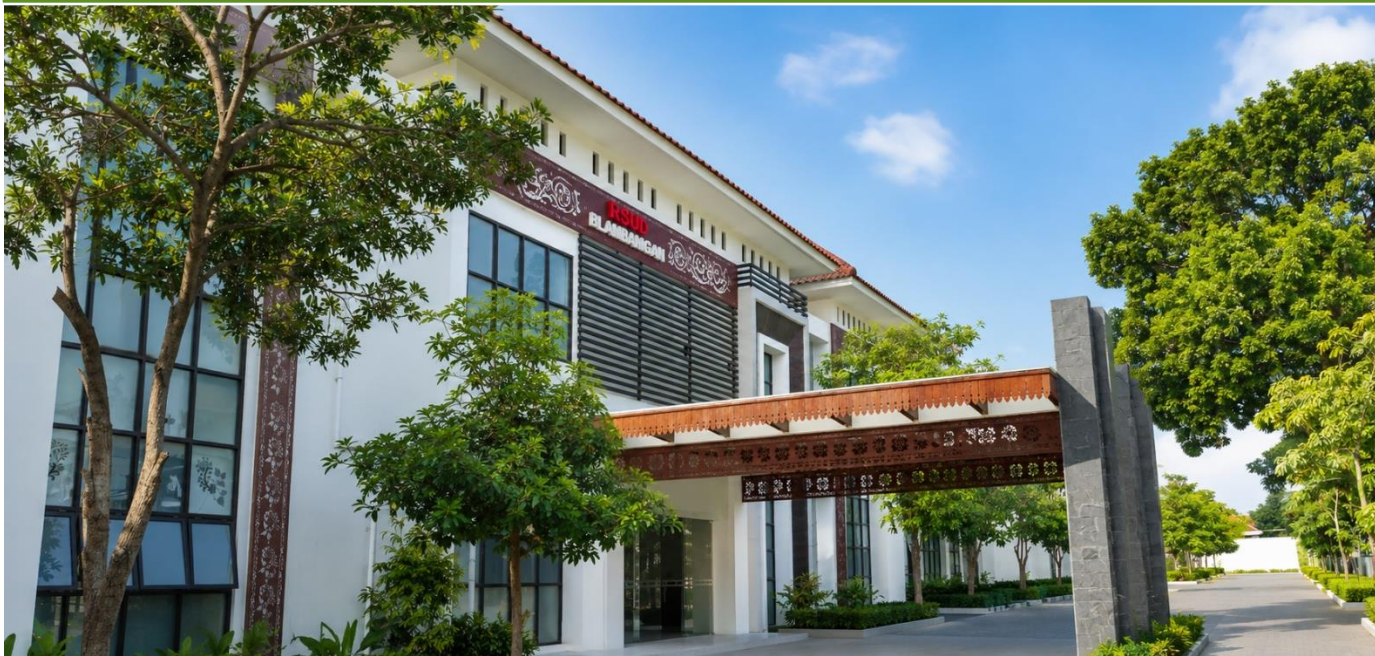




RSUD BLAMBANGAN KABUPATEN BANYUWANGI

“ PEDOMAN PELAYANAN UNIT STROKE “



2025

Jalan Letkol Istiqlah No. 49 Telepon (0333) 421118 – Fax: (0333) 421072

e-mail : rsudblambangan.bwi@gmail.com Website : rsudblambangan.id



PEMERINTAH KABUPATEN BANYUWANGI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BLAMBANGAN

Jalan Letkol Istiqlah Nomor 49, Banyuwangi, Jawa Timur 68415
Telepon (0333) 421118, Faksimile (0333) 421072



KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BLAMBANGAN
KABUPATEN BANYUWANGI

NOMOR: 445/4980/KEP/429.401/2025

TENTANG

PEDOMAN PELAYANAN UNIT STROKE RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BLAMBANGAN
KABUPATEN BANYUWANGI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

Pit. DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BLAMBANGAN,

- Menimbang : a. bahwa berdasarkan Pasal 20 dan Pasal 21 Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, setiap penyelenggara wajib menyusun dan menetapkan standar pelayanan yang sekurang-kurangnya memuat 14 (empat belas) komponen dengan mengikutsertakan masyarakat dan pihak terkait;
- b. bahwa Unit Stroke Rumah Sakit Umum Daerah Blambangan telah beroperasi sejak tanggal 18 Desember 2025 sebagai unit pelayanan stroke terpadu dalam Jejaring Pengampunan Pelayanan Stroke strata Madya, sehingga memerlukan standar pelayanan yang memberikan kepastian, keterbukaan, dan akuntabilitas kepada masyarakat;
- c. bahwa dalam rangka mewujudkan pelayanan yang berkualitas, transparan, akuntabel, dan bebas maladministrasi, diperlukan pedoman standar pelayanan yang dapat dijadikan acuan pelaksana, pengawas, dan masyarakat;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Keputusan Direktur tentang Pedoman Pelayanan Unit Stroke Rumah Sakit Umum Daerah Blambangan Kabupaten Banyuwangi;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 37 Tahun 2008 tentang Ombudsman Republik Indonesia;
2. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik;
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015;
5. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas;
6. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 2022 tentang Pelindungan Data Pribadi;
7. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
8. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2023 tentang Aparatur Sipil Negara;
9. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;

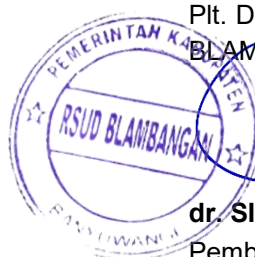
10. Peraturan Pemerintah Nomor 42 Tahun 2020 tentang Aksesibilitas terhadap Permukiman, Pelayanan Publik, dan Pelindungan dari Bencana bagi Penyandang Disabilitas;
11. Peraturan Pemerintah Nomor 94 Tahun 2021 tentang Disiplin Pegawai Negeri Sipil;
12. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
13. Peraturan Presiden Nomor 76 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Pengaduan Pelayanan Publik;
14. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;
15. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik;
16. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 62 Tahun 2018 tentang Pedoman Sistem Pengelolaan Pengaduan Pelayanan Publik Nasional;
17. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 6 Tahun 2022 tentang Pengelolaan Kinerja Pegawai Aparatur Sipil Negara;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah;
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit;
21. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;
22. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/304/2026 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Klinis Tata Laksana Stroke;
23. Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah;
24. Peraturan Bupati Banyuwangi Nomor 23 Tahun 2024 tentang Peraturan Internal (Hospital By Laws) Rumah Sakit Umum Daerah Blambangan Kabupaten Banyuwangi;
25. Peraturan Bupati Banyuwangi Nomor 53 Tahun 2024 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Blambangan Kabupaten Banyuwangi;
26. Keputusan Direktur RSUD Blambangan Nomor 445/316/429.401/2025 tentang Pedoman Pengorganisasian Unit Stroke;

MEMUTUSKAN:

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

- KESATU : Menetapkan Pedoman Pelayanan Unit Stroke Rumah Sakit Umum Daerah Blambangan Kabupaten Banyuwangi sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan ini.
- KEDUA : Pedoman sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU memuat 14 (empat belas) komponen standar pelayanan, Maklumat Pelayanan, ketentuan kompensasi, upaya pencegahan maladministrasi, serta mekanisme pemantauan dan evaluasi.
- KETIGA : Komponen penyampaian pelayanan (service delivery) dan Maklumat Pelayanan wajib dipublikasikan melalui papan informasi Unit Stroke, laman resmi, dan media sosial RSUD Blambangan.
- KEEMPAT : Kepala Unit Stroke dan Kepala Ruangan Unit Stroke bertanggung jawab atas penerapan, pengawasan, dan evaluasi pedoman ini, serta melaporkannya kepada Direktur melalui Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang.
- KELIMA : Pedoman ini dievaluasi paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun atau sewaktu-waktu apabila terdapat perubahan peraturan perundang-undangan, hasil Survei Kepuasan Masyarakat, hasil pengaduan, atau hasil pengawasan internal maupun eksternal.
- KEENAM : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan, dengan ketentuan apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Banyuwangi
pada tanggal 18 Desember 2025



Pit. DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
BLAMBANGAN

dr. SITI ASIYAH ANGGRAENI, M.MRS, FISQua
Pembina Tingkat I
NIP. 19710505 200212 2 004

Tembusan Yth.:

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

LAMPIRAN

KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD BLAMBANGAN

NOMOR : 445/4980/KEP/429.401/2025

TANGGAL : 18 Desember 2025

TENTANG : PEDOMAN PELAYANAN UNIT STROKE RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH BLAMBANGAN KABUPATEN
BANYUWANGI

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya sehingga Pedoman Pelayanan Unit Stroke RSUD Blambangan Kabupaten Banyuwangi dapat diselesaikan.

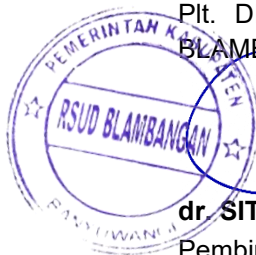
Unit Stroke RSUD Blambangan mulai melayani pasien pada 18 Desember 2025 dengan kapasitas 8 (delapan) tempat tidur sebagai rumah sakit strata Madya dalam Jejaring Pengampuan Pelayanan Stroke. Sebagai unit penyelenggara pelayanan publik, Unit Stroke wajib memberikan kepastian kepada masyarakat mengenai persyaratan, prosedur, waktu, biaya, produk, dan cara menyampaikan pengaduan, sekaligus menjamin kompetensi, jumlah, pengawasan, keamanan, dan evaluasi kinerja pelaksanaannya.

Pedoman ini disusun mengikuti 14 komponen standar pelayanan sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik dan Peraturan Menteri PANRB Nomor 15 Tahun 2014, dengan mengintegrasikan Pedoman Pengorganisasian Unit Stroke, Pedoman Pelayanan Unit Stroke, Pedoman Penanganan Pengaduan RSUD Blambangan, Pedoman Pencegahan dan Penanganan Perundungan, serta tarif layanan sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025. Pedoman ini menjadi acuan bersama bagi pelaksana, pengawas, dan masyarakat pengguna layanan Unit Stroke.

Kami mengucapkan terima kasih kepada seluruh tim penyusun, perwakilan masyarakat pengguna layanan, dan semua pihak yang telah memberikan masukan. Kritik dan saran untuk penyempurnaan pedoman ini sangat kami harapkan.

Banyuwangi, 18 Desember 2025

Pt. DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
BLAMBANGAN,



dr. SITI ASIYAH ANGGRAENI, M.MRS, FISQua

Pembina Tingkat I

NIP. 19710505 200212 2 004

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	6
BAB I PENDAHULUAN	9
1.1 Latar Belakang	9
1.2 Maksud dan Tujuan	9
1.3 Sasaran	10
1.4 Ruang Lingkup	10
1.5 Pengertian	10
1.6 Sistematika Pedoman	11
BAB II GAMBARAN UMUM PENYELENGGARA	12
2.1 Profil RSUD Blambangan.....	12
2.2 Profil Unit Stroke.....	12
2.3 Jenis Pelayanan Unit Stroke	13
2.4 Data Pelayanan	13
BAB III ASAS, PRINSIP, DAN TAHAPAN PENYUSUNAN STANDAR PELAYANAN.....	15
3.1 Asas Pelayanan Publik.....	15
3.2 Prinsip Penyusunan Standar Pelayanan	15
3.3 Tahapan Penyusunan dan Penetapan	15
BAB IV STANDAR PELAYANAN UNIT STROKE (14 KOMPONEN)	17
Komponen 1 — Dasar Hukum	17
Komponen 2 — Persyaratan	19
Komponen 3 — Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	19
Komponen 4 — Jangka Waktu Penyelesaian.....	21
Komponen 5 — Biaya/Tarif	22
Komponen 6 — Produk Pelayanan.....	28
Komponen 7 — Sarana, Prasarana, dan/atau Fasilitas	28
Komponen 8 — Kompetensi Pelaksana	30
Komponen 9 — Pengawasan Internal	31
Komponen 10 — Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan	31
Komponen 11 — Jumlah Pelaksana.....	32
Komponen 12 — Jaminan Pelayanan.....	33
Komponen 13 — Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	33
Komponen 14 — Evaluasi Kinerja Pelaksana	34
BAB V MAKLUMAT PELAYANAN DAN KOMPENSASI	36
5.1 Maklumat Pelayanan.....	36
5.2 Kondisi Pemberian Kompensasi	36
5.3 Jenjang dan Mekanisme Kompensasi	37
BAB VI PUBLIKASI DAN KETERBUKAAN INFORMASI	38
6.1 Media Publikasi	38
6.2 Ketentuan Publikasi.....	38
BAB VII PENCEGAHAN MALADMINISTRASI	39
BAB VIII PEMANTAUAN, EVALUASI, DAN PENYEMPURNAAN.....	40
BAB IX PENUTUP	41
LAMPIRAN 1 RINGKASAN STANDAR PELAYANAN UNTUK PAPAN INFORMASI	42
LAMPIRAN 2 DAFTAR STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO) UNIT STROKE	43
LAMPIRAN 3 CLINICAL PATHWAY UNIT STROKE.....	47
LAMPIRAN 4 FORMAT PENILAIAN KINERJA PEGAWAI UNIT STROKE	55
4.1 Format A — Rencana Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).....	55
4.2 Format B — Evaluasi Kinerja Periodik (Bulanan/Triwulanan)	57
4.3 Matriks Penentuan Predikat Kinerja.....	57
4.4 Format C — Laporan Kinerja Bulanan Individu Perawat Unit Stroke	58
4.5 Format D — Evaluasi Kompetensi Klinis Perawat Unit Stroke.....	59

DAFTAR TABEL DAN GAMBAR

Gambar 2.1 Struktur Organisasi Unit Stroke RSUD Blambangan	13
Tabel 2.1 Jumlah Pasien Stroke RSUD Blambangan Tahun 2021–2025 menurut Diagnosis	13
Tabel 2.2 Rekapitulasi Bulanan Pasien Stroke Tahun 2021–2025	13
Tabel 4.1 Ringkasan 14 Komponen Standar Pelayanan Unit Stroke.....	17
Tabel 4.2 Dasar Hukum Penyelenggaraan Pelayanan Unit Stroke	17
Tabel 4.3 Persyaratan Teknis	19
Tabel 4.4 Persyaratan Administratif menurut Jenis Penjaminan.....	19
Gambar 4.1 Papan Alur Pelayanan Unit Stroke RSUD Blambangan (terpasang di ruang tunggu)	20
Tabel 4.5 Alur Pelayanan Unit Stroke	20
Tabel 4.6 Alur Pelayanan Fase Hiperakut (Code Stroke).....	21
Tabel 4.7 Standar Waktu Pelayanan Unit Stroke	21
Tabel 4.8 Tarif A — Pelayanan Rutin Pasien Unit Stroke	22
Tabel 4.9 Tarif B — Pemeriksaan dan Tindakan Sesuai Indikasi	23
Tabel 4.10 Tarif C — Reperfusi, Neurointervensi (BENVI), dan Bedah Saraf	24
Tabel 4.11 Tarif D — Alih Rawat, Kematian, dan Pelayanan Pasca Pulang	24
Tabel 4.12 Tarif E — Tindakan Keperawatan dan Tindakan Medis Non-Operatif di Unit Stroke	25
Tabel 4.13 Tarif F — Laboratorium Patologi Klinik Rutin.....	27
Tabel 4.14 Sarana Klinis Unit Stroke	28
Gambar 4.2 Sarana Tempat Tidur dan Central Monitoring Unit Stroke	29
Tabel 4.15 Sarana Informasi, Pengaduan, dan Kenyamanan Pengguna	29
Tabel 4.16 Fasilitas bagi Kelompok Rentan (UU 25/2009 Pasal 29; UU 8/2016; PP 42/2020).....	29
Tabel 4.17 Kualifikasi dan Kompetensi Pelaksana	30
Tabel 4.18 Daftar Pelaksana Unit Stroke.....	30
Tabel 4.19 Jenjang Pengawasan Internal.....	31
Tabel 4.20 Kanal Pengaduan yang Dapat Digunakan Pengguna Unit Stroke.....	32
Tabel 4.21 Alur dan Standar Waktu Penanganan Pengaduan.....	32
Tabel 4.22 Perhitungan Kebutuhan Perawat (Metode Gillies)	33
Tabel 4.23 Ketersediaan Pelaksana terhadap Kebutuhan	33
Tabel 4.24 Jaminan Keamanan dan Keselamatan	34
Tabel 4.25 Instrumen Evaluasi Kinerja Pelaksana dan Unit.....	34
Tabel 4.26 Indikator Mutu Unit Stroke.....	35
Gambar 5.1 Maklumat Pelayanan RSUD Blambangan yang terpasang di area pelayanan	36
Tabel 7.1 Bentuk Maladministrasi dan Pencegahannya di Unit Stroke.....	39
Tabel L2.1 Daftar SPO Unit Stroke	43

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

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

Stroke merupakan penyakit katastrofik dengan angka kematian dan kecacatan yang tinggi serta penanganan yang berkejaran dengan waktu (*time is brain*). Survei Kesehatan Indonesia 2023 mencatat prevalensi stroke 8,3 per 1.000 penduduk, dengan Provinsi Jawa Timur sebesar 9,0 per 1.000 penduduk atau di atas angka nasional. Selama 2021–2025 RSUD Blambangan merawat **3.237 pasien** dengan diagnosis perdarahan intrakranial (I61) dan infark serebral (I63), meningkat dari 114 pasien pada 2021 menjadi 989 pasien pada 2023. Pada tiga tahun terakhir jumlah pasien stabil tinggi, yaitu 989 pasien (2023), 900 pasien (2024), dan 888 pasien (2025), atau rata-rata 74–82 pasien per bulan, dengan proporsi infark serebral meningkat dari 63,3% (2023) menjadi 73,8% (2025). Tingginya beban pasien tersebut menjadi dasar dibukanya Unit Stroke.

Untuk menjawab kebutuhan tersebut, RSUD Blambangan membuka **Unit Stroke** yang beroperasi sejak **18 Desember 2025** dengan kapasitas 8 tempat tidur, didukung CT-Scan, laboratorium cito 24 jam, layanan neurointervensi BENVI (Blambangan Endovascular & Neurointervensi), serta inovasi I-CARE (Integrated Cerebrovascular Attack Referral and Early Detection System) peraih Diamond Award WSO Angels Award 2025.

Sebagai unit penyelenggara pelayanan publik, Unit Stroke wajib memiliki standar pelayanan yang memuat 14 komponen sebagaimana Pasal 21 Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009, menyusunnya bersama masyarakat, menetapkan maklumat pelayanan, mengelola pengaduan, serta mengevaluasi kinerja pelaksana.

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

1.2 Maksud dan Tujuan

a. Maksud

Memberikan acuan baku bagi penyelenggaraan pelayanan publik di Unit Stroke RSUD Blambangan yang memenuhi 14 komponen standar pelayanan dan bebas maladministrasi.

b. Tujuan

- Memberikan kepastian kepada pasien dan keluarga mengenai persyaratan, prosedur, jangka waktu, biaya, produk, dan saluran pengaduan pelayanan Unit Stroke.
- Menjadi acuan pelaksana dalam memberikan pelayanan yang cepat, tepat, aman, ramah, dan tidak diskriminatif.
- Menjadi alat ukur bagi atasan langsung dan pengawas internal dalam menilai kinerja pelaksana.
- Mencegah terjadinya maladministrasi sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Nomor 37 Tahun 2008.
- Menyediakan dokumentasi pelayanan yang tertib sebagai dasar evaluasi dan perbaikan berkelanjutan.

1.3 Sasaran

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

1.4 Ruang Lingkup

Pedoman ini berlaku untuk pelayanan rawat inap Unit Stroke RSUD Blambangan, mencakup:

1. pelayanan fase hiperakut dan akut, termasuk dukungan code stroke dan pemantauan pasca trombolisis/neurointervensi;
2. pemantauan intensif neurologis dan hemodinamik serta pencegahan komplikasi;
3. asuhan keperawatan, gizi (termasuk disfagia), kefarmasian, dan rehabilitasi dini;
4. perencanaan pulang, edukasi, rujukan, dan kesinambungan pelayanan;
5. pelayanan administrasi, informasi, pengaduan, dan kompensasi bagi pengguna layanan Unit Stroke.

1.5 Pengertian

No	Istilah	Pengertian
1	Standar Pelayanan	Tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur (UU 25/2009).
2	Maklumat Pelayanan	Pernyataan tertulis yang berisi keseluruhan rincian kewajiban dan janji yang terdapat dalam standar pelayanan.
3	Maladministrasi	Perilaku atau perbuatan melawan hukum, melampaui wewenang, menggunakan wewenang untuk tujuan lain, termasuk kelalaian atau pengabaian kewajiban hukum dalam penyelenggaraan pelayanan publik yang menimbulkan kerugian materiil dan/atau immateriil bagi masyarakat (UU 37/2008).
4	Pelaksana	Pejabat, pegawai, petugas, dan setiap orang yang bekerja di dalam organisasi penyelenggara yang bertugas melaksanakan tindakan atau serangkaian tindakan pelayanan publik.
5	Pengguna Layanan	Pasien, keluarga pasien, dan masyarakat yang menerima atau berkepentingan dengan pelayanan Unit Stroke.
6	Pengaduan	Penyampaian keluhan oleh pengadu kepada pengelola pengaduan atas pelayanan yang tidak sesuai standar pelayanan atau pengabaian kewajiban dan/atau pelanggaran larangan oleh penyelenggara.
7	Kompensasi	Bentuk pertanggungjawaban penyelenggara kepada pengguna layanan apabila pelayanan yang diberikan terbukti tidak sesuai dengan standar pelayanan.
8	Survei Kepuasan Masyarakat (SKM)	Kegiatan pengukuran secara komprehensif tingkat kepuasan masyarakat terhadap kualitas layanan berdasarkan 9 unsur pelayanan (PermenPAN-RB 14/2017).
9	Unit Stroke	Unit pelayanan yang menyelenggarakan perawatan pasien stroke secara terorganisasi, multidisiplin, dan terintegrasi, dengan tenaga terlatih dan protokol baku, dipimpin dokter spesialis neurologi, berkapasitas 8 tempat tidur.
10	Code Stroke	Sistem aktivasi tim stroke untuk pasien terduga stroke akut dengan onset dalam jendela terapi, yang dapat diaktifkan 24 jam setiap hari.
11	Door-to-CT / Door-to-Needle	Waktu sejak pasien tiba di rumah sakit hingga CT-Scan kepala dimulai / hingga obat trombolitik intravena mulai diberikan.
12	Kelompok Rentan	Penyandang disabilitas, lanjut usia, wanita hamil, anak-anak, korban bencana alam, dan korban bencana sosial yang berhak memperoleh pelayanan dengan perlakuan khusus (Pasal 29 UU 25/2009).

1.6 Sistematika Pedoman

Pedoman ini terdiri atas BAB I Pendahuluan; BAB II Gambaran Umum Penyelenggara; BAB III Asas, Prinsip, dan Tahapan Penyusunan Standar Pelayanan; BAB IV Standar Pelayanan Unit Stroke (14 Komponen); BAB V Maklumat Pelayanan dan Kompensasi; BAB VI Publikasi dan Keterbukaan Informasi; BAB VII Pencegahan Maladministrasi; BAB VIII Pemantauan, Evaluasi, dan Penyempurnaan; BAB IX Penutup; serta Lampiran (ringkasan standar pelayanan, daftar SPO, clinical pathway, dan format penilaian kinerja pegawai).

BAB II

GAMBARAN UMUM PENYELENGGARA

2.1 Profil RSUD Blambangan

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

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

2.2 Profil Unit Stroke

Aspek	Keterangan
Mulai beroperasi	18 Desember 2025
Kapasitas	8 (delapan) tempat tidur
Strata jejaring	Madya — mampu trombolisis intravena dan intervensi vaskular non-bedah
Jam pelayanan	24 jam setiap hari, termasuk hari libur (code stroke dapat diaktifkan 24/7)
Kedudukan	Di bawah pembinaan Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang melalui Bidang Pelayanan (Seksi Pelayanan Medik dan Seksi Pelayanan Keperawatan)
Kepala Unit Stroke	dr. Indah Ari Handayani, Sp.N, FINA
Sekretaris Unit Stroke	dr. Laxmiprita Pusparani Rahardjo, Sp.N
Kepala Ruangan	Rilo Abadi, S.Kep
Penunjang 24 jam	CT-Scan ≥ 64 slice (jalur prioritas code stroke), Cath Lab/DSA (BENVI), laboratorium cito, depo farmasi IGD dengan stok penyangga trombolitik
Dasar internal	Pedoman Pengorganisasian Unit Stroke (SK 445/316/429.401/2025); Pedoman Pelayanan Unit Stroke (SK 445/4980/429.401/2025)

Struktur organisasi Unit Stroke ditetapkan dalam Pedoman Pengorganisasian Unit Stroke sebagaimana Gambar 2.1.



Gambar 2.1 Struktur Organisasi Unit Stroke RSUD Blambangan

2.3 Jenis Pelayanan Unit Stroke

No	Jenis Pelayanan	Uraian Singkat
1	Pelayanan fase hiperakut	Dukungan code stroke, pemantauan pasca trombolisis intravena dan pasca neurointervensi
2	Pemantauan intensif	Neurologis (GCS, NIHSS) dan hemodinamik dengan monitor di setiap tempat tidur
3	Pencegahan komplikasi	Aspirasi, pneumonia, infeksi saluran kemih, trombosis vena dalam, dekubitus, jatuh, peningkatan tekanan intrakranial
4	Asuhan multidisiplin	Keperawatan, gizi (skrining dan diet disfagia), kefarmasian klinis, rehabilitasi dini
5	Edukasi dan perencanaan pulang	BE-FAST, pencegahan sekunder, perawatan di rumah, jadwal kontrol
6	Rujukan jejaring	Rujukan ke rumah sakit pengampu dan penerimaan rujukan sesuai strata

2.4 Data Pelayanan

Tabel 2.1 Jumlah Pasien Stroke RSUD Blambangan Tahun 2021–2025 menurut Diagnosis

Diagnosis	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Perdarahan intrakranial (I61)	41 (36,0)	125 (36,1)	363 (36,7)	278 (30,9)	233 (26,2)	1.040 (32,1)
Infark serebral (I63)	73 (64,0)	221 (63,9)	626 (63,3)	622 (69,1)	655 (73,8)	2.197 (67,9)
Jumlah pasien	114	346	989	900	888	3.237
Rata-rata pasien per bulan	9,5	28,8	82,4	75,0	74,0	54,0

Tabel 2.2 Rekapitulasi Bulanan Pasien Stroke Tahun 2021–2025

Bulan	I61 2021	I63 2021	I61 2022	I63 2022	I61 2023	I63 2023	I61 2024	I63 2024	I61 2025	I63 2025
Januari	5	7	12	20	19	37	25	54	18	47
Februari	6	5	3	10	29	27	31	70	20	31
Maret	4	5	4	11	27	46	15	53	14	39

Bulan	I61 2021	I63 2021	I61 2022	I63 2022	I61 2023	I63 2023	I61 2024	I63 2024	I61 2025	I63 2025
April	3	8	4	13	31	49	20	49	15	55
Mei	2	10	7	9	31	53	26	43	18	52
Juni	5	13	7	8	40	58	24	46	21	46
Juli	4	4	6	17	29	63	28	58	24	72
Agustus	0	1	18	16	26	57	17	56	29	59
September	0	1	12	21	30	62	37	55	27	64
Oktober	1	2	10	34	37	58	22	56	16	69
November	4	6	14	32	30	54	21	45	20	68
Desember	7	11	28	30	34	62	12	37	11	53
Jumlah	41	73	125	221	363	626	278	622	233	655

Sumber: Data Pasien CVA RSUD Blambangan Tahun 2021–2025 (rekapitulasi bulanan diagnosis I61 dan I63). Persentase dihitung terhadap jumlah pasien tahun yang sama.

BAB III

ASAS, PRINSIP, DAN TAHAPAN PENYUSUNAN STANDAR PELAYANAN

3.1 Asas Pelayanan Publik

Sesuai Pasal 4 Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009, pelayanan Unit Stroke diselenggarakan berdasarkan asas:

Asas	Penerapan di Unit Stroke
Kepentingan umum	Pasien gawat darurat dilayani terlebih dahulu tanpa mendahulukan persyaratan administrasi
Kepastian hukum	Seluruh pelayanan mengacu pada regulasi dan SPO yang ditetapkan
Kesamaan hak	Pelayanan tidak membedakan suku, ras, agama, golongan, gender, dan status ekonomi
Keseimbangan hak dan kewajiban	Hak dan kewajiban pasien dijelaskan saat orientasi pasien baru
Keprofesionalan	Pelaksana memiliki kompetensi sesuai bidang tugas
Partisipatif	Standar pelayanan disusun bersama perwakilan masyarakat
Persamaan perlakuan/tidak diskriminatif	Pasien JKN dan pasien umum mendapat mutu pelayanan klinis yang sama
Keterbukaan	Standar pelayanan, maklumat, biaya, dan kanal pengaduan dipublikasikan
Akuntabilitas	Setiap proses pelayanan terdokumentasi di E-RM dan dapat dipertanggungjawabkan
Fasilitas dan perlakuan khusus bagi kelompok rentan	Disediakan sarana dan prioritas bagi penyandang disabilitas, lansia, wanita hamil, dan anak
Ketepatan waktu	Target waktu pelayanan ditetapkan dan dipantau (door-to-CT, door-to-needle, visite)
Kecepatan, kemudahan, dan keterjangkauan	Alur sederhana, informasi jelas, biaya sesuai ketentuan

3.2 Prinsip Penyusunan Standar Pelayanan

Mengacu PermenPAN-RB Nomor 15 Tahun 2014, standar pelayanan Unit Stroke disusun dengan prinsip: **sederhana** (mudah dimengerti dan dilaksanakan), **konsistensi** (taat pada ketentuan yang ditetapkan), **partisipatif** (melibatkan masyarakat), **akuntabel** (dapat dipertanggungjawabkan), **berkelanjutan** (dievaluasi dan disempurnakan), **transparansi** (mudah diakses masyarakat), serta **keadilan** (menjamin pelayanan bagi seluruh lapisan masyarakat).

3.3 Tahapan Penyusunan dan Penetapan

Tahap	Kegiatan	Pelaksana	Bukti
1. Persiapan	Membentuk tim penyusun; mengidentifikasi regulasi, data pelayanan, dan masukan pengaduan/SKM	Kepala Unit Stroke, Kepala Ruangan	Surat tugas tim, daftar regulasi
2. Penyusunan rancangan	Menyusun rancangan 14 komponen dengan mengacu pedoman organisasi dan pelayanan unit	Tim penyusun	Draft standar pelayanan
3. Pembahasan bersama masyarakat	Forum dengan perwakilan keluarga pasien/komunitas penyintas stroke/tokoh masyarakat, unit terkait, dan pengelola pengaduan	Kepala Unit Stroke	Undangan, daftar hadir, notulen, berita acara
4. Penetapan	Penetapan dengan Keputusan Direktur dan penandatanganan Maklumat Pelayanan	Direktur	Keputusan Direktur, maklumat bertanda tangan
5. Penerapan dan publikasi	Sosialisasi internal; pemasangan papan informasi; unggah ke laman/media sosial	Kepala Ruangan, Humas	Notulen sosialisasi, foto papan, tangkapan layar

Tahap	Kegiatan	Pelaksana	Bukti
6. Pemantauan dan evaluasi	Evaluasi berkala berdasarkan SKM, pengaduan, indikator mutu, dan hasil pengawasan internal/eksternal	Kepala Unit Stroke, Komite Mutu	Laporan evaluasi, revisi standar

BAB IV

STANDAR PELAYANAN UNIT STROKE (14 KOMPONEN)

Standar pelayanan Unit Stroke terdiri atas 14 komponen. Enam komponen bersifat **penyampaian pelayanan (service delivery)** yang wajib dipublikasikan kepada masyarakat, yaitu persyaratan; sistem, mekanisme, dan prosedur; jangka waktu; biaya/tarif; produk pelayanan; serta penanganan pengaduan. Delapan komponen lainnya bersifat **pengelolaan pelayanan (manufacturing)** yang menjadi pedoman internal penyelenggara. Urutan komponen dalam bab ini mengikuti daftar 14 komponen yang ditetapkan tim penyusun.

Tabel 4.1 Ringkasan 14 Komponen Standar Pelayanan Unit Stroke

No	Komponen	Sifat	Inti Ketentuan Unit Stroke
1	Dasar hukum	Pengelolaan Pelayanan	UU 25/2009, UU 17/2023, Permenkes 6/2026, KMK 304/2026 PNPk Stroke, Perda Banyuwangi 3/2025, dll.
2	Persyaratan	Penyampaian Pelayanan	Identitas, penjaminan, rujukan (bila ada), general consent; gawat darurat dilayani lebih dahulu
3	Sistem, mekanisme, prosedur	Penyampaian Pelayanan	8 tahap alur Unit Stroke + alur code stroke
4	Jangka waktu	Penyampaian Pelayanan	Door-to-CT $\leq$ 25 menit; door-to-needle $\leq$ 60 menit; skrining disfagia $\leq$ 6 jam; mobilisasi $\leq$ 24 jam
5	Biaya/tarif	Penyampaian Pelayanan	JKN tanpa pungutan tambahan; umum sesuai Perda 3/2025
6	Produk pelayanan	Penyampaian Pelayanan	Rawat inap stroke terintegrasi, resume, edukasi, surat kontrol/rujukan
7	Sarana, prasarana, fasilitas	Pengelolaan Pelayanan	8 TT lengkap monitor; akses kelompok rentan; sarana informasi & pengaduan
8	Kompetensi pelaksana	Pengelolaan Pelayanan	Sp.N, perawat mahir stroke (BTCLS/BNLS, NIHSS, disfagia), tim multidisiplin
9	Pengawasan internal	Pengelolaan Pelayanan	Berjenjang: Ketua Tim–Kepala Ruangan–Kepala Unit–Bidang–Komite Mutu/SPI
10	Pengaduan, saran, masukan	Penyampaian Pelayanan	8 kanal; ringan 1–3, sedang 3–7, kompleks $\leq$ 14 hari kerja
11	Jumlah pelaksana	Pengelolaan Pelayanan	Kebutuhan 11 perawat (Gillies); rasio 1:2 akut, 1:3 subakut
12	Jaminan pelayanan	Pengelolaan Pelayanan	Maklumat Pelayanan + kompensasi berjenjang
13	Jaminan keamanan & keselamatan	Pengelolaan Pelayanan	6 SKP, pelaporan IKP, PPI, K3RS, perlindungan data, anti-perundungan
14	Evaluasi kinerja pelaksana	Pengelolaan Pelayanan	SKM, 7 indikator mutu, laporan bulanan, SKP, evaluasi tahunan standar

Komponen 1 — Dasar Hukum *(Pengelolaan Pelayanan)*

Peraturan perundang-undangan yang menjadi landasan penyelenggaraan pelayanan Unit Stroke adalah sebagai berikut.

Tabel 4.2 Dasar Hukum Penyelenggaraan Pelayanan Unit Stroke

No	Peraturan	Pokok Pengaturan yang Relevan
A. Pelayanan Publik dan Keterbukaan Informasi		
1	UU Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik	Kewajiban standar pelayanan 14 komponen (Ps. 20–21), maklumat (Ps. 22), perlakuan khusus kelompok rentan (Ps. 29), pengelolaan pengaduan (Ps. 36–37)
2	UU Nomor 37 Tahun 2008 tentang Ombudsman RI	Pengertian maladministrasi; kewenangan Ombudsman mengawasi pelayanan publik

No	Peraturan	Pokok Pengaturan yang Relevan
3	UU Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik	Kewajiban mengumumkan informasi pelayanan
4	PP Nomor 96 Tahun 2012	Pelaksanaan UU Pelayanan Publik: ruang lingkup, sistem informasi, partisipasi masyarakat
5	Perpres Nomor 76 Tahun 2013	Pengelolaan pengaduan pelayanan publik
6	PermenPAN-RB Nomor 15 Tahun 2014	Pedoman standar pelayanan dan maklumat pelayanan
7	PermenPAN-RB Nomor 14 Tahun 2017	Pedoman Survei Kepuasan Masyarakat (9 unsur)
8	PermenPAN-RB Nomor 62 Tahun 2018	Sistem Pengelolaan Pengaduan Pelayanan Publik Nasional (SP4N-LAPOR!)
B. Kesehatan dan Rumah Sakit		
9	UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan	Hak dan kewajiban pasien, kewajiban rumah sakit, tenaga medis dan tenaga kesehatan
10	PP Nomor 28 Tahun 2024	Peraturan pelaksanaan UU Kesehatan: penyelenggaraan RS, mutu, keselamatan pasien
11	Permenkes Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit	Penyelenggaraan rumah sakit (mencabut antara lain Permenkes 4/2018, 49/2013, 80/2020, 3/2020)
12	Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien	Sasaran keselamatan pasien dan pelaporan insiden
13	Permenkes Nomor 66 Tahun 2016 tentang K3 Rumah Sakit	Keselamatan dan kesehatan kerja
14	Permenkes Nomor 27 Tahun 2017	Pencegahan dan pengendalian infeksi
15	Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis	Rekam medis elektronik, kerahasiaan
16	Permenkes Nomor 30 Tahun 2022	Indikator Nasional Mutu
17	Permenkes Nomor 16 Tahun 2024	Sistem rujukan pelayanan kesehatan perseorangan
18	KMK HK.01.07/MENKES/1596/2024	Standar Akreditasi Rumah Sakit
19	KMK HK.01.07/MENKES/304/2026	PNPK Tata Laksana Stroke (mencabut KMK 394/2019)
20	KMK HK.01.07/MENKES/174/2024 dan KMK HK.01.07/MENKES/1277/2024	Jejaring Pengampuan Pelayanan Kesehatan Prioritas termasuk stroke
21	Kepdirjen Yankes HK.02.02/D/42952/2024	Petunjuk teknis RS Jejaring Pengampuan Pelayanan Stroke
C. Kepegawaian, Disabilitas, dan Data Pribadi		
22	UU Nomor 20 Tahun 2023 tentang ASN; PP Nomor 94 Tahun 2021 tentang Disiplin PNS	Kode etik, disiplin, dan kinerja pegawai
23	PermenPAN-RB Nomor 6 Tahun 2022	Pengelolaan kinerja pegawai ASN (SKP)
24	UU Nomor 8 Tahun 2016; PP Nomor 42 Tahun 2020	Aksesibilitas pelayanan publik bagi penyandang disabilitas
25	UU Nomor 27 Tahun 2022 tentang Pelindungan Data Pribadi	Kerahasiaan data pasien dan pelapor
D. Peraturan Daerah dan Internal RSUD Blambangan		
26	Perda Kab. Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025 (perubahan Perda 1/2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah)	Tarif retribusi pelayanan kesehatan RSUD Blambangan (Lampiran I)
27	Perbup Banyuwangi Nomor 23 Tahun 2024	Hospital By Laws RSUD Blambangan
28	Perbup Banyuwangi Nomor 53 Tahun 2024	Susunan organisasi dan tata kerja RSUD Blambangan
29	SK Direktur Nomor 445/316/429.401/2025	Pedoman Pengorganisasian Unit Stroke
31	Keputusan Direktur tentang Pengelolaan Pengaduan dan Pedoman Pencegahan dan Penanganan Perundungan RSUD Blambangan	Kanal, alur, standar waktu, perlindungan pelapor

Komponen 2 — Persyaratan *(Penyampaian Pelayanan)*

Persyaratan adalah syarat (dokumen atau hal lain) yang harus dipenuhi dalam pengurusan pelayanan, baik teknis maupun administratif. **Pasien gawat darurat (termasuk terduga stroke akut/code stroke) dilayani terlebih dahulu tanpa menunggu kelengkapan administrasi.** Persyaratan administrasi dilengkapi keluarga paling lambat 3 × 24 jam hari kerja.

Tabel 4.3 Persyaratan Teknis

No	Persyaratan Teknis	Keterangan
1	Diagnosis atau dugaan stroke/kondisi neurologis yang memenuhi kriteria masuk Unit Stroke	Ditetapkan DPJP/dokter spesialis neurologi
2	Prioritas masuk: I (stroke akut iskemik/hemoragik, pasca trombolisis/trombektomi, tanpa ventilator); II (perioperatif bedah saraf/intervensi); III (neurologi lain/pasca stroke yang memerlukan pemantauan dan rehabilitasi dini)	Pedoman Pelayanan Unit Stroke
3	Surat perintah rawat inap dan instruksi terapi DPJP	Dari IGD, poliklinik saraf, ICU, kamar operasi/Cath Lab, atau ruang rawat lain
4	Ketersediaan tempat tidur dikonfirmasi Penanggung Jawab Unit Stroke	Bila penuh, pasien dirawat di ruang lain dengan pemantauan setara atau dirujuk sesuai jejaring
5	Persetujuan umum (general consent) dan persetujuan perawatan	Ditandatangani pasien/keluarga setelah mendapat penjelasan
6	Persetujuan tindakan kedokteran untuk tindakan berisiko (trombolisis, DSA/trombektomi, CVC)	Didahului penjelasan manfaat dan risiko oleh dokter

Tabel 4.4 Persyaratan Administratif menurut Jenis Penjaminan

Jenis Pasien	Dokumen yang Diperlukan
Peserta JKN/BPJS Kesehatan	KTP-el/KK/kartu identitas lain; kartu JKN-KIS atau NIK aktif; surat rujukan FKTP/RS (untuk pasien non-gawat darurat dari luar); Surat Eligibilitas Peserta diterbitkan petugas admisi
Pasien Umum	KTP-el/KK/kartu identitas lain; surat pernyataan sebagai pasien umum
Asuransi lain/perusahaan/SPM/Jamkesda	Identitas; kartu asuransi/surat jaminan/dokumen program sesuai ketentuan penjamin
Rujukan dari RS lain (jejaring)	Surat rujukan; resume klinis dan hasil penunjang; komunikasi melalui SISRU/telekonsultasi
Pasien tanpa identitas/terlantar	Tetap dilayani; identitas sementara dari rumah sakit; koordinasi dengan pekerja sosial/dinas sosial sesuai ketentuan

Larangan

Pelaksana dilarang menolak, menunda, atau mempersulit pelayanan gawat darurat karena alasan administrasi atau biaya, serta dilarang meminta persyaratan di luar yang tercantum dalam standar pelayanan ini.

Komponen 3 — Sistem, Mekanisme, dan Prosedur *(Penyampaian Pelayanan)*

Tata cara pelayanan yang dibakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan, termasuk pengaduan. Alur pelayanan Unit Stroke terdiri atas delapan tahap sebagaimana papan alur yang dipasang di Unit Stroke (Gambar 4.1) dan diuraikan pada tabel berikut.



Gambar 4.1 Papan Alur Pelayanan Unit Stroke RSUD Blambangan (terpasang di ruang tunggu)

Tabel 4.5 Alur Pelayanan Unit Stroke

Tahap	Kegiatan	Pelaksana	Dokumen/Output
1. Asal pasien	IGD (aktivasi code stroke), ICU, kamar operasi/Cath Lab, poliklinik saraf, rawat inap lain, rujukan jejaring	Unit asal	Catatan IGD/rujukan
2. Penetapan indikasi	DPJP menetapkan diagnosis, indikasi dan prioritas masuk Unit Stroke, instruksi terapi, dan surat perintah rawat	DPJP Sp.N	Surat perintah rawat, instruksi
3. Koordinasi unit asal	Konfirmasi tempat tidur; KIE kepada keluarga; persetujuan perawatan; kelengkapan E-RM, obat, hasil penunjang	Perawat unit asal, PJ Unit Stroke	Persetujuan, E-RM
4. Admisi	Pendaftaran rawat inap; verifikasi penjaminan; penerbitan SEP/SJP	Petugas admisi	SEP/SJP, data admisi
5. Transfer	Pemindahan dengan brankar/bed, monitor dan oksigen sesuai derajat transfer, didampingi perawat dan pramubakti	Perawat, pramubakti	Formulir transfer
6. Penerimaan	Identifikasi minimal 2 identitas; serah terima SBAR dengan read back; pemasangan monitor; orientasi	Ketua Tim/perawat	Formulir orientasi, lembar tata tertib

Tahap	Kegiatan	Pelaksana	Dokumen/Output
	pasien/keluarga, tata tertib, hak dan kewajiban, standar pelayanan, cara mengadu		
7. Asuhan 24 jam	Pengkajian awal, NIHSS, GCS, skrining disfagia, asesmen jatuh/dekubitus/nyeri/gizi, pemantauan tiap 3–4 jam, mobilisasi dini, visite DPJP harian, family meeting	Tim stroke multidisiplin	CPPT, flow sheet, E-RM
8. Keluar Unit Stroke	Stabil → pindah ruang/pulang; memburuk → ICU/ICCU; perlu tindakan lanjut → rujuk RS pengampu; APS → edukasi risiko dan informed refusal; meninggal → prosedur pasien meninggal	DPJP, perawat, MPP, admisi	Resume medis/keperawatan, surat kontrol/rujukan

Tabel 4.6 Alur Pelayanan Fase Hiperakut (Code Stroke)

No	Langkah	Target
1	Triase IGD skrining BE-FAST; catat waktu onset/last known well dan waktu tiba; aktivasi code stroke bila dalam jendela terapi	Saat tiba
2	Penilaian A-B-C, GCS, NIHSS, gula darah kapiler, tanda vital, berat badan; sampel laboratorium cito tanpa menunda CT	Segera
3	CT-Scan kepala tanpa kontras melalui jalur prioritas; CTA/perfusi/DSA sesuai indikasi	Door-to-CT ≤ 25 menit (bertahap ≤ 20 menit)
4	Checklist pra-trombolisis (antikoagulan, ACE-inhibitor), edukasi dan persetujuan keluarga	Paralel dengan CT
5	Trombolisis IV (alteplase 0,9 mg/kgBB maks. 90 mg atau tenekteplase 0,25 mg/kgBB maks. 25 mg) bila onset < 4,5 jam dan memenuhi indikasi	Door-to-needle ≤ 60 menit
6	Dugaan oklusi pembuluh darah besar: penilaian trombektomi (hingga 24 jam pasien terpilih) di BENVI atau rujukan tanpa menunda trombolisis	Sesuai PNPK 2026
7	Transfer ke Unit Stroke; pemantauan pasca trombolisis: tiap 15 menit (2 jam), tiap 30 menit (6 jam), tiap jam hingga 24 jam	Sesuai protokol

Prosedur rinci setiap tahap diatur dalam SPO Unit Stroke (daftar lengkap pada **Lampiran 2**) dan alur klinis (clinical pathway) stroke infark, stroke infark dengan trombolisis, serta DSA serebral (**Lampiran 3**).

Komponen 4 — Jangka Waktu Penyelesaian (Penyampaian Pelayanan)

Jangka waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan seluruh proses pelayanan dari setiap tahap. Lama rawat keseluruhan bergantung pada kondisi klinis pasien dan alur klinis (clinical pathway) stroke.

Tabel 4.7 Standar Waktu Pelayanan Unit Stroke

No	Tahap/Jenis Pelayanan	Standar Waktu	Acuan
1	Pencitraan otak (door-to-CT) pasien code stroke	≤ 25 menit sejak tiba; diupayakan ≤ 20 menit	SK Pedoman Pengorganisasian; PNPK 2026
2	Trombolisis IV (door-to-needle)	≤ 60 menit sejak tiba	SK Pedoman Pengorganisasian; PNPK 2026
3	Pengkajian awal medis dan keperawatan di Unit Stroke	≤ 24 jam sejak diterima, termasuk NIHSS, GCS, mRS pra-stroke	Pedoman Pelayanan Unit Stroke
4	Skrining disfagia	Sebelum asupan oral pertama dan ≤ 6 jam sejak diterima	Pedoman Pelayanan Unit Stroke
5	Pemantauan neurologis dan tanda vital rutin	Setiap 3–4 jam atau lebih sering sesuai kondisi	Pedoman Pelayanan Unit Stroke
6	Mobilisasi dini oleh petugas rehabilitasi medik	≤ 24 jam sejak diterima (pasien memenuhi kriteria)	Indikator mutu unit
7	Antiplatelet pada stroke iskemik (sesuai indikasi)	< 48 jam; 24 jam pasca trombolisis setelah CT ulang	PNPK 2026
8	Visite DPJP	Setiap hari termasuk hari libur, pukul 07.00–08.30, paling lambat 14.00	INM kepatuhan visite
9	Pertemuan keluarga (family meeting)	Setiap hari pukul 11.00–12.00	Pedoman Pelayanan Unit Stroke

No	Tahap/Jenis Pelayanan	Standar Waktu	Acuan
10	Pelaporan hasil kritis laboratorium/radiologi kepada DPJP	Segera (≤ 30 menit) dengan read back	INM pelaporan hasil kritis
11	Kelengkapan rekam medis pasien keluar	$\leq 2 \times 24$ jam	Pedoman Pelayanan Unit Stroke
12	Penyelesaian administrasi kepulangan	≤ 2 jam setelah DPJP menyatakan pasien boleh pulang	Target unit (ditetapkan bersama admisi)
13	Tanggapan atas pengaduan	Verifikasi 1–2 hari kerja; ringan 1–3, sedang 3–7, kompleks ≤ 14 hari kerja	Pedoman Penanganan Pengaduan RSUD Blambangan

Komponen 5 — Biaya/Tarif *(Penyampaian Pelayanan)*

Ongkos yang dikenakan kepada penerima layanan ditetapkan berdasarkan kesepakatan penyelenggara dengan DPRD dalam bentuk Peraturan Daerah. Tarif pelayanan RSUD Blambangan mengacu pada **Lampiran I Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 3 Tahun 2025** tentang Perubahan atas Perda Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.

Tarif disusun menurut kemungkinan terjadinya pada pasien Unit Stroke: **(A)** pelayanan rutin yang diterima hampir setiap pasien, **(B)** pemeriksaan dan tindakan sesuai indikasi klinis, **(C)** tindakan reperfusi, neurointervensi, dan bedah saraf, **(D)** pelayanan bila terjadi alih rawat, komplikasi, kematian, atau pasca pulang, **(E)** tindakan keperawatan dan tindakan medis non-operatif di Unit Stroke, serta **(F)** laboratorium patologi klinik rutin. Kolom tarif adalah tarif **reguler**; tarif cito/non-reguler dicantumkan pada keterangan bila diatur.

Tabel 4.8 Tarif A — Pelayanan Rutin Pasien Unit Stroke

No	Jenis Pelayanan/Tindakan	Tarif (Rp)	Satuan/Keterangan
A.1 Pemeriksaan awal			
1	Pemeriksaan triase pasien gawat darurat	40.000	Sekali, di IGD
2	Konsultasi dokter IGD	52.000	Sekali
3	Pemeriksaan awal pasien rawat inap	65.000	Sekali
A.2 Akomodasi dan nutrisi (per hari, sesuai kelas tempat tidur Unit Stroke)			
4	Kamar Kelas III / Kelas II / Kelas I	130.000 / 195.000 / 325.000	Per hari
5	Kamar HCU/Intermediate	325.000	Per hari
6	Kamar VIP / VVIP	950.000 / 1.100.000	Per hari
7	Nutrisi Kelas III / II / I / HCU	70.000 / 80.000 / 100.000 / 80.000	Per hari
8	Nutrisi VIP / VVIP	150.000 / 150.000	Per hari
A.3 Visite dokter (per visite)			
9	Visite HCU: subspesialis / spesialis / umum	80.000 / 65.000 / 52.000	Kelas II sama dengan HCU
10	Visite Kelas I: subspesialis / spesialis / umum	85.000 / 70.000 / 65.000	
11	Visite Kelas III: subspesialis / spesialis / umum	70.000 / 45.000 / 39.000	
12	Visite VIP: subspesialis / spesialis / umum	120.000 / 110.000 / 100.000	VVIP 350.000 / 250.000 / 150.000
A.4 Pemeriksaan penunjang dasar			
13	CT-Scan kepala tanpa kontras	1.600.000	Pemeriksaan wajib code stroke; CT ulang 24 jam pasca trombolisis
14	Elektrokardiografi (pelayanan Cath Lab/Instalasi Jantung)	105.000	Cito 136.500; EKG di tempat tidur lihat Tarif E
15	Foto toraks (AP/Lat/ $\frac{1}{2}$ duduk)	150.000	Di ruang selain radiologi (portable) + 30%

No	Jenis Pelayanan/Tindakan	Tarif (Rp)	Satuan/Keterangan
16	Elektrolit 5 parameter (Na, K, Cl, Ca, Mg)	180.000	Non-reguler 245.000
A.5 Kefarmasian			
17	Farmasi klinis rawat inap (rekonsiliasi, telaah resep, PTO, MESO)	37.500	Per pasien
18	Visite apoteker	40.000	Per pasien per hari (VVIP 100.000)
19	Unit Dose Dispensing (UDD) / ODDD	75.000 / 37.500	Per hari
20	Resep obat jadi	5.000	Per R/
21	Resep racikan < 30 / 30–60 / > 60	10.000 / 15.000 / 22.500	Per resep
22	Handling aseptik	52.500	Per campuran
23	Konseling apoteker (edukasi obat pulang)	25.000	Per konseling
24	Paket BMHP sederhana	5.000	Per paket
A.6 Rehabilitasi dan gizi			
25	Tindakan rehabilitasi medis kecil (exercise, IR, dll.)	57.200	Non-reguler 65.650
26	Tindakan rehabilitasi medis sedang (TENS, faradisasi, US, SWD, MWD)	65.000	Non-reguler 73.450
27	Tindakan rehabilitasi medis besar (traksi, vibrator, treadmill)	73.450	Non-reguler 81.250
28	Konsultasi/konseling gizi	32.000	Per konsultasi
29	Konsul dokter spesialis	75.000	Per konsul
30	Konsul by phone: subspesialis / spesialis / umum	52.000 / 39.000 / 35.000	Per konsul
A.7 Gas medik			
31	Oksigen	Sesuai tabel (contoh: 2 L/menit × 1 jam = 3.432; 3 L/menit × 1 jam = 5.148)	Tabel konsumsi liter/menit × jam, Bagian XXV

Tabel 4.9 Tarif B — Pemeriksaan dan Tindakan Sesuai Indikasi

No	Jenis Pelayanan/Tindakan	Tarif (Rp)	Satuan/Keterangan
B.1 Radiologi dan pencitraan vaskular			
1	CT-Scan kepala dengan kontras	1.900.000	
2	CT Angiografi (karotis, kepala, ekstremitas, perfusi kepala)	3.600.000	Seleksi tromboektomi/LVO
3	CT-Scan toraks tanpa kontras	1.700.000	Curiga pneumonia aspirasi berat
4	Foto kepala (skull AP/Lat)	320.000	Trauma kepala penyerta
5	USG abdomen (non superfisial)	450.000	
6	USG vaskular ekstremitas atas/bawah	900.000	Curiga trombosis vena dalam
7	Doppler vaskular (USG)	1.400.000	
B.2 Kardiovaskular			
8	Dopler karotis	700.000	Cito 910.000; evaluasi stenosis karotis
9	Echocardiografi dewasa	1.200.000	Cito 1.560.000; sumber kardioemboli
10	Critical echocardiografi	1.400.000	Cito 1.820.000
11	Vascular screening (ABI)	518.700	Cito 674.310
12	Defibrilasi / kardioversi	450.000 / 450.000	Cito 585.000
13	High-sensitivity troponin	390.000	Non-reguler 450.000
B.3 Laboratorium khusus			

No	Jenis Pelayanan/Tindakan	Tarif (Rp)	Satuan/Keterangan
14	Analisa gas darah (BGA) + laktat	340.000	Non-reguler 425.000
15	Kultur dan tes kepekaan antibiotik (darah, sputum, urin, pus)	467.500	Non-reguler 552.500; per sampel
B.4 Tindakan anestesi dan intensif di unit			
16	Inseri kateter vena sentral (CVC)	2.100.000	Aff CVC 91.100
17	Pemasangan arterial line	1.808.400	Aff 91.100
18	Intubasi endotrakeal di luar kamar operasi	850.000	Perburukan jalan napas sebelum alih ICU
19	Pemasangan dan maintenance kateter intratekal/lumbal drain	2.432.020	Aff 91.100
20	Percutaneous dilated tracheostomy (PDT)	2.700.000	Dekanulasi 91.100
B.5 Transfusi			
21	Darah	490.000	Per kantong
22	Crossmatch	135.000	Per pemeriksaan

Tabel 4.10 Tarif C — Reperfusi, Neurointervensi (BENVI), dan Bedah Saraf

No	Jenis Pelayanan/Tindakan	Tarif (Rp)	Satuan/Keterangan
C.1 Trombolisis			
1	IV trombolisis (Cath Lab Neuro)	9.500.000	Cito 12.350.000
2	Pelayanan trombolisis (farmasi)	525.000	Per pelayanan
3	Trombolisis intraarterial	16.800.000	Cito 21.840.000
C.2 Tindakan Cath Lab Neuro (Bagian XXXI)			
4	DSA serebral	12.000.000	Cito 15.600.000
5	DSA serebral dengan general anestesi	15.000.000	Cito 19.500.000
6	Trombektomi mekanik	95.900.000	Cito 124.670.000
7	Carotid stent	90.000.000	Cito 117.000.000
8	Koiling aneurisma intrakranial	70.000.000	Cito 91.000.000
9	Koiling aneurisma intrakranial dengan flow diverter	273.000.000	Cito 354.900.000
10	Embolisasi AVM / tumor	70.000.000	Cito 91.000.000
11	Embolisasi CCF	75.600.000	Cito 98.280.000
12	Paket BMHP Cath Lab	250.000	Per paket
C.3 Endovaskular bedah saraf (Bagian XXVII–XXVIII)			
13	Neurocath 1 — DSA/TFCA/TRCA lokal	9.000.000	Cito 11.700.000
14	Neurocath 2 — DSA/TFCA/TRCA dengan general anestesi	13.000.000	Cito 16.900.000
15	Neurocath 3 — stenting, coiling, embolisasi, flow diverter, trombektomi dengan GA	62.000.000	Cito 80.600.000
C.4 Operasi bedah saraf terkait stroke			
16	Khusus 1 — ICP monitor, lumbal drainage	20.000.000	Cito 26.000.000
17	Khusus 2 — trepanasi evakuasi ICH stroke, EVD, kraniotomi dekompresi, VP-shunt, kranioplasti	40.000.000	Cito 52.000.000
18	Khusus 3 — clipping aneurisma, eksisi AVM, bypass, endoskopi evakuasi ICH	60.000.000	Cito 78.000.000

Tabel 4.11 Tarif D — Alih Rawat, Kematian, dan Pelayanan Pasca Pulang

No	Jenis Pelayanan/Tindakan	Tarif (Rp)	Satuan/Keterangan
D.1 Alih rawat ke ICU/ICCU			

No	Jenis Pelayanan/Tindakan	Tarif (Rp)	Satuan/Keterangan
1	Kamar ICU/ICCU	580.000	Per hari
2	Nutrisi ICU/ICCU	100.000	Per hari
3	Visite ICU: subspesialis / spesialis / umum	260.000 / 130.000 / 110.000	Per visite
D.2 Pasien meninggal			
4	Perawatan jenazah muslim (lengkap) / non-muslim	800.000 / 750.000	Atas permintaan keluarga
5	Perawatan jenazah dengan penyakit menular	850.000	
6	Penyimpanan jenazah	350.000	
7	Formalin/pengawetan jenazah	1.200.000	Bila dibawa ke luar kota
D.3 Pasca pulang			
8	Pemeriksaan poliklinik spesialis (kontrol Poli Saraf)	97.500	Per kunjungan
9	Poliklinik eksekutif spesialis / subspesialis	180.000 / 230.000	Per kunjungan
10	Pelayanan perawatan rumah (home care) RSUD Blambangan	500.000	Per kunjungan
11	Pendampingan minum obat telefarmasi	50.000	

Tabel 4.12 Tarif E — Tindakan Keperawatan dan Tindakan Medis Non-Operatif di Unit Stroke

No	Jenis Tindakan	Tarif Reguler (Rp)	Kategori Perda / Keterangan
E.1 Kebersihan diri dan kenyamanan			
1	Menyeka dan memandikan pasien dewasa	96.330	Sedang 2 · non-reguler 126.750
2	Oral hygiene	32.110	Kecil 1 · non-reguler 47.320
3	Vulva hygiene / perawatan perineal	45.630	Kecil 2 · non-reguler 62.530
4	Matras dekubitus (kasur antidekubitus)	96.330	Sedang 2 · non-reguler 126.750
5	Kompres dingin/hangat	32.110	Kecil 1 · non-reguler 47.320
E.2 Akses vaskular, injeksi, dan cairan			
6	Pasang infus / venflon	45.630	Kecil 2 · non-reguler 62.530
7	Pasang infus dengan penyulit	96.330	Sedang 2 · non-reguler 126.750
8	Injeksi IM/IV/SC/IC	45.630	Kecil 2 · non-reguler 62.530
9	Injeksi IV melalui selang infus	32.110	Kecil 1 · non-reguler 47.320
10	Beri obat via infus (drip)	32.110	Kecil 1 · non-reguler 47.320
11	Pasang infus pump	45.630	Kecil 2 · non-reguler 62.530
12	Pasang syringe pump	45.630	Kecil 2 · non-reguler 62.530
13	Pemasangan three way	96.330	Sedang 2 · non-reguler 126.750
14	Melakukan koreksi elektrolit	45.630	Kecil 2 · non-reguler 62.530
15	Regulasi cepat insulin	45.630	Kecil 2 · non-reguler 62.530
16	Transfusi darah	45.630	Kecil 2 · non-reguler 62.530
17	Lepas infus	32.110	Kecil 1 · non-reguler 47.320
E.3 Pemeriksaan dan pengambilan sampel di tempat tidur			
18	Pemeriksaan GDA stik (gula darah kapiler)	32.110	Kecil 1 · non-reguler 47.320
19	Pengambilan sampel darah vena	32.110	Kecil 1 · non-reguler 47.320
20	Pengambilan sampel darah arteri	96.330	Sedang 2 · non-reguler 126.750
21	Pemeriksaan tanda-tanda vital	32.110	Kecil 1 · non-reguler 47.320

No	Jenis Tindakan	Tarif Reguler (Rp)	Kategori Perda / Keterangan
22	Saturasi oksigen	32.110	Kecil 1 · non-reguler 47.320
23	Pemeriksaan EKG	59.150	Sedang 1 · non-reguler 79.430
E.4 Nutrisi dan eliminasi			
24	Pasang OGT / NGT	45.630	Kecil 2 · non-reguler 62.530
25	Pemasangan NGT + dekompresi	59.150	Sedang 1 · non-reguler 79.430
26	Memberi makan lewat sonde	32.110	Kecil 1 · non-reguler 47.320
27	Lepas NGT / OGT	32.110	Kecil 1 · non-reguler 47.320
28	Memberikan obat oral	32.110	Kecil 1 · non-reguler 47.320
29	Pemasangan dower kateter tanpa penyulit	59.150	Sedang 1 · non-reguler 79.430
30	Pemasangan dower kateter dengan penyulit	239.980	Khusus 1 · non-reguler 316.030
31	Lepas dower kateter	32.110	Kecil 1 · non-reguler 47.320
32	Spooling kateter (per hari)	32.110	Kecil 1 · non-reguler 47.320
33	Pasang kondom kateter / urine collector	32.110	Kecil 1 · non-reguler 47.320
34	Lavement (huknah)	45.630	Kecil 2 · non-reguler 62.530
E.5 Pernapasan dan kegawatan			
35	Pasang oksigen nasal	32.110	Kecil 1 · non-reguler 47.320; ditambah gas medik
36	Pasang oksigen masker	45.630	Kecil 2 · non-reguler 62.530; ditambah gas medik
37	Suction (pengisapan lendir)	59.150	Sedang 1 · non-reguler 79.430
38	Nebulizer	45.630	Kecil 2 · non-reguler 62.530
39	Chest fisioterapi	32.110	Kecil 1 · non-reguler 47.320
40	Pasang OPA/NPA	32.110	Kecil 1 · non-reguler 47.320
41	Melakukan RJP	59.150	Sedang 1 · non-reguler 79.430
42	Pasang ETT	96.330	Sedang 2 · non-reguler 126.750
43	DC shock	239.980	Khusus 1 · non-reguler 316.030
44	Pemantauan pasien dengan ventilator	239.980	Khusus 1 · non-reguler 316.030
E.6 Pemantauan dan pemeriksaan neurologis			
45	Bed side monitor (observasi monitor)	96.330	Sedang 2 · non-reguler 126.750
46	Pemantauan inotropik / hemodinamik	59.150	Sedang 1 · non-reguler 79.430
47	Pemeriksaan neurologis	96.330	Sedang 2 · non-reguler 126.750
48	Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES)	239.980	Khusus 1 · non-reguler 316.030
E.7 Perawatan luka			
49	Perawatan luka dekubitus grade 1	45.630	Kecil 2 · non-reguler 62.530
50	Rawat luka dekubitus grade 2	59.150	Sedang 1 · non-reguler 79.430

No	Jenis Tindakan	Tarif Reguler (Rp)	Kategori Perda / Keterangan
51	Rawat luka dekubitus grade 3	138.580	Besar 1 · non-reguler 180.830
52	Rawat luka dekubitus grade 4	197.730	Besar 2 · non-reguler 253.500
53	Perawatan luka kotor + nekrotomi (5–10 cm)	59.150	Sedang 1 · non-reguler 79.430
54	Perawatan luka kotor + nekrotomi (> 10 cm)	96.330	Sedang 2 · non-reguler 126.750
55	Perawatan luka bersih (termasuk area punksi pasca DSA)	45.630	Kecil 2 · non-reguler 62.530
56	Ganti balutan	32.110	Kecil 1 · non-reguler 47.320
E.8 Lain-lain			
57	Restrain	45.630	Kecil 2 · non-reguler 62.530
58	Konseling keperawatan	32.110	Kecil 1 · non-reguler 47.320
59	Transportasi pasien	32.110	Kecil 1 · non-reguler 47.320
60	Perawatan pasien meninggal	45.630	Kecil 2 · non-reguler 62.530

Sumber: Lampiran I Perda Kab. Banyuwangi No. 3 Tahun 2025, Bagian XVIII Tindakan Medis Non Operatif. Tarif berlaku per tindakan kecuali dinyatakan lain.

Tabel 4.13 Tarif F — Laboratorium Patologi Klinik Rutin

No	Jenis Pemeriksaan	Tarif Reguler (Rp)	Non-Reguler (Rp)
1	Darah lengkap 3 diff	71.500	78.000
2	Darah lengkap 5 diff	104.000	110.500
3	Glukosa darah sewaktu / puasa / 2 jam PP (masing-masing)	32.500	39.000
4	HbA1c	299.000	305.500
5	RFT (tes fungsi ginjal)	143.000	162.500
6	BUN	45.500	52.000
7	Kreatinin	45.500	52.000
8	Asam urat	52.000	58.500
9	Faal koagulasi (PT + PPT)	130.000	143.000
10	APTT	65.000	71.500
11	INR	65.000	71.500
12	Profil lipid	208.000	234.000
13	Kolesterol total / HDL / LDL / trigliserida (masing-masing)	52.000	58.500
14	SGOT / SGPT (masing-masing)	45.500	52.000
15	Albumin	39.000	45.500
16	Golongan darah ABO + rhesus	52.000	58.500
17	Urine lengkap	45.500	52.000
18	Analisa gas darah + elektrolit	507.000	520.000
19	HBsAg (rapid test)	52.000	58.500

Sumber: Lampiran I Perda Kab. Banyuwangi No. 3 Tahun 2025, Bagian XX Tarif Pemeriksaan Laboratorium.

Ketentuan biaya yang wajib dipublikasikan

Pasien JKN/BPJS Kesehatan: seluruh pelayanan sesuai indikasi medis dijamin sesuai hak kelas; **tidak dipungut biaya tambahan di luar ketentuan.** Naik kelas atas permintaan sendiri mengikuti ketentuan JKN dan disertai persetujuan tertulis.

Pasien umum: dikenakan tarif sesuai pelayanan yang benar-benar diterima; rincian biaya dapat diminta setiap saat; tindakan bernilai tinggi (CT angiografi, DSA, trombektomi, operasi) dijelaskan estimasi biayanya sebelum persetujuan tindakan, kecuali keadaan gawat darurat.

Pembayaran hanya di kasir resmi dengan bukti pembayaran. Laporkan pungutan di luar ketentuan melalui kanal pengaduan.

Komponen 6 — Produk Pelayanan (Penyampaian Pelayanan)

Hasil pelayanan yang diberikan dan diterima pasien/keluarga sesuai ketentuan:

No	Produk	Bentuk	Diterima oleh
1	Pelayanan rawat inap stroke akut terintegrasi	Jasa pelayanan medis, keperawatan, rehabilitasi, gizi, farmasi	Pasien
2	Tindakan reperfusi (trombolisis/trombektomi) sesuai indikasi	Jasa tindakan dan laporan tindakan	Pasien/keluarga
3	Hasil pemeriksaan penunjang	Hasil laboratorium dan radiologi (E-RM; salinan sesuai permintaan)	Pasien/keluarga
4	Edukasi terintegrasi	Penjelasan lisan, leaflet/booklet BE-FAST, pencegahan sekunder, perawatan di rumah	Pasien/keluarga
5	Resume medis dan ringkasan pulang	Dokumen cetak/elektronik	Pasien/keluarga
6	Surat kontrol, rujuk balik, atau surat rujukan	Dokumen	Pasien/keluarga
7	Rincian biaya dan bukti pembayaran (pasien umum)	Dokumen	Pasien/keluarga
8	Surat keterangan kematian (bila meninggal)	Dokumen ditandatangani dokter	Keluarga

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

Peralatan dan fasilitas yang diperlukan dalam penyelenggaraan pelayanan, termasuk sarana bagi kelompok rentan. Standar berpedoman pada standar ruang high care dan persyaratan RS strata Madya Jejaring Pengampuan Pelayanan Stroke.

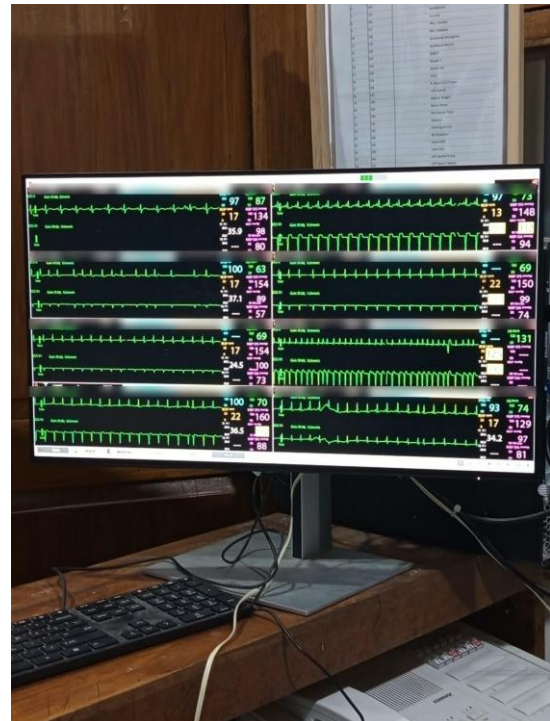
Tabel 4.14 Sarana Klinis Unit Stroke

Kelompok	Sarana/Fasilitas	Standar/Jumlah
Desain ruang	Luas per tempat tidur (terbuka/tertutup)	12–16 m ² / 16–20 m ²
	Tempat cuci tangan; handrub tiap tempat tidur	1 per 2 TT (terbuka); 1 per ruang tertutup
	Outlet oksigen / udara tekan / vakum	2 / 1 / 2 per TT
	Stop kontak terhubung listrik cadangan	≥ 2 per TT
	Pengatur udara	AC 23–25 °C; kelembapan 50–70%
Peralatan	Tempat tidur dengan pengaman sisi dan rem	8
	Bedside monitor (TD, EKG, SpO ₂ , suhu)	8
	Syringe pump / infusion pump	8 / 8
	Suction; alat ventilasi manual	8 / 8
	Defibrilator; EKG 12 lead; troli emergensi	1 / 1 / 1 (diperiksa tiap shift)

Kelompok	Sarana/Fasilitas	Standar/Jumlah
	Kit angioedema/anafilaksis (pasca trombolisis)	1
	Kasur antidekubitus; IPC pencegahan DVT	8; sesuai kebutuhan
	Glukometer; bed scale; alat skrining disfagia	1; 1; ada
	Emergency kit transport (monitor & oksigen portabel)	1
	Komputer E-RM Medify dan pemindai barcode gelang	Ada
Penunjang 24 jam	CT-Scan ≥ 64 slice, Cath Lab/DSA, laboratorium cito, depo farmasi IGD (stok trombolitik ≥ 2 vial)	Ada



Tempat tidur elektrik dengan pengaman sisi, rem, bedside monitor, outlet gas medis, dan tirai pemisah



Central monitor 8 tempat tidur di nurse station (identitas pasien disamarkan)

Gambar 4.2 Sarana Tempat Tidur dan Central Monitoring Unit Stroke

Tabel 4.15 Sarana Informasi, Pengaduan, dan Kenyamanan Pengguna

No	Sarana	Lokasi	Status
1	Papan Standar Pelayanan (6 komponen penyampaian pelayanan)	Pintu masuk/ruang tunggu	✓ Ada
2	Maklumat Pelayanan bertanda tangan Direktur	Pintu masuk dan nurse station	✓ Ada
3	Bagan alur pelayanan dan informasi biaya	Ruang tunggu	✓ Ada
4	Informasi kanal pengaduan + QR pengaduan/WBS + SP4N-LAPOR!	Ruang tunggu, dekat lift	✓ Ada
5	Kotak saran terkunci dengan formulir dan alat tulis	Ruang tunggu	✓ Ada
6	QR/sarana Survei Kepuasan Masyarakat	Ruang tunggu/nurse station	✓ Ada
7	Banner tata tertib, jam besuk, hak dan kewajiban pasien; video edukasi	Ruang tunggu	✓ Ada
8	Banner zona integritas/anti-gratifikasi dan anti-perundungan	Nurse station	✓ Ada
9	Ruang tunggu keluarga dengan tempat duduk, toilet, air minum	Area unit	✓ Ada
10	Papan nama petugas jaga hari ini; tanda pengenalan petugas	Nurse station	✓ Ada

Tabel 4.16 Fasilitas bagi Kelompok Rentan (UU 25/2009 Pasal 29; UU 8/2016; PP 42/2020)

Kelompok	Fasilitas/Perlakuan Khusus
Penyandang disabilitas (termasuk pasien pasca stroke dengan hemiparesis/afasia)	Ramp/akses tanpa tangga, kursi roda, toilet dengan pegangan, bel dalam jangkauan sisi yang sehat, komunikasi alternatif (papan gambar/tulisan) bagi pasien afasia, verifikasi identitas melalui gelang dan keluarga
Lanjut usia (≥ 60 tahun, 50,7% pasien stroke)	Prioritas pendampingan, kursi tunggu, bahasa sederhana, materi edukasi berhuruf besar
Wanita hamil dan ibu menyusui (keluarga/penunggu)	Prioritas tempat duduk dan informasi
Anak-anak	Pembatasan kunjungan anak demi keselamatan; pengecualian sesuai kebijakan RS
Pasien tanpa identitas/terlantar	Pelayanan tetap diberikan; koordinasi pekerja sosial

Pemeliharaan: kerusakan alat dilaporkan ke IPSRS melalui formulir/aplikasi; kalibrasi sesuai jadwal RS dengan label status; troli emergensi, defibrilator, dan kit angioedema diperiksa setiap shift; inventarisasi alat setiap bulan.

Komponen 8 — Kompetensi Pelaksana *(Pengelolaan Pelayanan)*

Kemampuan yang harus dimiliki pelaksana meliputi pengetahuan, keahlian, keterampilan, dan pengalaman. Pelaksana yang belum memenuhi pelatihan wajib diikutsertakan paling lama 1 (satu) tahun sejak penempatan dan selama itu bekerja di bawah supervisi Ketua Tim.

Tabel 4.17 Kualifikasi dan Kompetensi Pelaksana

No	Jabatan/Peran	Pendidikan	Sertifikasi/Kompetensi	Jumlah
1	Kepala Unit Stroke	Dokter Spesialis Neurologi	Tata laksana stroke/trombolisis, neurovaskular; ENLS/ANCCS diutamakan	1
2	Sekretaris Unit Stroke	Dokter Spesialis Neurologi	Tata laksana stroke/trombolisis, neurovaskular	1
3	Kepala Ruangan	Ners (S1 Kep. + Profesi)	Manajemen bangsal, BTCLS/BNLS, Asuhan Keperawatan Stroke Komprehensif	1
4	Ketua Tim/PJ Shift	Ners/D-III Keperawatan	BTCLS/BNLS, pelatihan keperawatan stroke; diutamakan CI	4
5	Perawat Pelaksana (Perawat Mahir Stroke)	D-III/S1 Keperawatan (Ners)	BTCLS/BNLS, pelatihan keperawatan stroke, NIHSS, skrining disfagia	4
6	Clinical Instructor	Ners/D-III Keperawatan	Pelatihan CI, BLS/BTCLS/BNLS, pelatihan stroke	1
7	Petugas Administrasi	SLTA/SMK	Komputer, administrasi klaim dan rekam medis, pelayanan prima	1
8	Pramubakti	SLTP/SLTA	Orientasi PPI, APD, penanganan B3 dasar	1
9	Dokter umum terlatih	Dokter Umum	Code stroke dan trombolisis; ANLS/ENLS	Sesuai jadwal jaga
10	Dokter neurointervensi (BENVI)	Dokter spesialis kompetensi intervensi neurovaskular	Sesuai kewenangan klinis	≥ 1
11	Fisioterapis; terapis wicara/okupasi	D-III Fisioterapi; D-III/D-IV terapi	Fisioterapi stroke; terapi disfagia/afasia	1 + on-call
12	Dietisien; Apoteker klinis; MPP	D-III/S1 Gizi; Apoteker; minimal S1	Asuhan gizi stroke; farmasi klinis; pelatihan MPP	1 / 1 / 1

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

Tabel 4.18 Daftar Pelaksana Unit Stroke

No	Nama	Jabatan/Peran
1	dr. Indah Ari Handayani, Sp.N, FINA	Kepala Unit Stroke/KSM Neurologi
2	dr. Laxmiprita Pusparani Rahardjo, Sp.N	Sekretaris Unit Stroke/KSM Neurologi
3	Rilo Abadi, S.Kep	Kepala Ruangan
4	Damai Fitriya, A.Md.Kep	Ketua Tim/PJ Shift
5	Ucik Rosida, A.Md.Kep	Ketua Tim/PJ Shift
6	Kurniawati Ikrimah, A.Md.Kep	Ketua Tim/PJ Shift (Clinical Instructor)
7	Eka Yulianti, S.Kep., Ns	Ketua Tim/PJ Shift
8	Ika Yuli Astuti, S.Kep., Ns	Perawat Pelaksana
9	Shinta Dwi Rahayu, A.Md.Kep	Perawat Pelaksana
10	Hari Prasetyo, S.Kep., Ns	Perawat Pelaksana
11	Veronica Ester S, A.Md.Kep	Perawat Pelaksana
12	Heruwanto, S.Kep., Ns	Perawat Pelaksana
13	Fahrul Tri Sutomo	Petugas Administrasi
14	Mirzahatul Ulfi dan Erina (perbantuan RPD)	Pramubakti

Komponen 9 — Pengawasan Internal *(Pengelolaan Pelayanan)*

Pengendalian yang dilakukan oleh pimpinan unit atau atasan langsung pelaksana, serta oleh pengawas fungsional internal rumah sakit.

Tabel 4.19 Jenjang Pengawasan Internal

Pengawas	Objek Pengawasan	Frekuensi	Metode	Bukti
Ketua Tim/PJ Shift	Perawat pelaksana dalam shift: identifikasi, bundle jatuh, pemantauan, sikap pelayanan	Setiap shift	Pre/post conference, bimbingan langsung	Buku operan, checklist
Kepala Ruangan	Seluruh pelaksana keperawatan, administrasi, pramubakti; kepatuhan standar pelayanan	Harian (ronde) + supervisi terjadwal 2x/minggu	Observasi, telaah E-RM, wawancara pasien	Instrumen supervisi, rekap bulanan
Kepala Unit Stroke	Mutu klinis, kepatuhan PNP/PPK, code stroke	Mingguan	Visite besar, audit kasus	Notulen/audit klinis
Kepala Seksi Pelayanan Medik/Keperawatan	Kinerja unit, ketenagaan, pengaduan	Bulanan	Supervisi manajerial	Laporan supervisi bidang
Komite Mutu dan Keselamatan Pasien	Indikator mutu, insiden keselamatan pasien	Bulanan/triwulan	Validasi data, RCA	Laporan KMKP
Satuan Pengawas Internal (SPI)	Kepatuhan prosedur, keuangan, gratifikasi	Sesuai program SPI	Audit internal	Laporan hasil audit
Dewan Pengawas	Kinerja BLUD	Sesuai jadwal	Rapat/evaluasi	Laporan Dewas

Hasil pengawasan dibahas dalam rapat rutin unit setiap bulan (pekan ke-2), dituangkan dalam notulen beserta rencana tindak lanjut, dan dipantau penyelesaiannya pada rapat berikutnya. Pelaksana yang tidak melaksanakan standar pelayanan dibina oleh atasan langsung sesuai PP 94/2021 tentang Disiplin PNS dan ketentuan kepegawaian lain.

Komponen 10 — Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan *(Penyampaian Pelayanan)*

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

Tabel 4.20 Kanal Pengaduan yang Dapat Digunakan Pengguna Unit Stroke

No	Kanal	Cara Akses	Waktu
1	Langsung kepada petugas/Kepala Ruang Unit Stroke	Lisan di nurse station; dicatat pada formulir pengaduan	24 jam
2	Meja Pengaduan/Customer Service RS	Datang langsung, isi formulir atau lisan; menerima tanda terima	Jam kerja
3	Kotak saran	Ruang tunggu Unit Stroke, lobi, IGD, rawat jalan, rawat inap; dibuka berkala dengan berita acara	Setiap saat
4	Laman/WBS RSUD Blambangan	https://wbs.rsudblambangan.id/login	24 jam
5	E-mail resmi pengaduan	Alamat e-mail resmi RS: rsudblambangan.bwi@gmail.com / penganduanbanyuwangikab.go.id	24 jam
6	WhatsApp pengaduan	Nomor: 08113535858	Sesuai jam layanan
7	Media sosial resmi (Instagram, Facebook, YouTube)	Akun resmi RSUD Blambangan	24 jam
8	Surat tertulis	Pos atau langsung ke Bagian Tata Usaha	Jam kerja
9	SP4N-LAPOR!	www.lapor.go.id / SMS 1708	24 jam
10	Ombudsman RI	Perwakilan Jawa Timur (bila tidak puas atas penyelesaian RS)	Sesuai ketentuan

Tabel 4.21 Alur dan Standar Waktu Penanganan Pengaduan

Tahap	Kegiatan	Waktu
1. Penerimaan	Petugas mencatat di register pengaduan, memberikan tanda terima, menjelaskan estimasi waktu tindak lanjut	Saat diterima
2. Verifikasi dan klarifikasi	Penelaahan substansi, kelengkapan, klasifikasi urgensi (ringan/sedang/berat)	1–2 hari kerja
3. Distribusi	Penyaluran ke unit/penanggung jawab terkait	Setelah verifikasi
4. Tindak lanjut dan penyelesaian	Ringan 1–3 hari kerja; sedang 3–7 hari kerja; kompleks maksimal 14 hari kerja (perpanjangan dengan persetujuan pimpinan)	Sesuai urgensi
5. Umpan balik	Hasil disampaikan kepada pelapor melalui media yang digunakan saat mengadu dan didokumentasikan	Setelah selesai

Ketentuan khusus

- Unit Stroke menunjuk **Penanggung Jawab Pengaduan Unit** yang berkoordinasi dengan Tim Pengelola Pengaduan RS (Ketua: Kepala Bagian Umum/Humas).
- Identitas pelapor dirahasiakan dan pelapor dilindungi dari tindakan balasan (retaliasi).
- Laporan dugaan gratifikasi, pungutan liar, atau pelanggaran integritas disampaikan melalui Whistle Blowing System.
- Laporan perundungan (bullying) terhadap pasien, keluarga, mahasiswa, atau pegawai ditangani Tim PPP: perlindungan awal $\leq 1 \times 24$ jam, verifikasi 1–2 hari kerja, ringan 3–7 hari kerja, sedang ≤ 14 hari kerja, berat ≤ 30 hari kerja, umpan balik ≤ 3 hari kerja setelah keputusan.
- Pengaduan yang terbukti karena pelayanan tidak sesuai standar dilanjutkan dengan pemberian kompensasi (BAB V).
- Rekapitulasi pengaduan dan analisis tren dilaporkan setiap bulan dan menjadi bahan rapat mutu dan manajemen risiko.

Komponen 11 — Jumlah Pelaksana (Pengelolaan Pelayanan)

Tersedianya pelaksana sesuai beban kerja. Perhitungan kebutuhan tenaga perawat menggunakan metode Gillies dengan basis kapasitas 8 tempat tidur dan asumsi seluruh pasien kategori total care (6 jam perawatan/pasien/hari) sebagai acuan safe staffing.

Tabel 4.22 Perhitungan Kebutuhan Perawat (Metode Gillies)

Langkah	Perhitungan	Hasil
Jam perawatan per hari	8 pasien × 6 jam	48 jam
Kebutuhan perawat	48 ÷ 7 jam efektif	6,86 → 7 orang
Faktor koreksi libur	(52 + 12 + 14) ÷ 286 × 7	1,91 → 2 orang
Kepala Ruangan dan Wakil Kepala Ruangan	—	2 orang
Total kebutuhan perawat	7 + 2 + 2	11 orang

Tabel 4.23 Ketersediaan Pelaksana terhadap Kebutuhan

Kategori	Kebutuhan	Tersedia	Selisih	Tindak Lanjut
Dokter Spesialis Neurologi (Kepala/Sekretaris Unit)	2	2	0	—
Perawat (termasuk Kepala Ruangan)	11	10	-1	Usulan penambahan 1 perawat ke Seksi Pelayanan Keperawatan/Kepegawaian
Petugas Administrasi	1	1	0	—
Pramubakti	1	2 (perbantuan RPD)	+1	Status perbantuan ditetapkan tertulis
Fisioterapis khusus unit	1 + on-call	Ada (Instalasi Rehabilitasi Medik)	—	Jadwal on-call akhir pekan

Rasio perawat : pasien adalah **1 : 2** pada fase hiperakut/akut dan **1 : 3** pada fase subakut. Pelayanan 24 jam dibagi tiga shift (pergantian pukul 07.00, 14.00, 21.00). Setiap shift wajib memiliki satu Ketua Tim/PJ Shift dan minimal satu perawat kompeten NIHSS dan pemantauan pasca trombolisis. Pendampingan rujukan/transfer tidak boleh mengurangi rasio minimal di unit. Angka ketersediaan diperbarui setiap semester berdasarkan data kepegawaian.

Shift	Jam	Komposisi Minimal
Pagi	07.00–14.00	Kepala Ruangan/PJ Unit, Ketua Tim, perawat pelaksana, petugas administrasi, pramubakti
Sore	14.00–21.00	Ketua Tim/PJ Shift dan perawat pelaksana
Malam	21.00–07.00	Ketua Tim/PJ Shift dan perawat pelaksana

Komponen 12 — Jaminan Pelayanan (Pengelolaan Pelayanan)

Jaminan pelayanan memberikan kepastian bahwa pelayanan dilaksanakan sesuai standar. Bentuk jaminan pelayanan Unit Stroke:

1. **Maklumat Pelayanan** yang ditandatangani Direktur dan dipublikasikan (BAB V).
2. **Kompensasi berjenjang** apabila pelayanan terbukti tidak sesuai standar (BAB V).
3. **Janji Pelayanan RSUD Blambangan:** Tatap, Senyum, Salam, dan Tanya (TSST).
4. **Ketersediaan pelayanan 24 jam** termasuk code stroke, CT-Scan, laboratorium cito, dan stok penyangga obat trombolitik.
5. **Kepastian informasi:** setiap pasien baru menerima orientasi hak dan kewajiban, standar pelayanan, biaya, dan cara mengadu yang ditandatangani keluarga.

Komponen 13 — Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan (Pengelolaan Pelayanan)

Kepastian rasa aman, bebas dari bahaya, risiko, dan keragu-raguan bagi pasien, keluarga, pengunjung, dan pelaksana.

Tabel 4.24 Jaminan Keamanan dan Keselamatan

Aspek	Ketentuan di Unit Stroke
SKP 1 Identifikasi	Minimal 2 identitas (nama lengkap dan tanggal lahir/No. RM), bukan nomor kamar; pasien afasia/penurunan kesadaran diverifikasi melalui gelang dan keluarga; barcode gelang untuk verifikasi obat di E-RM
SKP 2 Komunikasi efektif	SBAR dengan tulis–baca kembali–konfirmasi; stempel read back dilengkapi ≤ 1×24 jam; pelaporan nilai kritis
SKP 3 Obat yang perlu diwaspadai	Double check dua petugas untuk trombolitik, insulin, antihipertensi IV; penandaan high alert dan LASA; rekonsiliasi obat
SKP 4 Tepat lokasi, prosedur, pasien	Site marking, verifikasi pra-tindakan, time out pada tindakan invasif dan neurointervensi
SKP 5 Pengurangan risiko infeksi	Kebersihan tangan 5 momen 6 langkah; APD sesuai risiko; bundle pencegahan pneumonia aspirasi, ISK, infeksi aliran darah
SKP 6 Risiko jatuh	Morse Fall Scale saat masuk, tiap shift, saat perubahan kondisi; bundle pencegahan jatuh (gelang kuning, pengaman tempat tidur, rem, bel di sisi sehat, edukasi keluarga)
Risiko spesifik stroke	Skrining disfagia, pencegahan dekubitus dan DVT, bundle pasca trombolisis (tanpa tusukan arteri/NGT/kateter 24 jam pertama kecuali mendesak), kit angioedema
Pelaporan insiden	Temukan–laporkan–analisis–perbaiki; lapor ≤ 2×24 jam melalui Medify "Si Ratu Keselamatan"; grading biru/hijau investigasi ≤ 1 minggu; kuning/merah/sentinel RCA ≤ 45 hari; budaya tanpa menyalahkan
K3RS	Vaksinasi hepatitis B, APD, teknik pemindahan pasien aman, no recapping, alur pajanan dan kecelakaan kerja (lapor ≤ 2×24 jam)
Kebakaran dan bencana	APAR, jalur dan denah evakuasi; pelatihan tahunan; daftar prioritas evakuasi pasien diperbarui setiap shift
Keamanan lingkungan	1 penunggu per pasien dengan kartu penunggu, jam kunjung, pembatasan pengunjung
Keamanan data dan kerahasiaan	Rekam medis elektronik sesuai Permenkes 24/2022; data pasien dan pelapor dilindungi sesuai UU 27/2022; data tidak dibagikan melalui grup percakapan umum
Bebas perundungan dan gratifikasi	Pedoman Pencegahan dan Penanganan Perundungan RSUD Blambangan; larangan menerima imbalan; zona integritas

Komponen 14 — Evaluasi Kinerja Pelaksana *(Pengelolaan Pelayanan)*

Penilaian untuk mengetahui sejauh mana pelaksanaan kegiatan sesuai dengan standar pelayanan.

Tabel 4.25 Instrumen Evaluasi Kinerja Pelaksana dan Unit

Instrumen	Isi	Frekuensi	Penanggung Jawab
Survei Kepuasan Masyarakat (SKM)	9 unsur PermenPAN-RB 14/2017; IKM dan mutu A–D; analisis unsur terendah; RTL; publikasi hasil	Minimal per semester	PJ SKM unit + Komite Mutu
Indikator mutu unit	7 indikator utama + indikator pendukung (tabel Indikator Mutu Unit Stroke)	Harian dikumpulkan, bulanan dilaporkan (tgl 1–3)	PIC Mutu, Kepala Ruangan
Laporan kinerja bulanan	Data pelayanan, indikator mutu, SDM, pengaduan, kompensasi, sarana, RTL	Bulanan	Kepala Ruangan
Sasaran Kinerja Pegawai (SKP)	Rencana hasil kerja, evaluasi periodik, predikat kinerja (PermenPAN-RB 6/2022)	Periodik dan tahunan	Atasan langsung
Supervisi kepatuhan standar pelayanan	Instrumen supervisi (informasi, keselamatan, dokumentasi, sikap)	2×/minggu	Kepala Ruangan
Evaluasi pengaduan	Jumlah, kategori, waktu penyelesaian, kompensasi, perbaikan sistem	Bulanan	PJ Pengaduan Unit
Evaluasi standar pelayanan	Kesesuaian 14 komponen dengan praktik dan kebutuhan masyarakat	Tahunan	Kepala Unit Stroke

Tabel 4.26 Indikator Mutu Unit Stroke

No	Indikator	Target
1	Pasien stroke iskemik onset < 4,5 jam (berindikasi) yang mendapat rTPA intravena	100%
2	Pasien yang mendapat trombolisis dan mengalami komplikasi	0%
3	Ketidakpatuhan keluarga pada peraturan Unit Stroke (berarah negatif)	≤ 10%
4	Mobilisasi dini oleh petugas rehabilitasi medik ≤ 24 jam (stroke iskemik dengan paresis/hemiplegi)	≥ 80%
5	Kepatuhan identifikasi pasien (INM)	100%
6	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh (INM)	100%
7	Kepatuhan waktu visite dokter (INM)	≥ 80%
P	Pendukung: kebersihan tangan ≥ 85%; stempel read back 100%; double check high alert 100%; antiplatelet < 48 jam ≥ 70%; door-to-CT ≤ 25 menit; door-to-needle ≤ 60 menit; skrining disfagia; kematian ≥ 48 jam; kepuasan pasien (INM) ≥ 76,61	—

Format Rencana SKP, evaluasi kinerja periodik, penilaian perilaku kerja BerAKHLAK, log kinerja bulanan, dan evaluasi kompetensi klinis perawat tercantum pada **Lampiran 4**.

BAB V

MAKLUMAT PELAYANAN DAN KOMPENSASI

5.1 Maklumat Pelayanan

Maklumat Pelayanan RSUD Blambangan yang berlaku saat ini ditetapkan dan ditandatangani Plt. Direktur RSUD Blambangan pada tanggal 14 April 2026, menggantikan maklumat sebelumnya, dan berlaku bagi seluruh unit pelayanan, termasuk Unit Stroke. Bunyi maklumat adalah sebagai berikut:

MAKLUMAT PELAYANAN RSUD BLAMBANGAN

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.

Demikian maklumat pelayanan ini kami sampaikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Banyuwangi, 14 April 2026 — Plt. Direktur RSUD Blambangan Kabupaten Banyuwangi, dr. Siti Asiyah Anggraeni, M.MRS., FISQua., CHQP



Gambar 5.1 Maklumat Pelayanan RSUD Blambangan tanggal 14 April 2026

Maklumat dicetak ukuran A3/papan akrilik dan dipasang di pintu masuk Unit Stroke serta nurse station, dan dipublikasikan di laman resmi RS. Maklumat versi sebelumnya ditarik dari seluruh area pelayanan dan diganti dengan maklumat ini.

5.2 Kondisi Pemberian Kompensasi

No	Ketidaksesuaian dengan Standar Pelayanan	Bentuk Kompensasi
1	Waktu pelayanan melebihi standar waktu pelayanan (Komponen 4) tanpa alasan medis	Tingkat 1 + Tingkat 2
2	Pasien/keluarga tidak menerima informasi prosedur, biaya, hak, atau cara mengadu	Tingkat 1
3	Sikap petugas tidak sopan/tidak ramah yang terbukti dari klarifikasi	Tingkat 1
4	Administrasi kepulangan melebihi 2 jam tanpa alasan yang dapat dipertanggungjawabkan	Tingkat 1 + Tingkat 2
5	Pungutan di luar ketentuan tarif yang terbukti	Tingkat 1 + Tingkat 3 + sanksi kepada pelaku
6	Pengaduan tidak ditanggapi melebihi batas waktu	Tingkat 1 + Tingkat 2

5.3 Jenjang dan Mekanisme Kompensasi

Tingkat	Bentuk	Kewenangan
Tingkat 1	Permohonan maaf lisan oleh Kepala Ruangan dan tertulis oleh pejabat berwenang	Kepala Ruangan; Kepala Seksi/Bidang
Tingkat 2	Prioritas pelayanan pada kontrol/kunjungan berikutnya dan/atau bentuk non-tunai lain yang ditetapkan manajemen	Kepala Bidang Pelayanan
Tingkat 3	Pengembalian biaya yang dipungut di luar ketentuan	Direktur melalui Bidang Keuangan

Kompensasi tidak diberikan bila ketidaksesuaian disebabkan alasan medis demi keselamatan pasien, keadaan kahar, ketidaklengkapan persyaratan yang menjadi kewajiban pasien, atau permintaan pasien sendiri. Mekanisme: pengaduan/temuan → verifikasi ≤ 3 hari kerja oleh PJ Pengaduan dan Kepala Ruangan → penetapan tingkat kompensasi → pemberian ≤ 7 hari kerja → pencatatan di register kompensasi dengan tanda tangan penerima → pembinaan pelaksana dan perbaikan sistem.

BAB VI

PUBLIKASI DAN KETERBUKAAN INFORMASI

6.1 Media Publikasi

Media	Isi yang Dipublikasikan	PJ
Papan/banner di Unit Stroke	6 komponen penyampaian pelayanan, maklumat, alur, biaya, kanal pengaduan, QR SKM	Kepala Ruangan
Laman resmi RS	Standar pelayanan, maklumat, hasil SKM, publikasi INM (rsudblambangan.id/informasi/publikasi-inm)	Humas/PPID
Media sosial resmi	Infografis standar pelayanan, edukasi BE-FAST, hasil SKM	Humas/PKRS
Leaflet orientasi pasien baru	Hak dan kewajiban, tata tertib, biaya, cara mengadu	Kepala Ruangan
Formulir orientasi	Bukti informasi telah disampaikan, ditandatangani keluarga	Perawat penerima

6.2 Ketentuan Publikasi

1. Publikasi dilakukan paling lambat 3 hari kerja setelah standar pelayanan ditetapkan.
2. Papan informasi menggunakan huruf yang mudah dibaca, ditempatkan setinggi pandangan, dan mudah dilihat pengguna kursi roda.
3. Setiap perubahan standar pelayanan dipublikasikan ulang dan didokumentasikan (foto bertanggal, tangkapan layar).
4. Hasil SKM dipublikasikan beserta rencana tindak lanjutnya.

BAB VII

PENCEGAHAN MALADMINISTRASI

Maladministrasi sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Nomor 37 Tahun 2008 dapat terjadi dalam berbagai bentuk. Unit Stroke menetapkan langkah pencegahan untuk setiap bentuk sebagai berikut.

Tabel 7.1 Bentuk Maladministrasi dan Pencegahannya di Unit Stroke

No	Bentuk Maladministrasi	Contoh Risiko di Unit Stroke	Langkah Pencegahan
1	Penundaan berlarut	Keterlambatan CT, visite, administrasi pulang, jawaban pengaduan	Target waktu Tabel 4.7; pencatatan waktu kunci; pemantauan indikator
2	Tidak memberikan pelayanan	Menolak pasien karena tempat tidur penuh tanpa solusi	Alur alternatif: rawat di ruang lain dengan pemantauan setara atau rujuk jejaring; dokumentasi
3	Tidak kompeten	Petugas belum terlatih NIHSS/pasca trombolisis	Matriks kompetensi; minimal 1 perawat kompeten per shift; orientasi dan pelatihan
4	Penyimpangan prosedur	Pemberian oral tanpa skrining disfagia; identifikasi tidak sesuai	SPO, supervisi, audit kepatuhan
5	Permintaan imbalan uang/barang/jasa	Menerima pemberian keluarga, pungutan di luar tarif	Larangan gratifikasi, pembayaran hanya di kasir, banner anti-gratifikasi, WBS
6	Tidak patut	Sikap tidak ramah, komunikasi kasar	Janji layanan TSST, pelatihan pelayanan prima, pengaduan
7	Diskriminasi	Membedakan pasien JKN dan umum	Standar klinis sama; pengawasan; pengaduan
8	Berpihak/konflik kepentingan	Mengarahkan pasien ke layanan/pihak tertentu	Kode etik; deklarasi konflik kepentingan
9	Penyalahgunaan wewenang	Penggunaan data pasien di luar kepentingan pelayanan	Pembatasan akses E-RM; perlindungan data

BAB VIII

PEMANTAUAN, EVALUASI, DAN PENYEMPURNAAN

Kegiatan	Waktu	Pelaksana	Output
Pemantauan kepatuhan standar pelayanan	Harian–mingguan	Ketua Tim, Kepala Ruangan	Checklist supervisi
Rapat evaluasi unit	Bulanan (pekan ke-2)	Kepala Ruangan	Notulen dan RTL
Laporan indikator mutu dan kinerja	Bulanan (tgl 1–3)	PIC Mutu, Kepala Ruangan	Laporan ke KMKP
Evaluasi SKM dan pengaduan	Semester	Kepala Unit Stroke, Komite Mutu, Humas	Laporan SKM, laporan evaluasi pengaduan
Evaluasi menyeluruh standar pelayanan	Tahunan atau sewaktu-waktu	Kepala Unit Stroke bersama masyarakat	Revisi standar pelayanan dan Keputusan Direktur baru
Tindak lanjut hasil pengawasan/penilaian eksternal	≤ 7 hari kerja setelah hasil diterima; rencana aksi masuk Renja/RBA berikutnya	Kepala Unit, Bidang Pelayanan, Perencanaan	Rencana aksi dan laporan kepada Direktur

Penyempurnaan standar pelayanan dilakukan dengan tahapan yang sama seperti penyusunan (BAB III), termasuk keterlibatan masyarakat, penetapan ulang dengan Keputusan Direktur, dan publikasi ulang.

BAB IX PENUTUP

Pedoman Pelayanan Unit Stroke RSUD Blambangan ini merupakan janji dan kewajiban penyelenggara kepada masyarakat untuk memberikan pelayanan stroke yang cepat, tepat, terpadu, aman, bermutu, terbuka, dan bebas maladministrasi. Keberhasilan penerapannya memerlukan komitmen pimpinan, disiplin pelaksana, dukungan unit terkait, dan partisipasi masyarakat melalui saran, pengaduan, dan survei kepuasan.

Pedoman ini dievaluasi paling sedikit satu kali dalam satu tahun atau sewaktu-waktu apabila terdapat perubahan peraturan, perkembangan ilmu pengetahuan, hasil SKM, hasil pengaduan, maupun hasil pengawasan internal dan eksternal.

Ditetapkan di Banyuwangi
pada tanggal 18 Desember 2025

Pit. DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
BLAMBANGAN,



dr. SITI ASIYAH ANGGRAENI, M.MRS, FISQua

Pembina Tingkat I

NIP. 19710505 200212 2 004

LAMPIRAN 1

RINGKASAN STANDAR PELAYANAN UNTUK PAPAN INFORMASI

STANDAR PELAYANAN UNIT STROKE RSUD BLAMBANGAN

Komponen	Uraian
PERSYARATAN	1. KTP/KK atau identitas lain 2. Kartu JKN-KIS/NIK aktif atau pernyataan pasien umum/kartu asuransi 3. Surat rujukan (pasien rujukan non-gawat darurat) 4. Persetujuan umum (general consent) Pasien gawat darurat dilayani terlebih dahulu.
PROSEDUR	IGD/Poli/Ruang lain → Penetapan indikasi oleh dokter spesialis saraf → Admisi → Transfer ke Unit Stroke → Penerimaan dan orientasi → Perawatan 24 jam (pemantauan, rehabilitasi dini, edukasi) → Pulang/pindah ruang/rujuk
JANGKA WAKTU	CT-Scan ≤ 25 menit sejak tiba (code stroke) Obat trombolisis ≤ 60 menit sejak tiba (bila sesuai indikasi) Visite dokter setiap hari paling lambat pukul 14.00 Informasi kondisi pasien kepada keluarga setiap hari pukul 11.00–12.00 Administrasi pulang ≤ 2 jam
BIAYA	Pasien JKN: sesuai ketentuan JKN, tanpa pungutan tambahan Pasien umum: sesuai Perda Kab. Banyuwangi No. 3 Tahun 2025 Pembayaran hanya di kasir resmi
PRODUK	Pelayanan rawat inap stroke terpadu, hasil pemeriksaan, edukasi, resume medis, surat kontrol/rujukan
PENGADUAN	Petugas/Kepala Ruangan Unit Stroke • Kotak saran • wbs.rsudblambangan.id • WhatsApp 08113535858 • e-mail RSUDblambangan.bwi@gmail.com / penganduanbanyuwangikab.go.id • SP4N-LAPOR! (lapor.go.id / SMS 1708) Waktu penyelesaian: ringan 1–3, sedang 3–7, kompleks ≤ 14 hari kerja

MAKLUMAT PELAYANAN RSUD BLAMBANGAN (14 April 2026)

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.

Demikian maklumat pelayanan ini kami sampaikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Banyuwangi, 14 April 2026 — Plt. Direktur RSUD Blambangan Kabupaten Banyuwangi, dr. Siti Asiyah Anggraeni, M.MRS., FISQua., CHQP

LAMPIRAN 2

DAFTAR STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO) UNIT STROKE

Daftar berikut memuat Standar Prosedur Operasional yang berlaku dan digunakan dalam pelayanan Unit Stroke, dikelompokkan menurut proses pelayanan. SPO tingkat rumah sakit yang diterapkan di Unit Stroke dicantumkan beserta nomor dokumennya.

Tabel L2.1 Daftar SPO Unit Stroke

No	Judul SPO	Pelaksana Utama	Acuan Utama	Status
A. Pelayanan Publik dan Administrasi Pasien				
1	Penerimaan pasien baru di Unit Stroke	Ketua Tim, perawat	Pedoman Pelayanan Unit Stroke	✓ Ada
2	Orientasi pasien dan keluarga baru (hak, kewajiban, tata tertib, biaya, cara mengadu)	Perawat penerima	UU 25/2009; UU 17/2023	✓ Ada
3	Pemberian informasi biaya dan estimasi biaya tindakan	Petugas administrasi, DPJP	Perda Banyuwangi 3/2025	✓ Ada
4	Penerimaan dan penanganan pengaduan di Unit Stroke	PJ Pengaduan Unit	Perpres 76/2013; PermenPAN-RB 62/2018	✓ Ada
5	Pemberian kompensasi pelayanan	Kepala Ruangan	UU 25/2009; Keputusan Direktur tentang kompensasi	✓ Ada
6	Pembukaan kotak saran	PJ Pengaduan Unit + saksi	Pedoman Pengaduan RSUD Blambangan	✓ Ada
7	Pelaksanaan Survei Kepuasan Masyarakat	PJ SKM unit	PermenPAN-RB 14/2017	✓ Ada
8	Pendampingan kegiatan pengawasan dan penilaian eksternal pelayanan publik	Kepala Ruangan	UU 25/2009; UU 37/2008	✓ Ada
9	Pengaturan pengunjung dan kartu penunggu	Perawat, satpam	Pedoman Pelayanan Unit Stroke	✓ Ada
10	Pertemuan keluarga (family meeting) harian	DPJP, Ketua Tim	Pedoman Pelayanan Unit Stroke	✓ Ada
11	Penanganan pasien saat tempat tidur Unit Stroke penuh	PJ Unit, IGD	Pedoman Pelayanan Unit Stroke	✓ Ada
12	Pemulangan pasien	DPJP, perawat, admisi	Pedoman Pelayanan Unit Stroke	✓ Ada
13	Pasien pulang atas permintaan sendiri (APS)/penolakan tindakan	DPJP, perawat	UU 17/2023	✓ Ada
14	Penanganan pasien meninggal	Dokter, perawat	Pedoman Pelayanan Unit Stroke	✓ Ada
B. Manajemen Unit				
15	Penyusunan jadwal dinas dan penggantian dinas	Kepala Ruangan	Pedoman Pengorganisasian Unit Stroke	✓ Ada
16	Pre-conference dan post-conference	Ketua Tim	Pedoman Pengorganisasian Unit Stroke	✓ Ada
17	Supervisi Kepala Ruangan	Kepala Ruangan	Pedoman Pengorganisasian Unit Stroke	✓ Ada
18	Orientasi pegawai baru Unit Stroke	Kepala Ruangan, CI	Pedoman Pengorganisasian Unit Stroke	✓ Ada
19	Permintaan obat dan alat kesehatan rutin	Perawat, depo farmasi	Pedoman Pelayanan Unit Stroke	✓ Ada
20	Pengecekan dan pengelolaan troli emergensi	Ketua Tim tiap shift	Standar akreditasi	✓ Ada
21	Pelaporan kerusakan dan pemeliharaan alat (IPSRS)	Perawat, IPSRS	Pedoman Pelayanan Unit Stroke	✓ Ada

No	Judul SPO	Pelaksana Utama	Acuan Utama	Status
22	Penggunaan central monitor dan pengaturan alarm	Perawat	Manual alat; standar akreditasi	✓ Ada
C. Klinis Medis Stroke				
23	Aktivasi code stroke dan tim stroke	IGD, tim stroke	KMK 304/2026 (PNPK Stroke)	✓ Ada
24	Penilaian NIHSS	Dokter, perawat terlatih	KMK 304/2026	✓ Ada
25	Trombolisis intravena alteplase	DPJP Sp.N, perawat	KMK 304/2026	✓ Ada
26	Trombolisis intravena tenekteplase	DPJP Sp.N, perawat	KMK 304/2026	✓ Ada
27	Penanganan perdarahan intrakranial simptomatik pasca trombolisis	DPJP, dokter jaga	KMK 304/2026	✓ Ada
28	Penanganan angioedema orolingual pasca trombolisis	Dokter jaga, perawat	KMK 304/2026	✓ Ada
29	Pengelolaan tekanan darah pada stroke iskemik akut	DPJP, perawat	KMK 304/2026	✓ Ada
30	Pengelolaan tekanan darah pada perdarahan intraserebral	DPJP, perawat	KMK 304/2026; AHA/ASA 2022	✓ Ada
31	Pengelolaan glukosa darah pada stroke akut	DPJP, perawat	KMK 304/2026	✓ Ada
32	Seleksi dan rujukan trombektomi mekanik (BENVI/RS pengampu)	DPJP, BENVI	Kepdirjen Yankes HK.02.02/D/42952/2024	✓ Ada
33	Persiapan pasien DSA/neurointervensi	Perawat Unit Stroke	Protokol BENVI	✓ Ada
34	Perawatan pasien pasca DSA/trombektomi (akses femoral/radial)	Perawat Unit Stroke	Protokol BENVI	✓ Ada
35	Visite DPJP dan rawat bersama	DPJP	INM kepatuhan visite	✓ Ada
36	Konsultasi antardisiplin (konsultasi elektronik)	DPJP, perawat	Pedoman Pelayanan Unit Stroke	✓ Ada
37	Alih rawat ke ICU/ICCU	DPJP, perawat	Kriteria keluar Unit Stroke	✓ Ada
38	Rujukan pasien antar-rumah sakit jejaring (SISRUITE)	DPJP, perawat	Permenkes 16/2024	✓ Ada
D. Asuhan Keperawatan				
39	Pengkajian awal keperawatan pasien stroke	Perawat	SDKI/SLKI/SIKI	✓ Ada
40	Pemantauan neurologis (GCS, pupil, kekuatan otot)	Perawat	Pedoman Pelayanan Unit Stroke	✓ Ada
41	Pemantauan pasca trombolisis	Perawat	KMK 304/2026	✓ Ada
42	Skrining disfagia (bedside swallowing screening)	Perawat terlatih	KMK 304/2026	✓ Ada
43	Pemasangan dan perawatan NGT; pemberian makan via NGT	Perawat	Standar keperawatan	✓ Ada
44	Pemasangan dan perawatan kateter urin	Perawat	Bundle PPI (CAUTI)	✓ Ada
45	Positioning dan alih baring	Perawat	Standar keperawatan	✓ Ada
46	Asesmen dan pencegahan luka tekan (Braden)	Perawat	Standar keperawatan	✓ Ada
47	Pencegahan trombosis vena dalam (IPC)	Perawat	Pedoman Pelayanan Unit Stroke	✓ Ada
48	Pengisapan lendir (suction) oral/nasal	Perawat	Standar keperawatan	✓ Ada
49	Perawatan mulut (oral hygiene) pencegahan pneumonia aspirasi	Perawat	Bundle PPI	✓ Ada
50	Komunikasi dengan pasien afasia	Perawat, terapis wicara	Pedoman Pelayanan Unit Stroke	✓ Ada
51	Penggunaan syringe pump dan infusion pump	Perawat	Manual alat	✓ Ada
52	Edukasi BE-FAST dan pencegahan stroke sekunder	Perawat, PKRS	Pedoman Pelayanan Unit Stroke	✓ Ada
53	Perencanaan pulang bersama MPP	Perawat, MPP	Standar akreditasi	✓ Ada

No	Judul SPO	Pelaksana Utama	Acuan Utama	Status
E. Keselamatan Pasien (SPO tingkat RS yang berlaku di Unit Stroke)				
54	Identifikasi pasien	Seluruh PPA	SKP 1	✓ Ada No. 9/YAN/VIII/2025 Rev. 02
55	Identifikasi pasien afasia/penurunan kesadaran	Perawat	SKP 1	✓ Ada
56	Komunikasi SBAR melalui telepon	Perawat, dokter	SKP 2	✓ Ada No. 321.12/SPO/YAN/II/2025
57	Menerima perintah lisan	Perawat	SKP 2	✓ Ada No. 321.12/SPO/YAN/II/2025
58	Pelaporan hasil kritis laboratorium dan pemeriksaan kritis	Perawat, laboratorium	SKP 2	✓ Ada No. 321.12/SPO/YAN/II/2025
59	Pemeriksaan gula darah POCT	Perawat	SKP 2	✓ Ada No. 321.12/SPO/YAN/II/2025
60	Serah terima antarshift perawat	Perawat	SKP 2	✓ Ada No. 321.12/SPO/YAN/II/2025
61	Transfer pasien antarruang / ke penunjang medik / IGD ke rawat inap	Perawat	SKP 2	✓ Ada No. 321.12/SPO/YAN/II/2025
62	Double check pemberian obat high alert (trombolitik, insulin, antihipertensi IV)	Perawat, farmasi	SKP 3	✓ Ada
63	Rekonsiliasi obat	Apoteker, perawat	SKP 3	✓ Ada
64	Time out tindakan invasif	Operator, perawat	SKP 4	✓ Ada
65	Asesmen risiko jatuh	Perawat	SKP 6	✓ Ada No. 321.12/SOP/YAN/II/2025 Rev. 02
66	Pencegahan risiko jatuh; pemasangan stiker/gelang risiko jatuh	Perawat	SKP 6	✓ Ada No. 321.12/SOP/YAN/II/2025
67	Intervensi dan monitoring risiko jatuh; penanganan pasien pascajatuhan	Perawat	SKP 6	✓ Ada No. 321.12/SOP/YAN/II/2025
68	Pelaporan insiden keselamatan pasien (Medify "Si Ratu Keselamatan")	Seluruh petugas	Permenkes 11/2017	✓ Ada
F. PPI, K3, dan Kegawatan				
69	Kebersihan tangan	Seluruh petugas	Permenkes 27/2017	✓ Ada
70	Penggunaan alat pelindung diri	Seluruh petugas	Permenkes 27/2017	✓ Ada
71	Penanganan tumpahan dan pengelolaan limbah	Perawat, pramubakti	Permenkes 27/2017	✓ Ada
72	Penanganan paparan darah/tertusuk jarum	Seluruh petugas	Permenkes 66/2016	✓ Ada
73	Resusitasi jantung paru dan aktivasi code blue	Seluruh petugas klinis	Standar akreditasi	✓ Ada
74	Evakuasi pasien saat kebakaran/bencana; penggunaan APAR	Seluruh petugas	Permenkes 66/2016	✓ Ada
G. Penunjang Multidisiplin				

No	Judul SPO	Pelaksana Utama	Acuan Utama	Status
75	Konsultasi rehabilitasi medik (standing order) dan mobilisasi dini	DPJP, rehab medik	Indikator mutu unit	✓ Ada
76	Fisioterapi dada	Fisioterapis, perawat	Pedoman Pelayanan Unit Stroke	✓ Ada
77	Asuhan gizi dan diet disfagia	Dietisien	Standar akreditasi	✓ Ada
78	Visite apoteker dan pelayanan farmasi klinis	Apoteker	Standar akreditasi	✓ Ada

Jumlah: 78 SPO. Seluruh SPO ditinjau paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun atau sewaktu-waktu bila terdapat perubahan regulasi dan pedoman klinis.

LAMPIRAN 3

CLINICAL PATHWAY UNIT STROKE

Clinical pathway Unit Stroke disusun berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/304/2026 tentang PNPk Tata Laksana Stroke, Pedoman Pelayanan Unit Stroke RSUD Blambangan, serta Panduan Praktik Klinis KSM Neurologi. Obat yang digunakan mengikuti formularium rumah sakit. Kepatuhan terhadap clinical pathway dipantau sebagai indikator mutu (kepatuhan terhadap alur klinis).

CLINICAL PATHWAY

STROKE ISKEMIK AKUT (INFARK SEREBRI) TANPA TERAPI REPERFUSI

RSUD BLAMBANGAN KABUPATEN BANYUWANGI — UNIT STROKE

Nama pasien:		No. RM:		Tgl lahir / umur:		BB / TB:	
Tgl/jam masuk:		Tgl/jam keluar:		Kelas / penjamin:		DPJP:	
Diagnosis utama:	Stroke iskemik akut ICD-10: I63.0–I63.9	Diagnosis sekunder:		Tindakan:		Rencana rawat:	5–7 hari

Kegiatan	Hari 1 (IGD → Unit Stroke)	Hari 2	Hari 3	Hari 4–5	Hari 6–7 / Pulang
Asesmen awal medis	☐ Dokter IGD: BE-FAST, onset, GCS, NIHSS, TTV, GDS ☐ DPJP Sp.N ≤ 24 jam ☐ mRS pra-stroke	☐ Evaluasi DPJP ☐ NIHSS harian	☐ Evaluasi DPJP ☐ NIHSS	☐ Evaluasi DPJP ☐ NIHSS	☐ NIHSS dan mRS saat pulang
Asesmen keperawatan	☐ Pengkajian awal ≤ 24 jam ☐ Morse ☐ Braden ☐ nyeri ☐ skrining gizi ☐ skrining disfagia ≤ 6 jam	☐ Asesmen ulang tiap shift	☐ Asesmen ulang tiap shift	☐ Asesmen ulang tiap shift	☐ Asesmen akhir ☐ resume keperawatan
Laboratorium	☐ Darah lengkap ☐ GDS ☐ ureum, kreatinin ☐ elektrolit ☐ PT/APTT/INR	☐ GDP/GD2PP ☐ HbA1c ☐ profil lipid ☐ asam urat	☐ Sesuai indikasi	☐ Sesuai indikasi	☐ Sesuai indikasi
Radiologi / penunjang	☐ CT kepala tanpa kontras ☐ EKG ☐ foto toraks	☐ Dopler karotis atau CTA sesuai indikasi	☐ Ekokardiografi bila curiga kardioemboli	☐ CT ulang bila perburukan neurologis	—
Konsultasi	☐ Rehabilitasi medik (standing order) ☐ gizi	☐ Sp.JP/Sp.PD/lainnya sesuai komorbid	☐ Terapi wicara/okupasi sesuai kebutuhan	☐ Sesuai indikasi	—

Kegiatan	Hari 1 (IGD → Unit Stroke)	Hari 2	Hari 3	Hari 4–5	Hari 6–7 / Pulang
		☐ MPP			
Pemantauan	☐ TTV, SpO ₂ , GCS tiap 3–4 jam ☐ GDS ☐ balans cairan	☐ TTV, GCS tiap 3–4 jam ☐ GDS	☐ TTV, GCS tiap 3–4 jam	☐ TTV tiap shift	☐ TTV sebelum pulang
Visite & komunikasi	☐ Visite DPJP ≤ 14.00 ☐ penjelasan diagnosis dan rencana	☐ Visite ☐ family meeting 11.00–12.00	☐ Visite ☐ family meeting	☐ Visite ☐ family meeting	☐ Visite ☐ penjelasan kondisi pulang
Medikamentosa	☐ Cairan isotonik (NaCl 0,9%) ☐ aspirin < 48 jam ☐ DAPT 21 hari bila NIHSS ≤ 3 / TIA risiko tinggi ☐ statin intensitas tinggi ☐ antihipertensi hanya bila TD > 220/120 atau komorbid ☐ insulin bila GD > 180 mg/dL ☐ antipiretik bila > 37,5 °C	☐ Lanjut terapi ☐ profilaksis DVT pada imobil ☐ mulai/lanjutkan antihipertensi oral bila stabil	☐ Lanjut terapi	☐ Konversi ke obat oral ☐ evaluasi target faktor risiko	☐ Rekonsiliasi obat pulang ☐ konseling apoteker
Nutrisi	☐ Puasa sampai lolos skrining disfagia ☐ diet sesuai hasil skrining atau NGT	☐ Asuhan gizi oleh dietisien	☐ Evaluasi asupan	☐ Evaluasi asupan ☐ latihan menelan	☐ Edukasi diet di rumah
Mobilisasi / rehabilitasi	☐ Positioning ☐ elevasi kepala sesuai indikasi ☐ mobilisasi dini oleh rehab medik ≤ 24 jam bila stabil	☐ Latihan bertahap (ROM, duduk)	☐ Latihan duduk–berdiri sesuai toleransi	☐ Latihan ambulasi/ADL	☐ Program latihan di rumah ☐ jadwal rehab rawat jalan
Diagnosis keperawatan (SDKI)	Risiko perfusi serebral tidak efektif; gangguan mobilitas fisik; gangguan menelan; gangguan komunikasi verbal; risiko jatuh; risiko gangguan integritas kulit; defisit perawatan diri	☐ Intervensi dan evaluasi tiap shift	☐ Intervensi dan evaluasi	☐ Intervensi dan evaluasi	☐ Evaluasi luaran (SLKI)
Keselamatan pasien	☐ Gelang identitas ☐ gelang risiko jatuh ☐ bundle pencegahan jatuh ☐ alih baring tiap 2 jam ☐ oral hygiene	☐ Bundle jatuh dan dekubitus	☐ Bundle jatuh dan dekubitus	☐ Bundle jatuh dan dekubitus	☐ Edukasi pencegahan jatuh di rumah
Edukasi	☐ Orientasi ruangan, hak & kewajiban, biaya, cara mengadu ☐ penjelasan diagnosis	☐ BE-FAST ☐ faktor risiko	☐ Obat ☐ diet ☐ pencegahan dekubitus	☐ Perawatan disfagia/NGT ☐ latihan di rumah	☐ Edukasi pulang terdokumentasi ☐ SKM
Rencana pulang	☐ Skrining MPP ☐ identifikasi kebutuhan pasca pulang	☐ Rencana pulang bersama keluarga	☐ Persiapan alat bantu/home care	☐ Konfirmasi tanggal pulang	☐ Resume medis ☐ surat kontrol Poli Saraf dan Rehab Medik ☐ administrasi ≤ 2 jam
Kriteria pulang	Hemodinamik stabil; tidak ada perburukan neurologis 24 jam; asupan aman (oral atau NGT)				

Kegiatan	Hari 1 (IGD → Unit Stroke)	Hari 2	Hari 3	Hari 4–5	Hari 6–7 / Pulang
	dengan keluarga terlatih); obat oral; keluarga mampu merawat				

Catatan Varians

No	Varians yang mungkin terjadi	Tanggal	Varians yang terjadi / alasan	Tindak lanjut	Paraf
1	Perburukan neurologis (NIHSS naik ≥ 4)				
2	Transformasi perdarahan				
3	Pneumonia aspirasi / infeksi saluran kemih				
4	Alih rawat ICU				
5	Gagal skrining disfagia berkepanjangan (NGT jangka panjang)				
6	Lama rawat > 7 hari / pulang APS / meninggal				

DPJP

Perawat Penanggung Jawab

Manajer Pelayanan Pasien / Verifikator

(.....)

(.....)

(.....)

Petunjuk: beri tanda ✓ pada ☐ bila kegiatan dilaksanakan; kegiatan yang tidak dilaksanakan atau terlambat dicatat sebagai varians beserta alasannya. CP diisi oleh PPA dan diverifikasi MPP saat pasien pulang.

CLINICAL PATHWAY
STROKE ISKEMIK AKUT DENGAN TROMBOLISIS INTRAVENA
 RSUD BLAMBANGAN KABUPATEN BANYUWANGI — UNIT STROKE

Nama pasien:		No. RM:		Tgl lahir / umur:		BB / TB:	
Tgl/jam masuk:		Tgl/jam keluar:		Kelas / penjamin:		DPJP:	
Diagnosis utama:	Stroke iskemik akut, onset < 4,5 jam ICD-10: I63.x; ICD-9-CM: 99.10	Diagnosis sekunder:		Tindakan:		Rencana rawat:	5–7 hari

Kegiatan	Fase hiperakut IGD (0–60 menit)	0–24 jam pasca trombolisis (Unit Stroke)	Hari 2	Hari 3	Hari 4–5	Hari 6–7 / Pulang
Waktu kunci	☐ Catat jam onset/last known well ☐ ≤ 10 menit evaluasi dokter ☐ ≤ 15 menit tim stroke aktif ☐ ≤ 25 menit CT dimulai ☐ ≤ 45 menit hasil CT ☐ ≤ 60 menit door-to-needle	☐ Catat jam mulai dan selesai infus	—	—	—	—
Asesmen	☐ BE-FAST ☐ GCS ☐ NIHSS ☐ BB (bed scale) ☐ GDS kapiler ☐ checklist inklusi/eksklusi ☐ skrining antikoagulan dan ACE-inhibitor	☐ NIHSS dan TD tiap 15 menit × 2 jam, tiap 30 menit × 6 jam, tiap jam × 16 jam	☐ NIHSS harian ☐ asesmen keperawatan tiap shift	☐ NIHSS ☐ asesmen	☐ NIHSS ☐ asesmen	☐ NIHSS dan mRS saat pulang
Laboratorium	☐ Darah lengkap, trombosit ☐ GDS ☐ PT/APTT/INR (tidak menunda bila tanpa riwayat antikoagulan/koagulopati) ☐ ureum, kreatinin ☐ elektrolit ☐ golongan darah	☐ Fibrinogen, DL, PT/APTT bila curiga perdarahan	☐ Profil lipid ☐ HbA1c ☐ GDP/GD2PP	☐ Sesuai indikasi	☐ Sesuai indikasi	—
Radiologi / penunjang	☐ CT kepala tanpa kontras ☐ CTA bila curiga oklusi pembuluh besar (tidak menunda trombolisis) ☐ EKG	☐ CT kepala ulang 24 jam ☐ CT cito bila perburukan	☐ Dopler karotis	☐ Ekokardiografi sesuai indikasi	—	—
Persetujuan & komunikasi	☐ Edukasi keluarga dengan leaflet ☐ persetujuan tindakan trombolisis ☐ estimasi biaya (pasien umum)	☐ Informasi perkembangan kepada keluarga	☐ Visite DPJP ☐ family meeting	☐ Visite ☐ family meeting	☐ Visite ☐ family meeting	☐ Penjelasan kondisi pulang

Kegiatan	Fase hiperakut IGD (0–60 menit)	0–24 jam pasca trombolisis (Unit Stroke)	Hari 2	Hari 3	Hari 4–5	Hari 6–7 / Pulang
Terapi reperfusi	☐ TD < 185/110 mmHg sebelum mulai ☐ alteplase 0,9 mg/kgBB (maks. 90 mg): 10% bolus 1 menit + 90% infus 60 menit, ATAU tenekteplase 0,25 mg/kgBB (maks. 25 mg) bolus ☐ double check dosis ☐ evaluasi trombektomi (BENVI/rujuk) bila LVO	☐ TD ≤ 180/105 mmHg ☐ antihipertensi IV sesuai protokol ☐ tidak ada antitrombotik 24 jam	—	—	—	—
Bundle pasca trombolisis	—	☐ Tanpa tusukan arteri/vena non-kompresibel ☐ tunda NGT, kateter urin 24 jam kecuali mendesak ☐ waspada angioedema (kit siap) ☐ bila sakit kepala hebat, muntah, NIHSS naik ≥ 4: hentikan infus, lapor DPJP, CT cito	—	—	—	—
Medikamentosa lanjutan	☐ Cairan isotonik ☐ kontrol GD 140–180 mg/dL ☐ antipiretik bila demam	☐ Lanjut cairan ☐ insulin sesuai protokol	☐ Setelah CT 24 jam bebas perdarahan: antiplatelet ☐ statin intensitas tinggi ☐ profilaksis DVT	☐ Lanjut terapi	☐ Konversi oral ☐ target faktor risiko	☐ Rekonsiliasi ☐ konseling apoteker
Nutrisi	☐ Puasa	☐ Skrining disfagia sebelum asupan oral pertama	☐ Diet sesuai skrining ☐ dietisien	☐ Evaluasi asupan	☐ Evaluasi asupan	☐ Edukasi diet
Mobilisasi	—	☐ Tirah baring ☐ positioning ☐ elevasi kepala sesuai indikasi	☐ Mobilisasi dini oleh rehab medik bila stabil	☐ Latihan bertahap	☐ Ambulasi/ADL	☐ Program latihan di rumah
Diagnosis keperawatan (SDKI)	Risiko perdarahan; risiko perfusi serebral tidak efektif; gangguan mobilitas fisik; gangguan menelan; risiko jatuh; ansietas keluarga	☐ Intervensi intensif	☐ Intervensi dan evaluasi	☐ Intervensi dan evaluasi	☐ Intervensi dan evaluasi	☐ Evaluasi luaran
Edukasi & rencana pulang	☐ Orientasi singkat ☐ cara mengadu	☐ Tanda bahaya perdarahan kepada keluarga	☐ BE-FAST ☐ faktor risiko ☐ skrining MPP	☐ Obat ☐ diet	☐ Latihan di rumah ☐ persiapan pulang	☐ Resume ☐ surat kontrol ☐ SKM
Indikator mutu	rTPA pada pasien berindikasi onset < 4,5 jam: 100%; komplikasi pasca trombolisis: 0%; door-to-CT ≤ 25 menit; door-to-needle ≤ 60 menit					

Catatan Varians

No	Varians yang mungkin terjadi	Tanggal	Varians yang terjadi / alasan	Tindak lanjut	Paraf
1	Door-to-needle > 60 menit (catat penyebab)				
2	Perdarahan intrakranial simptomatik				
3	Angioedema orolingual / reaksi alergi				
4	Perdarahan sistemik				
5	Trombektomi lanjutan / rujukan RS pengampu				
6	Alih rawat ICU / meninggal				

DPJP

Perawat Penanggung Jawab

Manajer Pelayanan Pasien / Verifikator

(.....)

(.....)

(.....)

Petunjuk: beri tanda ✓ pada ☐ bila kegiatan dilaksanakan; kegiatan yang tidak dilaksanakan atau terlambat dicatat sebagai varians beserta alasannya. CP diisi oleh PPA dan diverifikasi MPP saat pasien pulang.

CLINICAL PATHWAY
DIGITAL SUBTRACTION ANGIOGRAPHY (DSA) SEREBRAL DIAGNOSTIK
 RSUD BLAMBANGAN KABUPATEN BANYUWANGI — UNIT STROKE

Nama pasien:		No. RM:		Tgl lahir / umur:		BB / TB:	
Tgl/jam masuk:		Tgl/jam keluar:		Kelas / penjamin:		DPJP:	
Diagnosis utama:	Indikasi DSA (stroke iskemik, perdarahan intraserebral/subaraknoid non-trauma, curiga aneurisma/AVM, stenosis) ICD-9-CM: 88.41	Diagnosis sekunder:		Tindakan:		Rencana rawat:	2–3 hari (elektif)

Kegiatan	Hari masuk / pra-tindakan	Hari tindakan: persiapan (Unit Stroke)	Intra-tindakan (Cath Lab BENVI)	Pasca 0–6 jam (Unit Stroke)	Pasca 6–24 jam	Pulang
Asesmen	☐ Indikasi oleh Sp.N/dokter neurointervensi ☐ riwayat alergi kontras/iodium ☐ obat antikoagulan, antiplatelet, metformin ☐ GCS/NIHSS baseline ☐ pulsasi a. femoralis, radialis, dorsalis pedis	☐ Verifikasi identitas dan penandaan ☐ TTV ☐ status puasa	☐ Sign in, time out, sign out	☐ TTV, GCS, area punksi, pulsasi distal tiap 15 menit × 1 jam, tiap 30 menit × 1 jam, tiap jam × 4 jam	☐ TTV tiap 4 jam ☐ area punksi ☐ neurologis	☐ Evaluasi akhir ☐ area punksi baik
Laboratorium	☐ Darah lengkap ☐ PT/APTT/INR ☐ ureum, kreatinin (eGFR) ☐ GDS ☐ elektrolit	—	—	—	☐ Kreatinin ulang bila risiko nefropati kontras	—
Persetujuan & administrasi	☐ Penjelasan tujuan, risiko, alternatif ☐ persetujuan tindakan ☐ persetujuan anestesi bila GA ☐ estimasi biaya (pasien umum) ☐ penjadwalan Cath Lab	☐ Konfirmasi jadwal ☐ serah terima ke Cath Lab (SBAR)	—	☐ Serah terima Cath Lab → Unit Stroke (SBAR)	—	☐ Penjelasan hasil DSA oleh DPJP
Persiapan / prosedur	☐ Hidrasi sesuai fungsi ginjal ☐ premedikasi bila riwayat alergi kontras ☐ penyesuaian metformin dan antikoagulan sesuai instruksi	☐ Puasa sesuai instruksi (lokal/GA) ☐ akses IV ☐ bersihkan area punksi ☐ lepas perhiasan/gigi palsu	☐ Akses femoral/radial ☐ heparinisasi sesuai protokol ☐ catat volume kontras dan dosis radiasi ☐ pemantauan TTV, SpO ₂ , neurologis	☐ Femoral: tirah baring tungkai lurus 4–6 jam (sesuai teknik hemostasis) ☐ radial: pelonggaran TR band bertahap sesuai protokol	☐ Mobilisasi bertahap	—

Kegiatan	Hari masuk / pra-tindakan	Hari tindakan: persiapan (Unit Stroke)	Intra-tindakan (Cath Lab BENVI)	Pasca 0–6 jam (Unit Stroke)	Pasca 6–24 jam	Pulang
Medikamentosa	☐ Terapi dasar dilanjutkan	☐ Cairan hidrasi	☐ Sesuai operator	☐ Hidrasi oral/IV ☐ analgetik bila perlu	☐ Antiplatelet/antikoagulan sesuai instruksi operator	☐ Rekonsiliasi obat pulang
Diagnosis keperawatan (SDKI)	Ansietas; risiko perdarahan; risiko perfusi perifer tidak efektif; risiko alergi; gangguan rasa nyaman	☐ Intervensi	☐ Intervensi	☐ Intervensi dan evaluasi	☐ Evaluasi	☐ Evaluasi luaran
Edukasi	☐ Prosedur, persiapan, sensasi saat kontras disuntikkan	☐ Kaki/lengan tidak ditekuk setelah tindakan	—	☐ Segera lapor bila area punksi basah, hangat, nyeri, kebas, atau bengkak	☐ Perawatan luka punksi ☐ minum cukup	☐ Tanda bahaya di rumah ☐ jadwal kontrol ☐ rencana tindak lanjut hasil DSA ☐ SKM
Kriteria pulang	TTV stabil; tidak ada hematoma/perdarahan; pulsasi distal baik; status neurologis tetap; mampu mobilisasi; fungsi ginjal stabil					

Catatan Varians

No	Varians yang mungkin terjadi	Tanggal	Varians yang terjadi / alasan	Tindak lanjut	Paraf
1	Hematoma / pseudoaneurisma / perdarahan area punksi				
2	Defisit neurologis baru pasca tindakan				
3	Reaksi kontras				
4	Nefropati akibat kontras				
5	Oklusi a. radialis / gangguan perfusi distal				
6	Dilanjutkan intervensi (koiling, stenting, trombektomi) — gunakan CP tindakan terkait				

DPJP

Perawat Penanggung Jawab

Manajer Pelayanan Pasien / Verifikator

(.....)

(.....)

(.....)

Petunjuk: beri tanda ✓ pada ☐ bila kegiatan dilaksanakan; kegiatan yang tidak dilaksanakan atau terlambat dicatat sebagai varians beserta alasannya. CP diisi oleh PPA dan diverifikasi MPP saat pasien pulang.

LAMPIRAN 4

FORMAT PENILAIAN KINERJA PEGAWAI UNIT STROKE

Format berikut mengacu pada Peraturan Pemerintah Nomor 30 Tahun 2019 tentang Penilaian Kinerja PNS dan Peraturan Menteri PANRB Nomor 6 Tahun 2022 tentang Pengelolaan Kinerja Pegawai ASN (perilaku kerja BerAKHLAK). Bagi pegawai non-ASN BLUD, format yang sama digunakan dengan penyesuaian sesuai peraturan internal RSUD Blambangan. Penilaian resmi tetap dilaksanakan melalui aplikasi e-Kinerja; format ini digunakan untuk pendokumentasian dan evaluasi kinerja di tingkat unit.

4.1 Format A — Rencana Sasaran Kinerja Pegawai (SKP)

SASARAN KINERJA PEGAWAI

PENDEKATAN HASIL KERJA KUALITATIF — PERIODE: 1 JANUARI s.d. 31 DESEMBER 2026

No	Pegawai yang Dinilai		No	Pejabat Penilai Kinerja	
1	Nama		1	Nama	
2	NIP		2	NIP	
3	Pangkat/Gol. Ruang		3	Pangkat/Gol. Ruang	
4	Jabatan	Perawat Pelaksana Unit Stroke	4	Jabatan	Kepala Ruangan Unit Stroke / atasan langsung
5	Unit Kerja	Unit Stroke RSUD Blambangan	5	Unit Kerja	RSUD Blambangan

Hasil Kerja

No	Rencana Hasil Kerja Pimpinan yang Diintervensi	Rencana Hasil Kerja	Aspek	Indikator Kinerja Individu	Target
A. Utama					
1	Meningkatnya mutu pelayanan Unit Stroke	Terlaksananya asuhan keperawatan pasien stroke sesuai standar	Kuantitas	Jumlah pasien kelolaan dengan asuhan keperawatan terdokumentasi lengkap	 pasien
			Kualitas	Persentase dokumentasi asuhan keperawatan lengkap di E-RM	100%
2	Terpenuhinya indikator mutu Unit Stroke	Terlaksananya pemantauan neurologis dan skrining disfagia	Kualitas	Persentase pasien dengan skrining disfagia sebelum asupan oral	100%
3	Menurunnya insiden keselamatan pasien	Terlaksananya sasaran keselamatan pasien	Kualitas	Kepatuhan identifikasi pasien dan bundle pencegahan jatuh pada pasien kelolaan	100%
4	Meningkatnya kepuasan pengguna layanan	Terlaksananya orientasi dan edukasi pasien/keluarga	Kualitas	Persentase pasien kelolaan dengan formulir orientasi dan edukasi pulang terdokumentasi	100%
			Waktu	Pengaduan terkait pasien kelolaan ditanggapi ≤ 1 × 24 jam	100%
B. Tambahan					
5	—	Menjadi PJ SKM / PJ Pengaduan / PIC Mutu unit (sesuai penugasan)	Kuantitas	Laporan bulanan tersusun	12 laporan

Perilaku Kerja (BerAKHLAK)

No	Nilai	Panduan Perilaku	Ekspektasi Khusus Pimpinan (contoh)
1	Berorientasi Pelayanan	Memahami dan memenuhi kebutuhan masyarakat; ramah, cekatan, solutif, dan dapat diandalkan; melakukan perbaikan tiada henti	Menerapkan TSST; memberikan orientasi hak, biaya, dan cara mengadu kepada setiap pasien baru

No	Nilai	Panduan Perilaku	Ekspektasi Khusus Pimpinan (contoh)
2	Akuntabel	Melaksanakan tugas dengan jujur, bertanggung jawab, cermat, disiplin, dan berintegritas tinggi; menggunakan kekayaan dan barang milik negara secara bertanggung jawab, efektif, dan efisien; tidak menyalahgunakan kewenangan jabatan	Tidak menerima pemberian dalam bentuk apa pun dari pasien/keluarga; hadir tepat waktu
3	Kompeten	Meningkatkan kompetensi diri untuk menjawab tantangan yang selalu berubah; membantu orang lain belajar; melaksanakan tugas dengan kualitas terbaik	Mempertahankan sertifikat BTCLS/BNLS dan pelatihan stroke; membimbing perawat baru
4	Harmonis	Menghargai setiap orang apa pun latar belakangnya; suka menolong orang lain; membangun lingkungan kerja yang kondusif	Tidak melakukan perundungan; melayani tanpa diskriminasi
5	Loyal	Memegang teguh ideologi Pancasila, UUD 1945, setia kepada NKRI serta pemerintahan yang sah; menjaga nama baik sesama ASN, pimpinan, instansi, dan negara; menjaga rahasia jabatan dan negara	Menjaga kerahasiaan data pasien; tidak mengunggah data pasien ke media sosial
6	Adaptif	Cepat menyesuaikan diri menghadapi perubahan; terus berinovasi dan mengembangkan kreativitas; bertindak proaktif	Menerapkan PNPk 2026 dan inovasi I-CARE
7	Kolaboratif	Memberi kesempatan kepada berbagai pihak untuk berkontribusi; terbuka dalam bekerja sama untuk menghasilkan nilai tambah; menggerakkan pemanfaatan berbagai sumber daya untuk tujuan bersama	Aktif dalam code stroke dan kerja tim multidisiplin

Pegawai yang Dinilai,

Banyuwangi, ...

Pejabat Penilai Kinerja,

(.....)

NIP.

(.....)

NIP.

4.2 Format B — Evaluasi Kinerja Periodik (Bulanan/Triwulanan)

Nama / NIP		Periode	Bulan/Triwulan 2026
Jabatan	Perawat Pelaksana Unit Stroke	Pejabat penilai	

Hasil Kerja

No	Rencana Hasil Kerja	Indikator Kinerja Individu	Target	Realisasi Berdasarkan Bukti Dukung	Umpan Balik Berkelanjutan
1					
2					
3					
4					
5					

Rating Hasil Kerja: ☐ Di atas ekspektasi ☐ Sesuai ekspektasi ☐ Di bawah ekspektasi

Perilaku Kerja

No	Nilai BerAKHLAK	Ekspektasi Khusus Pimpinan	Umpan Balik Berkelanjutan
1	Berorientasi Pelayanan		
2	Akuntabel		
3	Kompeten		
4	Harmonis		
5	Loyal		
6	Adaptif		
7	Kolaboratif		

Rating Perilaku Kerja: ☐ Di atas ekspektasi ☐ Sesuai ekspektasi ☐ Di bawah ekspektasi

Predikat Kinerja Periodik: ☐ Sangat Baik ☐ Baik ☐ Butuh Perbaikan ☐ Kurang/Misconduct ☐ Sangat Kurang

4.3 Matriks Penentuan Predikat Kinerja

Rating Hasil Kerja \ Rating Perilaku	Di bawah ekspektasi	Sesuai ekspektasi	Di atas ekspektasi
Di atas ekspektasi	Kurang/Misconduct	Baik	Sangat Baik
Sesuai ekspektasi	Kurang/Misconduct	Baik	Baik
Di bawah ekspektasi	Sangat Kurang	Butuh Perbaikan	Butuh Perbaikan

Pegawai yang Dinilai,

Pejabat Penilai Kinerja,

(.....)

(.....)

4.4 Format C — Laporan Kinerja Bulanan Individu Perawat Unit Stroke

Diisi setiap akhir bulan oleh perawat dan diverifikasi Kepala Ruangan berdasarkan data E-RM Medify serta catatan supervisi.

Nama / NIP		Bulan	 2026
Jabatan / Tim		Jumlah dinas (P/S/M)	 / /

No	Indikator Kinerja Individu	Target	Capaian	Sumber Data	Keterangan
1	Jumlah pasien kelolaan	—		E-RM/sensus	
2	Dokumentasi asuhan keperawatan lengkap	100%		Audit E-RM	
3	Kepatuhan identifikasi pasien (observasi)	100%		Checklist supervisi	
4	Skrining disfagia sebelum asupan oral	100%		E-RM	
5	Bundle pencegahan jatuh terlaksana	100%		Checklist	
6	Kepatuhan kebersihan tangan	≥ 85%		Audit PPI	
7	Formulir orientasi dan edukasi pulang lengkap	100%		Rekam medis	
8	Insiden keselamatan pasien yang dilaporkan	—		Laporan IKP	
9	Pengaduan terbukti terkait pegawai	0		Register pengaduan	
10	Kehadiran dan ketepatan waktu	100%		Presensi	
11	Pengembangan kompetensi (jam pelatihan/CPD)	≥ 2 JPL/bulan		Sertifikat	

Catatan Kegiatan Harian (ringkas)

Tgl	Shift	Kegiatan / Hasil Kerja	Jumlah	Bukti (No. RM/E-RM)

Pegawai,

Mengetahui, Kepala Ruangan Unit Stroke,

(.....)

(Rilo Abadi, S.Kep)

4.5 Format D — Evaluasi Kompetensi Klinis Perawat Unit Stroke

Digunakan saat orientasi pegawai baru dan evaluasi kompetensi tahunan. Penilai: Kepala Ruangan/Clinical Instructor.

Nama / NIP		Tanggal evaluasi	
Jenjang klinis	PK	Penilai	

No	Kompetensi	Mandiri	Dengan Supervisi	Belum Kompeten	Catatan / Rencana
1	Pengkajian neurologis (GCS, pupil, kekuatan otot)	☐	☐	☐	
2	Penilaian NIHSS	☐	☐	☐	
3	Pemantauan pasca trombolisis dan pengenalan tanda perdarahan	☐	☐	☐	
4	Penanganan awal angioedema	☐	☐	☐	
5	Skrining disfagia	☐	☐	☐	
6	Pemasangan NGT dan pemberian makan	☐	☐	☐	
7	Perawatan pasca DSA/trombektomi (area punksi, pulsasi distal)	☐	☐	☐	
8	Positioning, alih baring, pencegahan luka tekan	☐	☐	☐	
9	Bundle pencegahan jatuh	☐	☐	☐	
10	Double check obat high alert dan penggunaan syringe pump	☐	☐	☐	
11	Komunikasi SBAR dan serah terima	☐	☐	☐	
12	Edukasi BE-FAST dan pencegahan sekunder	☐	☐	☐	
13	Komunikasi dengan pasien afasia	☐	☐	☐	
14	Penanganan pengaduan sesuai SPO	☐	☐	☐	
15	Bantuan hidup dasar (BLS)	☐	☐	☐	

Kesimpulan: ☐ Kompeten ☐ Kompeten dengan pembinaan ☐ Belum kompeten (rencana pelatihan:)

Perawat yang dievaluasi,

Penilai,

(.....)

(.....)