



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO

KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO
PROVINSI JAWA TENGAH

NOMOR : 445/08567a/X/2025

TENTANG
STANDAR PELAYANAN
DILINGKUNGAN RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO
PROVINSI JAWA TENGAH

DIREKTUR RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO
PROVINSI JAWA TENGAH

Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan kualitas dan mutu pelayanan publik di lingkungan RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Provinsi Jawa Tengah, diperlukan pedoman kerja yang jelas bagi petugas pelayanan;

b. bahwa untuk memberikan kepastian hukum dan keseragaman dalam penyelenggaraan pelayanan kepada masyarakat, perlu ditetapkan Standar Pelayanan;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Direktur tentang Standar Pelayanan di Lingkungan RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Provinsi Jawa Tengah;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesai tahun 2014 Nomor 224, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali telah dirubah terakhir dengan Undang- Undang Nomor 6 tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 Tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);

2. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2023 tentang

Provinsi Jawa Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6867);

3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
4. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2023 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 141, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6897);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
6. Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 166);
7. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 172);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/MENKES/PER/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 tahun 2015 tentang Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 334);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 38);

14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 Tentang Penanggulangan Tuberkulosis (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 122);
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 49);
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308);
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 857);
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2018 tentang Kode Etik dan Hukum Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1291);
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 296);
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 803);
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 29 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Masalah Gizi Bagi Anak Akibat Penyakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 914);
22. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 7);
23. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang klasifikasi dan perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
24. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 586);
25. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2020 tentang Komite Etik Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia

Tahun 2020 Nomor 1289);

26. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 80 tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1389);
27. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual;
28. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 tahun 2021 tentang Pedoman Penggunaan Antibiotik di Rumah Sakit;
29. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2022 tentang Penanggulangan Human Immunodeficiency Virus, Acquired Immuno-Deficiency Syndrome, dan Inkubasi Menular Seksuals (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 831);
30. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 829);
31. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Puskesmas, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Tranfusi Darah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 1054);
32. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2022 tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 1088);
33. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana, dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 1309);
34. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2023 tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 55);
35. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2025 tentang Rencana

Strategis Kementrian Kesehatan Tahun 2025-2029;

36. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1928/2022 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Stunting;
37. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/16/2023 tentang Instrumen Penilaian Rumah Sakit Pendidikan;
38. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;
39. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/560/2025 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif di Rumah Sakit;
40. Keputusan Dirjen Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/43961/2024 tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit;
41. Keputusan Dirjen Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/47104/2024 tentang Instrumen Survei Akreditasi Rumah Sakit;
42. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 5 Tahun 2025 tentang Pembentukan Dan Susunan Perangkat Daerah Provinsi Jawa Tengah (Lembaran Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2025 Nomor 5, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 169);
43. Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 46 A Tahun 2023 Tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Bidang Kesehatan Provinsi Jawa Tengah (Berita Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2023 Nomor 46 A);
44. Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 1 Tahun 2025 Tentang Tata Naskah Dinas di Lingkungan Pemerintah Daerah (Berita Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2025 Nomor 1);
45. Pergub Prov. Jawa Tengah No. 11 Tahun 2025 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. Margono Soekarjo Provinsi Jawa Tengah Kelas A;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

KESATU : Standar Pelayanan untuk semua jenis layanan dilingkungan RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Provinsi Jawa Tengah, meliputi:

1. Standar Pelayanan Instalasi Gawat Darurat
2. Standar pelayanan Instalasi Rawat Jalan
3. Standar Pelayanan Rawat Inap
4. Standar Pelayanan Instalasi Farmasi
5. Standar Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
6. Standar Pelayanan Instalasi Radiologi
7. Standar Pelayanan Patologi Anatomi
8. Standar Pelayanan Instalasi Rawat Intensive
9. Standar Pelayanan Instalasi Dialisis
10. Standar Pelayanan Instalasi Bedah Sentral
11. Standar Pelayanan Instalasi Radioterapi
12. Standar Pelayanan Instalasi Rehabilitasi Medis
13. Standar Pelayanan Unit Tranfusi Darah
14. Standar Pelayanan ambulan
15. Standar Pelayanan Loker Pembayaran
16. Standar Pelayanan Forensik

KEDUA : Rincian Standar Pelayanan Publik masing-masing jenis layanan sebagaimana dimaksud pada diktum KESATU sebagaimana terlampira dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari keputusan ini.

KETIGA : Direktur RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Provinsi Jawa Tengah wajib menyusun, menetapkan maklumat pelayanan sebagai janji dan/atau komitmen pelaksanaan Standar Pelayanan Publik.

KEEMPAT : Standar Pelayanan Publik dalam Keputusan ini wajib ditaati dan dijadikan pedoman dalam memberikan pelayanan.

KELIMA : Rincian Standar Pelayanan Publik yang berkaitan dengan pelayanan langsung dengan sesuai kebutuhan informasi masyarakat serta Maklumat Pelayanan wajib dipublikasikan.

KEENAM : Direktur RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Provinsi Jawa Tengah menetapkan petugas khusus layanan dan petugas

pengelola pengaduan.

KETUJUH : Keputusan ini mulai berlaku sejak ditetapkan.

Ditetapkan di Purwokerto
pada tanggal 01 Oktober 2025

DIREKTUR
RSUD PROF. Dr. MARGONO
SOEKARJO PROVINSI JAWA
TENGGAH,



HERI DWI PURNOMO

LAMPIRAN KEPUTUSAN DIREKTUR
RSUD PROF. DR. MARGONO
SOEKARJO PROVINSI JAWA TENGAH.
NOMOR : 445/08567a/X/2025
TANGGAL : 01 Oktober 2025

STANDAR PELAYANAN

1. STANDAR PELAYANAN INSTALASI GAWAT DARURAT

A. SERVICE DELIVERY		
NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	Persyaratan Pelayanan	1. Identitas Diri 2. Datang langsung /Rujukan/Sisrute/Telepon 3. Slip Pendaftaran
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Pasien datang sendiri atau melalui rujukan dilakukan triase dan assesment awal untuk menentukan kegawatan. 2. Apabila dari hasil triase/assesment awal tidak ada kegawatan dan tidak ada indikasi rawat inap maka pasien di kelola sebagai pasien rawat jalan 3. Pengantar pasien/Keluarga/penanggung jawab mendaftarkan pasien. 4. Pasien mendapatkan pemeriksaan lanjutan oleh Tenaga dokter 5. Pasien mendapatkan penatalaksanaan emergency sesuai kondisi kegawatdaruratan. 6. Observasi di IGD 7. Konsul dokter spesialis 8. Hasil konsul dan pemeriksaan pasien dapat berupa indikasi : a. Rawat jalan b. Cito Operasi c. Rawat inap d. Rujuk e. Pasien meninggal 9. Bila a-d kordinasi dengan farmasi kebutuhan obat dan Bahan/Alat Habis Pakai 10. bila c, pendaftaran mencarikan ruang rawat inap sesuai kelas 11. bila a, kordinasi peresepan pulang dengan farmasi

		12. bila d, sistrute 13. bila b melakukan pendaftaran dengan SIM RS ke IBS dan persiapan Tindakan OP 14. bila e maka menghubungi IKFML untuk pemulasaraan jenazah. ALUR PELAYANAN IGD <pre>graph TD; MULAI((MULAI)) --> Rujukan[Pasien Rujukan/Sistrute]; MULAI --> Datang[Pasien Datang Sendiri]; Rujukan --> Triase[Triase/Assesment Awal Dokter IGD]; Datang --> Triase; Triase --> Emergency{Emergency}; Emergency -- Tidak --> Pulang[Pulang]; Emergency -- Ya --> Pendaftaran[Pendaftaran]; Pendaftaran --> Pemeriksaan[Pemeriksaan Penunjang]; Pemeriksaan --> Konsul[Konsul Dokter Spesialis & Sub Spesialis]; Konsul --> Farmasi[Farmasi]; Konsul --> Tindakan{Tindakan}; Tindakan -- Ya --> TindakanCito[Tindakan Cito]; Tindakan -- Tidak --> Rujuk[Rujuk]; Tindakan -- Tidak --> Pulang; Tindakan -- Tidak --> RawatInap[Rawat Inap]; Tindakan -- Tidak --> Meninggal[Meninggal]; RawatInap --> Selesai((Selesai));</pre>
3.	Jangka waktu penyelesaian	5 menit terlayani oleh dokter setelah pasien datang
4.	Biaya/tarif	1. Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah. 2. Pengguna asuransi kesehatan di tanggung oleh penjamin 3. Pemeriksaan : • Pemeriksaan dokter umum Rp. 85.000,- • Pemeriksaan dokter spesialis Rp. 160.000,- • Konsultasi dokter Spesialis Rp. 90.000,- 4. Biaya obat dan bahan habis pakai 5. Biaya Pemeriksaan Penunjang 6. Biaya ambulan dan tenaga kesehatan pendamping jika memerlukan rujukan untuk pasien umum.

5.	Produk pelayanan	Produk pelayanan Instalasi Gawat Darurat : 1. Pelayanan penanganan kegawatdaruratan 2. Hasil pemeriksaan penunjang 3. Hasil Konsultasi Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) 4. Surat keterangan sakit 5. Surat Rujukan 6. Surat Keterangan Kematian
6.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	1. Melalui konsultasi/Aduan secara langsung 2. Kotak saran : Jln. Dr. Gumbreg No. 1 Purwokerto No Tlp : 0281 632708 3. Humas RSMS SMS/WA :0811 289 7222 dan 0811 292 2225 4. Pojok aduan pada aplikasi rsms online 5. Email: rsmargono@jatengprov.go.id 6. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (loket pengaduan) 7. Website : http://rsmargono.jatengprov.go.id 8. Span Lapor 9. SIPP BPJS 10. Lapor GUB 11. Google Review

B. MANUFACTURING

1	Dasar Hukum	1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan kegawatdaruratan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1799);
		2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis
		3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
		4. Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah.

		5. Peraturan Direktur nomor. 445/10157a/X/2024 Tentang Tata Kelola pelayanan Medis RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Provinsi Jawa Tengah.
2.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	Sarana Prasarana Instalasi Gawat darurat : 1. Ruang Triase 2. Ruang Pendaftaran 3. Ruang Resusitasi 4. Ruang Isolasi 5. Ruang Minor 6. Ruang Observasi 7. Lift, Ram 8. Satelit Farmasi 9. Ruang Dekontaminasi 10. Ambulance 11. Toilet petugas dan pasien 12. Ruang penunggu pasien 13. AC, Tempat Tidur, Korden 14. Peralatan Medis 15. Oksigen central 16. Mobile Strecker 17. Ventilator 18. Tempat Parkir 19. Tersedia APAR 20. CCTV 21. Jalur EVAKUASI 22. Satpam
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter umum 2. Dokter Spesialis 3. Dokter Sub Spesialis 4. Perawat 5. Tenaga teknis kefarmasian 6. Administrasi 7. Transporter 8. Pramur ruang
4.	Pengawasan internal	1. Pengawasan atasan langsung; 2. Supervisi oleh Manajemen 3. Morning Report 4. SPI 5. Pelaporan bulanan
5.	Jumlah Pelaksana	Jumlah tenaga di Instalasi Rawat gawat darurat sebanyak 207 orang dengan rincian sebagai

		berikut: 1. Dokter Umum 17 orang 2. Dokter Spesial 57 orang 3. Dokter Sub Spesialis 62 orang 4. Perawat 44 orang 5. Adminitrasi 10 orang 6. Transporter 14 orang 7. Pamu ruang 1 orang
6.	Jaminan pelayanan	1. Pelayanan mengutamakan kegawatanya 2. Setiap pasien terdaftar di SIM RS 3. Pelayanan dilakukan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional 4. Pelayanan di berikan oleh petugas yang kompeten 5. Pelayanan yang di berikan tidak diskriminatif 6. Dijamin kerahasiaannya 7. Sarana dan Prasarana penunjang pelayanan yang siap pakai
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	1. Data-dan informasi pengguna layanan dijamin keamanannya dan digunakan semata mata hanya untuk kepentingan pelayanan; 2. Sarana pelayanan dan sarana penunjang layanan menjamin/mendukung keamanan, kenyamanan dan keselamatan pengguna layanan: alat yang di gunakan dilakukan kalibrasi secara rutin. 3. Pelayanan di Instalasi Gawat darurat sesuai dengan Standar Prosedure operasional. 4. Semua Pasien terdaftar dalam SIM RS 5. Semua pasien di berikan gelang sebagai identifikasi pasien. 6. Penggunaan alat pelindung diri sesuai ketentuan 7. Tersedia sarana cuci tangan 8. Tersedia APAR 9. Petugas keamanan dan CCTV 10. Tersedianya petunjuk jalur evakuasi
8.	Evaluasi kinerja Pelaksana	1. Sasaran Kinerja Pegawai setiap 3 bulan 2. Pelaporan indikator mutu setiap bulan 3. Pelaporan SPM setiap bulan 4. Pemberian Reward dan Punishmen pegawai 5. Pelaksanaan Survei Kepuasan Masyarakat

		6. Meeting morning
--	--	--------------------

2. STANDAR PELAYANAN INSTALASI RAWAT JALAN

A. SERVICE DELIVERY		
NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	Persyaratan Pelayanan	1. Identitas Diri (KTP/KK) 2. Datang langsung/surat Rujukan/Surat kontrol 3. Slip Pendaftaran dan/SEP
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	Prosedur dalam pelayanan rawat jalan : 1. Pasien yang sudah mendaftar secara online langsung ke Poli yang di tuju dan akan mendapatkan pelayanan sesuai nomor urut yang tertulis di registrasi online 2. Pasien yang tidak mendaftar online mengambil nomor antrian di anjungan pendaftaran. 3. Pasien akan menuju poliklinik yang di tuju • Pasien lama dengan penjamin BPJS melakukan scan barcode pendaftaran online dan validasi biometrik • Pasien baru dengan penjamin BPJS melakukan scan barcode pendaftaran online , validasi biometrik dan melengkapi data identitas pasien • Pasien umum akan mendapat slip pembayaran dan membayar di loket keuangan. 4. Pasien akan di panggil oleh petugas poli klinik sesuai nomor urut yang terpampang pada layar monitor 5. Pasien menuju ruang anamnesa untuk di lakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan pengkajian oleh perawat sekalian menyerahkan persyaratan adminitrasi 6. Pasien di periksa dokter sesuai antrian dengan hasil : • Memerlukan pemeriksaan penunjang akan di input sesuai intruksi dokter melalui SIM RS • Memerlukan tindakan akan dilakukan tindakan di ruang tindakan • Memerlukan Rujuk akan di buatkan surat

	pengaduan, saran, dan masukan	1. Melalui konsultasi/Aduan secara langsung 2. Kotak saran : Jln. Dr. Gumbreg No. 1 Purwokerto No Tlp : 0281 632708 3. Humas RSMS SMS/WA :0811 289 7222 dan 0811 292 2225 4. Pojok aduan pada aplikasi rsms online 5. Email: rsmargono@jatengprov.go.id 6. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (loket pengaduan) 7. Website : http://rsmargono.jatengprov.go.id 8. SPAN LAPOR 9. SIPP BPJS 10. Lapor GUB 11. Google Review
B. MANUFACTURING		
1	Dasar Hukum	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit
		1. Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah.
		2. Peraturan Direktur nomor. 445/10157a/X/2024 Tentang Tata Kelola pelayanan Medis RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Provinsi Jawa Tengah.
2.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	Instalasi Rawat Jalan di lengkapi dengan Sarana Prasarana : 1. Layar antrian pakai digital 2. Pemeriksaan Penunjang (Radiologi, Laboratorium, Radioterapi) 3. Rehabilitasi Medik 4. Barcode Scanner 5. Finger Print 6. Face Recognition 7. Finger Print Scan 8. Ruang tunggu pasien 9. Ruang pelayanan dokter

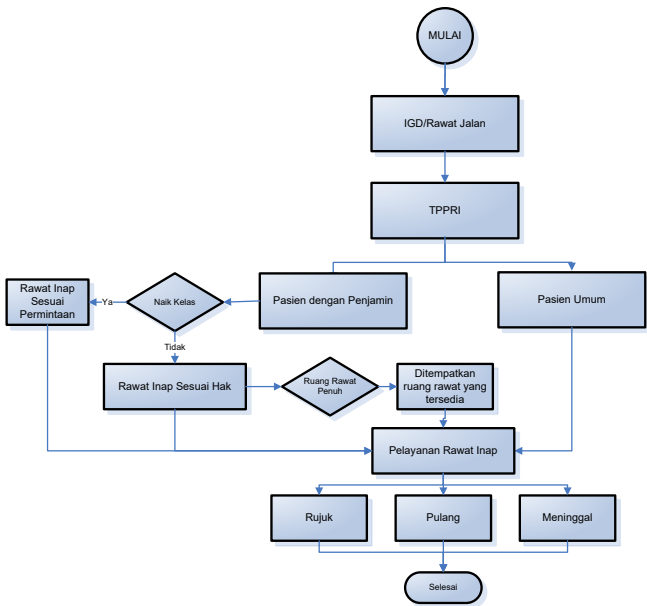
		10. Ruang Pelayanan adminitrasi 11. Ruang Tindakan 12. Ruang Informasi 13. Rekam Medik Elektronik 14. Apotik rawat jalan 15. Penghantaran obat gratis 16. Kursi Roda dan brancar 17. Lift pasien 18. Toilet 19. Kantin. 19. Komputer ; 20. Printer ; 21. Jaringan Internet 22. AC, Peralatan medis sesuai kebutuhan poli klinik 23. Peralatan medis sesuai kebutuhan poli klinik 23. Kursi dan meja petugas, Kursi pasien 24. Layar monitor 25. Tempat Parkir 26. Tersedia APAR 27. CCTV 28. Jalur Evakuasi 29. Ruang Laktasi 30. Satpam
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter umum 2. Dokter Spesialis 3. Dokter Sub Spesialis 4. Perawat 5. Bidan 6. Psikolog 7. Adminitrasi 8. Transporter pasien
4.	Pengawasan internal	1. Pengawasan atasan langsung; 2. Supervisi oleh Manajemen 3. Morning Report 4. SPI 5. Pelaporan bulanan
5.	Jumlah Pelaksana	Jumlah tenaga di Instalasi Rawat jalan sebanyak 211 orang dengan rincian sebagai berikut: 1. Dokter Sub spesialis = 41 orang 2. Dokter spesialis = 43 orang 3. Dokter Gigi = 2 orang

		4. Perawat = 51 orang 5. Perawat gigi = 5 orang 6. Bidan = 3 orang 7. Psikologi = 2 orang 8. Adminitrasi = 17 orang 9. Rekam Medis = 2 orang 10. Transporter = 9 orang.
6.	Jaminan pelayanan	1. Setiap pasien yang akan mendapat pelayanan terdaftar di sistem. 2. Pelayanan dilakukan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional 3. Pelayanan diberikan oleh petugas yang kompeten 4. Pelayanan yang di berikan tidak diskriminatif 5. Dijamin kerahasiaannya 6. Sarana dan Prasarana penunjang pelayanan yang siap pakai dan lakukan kalibrasi secara berkala.
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	1. Data-dan informasi pengguna layanan dijamin keamanannya dan digunakan semata mata hanya untuk kepentingan pelayanan; 2. Sarana pelayanan dan sarana penunjang layanan menjamin/mendukung keamanan, kenyamanan dan keselamatan pengguna layanan: alat yang di gunakan dilakukan kalibrasi secara rutin. 3. Pelayanan di Instalasi rawat jalan sesuai dengan Standar Prosedure Operasional. 4. Semua Pasien terdaftar dalam SIM RS 5. Penggunaan alat pelindung diri sesuai ketentuan 6. Tersedia sarana cuci tangan 7. Tersedia APAR 8. Petugas keamanan 9. CCTV 10. Hidran air 11. Tersedianya petunjuk jalur evakuasi
8.	Evaluasi kinerja Pelaksana	1. Sasaran Kinerja Pegawai setiap 3 bulan 2. Pelaporan indikator mutu setiap bulan 3. Pelaporan SPM setiap bulan 4. Pemberian Reward dan Punishmen pegawai 5. Pelaksanaan Survei Kepuasan Masyarakat

		6. Morning Report
--	--	-------------------

3. STANDAR PELAYANAN INSTALASI RAWAT INAP

A. SERVICE DELIVERY		
NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	Persyaratan Pelayanan	1. Surat perintah/instruksi rawat inap dari Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dari rawat jalan/IGD. 2. Untuk Pasien dengan penjamin asuransi kesehatan, Kelengkapan Surat Jaminan Rawat Inap maksimal (3x24 Jam hari kerja) harus terpenuhi.
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Pasien dari rawat jalan dan IGD melakukan pendaftaran di tempat pendaftaran pasien rawat inap (TPPRI) 2. Pasien dan Keluarga mendapat informasi : • Ketersediaan tempat tidur • Tarif kelas perawatan (III/II/I/VIP/VVIP). • informasi Dokter yang akan merawat • Persetujuan ketentuan umum, Hak dan Kewajiban pasien serta Peraturan Rumah Sakit tentang Rawat Inap 3. Pasien BPJS mendapatkan kelas perawatan sesuai dengan haknya atau permintaan naik kelas kecuali kelas 3. 4. Apabila kelas sesuai haknya atau permintaan naik kelas penuh maka pasien BPJS ditempatkan ruang rawat yang tersedia. 5. Pasien mendapatkan pelayanan sesuai kebutuhan/kondisi pasien. 6. Setelah mendapatkan pelayanan pasien akan dinyatakan sembuh, dirujuk atau meninggal dunia.

		ALUR PELAYANAN RAWAT INAP  <pre>graph TD; MULAI((MULAI)) --> IGD[IGD/Rawat Jalan]; IGD --> TPPRI[TPPRI]; TPPRI --> PasienPenjamin[Pasien dengan Penjamin]; TPPRI --> PasienUmum[Pasien Umum]; PasienPenjamin --> NaikKelas{Naik Kelas}; PasienUmum --> Ditempatkan[Ditempatkan ruang rawat yang tersedia]; NaikKelas -- Ya --> RawatInapPermintaan[Rawat Inap Sesuai Permintaan]; NaikKelas -- Tidak --> RawatInapHak[Rawat Inap Sesuai Hak]; RawatInapPermintaan --> PelayananRawatInap[Pelayanan Rawat Inap]; RawatInapHak --> RuangRawatPenuh{Ruang Rawat Penuh}; RuangRawatPenuh --> Ditempatkan; Ditempatkan --> PelayananRawatInap; PelayananRawatInap --> Rujuk[Rujuk]; PelayananRawatInap --> Pulang[Pulang]; PelayananRawatInap --> Meninggal[Meninggal]; Rujuk --> Selesai((Selesai)); Pulang --> Selesai; Meninggal --> Selesai;</pre>
3.	Jangka waktu penyelesaian	1. Pendaftaran : 30 Menit 2. Mendapatkan Tempat Tidur : *waktu tersebut menyesuaikan dengan ketersediaan tempat tidur. 3. Perawatan Pasien *menyesuaikan dengan kondisi pasien*
4.	Biaya/tarif	1. Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah. 2. Pengguna Asuransi Kesehatan ditanggung oleh penjamin. 3. Biaya ruang perawatan : 4. Kelas 3 = Rp. 150.000,- 5. Kelas 2 = Rp. 300.000,- 6. Kelas 1 = Rp. 500.000,- 7. Kelas Utama = Rp. 600.000,- 8. VIP A = Rp. 600.000,- 9. VIP B = Rp. 700.000,- 10. VVIP A = Rp. 800.000,- 11. VVIP B = Rp. 1.000.000,- 12. Super VVIP = Rp.1.500.000,- 13. Biaya obat dan alat habis pakai

		14. Biaya pemeriksaan penunjang 15. Biaya tindakan
5.	Produk pelayanan	1. Pelayanan rawat inap 2. Surat keterangan dirawat 3. Hasil pemeriksaan penunjang 4. Surat Kontrol 5. Resume Pulang 6. Surat Keterangan lahir 7. Surat pengantar rujukan 8. Surat keterangan meninggal dunia
6.	Penanganan pengaduan, saran, Dan Masukan (copy paste rajal)	1. Melalui konsultasi/Aduan secara langsung 2. Kotak saran : Jln. Dr. Gumbreg No. 1 Purwokerto No Tlp : 0281 632708 3. Humas RSMS SMS/WA :0811 289 7222 dan 0811 292 2225 4. Pojok aduan pada aplikasi rsms online 5. Email: rsmargono@jatengprov.go.id 6. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (loket pengaduan) 7. Website : http://rsmargono.jatengprov.go.id 8. SPAN LAPOR 9. SIPP BPJS 10.Lapor GUB 11.Google Review
B. MANUFACTURING		
1	Dasar Hukum	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit. (cek)
		2. Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah.
		3. Peraturan Direktur nomor. 445/10157a/X/2024 Tentang Tata Kelola pelayanan Medis RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Provinsi Jawa Tengah.
2.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	Sarana Prasarana Instalasi Rawat Inap : 1. Ruang perawatan pasien 2. Ruang petugas/Nurse station 3. Ruang tindakan

		4. Ruang pengaduan 5. Ruang dokter, ruang konsultasi dokter 6. Toilet petugas dan pasien 7. Petugas keamanan 8. Ruang penunggu pasien 9. AC 10. Televisi 11. Tempat Tidur pasien, lemari pasien dan meja pasien 12. Kursi penunggu pasien 13. Mobile Strecher Patient 14. Korden 15. Peralatan Medis 16. Oksigen central 17. Komputer, printer dengan SIM RS 18. Jaringan internet 20. Tempat Parkir 21. Tersedia APAR 22. CCTV 23. Jalur Evakuasi 24. Lift dan ramp
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter Spesialis 2. Dokter Sub Spesialis 3. S2 Keperawatan 4. S1 Keperawatan+Ners 5. D3 Keperawatan 6. Bidan 7. Apoteker Farmasi Klinis 8. Nutrisionis 9. D4/D3 (Fisioterapis, Okupasi Teapis, Terapis Wicara, Orthosis Prostesis)
4.	Pengawasan internal (cek rajal)	1. Pengawasan atasan langsung; 2. Supervisi oleh Manajemen 3. Morning Report 4. SPI 5. Pelaporan bulanan
5.	Jumlah Pelaksana (sesuaikan gabungan 3 unit IRNA 1-3)	Jumlah tenaga di Instalasi Rawat Inap sebanyak 584 orang dengan rincian sebagai berikut: 1. Dokter Spesialis 57 orang 2. Dokter Sub Spesialis 62 orang 3. S2 Keperawatan : 2 orang 4. S1 Keperawatan : 153 orang

		5. D4 Keperawatan : 1 orang 6. D3 Keperawatan : 266 rang 7. Petugas Adminitrasi : 21 orang 8. Pramু Ruang : 22 orang
6.	Jaminan pelayanan	1. Setiap pasien yang akan mendapat pelayanan terdaftar di SIM RS 2. Pelayanan dilakukan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional 3. Pelayanan di berikan oleh petugas yang kompeten 4. Pelayanan yang di berikan tidak diskriminatif 5. Dijamin kerahasiaannya 6. Sarana dan Prasarana penunjang pelayanan yang siap pakai
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	1. Data-dan informasi pengguna layanan dijamin keamanannya dan digunakan semata mata hanya untuk kepentingan pelayanan; 2. Sarana pelayanan dan sarana penunjang layanan menjamin/mendukung keamanan, kenyamanan dan keselamatan pengguna layanan: alat yang di gunakan dilakukan kalibrasi secara rutin. 3. Pelayanan yang di berikan sesuai dengan Standar Prosedure Operasional. 4. Semua Pasien terdaftar dalam sistem 5. Penggunaan alat pelindung diri sesuai ketentuan 6. Tersedia sarana cuci tangan 7. Tersedia APAR 8. Petugas keamanan dan CCTV 9. Hidran air 10. Tersedianya petunjuk jalur evakuasi
8.	Evaluasi kinerja Pelaksana	1. Sasaran Kinerja Pegawai setiap 3 bulan 2. Pelaporan indikator mutu setiap bulan 3. Pelaporan SPM setiap bulan 4. Pemberian Reward dan Punishmen pegawai 5. Pelaksanaan Survei Kepuasan Masyarakat 6. Meeting morning

4. STANDAR PELAYANAN INSTALASI FARMASI

A. SERVICE DELIVERY		
NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	1. Pasien harus mempunyai nomor Register pelayanan di SIM RS 2. Pasien mendapatkan resep secara elektronik atau manual dari dokter.
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Pasien mendapatkan resep secara elektronik atau manual dari dokter di poli klinik setelah pemeriksaan . 2. Pasien mengambil obat di instalasi farmasi dengan menyerahkan slip warna pink(SEP) 3. Petugas farmasi memberikan informasi: • Pelayanan farmasi memakai hantaran obat gratis (mengisi formulir, di jelaskan perkiraan sampai, siapa penerima obat dan obat yang akan di terima), mendapat nomor antrian hantaran obat. • Pelayanan Farmasi di tunggu (mendapat no antrian). 4. Petugas farmasi melakukan telaah resep dan entry resep 5. Petugas farmasi melakukan dispensing / menyiapkan obat sesuai resep 6. Petugas farmasi check akhir obat sebelum diserahkan kepada Pasien. 7. Pasien mendapatkan obat sesuai nomor urutan antrian dan mendapatkan informasi : tentang jumlah, manfaat , dosis dan aturan pemakaian obat dan bila di butuhkan, apoteker akan melakukan konseling.

		ALUR PELAYANAN FARMASI <pre>graph TD; MULAI((MULAI)) --> ResepRawatJalan[Resep Rawat Jalan]; ResepRawatJalan --> NomorAntrian[Nomor Antrian]; NomorAntrian --> HantaranObat{Hantaran Obat}; HantaranObat -- Ya --> MengisiFormulir[Mengisi Formulir]; HantaranObat -- Tidak --> RuangTunggu[Ruang Tunggu]; MengisiFormulir --> Edukasi[Edukasi]; RuangTunggu --> PenyerahanObat[Penyerahan Obat]; PenyerahanObat --> Edukasi; Edukasi --> Selesai([Selesai]);</pre>
3.	Jangka waktu penyelesaian	1. Obat racikan 120 menit 2. Obat jadi 90 menit 3. Hantaran obat dalam kota pada hari yang sama, luar kota sesuai dengan jarak sesuai jarak rumah sakit rumah pasien.
4.	Biaya/tarif cek	1. Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah. 2. Pengguna asuransi kesehatan di ditanggung oleh penjamin. 3. Pasien Umum membayar sesuai dengan jenis dan jumlah obat yang di resepkan dokter 4. Hantaran obat gratis
5.	Produk pelayanan	1. Obat Racikan 2. Obat jadi
6.	Penanganan pengaduan, saran, dan Masukan (sesuaikan)	1. Melalui konsultasi/Aduan secara langsung 2. Kotak saran : Jln. Dr. Gumbreg No. 1 Purwokerto No Tlp : 0281 632708 3. Humas RSMS SMS/WA :0811 289 7222 dan 0811 292 2225 4. Pojok aduan pada aplikasi rsms online

		5. Email: rsmargono@jatengprov.go.id 6. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (loket pengaduan) 7. Website : http://rsmargono.jatengprov.go.id 8. SPAN LAPOR 9. SIPP BPJS 10. Lapor GUB 11. Google Review
B. MANUFACTURING		
1	Dasar Hukum	1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit
		2. Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah.
		3. Peraturan Direktur RSUD. Prof. Dr. Margono Soekarjo Provinsi Jawa Tengah nomor : 445/04458/V/2024 tentang Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat.
2.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	1. Satelit Farmasi Rawat Jalan Paviliun Abiyasa, RSMS, dan Eksekutif sore. 2. Ruang Laktasi 3. Ruang tunggu pelayanan farmasi 4. Kulkas penyimpanan obat 5. Termometer suhu ruangan obat 6. Toilet petugas dan pasien 7. Kursi petugas dan kursi pasien 8. Lemari, Rak, troli, etiket dan tas obat 9. Hantaran obat gratis 10. Tempat Parkir 11. Tersedia APAR 12. CCTV 13. Jalur Evakuasi 14. Satpam
3.	Kompetensi Pelaksana	1. S2 Farmasi Klinik 2. Apoteker 3. Tenaga Vokasi Farmasi 4. Tenaga Administrasi

		5. Transporter obat
4.	Pengawasan internal cek	1. Pengawasan atasan langsung; 2. Supervisi oleh Manajemen 3. Morning Report 4. SPI 5. Pelaporan bulanan
5.	Jumlah Pelaksana cek	Jumlah tenaga di Instalasi Farmasi sebanyak 123 orang dengan rincian sebagai berikut: 1. S2 Farmasi Klinik 8 orang 2. Apoteker 47 orang 3. Tenaga Vokasi Farmasi 50 orang 4. Adminitrasi 3 orang 5. Transporter obat 15 orang
6.	Jaminan pelayanan	1. Setiap pasien yang akan mendapat pelayanan terdaftar di sistem 2. Pelayanan dilakukan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional 3. Dilayani oleh petugas yang kompeten 4. Pelayanan yang di berikan tidak diskriminatif 5. Menggunakan resep elektronik 6. Pasien mendapatkan obat Fornas
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	1. Pelayanan di Farmasi sesuai dengan Standar Prosedure Operasional. 2. Semua Pasien terdaftar dalam sistem 3. Mendapatkan informasi : dosis dan aturan pemakaian obat 4. Setiap obat di beri etiket : dosis dan aturan pemakaian obat 5. Penggunaan alat pelindung diri sesuai ketentuan 6. Tersedia sarana cuci tangan 7. Hidran air 8. Tersedia APAR 9. Petugas keamanan dan CCTV 10. Tersedianya petunjuk jalur evakuasi
8.	Evaluasi kinerja Pelaksana	1. Sasaran Kinerja Pegawai setiap 3 bulan 2. Pelaporan indikator mutu setiap bulan 3. Pelaporan SPM setiap bulan 4. Pemberian Reward dan Punishmen pegawai 5. Pelaksanaan Survei Kepuasan Masyarakat 6. Meeting morning

5. STANDAR PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

A. SERVICE DELIVERY		
NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	1. Permintaan pemeriksaa dari Dokter Penanggung Jawab Pelayanan 2. Pasien terdaftar dalam sistem pendaftaran Rumah Sakit. 3. Permintaan pemeriksaan melalui sistem biling KHS di komputer.
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Petugas Rawat jalan / rawat inap / IGD memasukan input permintaan pemeriksaan dalam biling system termasuk pasien rujukan dari luar. 2. Pasien rawat jalan datang ke laboratorium PK mendaftar di loket pendaftaran dengan menyerahkan SEP (Pasien BPJS), pasien umum menyerahkan bukti pendaftaran/pembayaran kemudian mendapat nomor antrian. 3. Pengambil sampel pemeriksaan: • Pasien rawat jalan sampel di ambil oleh petugas laborat sesuai no urut antrian dan kembali ke poli klinik/Pemeriksaan penunjang lainnya/ke apotik • Pasien rawat inap sampel di ambil oleh perawat ruang perawatan kemudian di antar petugas ke laborat • Pasien IGD di ambil sampel oleh perawat IGD kemudian di antar petugas ke laborat 5. Hasil pemeriksaan laboratorium : • Hasil pemeriksaan Laboratorium untuk pasien rawat inap, rawat jalan maupun IGD melalui LIS (<i>Laboratory Information System</i>) • Pasien rawat jalan asal rujukan hasil pemeriksaan Laboratorium di ambil oleh pasien/keluarga • Pasien IGD di ambil oleh petugas IGD ALUR PELAYANAN LABORATORIUM PATALOGI KLINIK (Lab. PK)

		<pre>graph TD; MULAI((MULAI)) --> RUJUKAN[RUJUKAN DARI LUAR]; MULAI --> RAWAT[RAWAT JALAN INSTALASI GAWAT DARURAT RAWAT INAP]; RUJUKAN --> LOKET1[LOKET PENDAFTARAN RAWAT JALAN ATAU IGD]; RAWAT --> LOKET2[LOKET LABORATORIUM]; LOKET1 --> LOKET2; LOKET2 --> PENJAMIN{PENJAMIN}; PENJAMIN -- Ya --> PEMERIKSAAN[PEMERIKSAAN]; PENJAMIN -- Tidak --> LOKET3[LOKET PEMBAYARAN]; LOKET3 --> PEMERIKSAAN; PEMERIKSAAN --> HASIL[HASIL]; HASIL --> PASIEN{PASIEN LUAR RS}; PASIEN -- Ya --> LOKET4[LOKET PENGAMBILAN]; PASIEN -- Tidak --> LIS[LIS (Laboratory Information System)]; LOKET4 --> SELESAL((Selesai)); LIS --> SELESAL;</pre>
3.	Jangka waktu penyelesaian	1. Waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium rutin 140 menit. 2. Waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium cito 90 menit.
4.	Biaya/tarif cek	1. Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah. 2. Pengguna asuransi kesehatan ditanggung penjamin 3. Sesuai dengan jenis dan jumlah pemeriksaan yang di butuhkan oleh pasien.
5.	Produk pelayanan	Hasil pelayanan Pemeriksaan Patologi Klinik 1. Hasil pemeriksaan Hematologi 2. Hasil pemeriksaan Kimia Klinik 3. Hasil pemeriksaan Imunoserologi 4. Hasil pemeriksaan Mikrobiologi 5. Hasil pemeriksaan Biologi Molekuler
6.	Penanganan pengaduan, saran, dan	1. Melalui konsultasi/Aduan secara langsung 2. Kotak saran : Jln. Dr. Gumbreg No. 1 Purwokerto No Tlp : 0281 632708

	masukan	3. Humas RSMS SMS/WA :0811 289 7222 dan 0811 292 2225 4. Pojok aduan pada aplikasi rsms online 5. Email: rsmargono@jatengprov.go.id 6. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (loket pengaduan) 7. Website : http://rsmargono.jatengprov.go.id 8. SPAN LAPOR 9. SIPP BPJS 10.Lapor GUB 11. Google Review
B. MANUFACTURING		
1	Dasar Hukum	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2013 Tentang Cara Penyelenggaraan Laboratorium Klinik Yang Baik
		2. Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah.
		3. Peraturan Direktur RSUD. Prof. Dr. Margono Soekarjo Provinsi Jawa Tengah nomor 445/04463 tentang Pelayanan Instalasi Laboratorium Terpadu
2.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	1. Ruang pemeriksaan Hematologi, pemeriksaan Kimia Klinik, pemeriksaan Imunoserologi, pemeriksaan Mikrobiologi, pemeriksaan Biologi Molekuler. 2. Ruang pendaftaran, ruang tunggu pasien, ruang pengambilan sampel 3. Komputer, printer dan SIM RS 4. Kamar mandi petugas dan pasien 5. Kursi petugas, kursi sampling dan kursi tunggu 6. AC 7. Tempat Parkir 8. Tersedia APAR 9. CCTV 10. Jalur Evakuasi

		11. Satpam
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter Sp.PK 2. Dokter Sub Spesialis 3. D3 ATLM + Pelatihan, 4. D4 ATLM + Pelatihan 5. Tenaga Administrasi
4.	Pengawasan internal	1. Pengawasan atasan langsung; 2. Supervisi oleh Manajemen 3. Morning Report 4. SPI 5. Pelaporan bulanan
5.	Jumlah Pelaksana	Jumlah tenaga di Instalasi Patologi Klinik sebanyak 45 orang dengan rincian sebagai berikut: 1. Dokter Sp.PK 3 Orang 2. Dokter Sub 1 orang 3. D3 ATLM 32 orang 4. D4 ATLM 2 ORANG 5. Administrasi 7 orang
6.	Jaminan pelayanan	1. Setiap pasien terdaftar dalam billing sistem, mempunyai no register dan rekam medis 2. Pelayanan diberikan berkualitas dan tidak diskriminatif, 3. Pelayanan di laboratorium Patologi Klinik diberikan sesuai dengan Standar Prosedure Operasional. 4. Pemeriksaan sudah melalui proses pemantapan mutu internal harian dan pemantapan mutu eksternal secara berkala.
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	1. Pengambilan sampel di beri label identitas pasien 2. Semua peralatan di Lab PK di lakukan kalibrasi 3. Proses validasi hasil melalui verifikasi oleh dr.Sp.PK/petugas analis. 4. Pemeriksaan sudah melalui proses pemantapan mutu internal harian dan pemantapan mutu eksternal secara berkala. 5. Setiap pasien yang akan mendapat pelayanan terdaftar di sistem 6. Pelayanan dilakukan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional 7. Pelayanan di berikan oleh petugas yang

		kompeten
		8. Pelayanan yang di berikan tidak diskriminatif
8.	Evaluasi kinerja Pelaksana	1. Sasaran Kinerja Pegawai setiap 3 bulan 2. Pelaporan indikator mutu setiap bulan 3. Pelaporan SPM setiap bulan 4. Pemberian Reward dan Punishmen pegawai 5. Pelaksanaan Survei Kepuasan Masyarakat 6. Meeting morning.

6. STANDAR PELAYANAN INSTALASI RADIOLOGI

A. SERVICE DELIVERY		
NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	1. Permintaan pemeriksaan Radiologi dari DPJP pasien rawat jalan/rawat inap/dokter Jaga IGD atau surat pengantar rujukan parsial dari RS. 2. Tindakan Pemeriksaan Radiologi di input dalam Sistem.
1.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Petugas Rawat jalan/rawat inap/IGD melakukan input pemeriksaan Radiologi dalam biling system termasuk pasien rujukan luar. 2. Pasien datang ke Radiologi : - Pasien rawat jalan datang sendiri /didampingi keluarga membawa slip pendaftaran - Pasien rawat inap/IGD di antar petugas - Pasien Rujukan dari luar RS di antar petugas dari RS perujuk. 3. Petugas radiologi melakukan validasi permintaan pemeriksaan 4. Pasien melakukan pembayaran - Pasien umum melakukan pembayaran di loket pembayaran - Pasien menggunakan asuransi di tanggung oleh penjamin 5. Pasien di lakukan pemeriksaan radiologi sesuai dengan nomor urut antrian kecuali pasien IGD diutamakan. 5. Setelah di lakukan pemeriksaan radiologi : - Pasien rawat jalan kembali ke poli klinik/Pemeriksaan penunjang lainnya/ke apotik - Pasien Rawat inap kembali ke ruang rawat

		• Pasien IGD kembali ke IGD • Pasien rujukan dari luar kembali ke RS pengirim. 6. Dilakukan pembacaan hasil pemeriksaan oleh dokter Sp.Rad. 7. Hasil pemeriksaan Radiologi: • Hasil pemeriksaan radiologi baik pasien rawat inap, rawat jalan maupun IGD melalui RIS (<i>Radiology Information System</i>) • Pasien rawat jalan di ambil oleh pasien/keluaga pasien dengan membawa Kantu Kontrol • Pasien IGD di ambil oleh petugas IGD • Pasien rujukan dari luar diambil petugas RS pengirim. ALUR PELAYANAN RADIOLOGI
3.	Jangka waktu penyelesaian	Waktu pemeriksaan Radiologi : 1. Pemeriksaan rontgen thorax sampai dengan hasil: 180 menit (jam kerja pagi) 2. Pemeriksaan radiologi konvesional: 120 menit 3. Pemeriksaan USG 60 menit 4. Pemeriksaan CT Scan 120 menit

		5. Pemeriksaan MRI 120 menit * waktu pemeriksaan tergantung kondisi pasien dan jenis pemeriksaan* * Waktu pemeriksaan tidak termasuk waktu antri*
4.	Biaya/tarif	1. Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah. 2. Pengguna asuransi kesehatan ditanggung penjamin 3. Sesuai dengan jenis dan jumlah pemeriksaan yang di butuhkan oleh pasien.
5.	Produk pelayanan	Hasil pelayanan radiologi : 1. Layanan rontgen konvensional dan kontras 2. Layanan CT Scan polos dan kontras 3. Layanan USG 4. Layanan MRI polos dan kontras 5. Hasil ekspertise pemeriksaan radiologi
6.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	1. Melalui konsultasi/Aduan secara langsung 2. Kotak saran : Jln. Dr. Gumbreg No. 1 Purwokerto No Tlp : 0281 632708 3. Humas RSMS SMS/WA :0811 289 7222 dan 0811 292 2225 4. Pojok aduan pada aplikasi rsms online 5. Email: rsmargono@jatengprov.go.id 6. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (loket pengaduan) 7. Website : http://rsmargono.jatengprov.go.id 8. SPAN LAPOR 9. SIPP BPJS 10. Lapor GUB 11. Google Review
B. MANUFACTURING		
1	Dasar Hukum	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit
		2. Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi

		Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah.
		3. Peraturan Direktur RSUD. Prof. Dr. Margono Soekarjo Provinsi Jawa Tengah nomor : 445/04479/V/2024 tentang pelayanan Radiologi Diagnostik Imaging dan Intervensional
2.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	1. Kamar pemeriksaan Radiologi Rontgen, USG,CT Scan, MRI, Gigi geligi/ Panoramik, Fluoroskopi, Mamografi 2. Ruang pengolahan citra : ➤Komputer workstation (CR) terintegrasi dengan PACS ➤Komputer burning 3. Ruang pembacaan foto : ➤Komputer Apple terintegrasi dengan PACS ➤Lampu baca 4. Ruang penyimpanan : ➤Ruang penyimpanan arsip aktif ➤Ruang penyimpanan arsip pasif 5. Loker Pengambilan Hasil 6. Komputer RIS terintegrasi dengan PACS 7. Jaringan Internet 8. Antrian secara digital 9. Ruang tunggu pasien 10. Ruang ganti petugas dan pasien 11. Kamar mandi petugas dan pasien 12. AC, Kursi petugas dan 13. Tempat Parkir 14. Tersedia APAR 15. CCTV 16. Jalur Evakuasi 17. Satpam
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter Spesialis Radiologi 2. D3 TRR+Pelatihan, 3. D4 TRR+Pelatihan, 4. D3 Perawat + pelatihan 5. S1. Fisikawan Medis 6. Administrasi
4.	Pengawasan internal	1. Pengawasan atasan langsung; 2. Supervisi oleh Manajemen 3. Morning Report

		4. SPI 5. Pelaporan bulanan
5.	Jumlah Pelaksana	Jumlah tenaga di Instalasi Radiologi sebanyak 40 orang dengan rincian sebagai berikut: 1. Dokter Sp.Rad 5 orang. 2. Fisika medis 1 orang 3. D4 radiologi 3 orang 4. D3 Radiologi 23 orang 5. D3 Perawat 3 orang 6. Adminitrasi 3 orang.
6.	Jaminan pelayanan	1. Pelayanan diberikan secara berkualitas, tidak diskriminatif. 2. Pelayanan radiologi sesuai dengan Standar Prosedure Operasional. 3. Setiap pasien yang akan mendapatkan pelayanan radiologi terdaftar biling sistem 4. Pelayanan radiologi di lakukan oleh tenaga yang kompeten 5. Pelayanan Radiologi diberikan sesuai no antrian kecuali pasien IGD.
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	1. Peralatan yang di gunakan untuk pemeriksaan radiologi di lakukan kalibrasi secara berkala. 2. Dilakukan terukur paparan radiasi dan aman digunakan 3. Pelayanan radiologi sesuai dengan Standar Prosedur Operasional. 4. Pelaksanaan layanan radiologi sesuai dengan pedoman keselamatan pasien 5. Tersedia sarana cuci tangan 6. Adanya CCTV 7. Satpam
8.	Evaluasi kinerja Pelaksana	1. Sasaran Kinerja Pegawai setiap 3 bulan 2. Pelaporan indikator mutu setiap bulan 3. Pelaporan SPM setiap bulan 4. Pemberian Reward dan Punishmen pegawai 5. Pelaksanaan Survei Kepuasan Masyarakat 6. Meeting morning

7. STANDAR PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI ANATOMI

NO	KOMPONEN	URAIAN
----	----------	--------

1.	Persyaratan Pelayanan	1. Permintaan pemeriksaan dari Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) 2. Pasien terdaftar dalam sistem billing Rumah Sakit. 3. Permintaan pemeriksaan melalui sistem billing KHS di komputer.
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Petugas IBS, OK IGD, Rawat Jalan dan Rawat Inap memasukkan input order dalam billing sistem. 2. Untuk pasien umum melakukan pembayaran di loket pembayaran dan untuk penjamin lain ditanggung oleh penjamin 3. Petugas laboratorium Patologi Anatomi mengambil sampel dan atau dapat kiriman sampel dari perujuk 4. Petugas laboratorium Patologi Anatomi melakukan validasi permintaan. 3. Pemeriksaan di lakukan oleh dr. Sp.PA 4. Hasil pemeriksaan di ambil petugas Rumah sakit/pasien diloket pengambilan hasil dengan membawa kantu kontrol ALUR PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI ANATOMI (Lab. PA) <pre>graph TD; MULAI((MULAI)) --> RUJUKAN[RUJUKAN DARI LUAR]; MULAI --> RAWAT[RAWAT JALAN
OK IGD
IBS
RAWAT INAP]; RUJUKAN --> LOKET_PENDAF[LOKET PENDAFTARAN
RAWAT JALAN ATAU IGD]; LOKET_PENDAF --> LOKET_LAB[LOKET LABORATORIUM]; RAWAT --> LOKET_LAB; LOKET_LAB --> PENJAMIN{PENJAMIN}; PENJAMIN -- Ya --> PEMERIKSAAN[PEMERIKSAAN]; PENJAMIN -- Tidak --> LOKET_PEMBAY[LOKET PEMBAYARAN]; LOKET_PEMBAY --> PEMERIKSAAN; PEMERIKSAAN --> HASIL[HASIL]; HASIL --> LOKET_PENGAMBIL[LOKET PENGAMBILAN]; LOKET_PENGAMBIL --> SELESAI([Selesai]);</pre>

3.	Jangka waktu penyelesaian	Waktu tunggu pelayanan : 1. Histopatologi : 6 hari kerja 2. FNAB/AJH : 1 hari kerja 3. Pap Smear : 3 hari kerja 4. Sitologi : 3 hari kerja 5. IHK : 6 hari kerja 6. Frozen Section : 40 menit
4.	Biaya/tarif	1. Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah. 2. Pengguna asuransi kesehatan ditanggung penjamin 3. Sesuai dengan jenis dan jumlah pemeriksaan yang di butuhkan oleh pasien.
5.	Produk pelayanan	Hasil pelayanan Pemeriksaa Patologi Anatomi 1. Hasil pemeriksaan Histopatologi 2. Hasil pemeriksaan Sitologi 3. Hasil pemeriksaan AJH 4. Hasil pemeriksaan Imunohistokimia 5. Hasil pemeriksaan Frozen Section. 6. Hasil pemeriksaan Biologi Molekuler
6.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	1. Melalui konsultasi/Aduan secara langsung 2. Kotak saran : Jln. Dr. Gumbreg No. 1 Purwokerto No Tlp : 0281 632708 3. Humas RSMS SMS/WA :0811 289 7222 dan 0811 292 2225 4. Pojok aduan pada aplikasi rsms online 5. Email: rsmargono@jatengprov.go.id 6. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (loket pengaduan) 7. Website : http://rsmargono.jatengprov.go.id 8. SPAN LAPOR 9. SIPP BPJS 10. Lapor GUB 11. Google Review
B. MANUFACTURING		
1	Dasar Hukum	1. Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi

		Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah.
		2. Peraturan Direktur RSUD. Prof. Dr. Margono Soekarjo Provinsi Jawa Tengah nomor 445/04463 tentang Pelayanan Instalasi Laboratorium Terpadu
2.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	1. Ruang pemeriksaan Histopatologi, pemeriksaan Sitologi, pemeriksaan AJH, pemeriksaan Imunohistokimia, pemeriksaan Frozen Section, pemeriksaan biologi molekuler. 2. Alat pemeriksaan Histopatologi, pemeriksaan Sitologi, pemeriksaan AJH, pemeriksaan Imunohistokimia, pemeriksaan Frozen Section, pemeriksaan biologi molekuler. 3. Ruang pendaftaran, ruang tunggu pasien, ruang pengambilan sampel 4. Ruang Dokter 5. Komputer, printer dan KHS 6. Kamar mandi petugas 7. Kursi petugas, kursi tunggu 8. AC Tempat Parkir 9. Tersedia APAR 10. CCTV 11. Jalur Evakuasi 12. Satpam
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter Sp.PA 2. D3 ATLM + Pelatihan 3. D4 ATLM + Pelatihan 4. Administarsi
4.	Pengawasan internal	1. Pengawasan atasan langsung; 2. Supervisi oleh Manajemen 3. Morning Report 4. SPI 5. Pelaporan bulanan
5.	Jumlah Pelaksana	Jumlah tenaga di Instalasi Patologi Anatomi sebanyak 11 orang dengan rincian sebagai 1. Dr. Sp.PA 5 Orang 2. D3 ATLM 4 orang 3. D4 ATLM 1 orang 4. Adminitrasi 2 orang

6.	Jaminan pelayanan	1. Pasien terdaftar dalam biling sistem 2. Pelayanan diberikan berkualitas dan tidak diskriminatif, 3. Pelayanan di laboratorium PA di berikan sesuai dengan Standar Prosedure Operasional. 4. Pelayanan labaoatorium PA di dilaksanakan oleh tenaga yang kompeten 5. Pemeriksaan sudah melalui proses pemantapan mutu harian internal dan pemantapan mutu eksternal secara berkala.
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	1. Data-dan informasi pengguna layanan dijamin keamanannya dan digunakan semata mata hanya untuk kepentingan pelayanan; 2. Sarana pelayanan dan sarana penunjang layanan menjamin/mendukung keamanan, kenyamanan dan keselamatan pengguna layanan. 3. Sampel pemeriksaan di beri label identitas pasien 4. Semua peralatan di Laboratorium Patologi Anatomi di lakukan kalibrasi 5. Proses validasi hasil melalui verifikasi oleh dr.Sp.PA 6. Pemeriksaan sudah melalui proses pemantapan mutu internal harian dan pemantapan mutu eksternal secara berkala.
8.	Evaluasi kinerja Pelaksana	1. Sasaran Kinerja Pegawai setiap 3 bulan 2. Pelaporan indikator mutu setiap bulan 3. Pelaporan SPM setiap bulan 4. Pemberian Reward dan Punishmen pegawai 5. Pelaksanaan Survei Kepuasan Masyarakat 6. Meeting morning

8. STANDAR PELAYANAN RAWAT INTENSIF

A. SERVICE DELIVERY		
NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	Persyaratan Pelayanan	1. Ada permintaan rawat intensive dari Dokter penanggung jawab Pasien melalui SIM RS 2. Pasien di lakukan pemeriksaan oleh DPJP ICU 3. Pasien memenuhi kriteria perawatan di Intensive

2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Petugas Ruang rawat/IGD/IBS menyampaikan ke dokter anastesi terkait adanya konsulan dari DPJP 2. Hasil konsul anastesi: a. Tidak ada indikasi rawat intensif tetap di rawat inap b. Ada indikasi rawat intensif menghubungi ICU untuk alih rawat dengan melengkapi data identitas pasien. 3. Petugas ruang intensive menerima pendaftaran dan menulis di daftar antrian 4. Jika Tempat tidur ada yang kosong petugas ruang intensive menyiapkan tempat. 5. Petugas ruang rawat/IGD/Kamar operasi mengantar pasien ke Ruang rawat Intensive 6. Petugas ruang rawat yang mengantar melaksanakan serah terima pasien kepada petugas ruang rawat intensive.
		ALUR PELAYANAN RAWAT INTENSIF <pre>graph TD; MULAI((MULAI)) --> IGD[IGD IBS RAWAT INAP]; IGD --> KONSUL[KONSUL DOKTER ANESTESI]; KONSUL --> INDIKASI{Indikasi Ruang Perawatan Intensif}; INDIKASI -- Tidak --> RAWAT_INAP[RAWAT INAP]; INDIKASI -- Ya --> HUBUNGI[MENGHUBUNGI PETUGAS INTENSIF]; HUBUNGI --> ANGKUT[MENGANTAR PASIEN RUANG PERAWATAN INTENSIF]; ANGKUT --> SERAH[SERAH TERIMA PASIEN]; SERAH --> SELESAI((Selesai));</pre>
3.	Jangka waktu	1. Waktu pendaftaran pasien ke rawat intensive

	penyelesaian	maksimal 20 menit 2. Pasien masuk ruang rawat intensive tergantung ketersediaan tempat tidur di rawat intensive
4.	Biaya/tarif	1. Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah. 2. Pengguna asuransi kesehatan ditanggung penjamin 3. Biaya perawatan ; a. Intermediate (HCU) = Rp.750.000 b. Rawat Intensive (ICU/ICCU/PICU/NICU) = Rp.1. 000.000,- 4. Biaya obat dan bahan habis pakai 5. Biaya pemeriksaan penunjang 6. Biaya Tindakan 7. Biaya ambulan dan tenaga kesehatan pendamping jika memerlukan rujukan untuk pasien umum.
5.	Produk pelayanan	1. Pelayanan di rawat intensive : ICCU,ICU DAN HCU. 2. Surat perintah pindah rawat ke HCU/ruang rawat inap biasa 3. Surat Rujukan 4. Surat keterangan meninggal dunia.
6.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	1. Melalui konsultasi/Aduan secara langsung 2. Kotak saran : Jln. Dr. Gumbreg No. 1 Purwokerto No Tlp : 0281 632708 3. Humas RSMS SMS/WA :0811 289 7222 dan 0811 292 2225 4. Pojok aduan pada aplikasi rsms online 5. Email: rsmargono@jatengprov.go.id 6. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (loket pengaduan) 7. Website : http://rsmargono.jatengprov.go.id 8. SPAN LAPOR 9. SIPP BPJS 10. Lapor GUB 11. Google Review

B. MANUFACTURING		
1	Dasar Hukum	1. Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah.
		2. Peraturan Direktur nomor. 445/10157a/X/2024 Tentang Tata Kelola pelayanan Medis RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Provinsi Jawa Tengah.
2.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	Sarana Prasarana Instalasi Rawat Intensive : 1. Lift, Ram 2. Ruang ganti petugas 3. Ruang perawatan pasien 4. Ruang dokter 5. Toilet petugas dan pasien 6. Ruang adminitrasi 7. Satelit Farmasi 8. Ruang penunggu pasien 9. AC, Tempat Tidur, Mobil Strekcer, Korden 10. Peralatan Medis (ventilator, Bed Side Monitor) 11. Oksigen central 12. Komputer dan printer dengan sistem KHS 13. Jaringan internet 14. Central Monitor 15. Suction central 16. Monitoring invasive 17. USG
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter Sp an.KIC 2. S1 Kep dan Ners + pelatihan intensive 3. D3 keperawatan dan pelatihan Intensive 4. Mempunyai kemampuan menangani kasus kegawatdarutan 5. Minimal SMA untuk tenaga admintrasi + bisa mengpersionalkan computer dan sistem biling.
4.	Pengawasan internal	1. Pengawasan atasan langsung; 2. Supervisi oleh Manajemen 3. Morning Report 4. SPI 5. Pelaporan bulanan

5.	Jumlah Pelaksana	Jumlah tenaga di Instalasi Rawat intensive sebanyak 98 orang dengan rincian sebagai 1. Dokter Sp an.KIC : 2 orang 2. Perawat D3 : 36 orang 3. Perawat S1 :55 orang 4. Adminitrasi : 3 orang 5. Pramu ruang : 2 orang
6.	Jaminan pelayanan	1. Semua pasien terdaftar dalam biling sistem dan mempunyai nomor register. 2. Pelayanan yang diberikan tidak diskriminatif, 3. Pelayanan di berikan oleh petugas yang kompeten 4. Pelayanan yang di berikan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional. 5. Peralatan yanag di gunakan terkalibrasi
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	1. Setiap pasien terdaftar dalam biling sistem dan mempunyai nomor antrian. 2. Semua Pasien mnggunakan gelang identitas 3. Tempat tidur pasien menggunakan pengaman 4. Peralatan yanag di gunakan di lakukan kalibrasi 5. Tersedianya fasilitas cuci tangan, 6. Tersedianya APAR 7. CCTV 8. Satpam 9. Jalur Evakuasi.

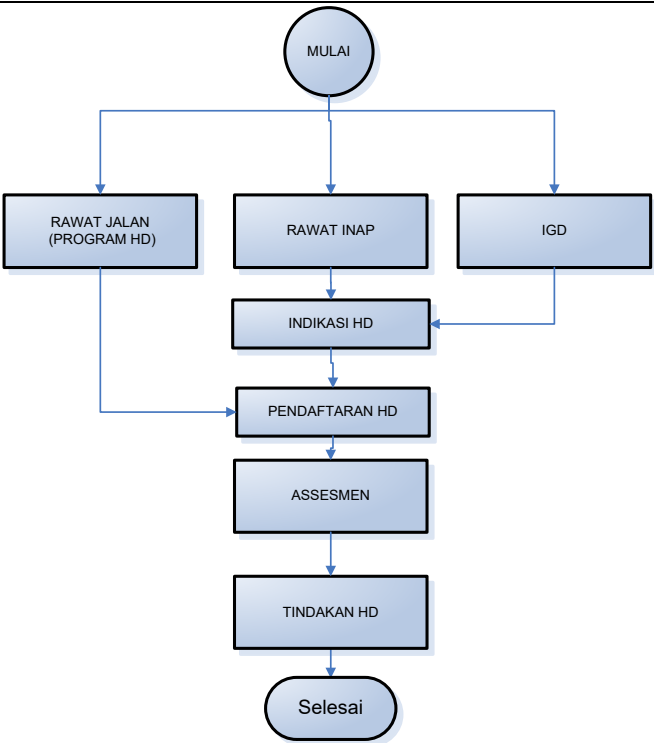
9. STANDAR PELAYANAN INSTALASI DIALISIS

A. SERVICE DELIVERY		
NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	1. Pasien mendapat intruksi dari dr. Sp.PD. KGH 2. Membawa KTP/kartu BPJS 3. Slip pendaftaran
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	A. Prosedur pelayanan hemodialisis Rawat Jalan : 1. Pasien mendaftar secara online maksimal 1 hari sebelum jadwalnya. 2. Pasien datang ke Poli Hemodialisis sesuai dengan jadwal yang telah diberikan petugas hemodialisis , jadwal pagi atau siang : 1) Pasien terjadwal rutin di RSMS. 2) Pasien traveling hemodialisis (HD), dengan

		membawa : a. Surat Pengantar traveling HD dilampiri hasil laborat terakhir (minimal ; Hemoglobin/Hb, Hematokrit/Ht, Ureum, Kreatinin, HBSAg, Anti HCV, Anti HIV) dari RS asal. b. Bukti registrasi online penjamin/ surat rujukan yang ditujukan ke poli hemodialisis RSMS. c. Hasil skrining yang telah dilakukan di poli ginjal hipertensi RSMS. Untuk pasien traveling hemodialisis terlebih dahulu pasien : a. Maksimal satu minggu sebelum pelayanan Hemodialisis traveling pasien melakukan koordinasi dengan petugas Instalasi Dialisis RSMS. Pasien telah mendapat jadwal sesuai dengan kekosongan jadwal hemodialisis di RSMS. b. Satu hari sebelum tindakan HD traveling di RSMS sesuai dengan kesepakatan jadwal tersebut pasien ke poli ginjal hipertensi sesuai alur pelayanan poliklinik RSMS untuk skrining pre HD (cek HBSAg, Anti HCV, Anti HIV) dan mendapatkan resep preskripsi HD. 3. Pasien melakukan registrasi : 1) Pasien BPJS akan dilakukan verifikasi finger menggunakan Kartu BPJS/KTP. 2) Pasien umum ke ruang administrasi untuk pendaftaran/registrasi, peresepan consumable hemodialisis set dan pengantar bayar tindakan hemodialisis. a. Salah satu layanan unggulan Instalasi Dialisis RSMS adalah Hemodiafiltrasi (HDF). b. Peresepan HDF dilakukan oleh Dokter KGH dengan indikasi khusus. c. Pasien dari luar RSMS yang menginginkan pelayanan HDF sebelumnya telah mendaftar dan mendapatkan tanggal jadwal pelayanan serta melakukan skrining di poli Ginjal Hipertensi (Cek HBSAg, Anti HCV, Anti HIV) dan preskripsi HDF, maksimal satu hari sebelum tindakan HDF. 4. Pasien mendapatkan nomor urut sesuai dengan kedatangan.
--	--	---

		5. Pasien dipanggil oleh petugas sesuai nomor urut untuk dilakukan identifikasi dan anamnesa (menimbang berat badan). 6. Pasien melakukan cuci tangan sebelum tindakan hemodialisis. 7. Pasien menuju mesin dan tempat tidur yang sudah dipersiapkan. 8. Pasien diperiksa oleh dokter untuk mendapatkan peresepan inisiasi hemodialisis dan obat pendukung sesuai kondisi pasien. 9. Petugas melakukan setting mesin hemodialisis sesuai peresepan dokter. 10. Petugas melakukan kanulasi (AV Fistula/ CDL / Femoral). 11. Pemantauan intra dialisis secara berkala. 12. Petugas memastikan resep consumable hemodialisis set dan pembayar tindakan hemodialisis pasien penjamin umum sudah diselesaikan/dibayar oleh pasien/keluarga. 13. Proses hemodialisis selesai, petugas mengukur tanda-tanda vital dan mengakhiri proses hemodialisis. 14. Pasien pulang setelah dinyatakan layak pulang dan perdarahan akses vaskuler telah berhenti (AV Fistula / Femoral). 15. Pasien mencuci tangan sebelum meninggalkan ruangan hemodialisis. 16. Pasien menimbang berat badan post hemodialisis dan mencatatnya. 17. Dokumentasi tindakan hemodialisis menggunakan sistem smart medika. B. Prosedur pelayanan hemodialisis rawat Inap/IGD : 1. Petugas hemodialisis menerima pendaftaran melalui telepon dari rawat inap dan melakukan verifikasi data pasien dengan menanyakan : 1) Order dan preskripsi HD dari Dokter KG-H 2) Kelengkapan data pasien berupa : identitas, keadaan umum, vital sign terbaru (15 menit sebelum melakukan pendaftaran), resiko dan riwayat perdarahan, riwayat hemodialisis, hasil lab terbaru dari RS Margono : Hb, Ht, Ureum, Creatinin, kalium, HbsAg, Anti HCV, Anti HIV, trombosit. 3) Persetujuan tindakan hemodialisis dari pasien/keluarga.
--	--	---

		4) Akses vaskuler hemodialisis (AV Fistula,Cateter Dobel Lumen / CDL). 2. Petugas memastikan tersedianya mesin hemodialisis untuk pasien rawat inap/IGD dan melakukan pemanggilan pasien tersebut. 3. Pasien diantar ke ruang hemodialisis, petugas rawat inap/IGD dan petugas hemodialisis melakukan serah terima pasien, mengecek kelengkapan dokumen 4. Petugas melakukan validasi, membuat persepan bahan habis pakai hemodialisis. 5. Petugas melakukan cuci tangan, menyiapkan mesin hemodialisis, setting program hemodialisis sesuai persepan DPJP. 6. Petugas melakukan identifikasi, menjelaskan maksud dan tujuan tindakan hemodialisis, menanyakan persetujuan / kesiapan pasien. 7. Petugas melakukan kanulasi akses vaskuler HD 8. Pemantauan intra dialisis secara berkala. 9. Petugas memastikan resep consumable hemodialisis set sudah dibuatkan dan diberikan oleh farmasi. 10. Proses hemodialisis selesai, petugas mengukur tanda-tanda vital dan mengakhiri proses hemodialisis. 11. Petugas memastikan tidak ada perdarahan akses vaskuler post kanulasi (AV Fistula, CDL, Femoral). 12. Petugas melengkapi dokumen pasien. 13. Petugas menghubungi ruang rawat inap/IGD untuk penjemputan pasien yang telah selesai menjalani hemodialisis. 14. Petugas melakukan serah terima pasien dengan petugas ruang rawat inap/IGD. ALUR PELAYANAN DIALISIS
--	--	---

		 <pre>graph TD; MULAI((MULAI)) --> RAWAT_JALAN[RAWAT JALAN
(PROGRAM HD)]; MULAI --> RAWAT_INAP[RAWAT INAP]; MULAI --> IGD[IGD]; RAWAT_JALAN --> PENDAFTARAN_HD[PENDAFTARAN HD]; RAWAT_INAP --> INDIKASI_HD[INDIKASI HD]; IGD --> INDIKASI_HD; INDIKASI_HD --> PENDAFTARAN_HD; PENDAFTARAN_HD --> ASSESMENT[ASSESMENT]; ASSESMENT --> TINDAKAN_HD[TINDAKAN HD]; TINDAKAN_HD --> Selesai((Selesai));</pre>
3.	Jangka waktu penyelesaian	Pelayanan hemodialisis memerlukan waktu 5 Jam
4.	Biaya/tarif	1. Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah. 2. Pengguna asuransi kesehatan ditanggung penjamin 3. Biaya tindakan hemodialisis Rp. 600.000,- 4. Biaya obat dan Alat habis pakai 5. Biaya pemeriksaan penunjang
5.	Produk pelayanan	1. Pelayanan hemodialisis 2. Peritoneal Dialisis 3. Surat Kontrol Hd 4. Hasil pemeriksaan penunjang
6.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	1. Melalui konsultasi/Aduan secara langsung 2. Kotak saran : Jln. Dr. Gumbreg No. 1 Purwokerto No Tlp : 0281 632708 3. Humas RSMS SMS/WA :0811 289 7222 dan 0811 292 2225 4. Pojok aduan pada aplikasi rsms online 5. Email: rsmargono@jatengprov.go.id 6. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (loket pengaduan) 7. Website : http://rsmargono.jatengprov.go.id 8. SPAN LAPOR 9. SIPP BPJS

		10. Lapor GUB 11. Google Review
B. MANUFACTURING		
1	Dasar Hukum	1. Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah.
		2. Peraturan Direktur nomor 445/10157a/X/2024 Tentang Tata Kelola pelayanan Medis RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Provinsi Jawa Tengah.
2.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	1. Jumlah mesin hemodialisis, 49 unit terbagi menjadi : a. Mesin reguler 37 unit b. Mesin pasien rawat inap 4 unit c. Mesin infeksi Hbs.Ag 1 unit d. Mesin airborne 1 unit e. Mesin Khusus HDF 1 unit f. Mesin back up 4 unit terbagi menjadi : (1 mesin back up terpasang di ruang ICU, 1 mesin terpasang di paviliun abiyasa, dan 2 mesin di workshop hemodialisis) 2. Mesin RO 3 unit dan 1 unit RO portable 3. Mesin reprocesing dialiser 2 unit distandbykan karena pelayanan hemodialisis sudah single use 4. Kursi HD 40 unit 5. Ac, Televisi 6. Komputer dengan program KHS dan printer 7. Ruang administrasi 8. Ruang pengaduan 9. Ruang pelayanan hemodialisis pasien laki-laki dan pasien Perempuan 10. Ruang persiapan alat 11. Ruang CAPD 12. Ruang pemeriksaan 13. Ruang Ganti petugas 14. Ruang Spoelhoek 15. Kamar mandi petugas dan pasien

		16. Ruang penunggu pasien 17. Tempat tidur pasien 18. Ruang workshop 19. Ruang cairan dialisat 20. Lif dan Ram 11. Tempat Parkir 12. Tersedia APAR 13. CCTV 14. Jalur Evakuasi 15. Satpam 16. Nurse call
3.	Kompetensi Pelaksana	1. dr, SpPD, KGH 2. dr. Umum +pelatihan dialisis dasar 3. dr. Sp.PD. + pelatihan dialisis dasar 4. SI Perawat + Ners pelatihan HD 5. D3 keperawatan + pelatihan HD 6. SMA bisa mengoperasikan komputer dan biling sistem.
4.	Pengawasan internal	1. Pengawasan atasan langsung; 2. Supervisi oleh Manajemen 3. Morning Report 4. SPI 5. Pelaporan bulanan
5.	Jumlah Pelaksana	Jumlah tenaga di Instalasi Hemodialisa sebanyak 31 orang dengan rincian sebagai 1. dr. Sp.PD. KGEH 2 orang 2. Dokter umum pelaksana 1 orang 3. SI Perawat + Ners 10 orang 4. D3 keperawatan 15 orang. 5. Adminitrasi 2 orang 6. Pramur ruang 1 orang.
6.	Jaminan pelayanan	1. Semua pasien terdaftar dalam biling sistem dan mempunyai nomor register. 2. Pelayanan yang diberikan tidak diskriminatif, 3. Pelayanan di berikan oleh petugas yang kompeten 4. Pelayanan di berikan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional 5. Peralatan yang di gunakan di lakukan kalibrasi secara berkala
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan	1. Data-dan informasi pengguna layanan dijamin keamanannya dan digunakan semata mata

	pelayanan	hanya untuk kepentingan pelayanan; 2. Sarana pelayanan dan sarana penunjang layanan menjamin/mendukung keamanan, kenyamanan dan keselamatan pengguna layanan ;semua peralatan di lakukan kalibrasi secara berkala 3. Pasien menggunakan gelang identitas 4. Mesin dialiser di lakukan kalibrasi secara rutin dan 5. Mesin Hemodialisa untuk pasien infeksi tersendiri. 5. Penggunaan alat pelindung diri sesuai ketentuan 6. Tersedia fasilitas cuci tangan 7. Tersedia APAR 8. Petugas keamanan dan CCTV 9. Tersedianya petunjuk jalur evakuasi
8.	Evaluasi kinerja Pelaksana	1. Sasaran Kinerja Pegawai setiap 3 bulan 2. Pelaporan indikator mutu setiap bulan 3. Pelaporan SPM setiap bulan 4. Pemberian Reward dan Punishmen pegawai 5. Pelaksanaan Survei Kepuasan Masyarakat 6. Meeting morning

10. STANDAR PELAYANAN INSTALASI BEDAH SENTRAL

A. SERVICE DELIVERY		
NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	1. Ada intruksi tindakan operasi dari DPJP 2. Pasien sudah di daftarkan ke IBS oleh petugas ruang rawat pasien melalui SIM RS 3. Pasien terdaftar pada jadwal operasi di IBS 4. Menyetujui Persetujuan tindakan pemebedahan 5. Menyetujui Persetujuan tindakan anestesi
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Petugas ruang rawat, IGD, rawat jalan medaftarkan pasien yang sudah lengkapi persyaratannya ke IBS melalui SIM RS. 2. Petugas IBS menerima pendaftaran untuk di jadwalkan operasi besok harinya sesuai dengan kamar operasi dan dokter operatornya 3. Petugas IBS akan mengirimkan jadwal opsai ke unit kerja terkait melalui grup WA .

		4. Petugas ruang rawat akan memberikan informasi kepada pasien/keluarga terkait persiapan untuk operasi. 5. Petugas ruang rawat akan mengantar pasien ke IBS 6. Setelah selesai operasi pasien akan masuk ke ruang pemulihan sampai pasien sadar. 7. Petugas ruang pemulihan telepon ke ruang perawatan bahwa pasien sudah bisa di bawa ke rawat inap. 8. Petugas ruang rawat akan mengambil pasien dan serah terima pasien terlebih dahulu. 9. Untuk pasien yang memerlukan perawatan ICU post operasi akan diantar oleh petugas anestesi ke ruang ICU . ALUR PELAYANAN INSTALASI BEDAH SENTRAL <pre>graph TD; MULAI((MULAI)) --> RAWAT_JALAN[RAWAT JALAN]; MULAI --> RAWAT_INAP[RAWAT INAP]; MULAI --> IGD[IGD]; RAWAT_JALAN --> PENDAFTARAN_OPERASI[PENDAFTARAN OPERASI]; RAWAT_INAP --> PENDAFTARAN_OPERASI; IGD --> PENDAFTARAN_OPERASI; PENDAFTARAN_OPERASI --> SERAH_TERIMA_PASIEN[SERAH TERIMA PASIEN]; SERAH_TERIMA_PASIEN --> TINDAKAN_OPERASI[TINDAKAN OPERASI]; TINDAKAN_OPERASI --> RECOVERY_ROOM[RECOVERY ROOM]; RECOVERY_ROOM --> SELESAI((Selesai));</pre>
3.	Jangka waktu penyelesaian	Waktu penyelesaian tindakan operasi tergantung jenis kasus tindakan pembedahan yang di lakukan pada pasien.
4.	Biaya/tarif	1. Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah. 2. Pengguna asuransi kesehatan ditanggung penjamin

		3. Biaya pelayanan di IBS sesuai dengan jenis dan kategori tindakanya 3. Biaya obat dan Alat habis pakai 4. Biaya pemeriksaan penunjang
5.	Produk pelayanan	Tindakan pembedahan ,bronkoscopy, endoscopy, manajemen nyeri(blok saraf tepi), angiografi coroner, intervensi coroner perkutan, dan ESWL.
6.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	1. Melalui konsultasi/Aduan secara langsung 2. Kotak saran : Jln. Dr. Gumbreg No. 1 Purwokerto No Tlp : 0281 632708 3. Humas RSMS SMS/WA :0811 289 7222 dan 0811 292 2225 4. Pojok aduan pada aplikasi rsms online 5. Email: rsmargono@jatengprov.go.id 6. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (loket pengaduan) 7. Website : http://rsmargono.jatengprov.go.id 8. SPAN LAPOR 9. SIPP BPJS 10. Lapor GUB 11. Google Review
B. MANUFACTURING		
1	Dasar Hukum	1. Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah.
		2. Peraturan Direktur nomor. 445/10157a/X/2024 Tentang Tata Kelola pelayanan Medis RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Provinsi Jawa Tengah.
2.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	1. Kamar operasi 24 buah 2. Mesin Anestesi 24 buah 3. Meja Operasi 4. Lampu operasi 5. Komputer dan printer dan sistem KHS, Jaringan Internet 6. Ruang RR, 7. Ruang ganti perawat 8. Ruang Ganti Dokter 9. Satelit Farmasi

		10. Lift dan Ram 11. Set alat Instrumen operasi, Jas opearsi, 12. C Arm, 13. Mikroscope mata,THT, Bedah Saraf 14. Cusa(penghancur tumor Otak) 15. Mesin Phaco 16. Neuro navigator 17. ESWL 18. Cath Lab 19. Tempat Parkir 20. Tersedia APAR 21. CCTV 22. Jalur Evakuasi 23. Satpam
3.	Kompetensi Pelaksana	1. D3 keperawatan 2. D4 Keperawatan 3. S1 Keperawatan + Ners 4. Adminitrasi
4.	Pengawasan internal	1. Pengawasan atasan langsung; 2. Supervisi oleh Manajemen 3. Morning Report 4. SPI 5. Pelaporan bulanan
5.	Jumlah Pelaksana	Jumlah tenaga di Instalasi Bedah sentral sebanyak 77 orang dengan rincian sebagai 1. S1 Kep. dan Ners 16 orang 2. D4 keperawatan 2 orang 3. D3 keperawatan 57 orang 4. Adminitrasi 2 orang 5. Housekeeper
6.	Jaminan pelayanan	1. Semua pasien terdaftar dalam biling sistem dan mempunyai nomor register. 2. Pelayanan diberikan berkualitas dan tidak diskriminatif 3. Pelayanan di berikan oleh tenaga yang kompeten 4. Pelayanan di berikan sesuai dengan Standar Prosedure Operasional. 5. Peralatan yang di gunakan di lakukan kalibrasi secara rutin
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	1. Setiap pasien tedaftar dalam biling sistem dan mempunyai nomor register. 2. Sarana dan sarana penunjang layanan di

		lakukan kalibrasi secara berkala. 3. Penandaan daerah operasi/ site marking sebelum di lakukan tindakan operasi 4. Semua pasien menggunakan gelang identitas 5. Peralatan yang di gunakan untuk operasi di lakukan steril. 6. Tersedia fasilitas cuci tangan 7. Tersedia APAR 8. Petugas keamanan dan CCTV 9. Tersedianya petunjuk jalur evakuasi
8.	Evaluasi kinerja Pelaksana	1. Sasaran Kinerja Pegawai setiap 3 bulan 2. Pelaporan indikator mutu setiap bulan 3. Pelaporan SPM setiap bulan 4. Pemberian Reward dan Punishmen pegawai 5. Pelaksanaan Survei Kepuasan Masyarakat 6. Meeting morning

11. STANDAR PELAYANAN INSTALASI RADIOTERAPI

A. SERVICE DELIVERY		
NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	1. Pasien mendapat intruksi tindakan Radioterapi dari DPJP 2. Pasien terdaftar dalam sistem pendaftaran Rumah Sakit. 3. Permintaan tindakan melalui sistem atau manual harus dari Dokter Penanggung Jawab Pasien 4. Sudah melaksanakan pendaftaran di loket pendaftaran dengan membawa SEP, untuk pasien lama membawa kartu tindakan (Kartu merah=tindakan Simulator/CT-Simulator/ kuning = tindakan penyinaran) serta memakai gelang identitas pasien 5. Pasien baru membawa rujukan dari dokter pengirim sesuai dengan kasus diagnosa disertai hasil laboratorium patologi anatomi, hasil radiodiagnostik (CT Scan, MRI, USG) serta hasil laboratorium patologi klinik 6. Pasien dilakukan tindakan radioterapi sesuai dengan jam (waktu) yang tertera di kartu

		tindakan Radioterapi (Kartu Merah atau Kuning).
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	A. Pasien Baru: 1. Pasien mendapat instruksi tindakan dari DPJP 2. Petugas Rawat jalan/rawat inap memasukkan order lewat SIM RS 3. Pasien rawat jalan datang ke ruang Radioterapi dengan menyerahkan SEP (Pasien BPJS), pasien umum menyerahkan bukti pendaftaran kemudian mendapat nomor antrian. 4. Pasien bertemu dokter radioterapi untuk dilakukan program radioterapi dan jumlah penyinaran (simulator, CT-Simulator, penyinaran, Brakhiterapi). 5. Pasien mendapat Jadwal tindakan radioterapi. 6. Pasien kembali ke Poli asal sesuai dengan DPJP untuk dibuatkan surat kontrol. B. Pasien Lama : 1. Pasien sudah daftar online ke poli asal sesuai DPJP 2. Pasien datang ke Rumah Sakit untuk proses pendaftaran (Loket pendaftaran berada di Radioterapi) 3. Petugas Poli order tindakan Radioterapi (simulator, CT-Simulator, penyinaran, Brakhiterapi) 4. Pasien dilakukan program radioterapi (simulator, CT-Simulator, penyinaran, Brakhiterapi) 5. Pasien dilakukan evaluasi selama penyinaran Oleh dokter Spesialis Radioterapi minimal setiap 10 kali sinar 6. Selesai total penyinaran, pasien kembali bertemu dengan DPJP perujuk

		ALUR PELAYANAN RADIOTERAPI <pre>graph TD; MULAI((MULAI)) --> RAWAT[RAWAT JALAN
RAWAT INAP]; RAWAT --> LOKET_R[LOKET RADIOTERAPI]; LOKET_R --> PENJAMIN{PENJAMIN}; PENJAMIN -- Ya --> TINDAKAN[TINDAKAN RADIOTERAPI]; PENJAMIN -- Tidak --> LOKET_P[LOKET PEMBAYARAN]; LOKET_P --> TINDAKAN; TINDAKAN --> SELESAI([Selesai]);</pre> The flowchart illustrates the radiotherapy service process. It begins with a start node (MULAI), followed by a process box for 'RAWAT JALAN RAWAT INAP', then 'LOKET RADIOTERAPI'. A decision diamond 'PENJAMIN' follows. If the answer is 'Ya' (Yes), the process continues to 'TINDAKAN RADIOTERAPI'. If 'Tidak' (No), it goes to 'LOKET PEMBAYARAN' before reaching 'TINDAKAN RADIOTERAPI'. The process ends at a final node 'Selesai'.
3.	Jangka waktu penyelesaian	Waktu pelaksanaan penyinaran 90 menit
4.	Biaya/tarif sesuaikan!	1. Sesuai Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah. 2. Lidah Interior (Brakhiterapi) = Rp.1.000.000,- 3. Nasofaring Intralumener (Brakhiterapi) = Rp.850.000,- 4. Ovoid Silinder (Brakhiterapi) = Rp.340.000,-

		5. Payudara Inplant (Brakhiterapi) = Rp.850.000,- 6. Payudara/Linfoma/kulit Mold Surface (Brakhiterapi) = Rp.680.000,- 7. Penyinaran 3DCRT = Rp.950.000,- 8. Penyinaran Dengan Alat Bantu = Rp.400.000,- 9. Penyinaran IGRT = Rp.1.100.000,- 10. Cone Beam CT = Rp.950.000,- 11. Ct-Simulator = Rp.500.000,- 12. CT-Simulator+Kontras+Mosaiq = Rp.900.000,- 13. CT-Simulator+Mosaiq = Rp.800.000,- 14. Dasar Lidah (Brakhiterapi) = Rp.1.000.000,- 15. Electronic Portal Imaging Device = Rp.680.000 16. Gammagrafi = Rp. 340.000,- 17. Jaringan Lunak Implan (lain-lain) (Brakhiterapi) = Rp.850.000,- 18. Penyinaran IMRT = Rp. 1.000.000,- 19. Penyinaran Konvensional 2D/Plan Paralel Rp.850.000,- 20. Penyinaran Tanpa Alat Bantu = Rp.340.000,- 21. Penyinaran VMAT = Rp. 1.050.000,- 22. Periopertaif (Brakhiterapi) = Rp.1.000.000,- 23. SBRT = Rp.1.500.000,- 24. Serviks Intrakaviter Lengkap (Brakhiterapi) = Rp.680.000,- 25. Serviks Intrakaviter Tidak Lengkap (Brakhiterapi) = Rp.340.000,- 26. Serviks/Vagina/Perineal/Prostat Implan (Brakhiterapi) = Rp.1.000.000 27. Simulator+Treatment Planning = Rp.240.000 28. Simulator Multibeam dan treatment planning Rp. = 1.070.000 29. Stereotatic Radio Surgery(SRS)= Rp.1.500.000 30. Teknik Intravena Anestesi (TIVA) = Rp.150.000 31. Teknik Regional Anestesi = Rp.250.000 32. Teatment Planning 3D+QA = Rp.400.000 33. Treatment Planning Advance/4D+QA = Rp.450.000 34. Treatment Planning Steriotatic+QA = Rp.850.000
5.	Produk pelayanan	Pelayanan Radiasi Internal dan Ekternal

6.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	1. Melalui konsultasi/Aduan secara langsung 2. Kotak saran : Jln. Dr. Gumbreg No. 1 Purwokerto No Tlp : 0281 632708 3. Humas RSMS SMS/WA :0811 289 7222 dan 0811 292 2225 4. Pojok aduan pada aplikasi rsms online 5. Email: rsmargono@jatengprov.go.id 6. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (loket pengaduan) 7. Website : http://rsmargono.jatengprov.go.id 8. SPAN LAPOR 9. SIPP BPJS 10. Lapor GUB 11. Google Review
B. MANUFACTURING		
1	Dasar Hukum	1. Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah.
		2. Peraturan Direktur RSUD. Prof. Dr. Margono Soekarjo Provinsi Jawa Tengah nomor 445/04481/V/2024 tentang Pelayanan Radioterap
2.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	1. 3 alat Teleterapi Cobalt : NPICem, Gamma Beam dan Linier Accelerator (Linac) Elekta Versa HD 2. Simulator Konvensional 3. CT-Simulator 4. Brakhiterapi Iridium-192 5. Treatment Planning System (TPS) 6. Mould Room 7. Computed Radiography 8. Ruang tunggu, ruang pemeriksaan, ruang dokter, ruang administrasi 9. Kamar mandi petugas dan pasien 10. Kursi petugas dan kursi pasien, AC 10. Tempat Parkir 11. Tersedia APAR

		12. CCTV 13. Jalur Evakuasi 14. Satpam
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter Spesialis Onkologi Radiasi 2. S2 Fisika Medik + pelatihan 3. S1 Fisika Medik + pelatihan 4. D4 Radiografer Radioterapi + pelatihan 5. D4 Radiografer Radiologi + Pelatihan 6. D3 Radiografer + pelatihan 7. S1 Perawat 8. D3 Perawat Radioterapi + Pelatihan 9. SMA
4.	Pengawasan internal	1. Pengawasan atasan langsung; 2. Supervisi oleh Manajemen 3. Morning Report 4. SPI 5. Pelaporan bulanan
5.	Jumlah Pelaksana	Jumlah tenaga di Instalasi Radioterapi sebanyak 25 orang dengan rincian sebagai berikut: 1. Dokter Spesialis Onkologi Radiasi 2 orang 2. S2 Fisika Medik + pelatihan 1 orang 3. S1 Fisika Medik + pelatihan 1 orang 4. D4 Radioterapi + pelatihan 3 orang 5. D4 Radiologi + Pelatihan 8 orang 6. D3 Radiografer + pelatihan 5 orang 7. S1 keperawatan 2 orang 8. D3 Keperawatan + Pelatihan 1 orang 9. Administrasi + Pelatihan 2 orang
6.	Jaminan pelayanan	1. Semua pasien terdaftar dalam billing sistem dan mempunyai nomor register. 2. Pelayanan diberikan berkualitas dan tidak diskriminatif 3. Pelayanan di berikan oleh tenaga yang kompeten 4. Pelayanan di berikan sesuai dengan Standar Prosedure Operasional. 5. Peralatan yang di gunakan di lakukan kalibrasi secara rutin
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	1. Data-dan informasi pengguna layanan dijamin keamanannya dan digunakan semata mata hanya untuk kepentingan pelayanan; 2. Sarana pelayanan dan sarana penunjang layanan menjamin/mendukung keamanan,

		kenyamanan dan keselamatan pengguna layanan: alat yang di gunakan di lakukan kalibrasi secara rutin 3. Pelayanan di berikan oleh tenaga yang kompeten 4. Pasien yang akan di lakukan tindakan radioterapi menggunakan identitas gelang pasien. 5. Pengukuran Paparan Radiasi Tiap Bulan 6. Tersedia fasilitas cuci tangan 7. Tersedia APAR 8. Petugas keamanan dan CCTV 9. Tersedianya petunjuk jalur evakuasi
8.	Evaluasi kinerja Pelaksana	1. Sasaran Kinerja Pegawai setiap 3 bulan 2. Pelaporan indikator mutu setiap bulan 3. Pelaporan SPM setiap bulan 4. Pemberian Reward dan Punishmen pegawai 5. Pelaksanaan Survei Kepuasan Masyarakat 6. Meeting morning

12. STANDAR PELAYANAN INSTALASI REHABILITASI MEDIS

A. SERVICE DELIVERY		
NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	1. Pasien terdaftar dalam SIM RS 2. Permintaan konsultasi ke dr. Sp.KFR dari DPJP. 3. Pasien mendapat intruksi tindakan rehab dari dr. Sp.KFR. 4. Rujukan langsung ke dr. Sp.KFR dan Sp.KFR dari faskes tingkat 1 atau 2.
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Pasien melakukan pendaftaran online, untuk pasien BPJS dilakukan validasi biometrik. 2. Pembayaran untuk pasien jaminan umum 3. Alur Pelayanan Pasien Rawat Jalan : a. Pasien merupakan konsulan dari poliklinik (DPJP) → dilakukan assessment dan penentuan program terapi oleh Dokter Sp.KFR → diberikan tindakan tim rehabilitasi medik. b. Pasien program Reasesment dan Evaluasi : Pendaftaran → Asesmen Keperawatan → Asesmen Dokter SpKFR dan penentuan

		program terapi → tindakan tim rehabilitasi medik. c. Pasien program terapi lanjutan : Pendaftaran → Asesment keperawatan → tindakan tim rehabilitasi medik 4. Alur Pelayanan Pasien Rawat Inap Pasien merupakan konsulan dari DPJP → konsulan dijawab oleh Sp. KFR (berisi program terapi) → diberikan tindakan terapi oleh terapis sesuai program baik terapi yang sifatnya aktif maupun pasif. ALUR PELAYANAN REHABILITASI MEDIS <pre>graph TD; MULAI((MULAI)) --> RAWAT_JALAN[RAWAT JALAN]; MULAI --> RAWAT_INAP[RAWAT INAP]; RAWAT_JALAN --> PROGRAM_REHAB[PROGRAM REHAB MEDIK OLEH DOKTER Sp. KFR]; RAWAT_INAP --> PROGRAM_REHAB; PROGRAM_REHAB --> PENDAFTARAN[PENDAFTARAN REHAB MEDIK]; PENDAFTARAN --> ASSESMENT[ASSESMENT]; ASSESMENT --> TINDAKAN[TINDAKAN REHAB MEDIK]; TINDAKAN --> SELESAI([Selesai]);</pre>
3.	Jangka waktu penyelesaian	120 menit
4.	Biaya/tarif	1. Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah. 2. Pengguna asuransi kesehatan ditanggung penjamin 3. Biaya pemeriksaan dokter, tindakan terapi yang di lakukan dan Ortostik Prostetik 4. Pasien BPJS Kesehatan yang mendapatkan layanan OP iur biaya sebesar selisih tarif Pergub dengan nilai jaminan BPJS Kesehatan.

R	Produk Layanan	Hasil pelayanan instalasi rehabilitasi medik : 1. Program tindakan rehabilitasi medik 2. Layanan tindakan fisioterapi 3. Layanan tindakan okupasi terapi 4. Layanan tindakan terapi wicara 5. Ortosis dan atau prostesis
6.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	1. Melalui konsultasi/Aduan secara langsung 2. Kotak saran : Jln. Dr. Gumbreg No. 1 Purwokerto No Tlp : 0281 632708 3. Humas RSMS SMS/WA :0811 289 7222 dan 0811 292 2225 4. Pojok aduan pada aplikasi rsms online 5. Email: rsmargono@jatengprov.go.id 6. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (loket pengaduan) 7. Website : http://rsmargono.jatengprov.go.id 8. SPAN LAPOR 9. SIPP BPJS 10. Lapor Gub 11. Google Review
B. MANUFACTURING		
1	DASAR HUKUM	1. Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah.
		2. Peraturan Direktur RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Nomor 445/08751/v/2024S Tentang Pelayanan Instalasi Rehabilitasi Medik
2.	Sarana dan Prasarana	IRM RSMS dilengkapi dengan Sarana Prasarana : 1. Ruang administrasi 2. Ruang pemeriksaan dokter 3. Ruang tunggu pasien 4. Ruang dan alat tindakan terapi wicara 5. Ruang dan alat tindakan okupasi terapi 6. Ruang dan alat tindakan fisioterapi 7. Ruang dan alat workshop ortotik prostetik 8. Ruang komplain 9. Ruang tunggu pasien anak dan pojok ASI

		10. Komputer dan printer dan KHS 11. Tempat Parkir 12. Tersedia APAR 13. CCTV 14. Jalur evakuasi 15. Satpam
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter Sp. KFR 2. D3 Keperawatan 3. D3 dan D4 Fisioterapi 4. D3 Okupasi Terapi 5. D3 Terapi Wicara 6. D3 dan D4 Ortotik Prostetik 7. Petugas Administrasi
4.	Pengawasan internal	1. Pengawasan atasan langsung; 2. Supervisi oleh Manajemen 3. Morning Report 4. SPI 5. Pelaporan bulanan
5.	Jumlah Pelaksana	Jumlah tenaga di Instalasi Rehabilitasi Medik sebanyak 26 orang dengan rincian sebagai : 1. Dokter Sp. KFR 2 orang 2. D3 Fisioterapi 6 orang 3. D4 Fisioterapi 3 orang 4. D3 Okupasi Terapi 4 orang 5. D3 Terapi Wicara 4 orang 6. D3 Ortotik Prostetik 3 orang 7. D4 Ortotik Prostetik 1 orang 8. Perawat D3 Keperawatan 2 orang 9. Adminitrasi 2 orang
a	Jaminan pelayanan	1. Semua pasien terdaftar dalam SIM RS 2. Pelayanan diberikan berkualitas dan tidak diskriminatif 3. Pelayanan di berikan oleh tenaga yang kompeten 4. Pelayanan di berikan sesuai dengan Standar Prosedure Operasional. 5. Peralatan yang di gunakan di lakukan kalibrasi secara rutin
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	1. Setiap pasien terdaftar dalam biling SIM RS 2. Pelayanan di berikan oleh tenaga yang kompeten. 3. Sarana dan sarana penunjang layanan terkalibrasi.

		6. Adanya satpam 7. Tersedianya fasilitas Cuci tangan 8. CCTV 9. Hidran air 10. Jalur Evakuasi
8.	Evaluasi kinerja Pelaksana	1. Sasaran Kinerja Pegawai setiap 3 bulan 2. Pelaporan indikator mutu setiap bulan 3. Pelaporan SPM setiap bulan 4. Pemberian Reward dan Punishmen pegawai 5. Pelaksanaan Survei Kepuasan Masyarakat 6. Meeting morning

13. STANDAR PELAYANAN UNIT TRANSFUSI DARAH

A. SERVICE DELIVERY		
NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	1. Permintaan tranfusi dari Dokter Penanggungjawab Pelayanan (DPJP) dengan form manual/melaui SIM RS 2. Pasien terdaftar dalam SIM RS 3. Pelayanan dilayani apabila memenuhi persyaratan tertentu (sampel darah tidak rusak dan lisis), ketersediaan stok darah. 4. Apabila terdapat situasi kegawatdaruratan (CITO) maka pelayanan darah didahulukan
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Perawat memberikan informasi kepada keluarga pasien tentang kebutuhan tranfusi. 2. Perawat mengambil sampel darah pasien untuk persiapan tranfusi. 3. Petugas rumah sakit/Keluarga pasien mengantar sampel darah dengan form permintaan tranfusi yg sudah di isi oleh perawat dan di Tanda tangani dokter ke unit tranfusi darah. 4. Petugas unit transfusi darah melakukan uji silang serasi antara darah pasien dengan darah donor dengan hasil : • Hasil uji silang serasi cocok • Hasil uji silang serasi tidak cocok di lakukan uji silang ulang dengan darah donor yang beda.

		5. Petugas unit transfusi darah menginformasikan kepada perawat ruangan jika darah sudah siap untuk diambil dan ditransfusikan. 6. Perawat memohon Keluarga pasien mengambil darah ke unit tranfusi darah. 7. Perawat memberikan tranfusi kepada pasien sesuai prosedur. ALUR PELAYANAN UNIT TRANSFUSI DARAH <pre>graph TD; MULAI((MULAI)) --> IGD[IGD IBS RAWAT INAP]; IGD --> PERMINTAAN[PERMINTAAN DARAH]; PERMINTAAN --> LOKET[LOKET ITD MEMBAWA SAMPEL DARAH]; LOKET --> PEMERIKSAAN[PEMERIKSAAN GOL DARAH DAN CROSSMATCH]; PEMERIKSAAN --> KETERSEDIAAN{KETERSEDIAAN DARAH}; KETERSEDIAAN -- Ya --> PROSES[PROSES PENGOLAHAN DARAH]; KETERSEDIAAN -- Tidak --> KE_UTD_LAIN[KE UTD LAIN]; PROSES --> DIAMBIL[DARAH DIAMBIL PETUGAS]; DIAMBIL --> SELESAI((SELESAI));</pre>
3.	Jangka waktu penyelesaian	Waktu tunggu hasil pemeriksaan Tranfusi Darah 120 menit jika tidak ada uji silang yang di ulangi.
4.	Biaya/tarif	1. Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah. 2. Pemeriksaan darah persiapan ; ➤ Crossmatch 1 kolf = Rp. 85.000,- ➤ Crossmatch 2 kolf = Rp. 115.000,- ➤ Crossmatch 3 kolf = Rp. 145.00,- ➤ Crossmatch 4 kolf = Rp. 190.000,- 3. Komponen darah PRC, FFP, TC = Rp. 450.000,- 4. Leukodepletet Rp.190.000

		5. Darah whole blood per kantong Rp. 450.000,- 5. Pengguna asuransi kesehatan ditanggung penjamin
5.	Produk pelayanan	1. Darah whole blood 2. Komponen darah (PRC, FFP, TC, WRC)
6.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	1. Melalui konsultasi/Aduan secara langsung 2. Kotak saran : Jln. Dr. Gumbreg No. 1 Purwokerto No Tlp : 0281 632708 3. Humas RSMS SMS/WA :0811 289 7222 dan 0811 292 2225 4. Pojok aduan pada aplikasi rsms online 5. Email: rsmargono@jatengprov.go.id 6. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (loket pengaduan) 7. Website : http://rsmargono.jatengprov.go.id 8. SPAN LAPOR 9. SIPP BPJS 10. Lapor GUB 11. Google Review
B. MANUFACTURING		
1	Dasar Hukum	1. Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah.
		2. Peraturan Direktur RSUD. Prof. Dr. Margono Soekarjo Provinsi Jawa Tengah nomor 445/04463 tentang Pelayanan Instalasi Laboratorium Terpadu.
2.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	1. Tempat pendaftaran donor darah beserta sarana prasarana donor darah 2. Tempat pemeriksaan crossmatching 3. Tempat penyimpanan darah 4. Loker penerimaan sampel darah dan penyerahan darah hasil crossmatching 5. Kulkas penyimpanan darah 6. Ruang dan kursi penunggu 7. Tempat Parkir 8. Tersedia APAR

		9. CCTV 10. Jalur Evakuasi 11. Satpam
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter Sp.PK 2. D3 ATLM + pelatihan 3. D3 Petugas Teknis Transfusi Darah 4. Minimal SMA bisa mengoperasikan komputer dengan biling system
4.	Pengawasan internal	1. Pengawasan atasan langsung; 2. Supervisi oleh Manajemen 3. Morning Report 4. SPI 5. Pelaporan bulanan
5.	Jumlah Pelaksana	Jumlah tenaga di Instalasi Tranfusi Darah sebanyak 21 orang dengan rincian sebagai 1. Dokter Sp.PK 5 orang 2. D3 ATLM 9 orang. 3. D3 PTTD 4 orang 4. Adminitrasi 3 orang
6.	Jaminan pelayanan	1. Semua pasien terdaftar dalam SIM RS dan mempunyai nomor register. 2. Pelayanan yang diberikan tidak diskriminatif. 3. Pelayanan di berikan oleh tenaga yang kompeten 4. Pelayanan di berikan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional. 5. Peralatan yang digunakan di lakukan kalibrasi secara berkala dan pemeliharaan rutin.
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	1. Sampel di beri label identitas pasien 2. Semua peralatan yang di gunakan di lakukan kalibrasi 3. Proses validasi hasil melalui verifikasi oleh petugas tranfusi darah 4. Pemeriksaan sudah melalui proses pemantapan mutu harian internal dan pemantapan mutu eksternal secara berkala. 5. Adanya satpam 6. CCTV 7. Hidran air 8. Jalur Evakuasi
8.	Evaluasi kinerja Pelaksana	1. Sasaran Kinerja Pegawai setiap 3 bulan 2. Pelaporan indikator mutu setiap bulan 3. Pelaporan SPM setiap bulan

		4. Pemberian Reward dan Punishmen pegawai 5. Pelaksanaan Survei Kepuasan Masyarakat 6. Meeting morning
--	--	--

14. STANDAR PELAYANAN KENDARAAN AMBULANCE

A. SERVICE DELIVERY		
NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	1. Ada pemesanan ambulan dari : • Petugas ruang rawat untuk pasien yang memerlukan rujukan via telepon atau datang. • keluarga pasien internal rumah sakit atau luar rumah sakit via telepon/datang. 2. Menyepakati tarif penggunaan ambulan
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Keluarga pasien dari internal (pasien di rawat RS) atau eksternal (pasien tidak di rawat di RS memesan ambulan jenazah/pasien via telepon atau datang ke garasi ambulan. 2. Petugas instalasi ambulan akan memberikan informasi tarif ambulan, perkiraan biaya (melihat aplikasi di googel map) dan perkiraan waktu tunggu ambulan. 3. Pengemudi menyiapkan armada ambulan yang akan di pakai, mengecek km awal sebelum keberangkatan dan memasukan dalam biling sistem di computer. 4. Keluarga pasien akan membayar setelah pengantaran sampai tujuan sesuai dengan km jarak yang di tempuh. 5. Setelah pengemudi pulang sampai garasi kembali mencatat km akhir pemakaian dan memasukan dalam sistem di komputer serta memyetorkan pembayaran ke kasir di keuangan .

		ALUR PELAYANAN KENDARAAN AMBULANCE <pre>graph TD; MULAI((MULAI)) --> PASIEN_INTERNAL[PASIEN INTERNAL]; MULAI --> PASIEN_EXTERNAL[PASIEN EXTERNAL]; PASIEN_INTERNAL --> PETUGAS_RUANGAN[PETUGAS RUANGAN MENGHUBUNGI IKD]; PASIEN_EXTERNAL --> KELUARGA_PASIEN[KELUARGA PASIEN MENGHUBUNGI IKD]; PETUGAS_RUANGAN --> CATAT_IDENTITAS[MENCATAT IDENTITAS DAN KEBUTUHAN PASIEN]; KELUARGA_PASIEN --> CATAT_IDENTITAS; CATAT_IDENTITAS --> CEK_JARAK[CEK JARAK TEMPUH]; CEK_JARAK --> INFORMASIKAN_BIAYA[MENGINFORMASIKAN ESTIMASI BIAYA]; INFORMASIKAN_BIAYA --> PEMBAYARAN[PEMBAYARAN]; PEMBAYARAN --> PELAKSANAAN[PELAKSANAAN]; PELAKSANAAN --> SELESAI([SELESAI]);</pre> The flowchart illustrates the ambulance service process. It begins with a circular 'MULAI' (Start) node. This leads to two parallel rectangular boxes: 'PASIEN INTERNAL' (Internal Patient) and 'PASIEN EXTERNAL' (External Patient). From 'PASIEN INTERNAL', the flow goes to 'PETUGAS RUANGAN MENGHUBUNGI IKD' (Room Staff contacts IKD). From 'PASIEN EXTERNAL', the flow goes to 'KELUARGA PASIEN MENGHUBUNGI IKD' (Patient's family contacts IKD). Both of these lead to a central rectangular box: 'MENCATAT IDENTITAS DAN KEBUTUHAN PASIEN' (Record patient identity and needs). From here, the process continues sequentially through rectangular boxes: 'CEK JARAK TEMPUH' (Check travel distance), 'MENGINFORMASIKAN ESTIMASI BIAYA' (Inform cost estimation), 'PEMBAYARAN' (Payment), and 'PELAKSANAAN' (Implementation). The process concludes with an oval 'SELESAI' (End) node.
3.	Jangka waktu penyelesaian	1. Waktu tunggu Pelayanan ambulan di Dr. Gumbreg 20 Menit 2. Waktu tunggu Pelayanan ambulan di Unit Geriarti 40 menit. *Waktu tersebut jika pengemudi dalam kondisi di tempat (tidak sedang melayani pengantaran pasien*

4.	Biaya/tarif	1. Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah. 2. Pengguna asuransi kesehatan ditanggung penjamin untuk rujukan pasien dan untuk pengantaran jenazah tidak di tanggung. 3. Biaya pelayanan ambulan pasien dan ambulan jenazah : 4. Dalam kota (Radius 10 KM) Rp. 75.000,- 5. Rp. 10.000,-/km untuk luar kota(>10 Km) 6. Menunggu Rp. 20.000/jam untuk pemakaman.
5.	Produk pelayanan	1. Pelayanan Ambulan Pasien 2. Pelayanan ambulan jenazah
6.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	1. Melalui konsultasi/Aduan secara langsung 2. Kotak saran : Jln. Dr. Gumbreg No. 1 Purwokerto No Tlp : 0281 632708 3. Humas RSMS SMS/WA :0811 289 7222 dan 0811 292 2225 4. Pojok aduan pada aplikasi rsms online 5. Email: rsmargono@jatengprov.go.id 6. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (loket pengaduan) 7. Website : http://rsmargono.jatengprov.go.id 8. SPAN LAPOR 9. SIPP BPJS 10. Lapor GUB 11. Google Review
B. MANUFACTURING		
1	Dasar Hukum	1. Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah.
		1. Keputusan Direktur nomor : 445/02380/III/2024 Tentang Kebijakan pelayanan
2.	Sarana, prasarana,	Instalasi Kendaraan Dinas/Ambulance di lengkapi

	dan/atau fasilitas	dengan Sarana Prasarana : 1. Ruang Kerja, 2. Ruang Ganti, 3. Gudang, 4. Garasi Kendaraan, 5. Tempat Cucian Kendaraan, 6. Kamar Mandi, 7. Ruang pertemuan, 8. Komputer 9. AC 10. Tempat Parkir 11. Tersedia APAR 12. CCTV 13. Jalur Evakuasi 14. Satpam 15. Mobil Ambulance Pasien 7 unit dan Mobil Ambulance Jenazah = 6 unit.
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Kepala instalasi minimal D3 dan mempunyai kemampuan menjadi manajer. 2. Pengemudi : minimal berpendidikan SMU/SMK/Sederajat, memiliki Sim B1 3. Adminitrasi minimal pendidikan SMA/ sederajat dengan kompetensi bisa mengopersionalkan computer dan biling sistem.
4.	Pengawasan internal	1. Pengawasan atasan langsung; 2. Supervisi oleh Manajemen 3. Morning Report 4. SPI 5. Pelaporan bulanan
5.	Jumlah Pelaksana	Jumlah tenaga di Instalasi kendaraan Dinas sebanyak 22 orang dengan rincian sebagai 1. Kepala instalasi 1 orang 2. adminitarsi 1 orang 3. Pengemudi 20 Orang
6.	Jaminan pelayanan	1. Pelayanan yang diberikan tidak diskriminatif. 2. Pelayanan ambulan di berikan sesuai dengan Standar Prosedure Operasional. 3. Pelayanan di berikan oleh pengemudi yang kompeten 4. Pelayanan di berikan dengan mobil ambulan

		yang siap pakai.
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	1. Kendaraan ambulan di lakukan perawatan/service secara berkala. 2. Pelayanan yang di berikan sesuai dengan Standar Prosedure Operasional. 3. Pengemudi yang kompeten dan mempunyai SIM B1 yang berlaku.
8.	Evaluasi kinerja Pelaksana	1. Sasaran Kinerja Pegawai setiap 3 bulan 2. Pelaporan indikator mutu setiap bulan 3. Pelaporan SPM setiap bulan 4. Pemberian Reward dan Punishmen pegawai 5. Pelaksanaan Survei Kepuasan Masyarakat 6. Meeting morning

15. STANDAR PELAYANAN LOKET PEMBAYARAN

A. SERVICE DELIVERY		
NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	Persyaratan Pelayanan	1. Pasien terdaftar dalam SIM RS dan mempunyai nomor registrasi. 2. Pasien rawat jalan membawa Slip pendaftaran 3. Pasien rawat inap membawa buku pengantar Pembayaran dari ruang perawatan
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Pasien/keluarga pasien datang ke loket pembayaran • Pasien rawat jalan membawa Slip pendaftaran • Pasien rawat inap membawa buku pengantar Pembayaran dari ruang perawatan 2. Pasien/keluarga pasien membayar sesuai transaksi yang ada SIM RS secara tunai atau menggunakan EDC Bank Mandiri, BRI dan BNI) sesuai dengan rincian biaya yang ada dalam billing sistem. 3. Petugas loket memberikan kuitansi pembayaran yang sah yaitu ditanda tangani petugas kasir dan distempel RS.

		ALUR PELAYANAN LOKET KEUANGAN <pre>graph TD; A((MULAI)) --> B[RAWAT JALAN
IGD
RAWAT INAP]; B --> C[PEMERIKSAAN/TINDAKAN
PENUNJANG MEDIS]; C --> D[PEMBAYARAN]; D --> E[BUKTI PEMBAYARAN]; E --> F((SELESAI));</pre> The flowchart illustrates the process at the financial counter. It begins with a circular 'MULAI' (Start) node, followed by a rectangular box for 'RAWAT JALAN IGD RAWAT INAP' (Outpatient, Emergency, Inpatient). This leads to another rectangular box for 'PEMERIKSAAN/TINDAKAN PENUNJANG MEDIS' (Medical Support Examination/Procedure). The next step is a rectangular box for 'PEMBAYARAN' (Payment), followed by a rectangular box for 'BUKTI PEMBAYARAN' (Payment Receipt). The process concludes with an oval 'SELESAI' (End) node.
1.	Jangka waktu penyelesaian	Waktu pelayanan di loket pembayaran 30 menit
4.	Biaya/ tarif	1. Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah. 2. Pengguna asuransi kesehatan ditanggung penjamin 2. Biaya yang di bayarkan oleh pasien sesuai dengan jenis pelayanan yang di butuhkan oleh pasien.

5.	Produk pelayanan	Hasil pelayanan loket pembayaran: 1. Kuitansi pembayaran 2. Tanda Bukti Sementara Penerimaan Uang Muka
6.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	1. Melalui konsultasi/Aduan secara langsung 2. Kotak saran : Jln. Dr. Gumbreg No. 1 Purwokerto No Tlp : 0281 632708 3. Humas RSMS SMS/WA :0811 289 7222 dan 0811 292 2225 4. Pojok aduan pada aplikasi rsms online 5. Email: rsmargono@jatengprov.go.id 6. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (loket pengaduan) 7. Website : http://rsmargono.jatengprov.go.id 8. SPAN LAPOR 9. SIPP BPJS 10. Lapor GUB 11. Google Review

B. MANUFACTURING

1	Dasar Hukum	1. Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah. 2. Peraturan Direktur RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Nomor 900/00001/2024 tentang Kebijakan Penggunaan Rekening Bank pada Bendahara Penerimaan BLUD dan Bendahara Pengeluaran BLUD RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Provinsi Jawa Tengah
2.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	Loket Pembayaran di lengkapi dengan Sarana Prasarana : 1. Ruang tunggu 2. Komputer sistem KHS dan Printer 3. AC, Kursi petugas dan kursi penunggu 4. Jaringan internet 5. EDC Bank Mandiri, BRI dan BNI
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Pendidikan minimal D3 2. Mempunyai kemampuan mengoperasikan komputer dan sistem biling.

		3. Mempunyai kemampuan kustomer service excellent
4.	Pengawasan internal	1. Pengawasan atasan langsung; 2. Supervisi oleh Manajemen 3. Morning Report 4. SPI 5. Pelaporan bulanan
5.	Jumlah Pelaksana	Jumlah tenaga Loker Pembayaran sebanyak 11 orang dengan rincian sebagai 1. Petugas pembayaran Rawat jalan 5 orang 2. Petugas pembayaran Rawat inap 6 orang
6.	Jaminan pelayanan	1. Pasien terdaftar dalam SIM RS dan mempunyai nomor register. 2. Pelayanan yang diberikan tidak diskriminatif. 3. Pelayanan diberikan oleh petugas yang kompeten 4. Pelayanan diberikan sesuai dengan Standar Prosedure Operasional. 5. Pasien/keluarga pasien mendapat kuitansi pembayaran yang sah dan di stempel basah oleh RS.
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	1. Pasien terdaftar dalam SIM RS 2. Setiap Pasien hanya mempunyai satu Nomor Transaksi/registrasi 3. Pasien mendapatkan kuitansi pembayaran yang sah di tandatangani petugas kasir dan stempel basah RS 4. Adanya satpam 5. CCTV 6. Hidran air 7. Jalur Evakuasi
8.	Evaluasi kinerja Pelaksana	1. Sasaran Kinerja Pegawai setiap 3 bulan 2. Pelaporan indikator mutu setiap bulan 3. Pelaporan SPM setiap bulan 4. Pemberian Reward dan Punishmen pegawai 5. Pelaksanaan Survei Kepuasan Masyarakat 6. Meeting morning

16. STANDAR PELAYANAN JENASAH (FORENSIK)

A. SERVICE DELIVERY

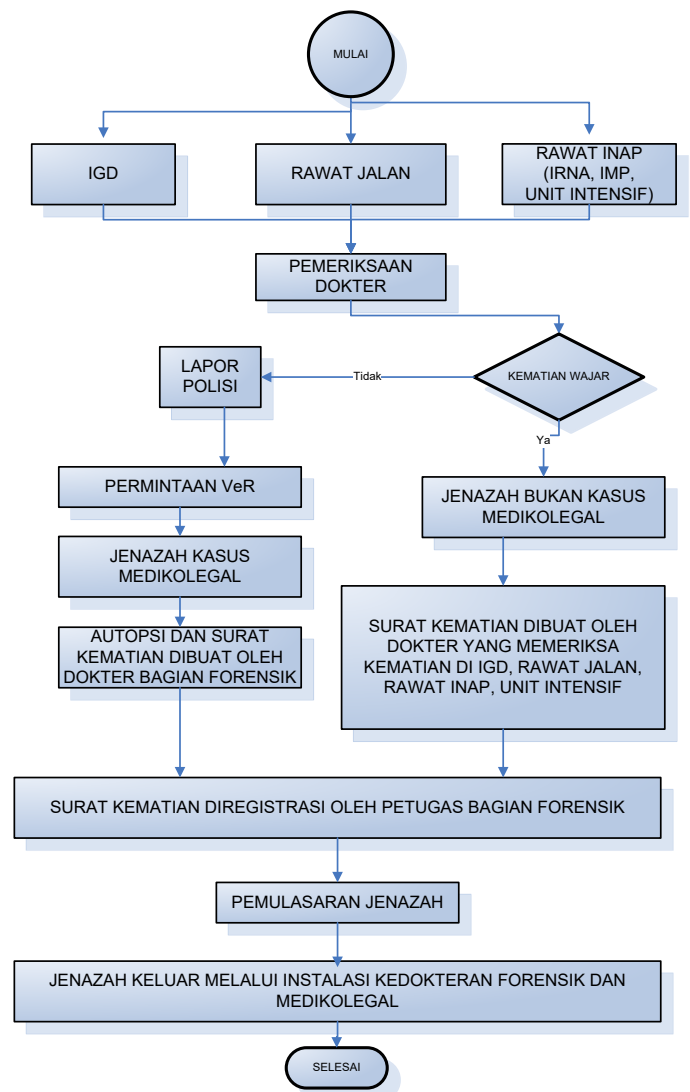
NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan Pelayanan	1. Surat keterangan meninggal dunia dari dokter penanggung jawab pasien(pelayanan jenazah) 2. Surat permohonan dari pihak yang berwajib (kepolisian/kepolisian militer) untuk pelayanan visum Et Repertum.
3.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	A. Pelayanan Visum Et Repertum 1. Surat Permohonan dari penyidik kepolisian ditujukan kepada Direktur di lampiri Fotokopi LP (laporan polisi) atau LT (LaporanTuntas). 2. Petugas Instalasi kedokteran forensik medikolegal menyiapkan kelengkapan dokumen yang di butuhkan untuk proses pembuatan Visum Et Repertum 3. Setelah Visum Et Repertum selesai Petugas Instalasi kedokteran forensik dan medikolegal meminta nomor ke Subag Tata Usaha dan Hukmas. 4. Petugas Instalasi kedokteran forensik dan medikolegal memberikan informasi kepada pihak kepolisian jika surat Visum Et Repertum sudah jadi. 5. Pihak kepolisian mengambil Hasil Visum Et Repertum di Instalasi kedokteran forensik dan medikolegal dengan membayar B. Pelayanan otopsi Forensik 1. Surat Permohonan dari penyidik kepolisian ditujukan kepada Direktur rumah sakit. 2. Petugas Instalasi kedokteran forensik medikolegal menyiapkan kelengkapan alat, bahan dan dokumen yang di butuhkan untuk proses pembuatan otopsi forensic. 3. Proses Otopsi forensik di lakukan oleh dokter Spesialis kedokteran forensik. Setelah otopsi forensik selesai Petugas Instalasi kedokteran forensik dan medikolegal meminta nomor ke Subag Tata Usaha dan Hukmas. 4. Petugas Instalasi kedokteran forensik dan medikolegal memberikan informasi kepada pihak kepolisian jika hasil visum sudah jadi

5. Pihak kepolisian mengambil Hasil Visum otopsi di Instalasi kedokteran forensik dan medikolegal dan melakukan pembayaran di loket keuangan.

C. Pelayanan jenazah

1. Petugas ruang rawat memberikan informasi ke petugas jenazah ada pasien yang meninggal dunia lengkap dengan identitas dan jam meninggal
2. Petugas jenazah akan mengambil jenazah ke ruang rawatan setelah 2 jam meninggal.
3. Petugas jenazah membawa pasien yang meninggal dunia ke kamar Jenazah.
4. Petugas kamar jenazah menawarkan ke keluarga pasien apakah jenazah mau di mandikan di RS dan memberikan informasi biayanya.
5. Jika keluarga pasien menyetujui petugas kamar jenazah menyiapkan peralatan yang di perlukan untuk proses memandikan.

ALUR PELAYANAN IKD



3.	Jangka waktu penyelesaian	1. Pelayanan pemulasaran jenazah 120 menit. 2. Pelayanan Visum et Repertum 7 hari
4.	Biaya/tarif	1. Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah. 2. Biaya perawatan Jenazah (memandikan) dari dalam RS: a. Biasa Rp. 200.000,- b. Kusus Rp. 300.000 3. Biaya perawatan Jenazah (memandikan) dari luar RS a. Biasa Rp. 300.000,- b. Kusus Rp.400.000,- 4. Penitipan Jenazah Rp. 150.000,-/hari 5. Pengawetan jenazah Rp. 1.500.000,- 6. Pemeriksaan/bedah mayat Rp.5.000.000,- 7. Pembuatan surat kematian Rp. 50.000,-
5.	Produk pelayanan	Produk Pelayanan Intalasi Kedokteran Forensik dan Mediko Legal 1. Korban mati – Pemeriksaan luar – Pemeriksaan dalam – Rekonstruksi Jenazah – Identifikasi Jenazah 2. Pelayanan Medikolegal – Visum Et Repertum – Surat Keterangan Kematian – Surat Keterangan Asuransi – Surat keterangan Dokter 3. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah – Perawatan Jenazah khusus/ pasien penyakit menular – Perawatan Jenazah biasa – Penitipan Jenazah – Pengawetan Jenazah.
6.	Penanganan pengaduan, saran,	1. Melalui konsultasi/Aduan secara langsung 2. Kotak saran : Jln. Dr. Gumbreg No. 1

	dan masukan	Purwokerto No Tlp : 0281 632708 3. Humas RSMS SMS/WA :0811 289 7222 dan 0811 292 2225 4. Pojok aduan pada aplikasi rsms online 5. Email: rsmargono@jatengprov.go.id 6. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (loket pengaduan) 7. Website : http://rsmargono.jatengprov.go.id 8. SPAN LAPOR 9. SIPP BPJS 10. LapoR GUB 11. Google Review
B. MANUFACTURING		
1	Dasar Hukum	1. Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 34 Tahun 2024 Tentang Penyesuaian Tarif Retribusi Daerah Atas Pelayanan Yang Diselenggarakan Oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah.
		2. Peraturan Direktur nomor. 445/10157a/X/2024 Tentang Tata Kelola pelayanan Medis RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Provinsi Jawa Tengah
2.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	Sarana Prasarana Peyananan Jenazah 1. Lemari pendingin Jenazahh 2. Ruang perawatan jenazah 3. Kamar mandi petugas dan keluarga pasien 4. Ruang Tunggu 5. Komputer di lengkapi, printer dan sisten KHS 6. Ruang adminitrasi 7. Peti Jenazah 8. Brangkar jenazah 9. Peralatan memandikan jenazah 10. Peralatan kain kafan 11. Ruang Pemulasaraan Jenazah 12. Ruang Rekonstruksi Jenazah 13. Bed Examination

		14. Set Instrumen Visum Luar/dalam 15. Set perlengkapan perawatan jenazah biasa dan khusus 16. Set pengawetan Jenazah 17. Lemari Pendingin 18. Kereta Jenazah 19. Tempat Parkir 20. Tersedia APAR 21. CCTV 22. Jalur Evakuasi 23. Satpam
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter Spesialis Kedokteran Forensik Medikolegal 2. SMA+Pelatihan Pemulasaraan Penazah. 3. Adminitrasi SMA bisa mengopersionalkan computer.
4.	Pengawasan internal	1. Pengawasan atasan langsung; 2. Supervisi oleh Manajemen 3. Morning Report 4. SPI 5. Pelaporan bulanan
5.	Jumlah Pelaksana	1. Dokter Spesialis Kedokteran Forensik Medikolegal 1 orang 2. SMA+Pelatihan Pemulasaraan Penazah 8 3. Adminitrasi 1 orang.
6.	Jaminan pelayanan	1. Pelayanan diberikan tidak diskriminatif 2. Pelayanan di berikan sesuai dengan Standar Prosedure Operasional. 3. Pelayanan di berikan oleh tenaga yang kompeten
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	1. Data-dan informasi pengguna layanan dijamin keamanannya dan digunakan semata mata hanya untuk kepentingan pelayanan; 2. Sarana dan sarana pelayanan yang siap pakai mendukung keselamatan pengguna layanan. 3. Pelayanan yang di berikan sesuai dengan Standar Prosedure Operasional. 4. Adanya satpam 5. CCTV 6. Hidran air 7. Jalur Evakuasi
8.	Evaluasi kinerja Pelaksana	1. Sasaran Kinerja Pegawai setiap 3 bulan 2. Pelaporan indikator mutu setiap bulan

		3. Pelaporan SPM setiap bulan 4. Pemberian Reward dan Punishmen pegawai 5. Pelaksanaan Survei Kepuasan Masyarakat 6. Morning Report
--	--	---

DIREKTUR
RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO
PROVINSI JAWA TENGAH



HERI DWI PURNOMO