



DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT AKADEMIK UNIVERSITAS GADJAH MADA

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT AKADEMIK UNIVERSITAS GADJAH MADA
NOMOR 694/UN1/RSA.UK/SK/2025

TENTANG

STANDAR PELAYANAN PUBLIK
RUMAH SAKIT AKADEMIK UNIVERSITAS GADJAH MADA

DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT AKADEMIK UNIVERSITAS GADJAH MADA,

Mengingat : a. bahwa dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan pelayanan publik sesuai dengan asas penyelenggaraan pemerintah yang baik, dan dalam upaya memberikan pelayanan tindakan medis, pengobatan dan perawatan yang optimal dan paripurna, maka perlu standar pelayanan kepada masyarakat yang dituangkan dalam bentuk Standar Pelayanan Publik;

b. bahwa berdasarkan pertimbangan huruf a, perlu menetapkan Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada;

Menimbang : 1. Undang - Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);

2. Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 2013 tentang Statuta Universitas Gadjah Mada (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5454);

3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan;

4. Peraturan Majelis Wali Amanat Universitas Gadjah Mada Nomor 4/SK/MWA/2014 tentang Organisasi dan Tata Kelola (*Governance*) Universitas Gadjah Mada sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Majelis Wali Amanat Universitas Gadjah Mada Nomor 5 Tahun 2023 tentang Perubahan Kedelapan atas Peraturan Majelis Wali Amanat Universitas Gadjah Mada Nomor 4/SK/MWA/2014 tentang Organisasi dan Tata Kelola (*Governance*) Universitas Gadjah Mada;

5. Peraturan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 1 Tahun 2024 tentang Unit Khusus;

6. Peraturan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 9 Tahun 2024 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada (*Hospital By Laws*);

7. Keputusan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 1831/UN1.P/SK/HUKOR/2017 tentang Perubahan Nama Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada menjadi Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada;

8. Keputusan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 1058/UN1.P/KPT/HUKOR/2022 tentang Direktur Utama Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada;
9. Keputusan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 286/UN1.P/KPT/HUKOR/2024 tentang Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada Sebagai Unit Khusus;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT AKADEMIK UNIVERSITAS GADJAH MADA TENTANG STANDAR PELAYANAN PUBLIK RUMAH SAKIT AKADEMIK UNIVERSITAS GADJAH MADA

KESATU : Standar Pelayanan Publik Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada, sebagaimana tersebut dalam Lampiran Keputusan ini.

KEDUA : Standar Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU meliputi:

1. Pelayanan Gawat Darurat;
2. Pelayanan Rawat Jalan;
3. Pelayanan Rawat Inap;
4. Pelayanan Bedah Sentral;
5. Pelayanan Farmasi;
6. Pelayanan Laboratorium;
7. Pelayanan Radiologi;
8. Pelayanan Gizi;
9. Pelayanan Hemodialisa;
10. Pelayanan Unit Transfusi Darah;
11. Pelayanan Instalasi K3 dan Sanitasi;
12. Pelayanan Edukasi Kesehatan Promosi Kesehatan;
13. Pelayanan *Wellness* dan Wisata Medis;
14. Pelayanan Pemulasaran Jenazah
15. Pelayanan *Home Care*
16. Pelayanan *Laundry*
17. Pelayanan CSSD
18. Pelayanan *Academic Hospital Journal*
19. Pelayanan Pelaksanaan Praktik Peserta Didik
20. Pelayanan Penelitian Mahasiswa, dosen Karyawan dan umum.
21. Pelayanan studi Banding/Kunjungan Mahasiswa, Dosen, Karyawan dan Umum.
22. Pelayanan Penelitian Uji Klinik
23. Pelayanan Instalasi Pendidikan dan Pelatihan
24. Pelayanan Pembayaran Kepada Vendor/Rekanan
25. Pelayanan Pemenuhan barang sediaan
26. Pelayanan Pengelolaan Aset; dan
27. Pelayanan Penggunaan Ruangan.

KETIGA : Standar Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU dan KEDUA wajib dilaksanakan oleh penyelenggara/pelaksana dan sebagai acuan dalam penilaian kinerja pelayanan oleh pimpinan penyelenggara, aparat pengawasan dan masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik.

KEEMPAT : Keputusan ini berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Yogyakarta
pada tanggal, 4 Agustus 2025

Direktur Utama,



Dr. dr. Darwito, S.H., Sp.B. Subsp. Onk (K)

Tembusan:

1. Direktur
 2. Bagian Pelayanan Medis
 3. Ketua Komite Medis
 4. Yang Bersangkutan
- di Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada

LAMPIRAN KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT AKADEMIK UNIVERSITAS GADJAH MADA
NOMOR : 694/UN1/RSA.UK/SK/2025
TANGGAL : 4 AGUSTUS 2025
TENTANG : STANDAR PELAYANAN PUBLIK RUMAH SAKIT AKADEMIK UNIVERSITAS GADJAH MADA

I. STANDAR PELAYANAN INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD)

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	1. Kartu identitas. 2. Surat jaminan perawatan (KIS/JKN/JKD, Jasa Raharja) kecuali pasien umum. 3. <i>Informed consent</i> tindakan (Orif, fibrinolisis, sc, kardioversi, hd, app, laparotomi, dkk)
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>Berisi Bagan alur dan keterangan nya</p> <div></div> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none">Pasien datang ke IGD RS Akademik UGM diterima oleh satuan keamanan (Satpam) securityPasien/keluarga melakukan pendaftaran di loket pendaftaran IGD, jika hari kerja (semua pendaftaran di loket IGD)Semua pasien yang datang dilakukan Triase oleh petugas IGD dan dilakukan tindakan sesuai kelompok Triage nyaJika pasien masuk kategori gawat pasien segera dilakukan resusitasi dan atau tindakan di zona merah evaluasi dan tindakan oleh dokter dan perawat dapat dilakukan secara simultanDokter membuat pengantar pemeriksaan penunjang (radiologi/laboratorium) sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien

NO	KOMPONEN	URAIAN
		6. Jika pasien membutuhkan konsultasi, rawat inap dan atau tindakan medis oleh dokter Spesialis, dokter jaga wajib melakukan konsultasi dengan dokter spesialis terkait sesuai kebutuhan pasien. 7. Konsultasi dengan dokter spesialis diatur dalam Standar Prosedur Operasional (SOP) konsultasi dokter spesialis. 8. Pasien gawat darurat diharapkan sudah mendapatkan diagnosis dan atau tindakan medis yang diperlukan maksimal dalam waktu 1 jam paska masuk IGD. 9. bila pasien memerlukan transfer ke unit atau instalasi lain, lakukan transfer pasien sesuai dengan SPO Transfer Pasien 10. Pasien yang memerlukan rawat inap, diharapkan untuk dapat transfer ke ruangan terkait maksimal 2 jam sejak masuk IRD. 11. Pasien yang mengalami keterlambatan dalam proses transfer, dicatat dalam register dan dilaporkan dalam pertemuan IRD untuk dilakukan evaluasi. 12. Pasien dengan kondisi tertentu yang memerlukan prioritas pelayanan dapat dimasukkan dalam alur fast track sesuai dengan SOP <i>Fast Tract</i> . 13. Pasien yang membutuhkan observasi, dapat dilakukan observasi di ruang observasi maksimal 6 jam. 14. Apabila observasi pasien melewati 6 jam, dicatat dalam register dan dilaporkan dalam pertemuan IRD untuk dilakukan evaluasi. 15. Pasien yang memerlukan transfer atau rujukan ke Rumah Sakit Lain akan diatur dengan SOP Rujukan. 16. jika pasien boleh pulang, dokter jaga membuatkan resep melalui <i>Electronic Health Record</i> (EHR) (jika perlu) dan membuatkan dokumen sesuai yang dibutuhkan 17. petugas IGD mengarahkan pasien/keluarga ke kasir untuk menyelesaikan administrasi 18. Pasien dipulangkan dan diedukasi untuk kontrol bila perlu. 19. Apabila dalam pelayanan di instalasi gawat darurat terdapat permasalahan administrative non medis yang tidak dapat diselesaikan oleh petugas medis, dapat dilaporkan kepada <i>case manager</i> jaga atau kepala Instalasi Gawat Darurat untuk mendapatkan solusi dalam waktu sesingkat-singkatnya.
3.	Jangka Waktu Pelayanan	Jam pelayanan buka 24 jam setiap hari
4.	Biaya/Tarif Pelayanan	1. Pasien Penjaminan BPJS Kesehatan/Jamkesda/Jampersal/ BPJS Ketenagakerjaan/Jasa Raharja dan penjaminan lain, sesuai ketentuan yang berlaku. 2. Pasien Umum membayar sesuai dengan tarif Tunggal yang sesuai dengan diagnosa pasien
5.	Produk Pelayanan	Penanganan semua kasus kegawatdaruratan.
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan / Apresiasi	1. Email: rsa@ugm.ac.id 2. Tel: 0274-4530404 3. Fax: 0274-4530606 4. SMS/ WA: 08112548118 5. Kotak saran 6. Petugas informasi dan pengaduan 7. Website: www.rsa.ugm.ac.id 8. Instagram: @rsugm dan ugm.id/kontakkami

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENGELOLAAN PELAYANAN		
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang - Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887); 2. Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 2013 tentang Statuta Universitas Gadjah Mada (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5454); 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; 4. Peraturan Majelis Wali Amanat Universitas Gadjah Mada Nomor 4/SK/MWA/2014 tentang Organisasi dan Tata Kelola (<i>Governance</i>) Universitas Gadjah Mada sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Majelis Wali Amanat Universitas Gadjah Mada Nomor 5 Tahun 2023 tentang Perubahan Kedelapan atas Peraturan Majelis Wali Amanat Universitas Gadjah Mada Nomor 4/SK/MWA/2014 tentang Organisasi dan Tata Kelola (<i>Governance</i>) Universitas Gadjah Mada; 5. Peraturan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 1 Tahun 2024 tentang Unit Khusus; 6. Peraturan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 9 Tahun 2024 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada (<i>Hospital By Laws</i>); 7. Keputusan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 1831/UN1.P/SK/HUKOR/2017 tentang Perubahan Nama Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada menjadi Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada; 8. Keputusan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 1058/UN1.P/KPT/HUKOR/2022 tentang Direktur Utama Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada; 9. Keputusan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 286/UN1.P/KPT/HUKOR/2024 tentang Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada Sebagai Unit Khusus; 10. Keputusan Direktur Utama Nomor 40/UN1/RSA/IGD/SK/2023 Pedoman Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitas & Sarana Ruang Periksa Gawat Darurat RSA UGM berlokasi di Gedung Nakula lantai II yang terdiri dari: <ol style="list-style-type: none"> 1) area dekontaminasi 2) area Triase 3) area pasien merah (triage ESI level I dan II) 4) area pasien kuning (triage level III dan IV) 5) ruang pasien hijau (triage level IV dan V) 6) ruang tindakan bedah dan non bedah 7) ruang isolasi 8) ruang pemeriksaan anak 9) ruang pemeriksaan maternal neonatal 10) ruang observasi 11) farmasi IGD 12) ruang tunggu pasien dan keluarga 13) ruang Kepala Instalasi Gawat Darurat 14) ruang istirahat perawat 15) ruang istirahat dokter 16) kamar mandi pasien 17) kamar mandi pegawai

NO	KOMPONEN	URAIAN
		18) ruang linen 19) <i>spoel hoek</i> 20) ruang alat 2. Peralatan Peralatan yang tersedia di Instalasi Gawat Darurat mengacu kepada buku pedoman pelayanan gawat darurat Departemen Kesehatan RI untuk menunjang kegiatan pelayanan terhadap pasien gawat darurat. Alat yang harus tersedia adalah bersifat <i>life saving</i> untuk kasus kegawatan jantung seperti monitor dan defibrilator 1) Alat – alat untuk ruang resusitasi: a) Defibrillator b) Mesin <i>suction</i> c) <i>Oxygen</i> lengkap dengan <i>flowmeter</i> d) Brandcard fungsional di atur posisi <i>trendelenburg</i> , ada gantungan infus & penghalang e) Gunting besar f) Monitor EKG g) <i>Trolly emergency</i> yang berisi alat-alat untuk melakukan resusitasi h) Papan resusitasi i) Stetoskop j) <i>Sphygmomanometer</i> k) <i>Thermometer</i> l) Tiang Infus 2) Alat – alat untuk ruang tindakan bedah a) Bidai segala ukuran untuk tungkai, lengan, leher, tulang punggung b) Verban segala ukuran c) Vena seksi set d) Hecting set e) Benang-benang/jarum segala jenis dan ukuran f) Lampu sorot g) Kassa h) Ganti verban set i) <i>Stomach tube</i> / NGT j) Spekulum hidung k) Sput sesuai kebutuhan l) Infus set m) <i>Dower Catheter</i> segala ukuran n) <i>Emergency lamp</i> o) Stetoskop p) <i>Sphygmomanometer</i> q) <i>Thermometer</i> r) <i>Elastic verban</i> sesuai kebutuhan s) Tiang infus 3) Alat – alat untuk ruang tindakan non bedah : a) <i>Stomach tube</i> /NGT b) <i>Urine bag</i> c) <i>Otoscope</i> d) <i>Nebulizer</i> e) Mesin EKG f) Infus set g) <i>IV catheter</i> semua nomer h) <i>Sput</i> sesuai kebutuhan i) <i>Sphygmomanometer</i> j) Stetoskop k) <i>Thermometer</i> (1 buah) l) Tiang infus (1 buah)

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>4) Alat-alat untuk ruang observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Tensi meter (1 buah) b) <i>Oxygen</i> lengkap dengan flow meter (1 buah) c) Termometer (1 buah) d) Stetoskop (1 buah) e) Standar infus (1 buah) f) Infus set (1 set) g) IV catheter segala ukuran (1 set) h) <i>Sputit</i> sesuai kebutuhan <p>5) Alat – alat dalam <i>trolly emergency</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Obat <i>life saving</i> (terlampir pada standar obat IGD RSA UGM): Dikelola dan dikontrol oleh Instalasi Farmasi b) Obat penunjang (terlampir pada standar obat IGD RSA UGM): Dikelola dan dikontrol oleh Instalasi Farmasi <p>3. Ambulan</p> <p>Pelayanan mobil ambulan terdiri dari 2 jenis:</p> <p>1) <i>Ambulance Emergency</i></p> <p>Ambulan yang digunakan untuk transfer pasien <i>emergency</i>, yaitu pasien yang kondisi hemodinamiknya stabil dengan <i>support inotropik</i>:</p> <p>Fasilitas & Sarana untuk Ambulan</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Perlengkapan <i>Ambulance emergency</i> <ul style="list-style-type: none"> a. Ac b. Sirine c. Lampu rotater d. Sabuk pengaman e. Sumber listrik/stop kontak f. Lemari untuk alat medis g. Lampu ruangan h. Wastafel i. APAR b) Medis dan keperawatan <i>ambulance emergency</i> <ul style="list-style-type: none"> a. Tabung Oksigen b. Mesin <i>suction</i> c. Monitor EKG d. <i>Stretcher</i> e. <i>Scope stretcher</i> f. Piala ginjal g. Automatic External Defibrillator/AED h. Tas <i>Emergency</i> yang berisi: <ul style="list-style-type: none"> - Cairan infus : RL, NaCL 0,9 % (5 / 10 kolf) - Senter - Stetoskop - <i>Sphygmomanometer</i> - <i>Oropharingeal airway</i> - Gunting verban - <i>Tongue Spatel</i> - Infus set - IV <i>chateter</i> - <i>Sputit</i> semua ukuran - <i>Laringscope</i> - <i>Endotracheal tube</i> - <i>Valve and bag mask</i> - <i>Suction</i> <p>2) <i>Ambulance Non emergency</i></p> <p>Ambulan yang digunakan untuk mentransfer pasien <i>non emergency</i>, yaitu pasien yang kondisi hemodinamiknya stabil tanpa <i>support inotropik</i>.</p>

NO	KOMPONEN	URAIAN		
		Fasilitas & Sarana untuk Ambulan a) Perlengkapan <i>Ambulance non emergency</i> : a. Ac b. Sirine c. Lampu rotater d. Sabuk pengaman e. Sumber listrik/stop kontak f. Lemari untuk alat medis g. Lampu ruangan h. Wastafel i. APAR b) Alat medis dan keperawatan ambulan non emergency a. Tabung Oksigen b. <i>Stretcher</i> c. <i>Scope stretcher</i> d. Piala ginjal		
3.	Kompetensi Pelaksana	NAMA JABATAN	PENDIDIKAN	SERTIFIKASI
		Ka. Unit	Dokter spesialis/ dokter umum	ACLS/BTLS/GELS/ PPGD
		Dokter jaga	Dokter umum	BTLS/GELS/PPGD
		Kepala ruang	S1	PPGD/Manajemen Keperawatan
		Seksi administrasi dan SDM	D III kep	PPGD
		Seksi Alkes	D III kep	PPGD
		Seksi sarana prasarana	D III kep	PPGD
		Ketua tim	D III kep	PPGD
		Anggota tim	D III kep	PPGD
		Non medis	SD/SMP/SMA	-
		Tenaga administrasi	SMA/DIII	-
		Doorman	SMA	-
4.	Pengawasan Internal	1. Monitoring & evaluasi oleh Kepala Ruang dan Kepala Instalasi. 2. Supervisi oleh Kepala Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan dan Seksi Pelayanan Medik dalam pelaksanaan pelayanan. 3. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit. 4. Komite K3RS. 5. Komite PPI Rumah Sakit. 6. Satuan Pemeriksaan Internal.		
5.	Jumlah Pelaksana	1. Kepala Instalasi Gawat Darurat 1 staff 2. PJ Keperawatan 1 Staff 3. Dokter Umum di bawah KSM Dokter Umum (34 staf) 4. Ners 16 Staff 5. Perawat (D3) 12 Staff 6. Pekarya 1 Staff Dengan jumlah total SDM perawat di Ruang Periksa IGD adalah 30 Staf, dokter umum 34 staff, dokter spesialis: 1 staf, pekarya 1 staf		
6.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif serta mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.		
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien (<i>Pasien Safety</i>). 3. Pengawasan keamanan di RS dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) RS.		

NO	KOMPONEN	URAIAN
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none">1. Evaluasi Indikator Mutu Nasional (INM), Indikator Mutu Unit (IMUT) dilaksanakan setiap bulan.2. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan.3. Evaluasi kepuasan pelanggan dilaksanakan minimal 2 (dua) kali dalam setahun.4. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

II. STANDAR PELAYANAN INSTALASI RAWAT JALAN

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<p>1. Pasien Umum: Menunjukkan KTP, atau menyebutkan Nama dan tanggal lahir (bila belum punya mengisi formulir data pasien baru).</p> <p>2. Pasien BPJS: a) Pasien Baru: KTP, Asli Kartu KIS, Surat Rujukan <i>Online</i>, dan SEP (Surat Eligibilitas Pasien/diterbitkan RS). b) Pasien Kontrol: Surat Rujukan <i>Online</i> dan Surat Perintah Kontrol</p> <p>3. Pasien Jasa Raharja: KTP dan surat jaminan dari Jasa Raharja.</p> <p>4. Pasien Asuransi Lain yang bekerja sama: KTP dan surat jaminan dari asuransi lain</p>
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<pre> graph TD A([Visual Skrining oleh SKKK/Escort]) --> B[/PENDAFTARAN/] B --> C[PERAWAT DI INSTALASI RAWAT JALAN] C --> D[DOKTER DI INSTALASI RAWAT JALAN] D --> E[PERAWAT DI INSTALASI RAWAT JALAN] E <--> F[RUJUK INTERNAL KONSULTASI DARUKE DOKTER SPESIALIS LAIN] E <--> G[INSTALASI PENUNJANG: - DIAGNOSTIK TERPADU - GIZI - REHABILITASI TERPADU] E --> H[RAWAT INAP] H --> I[TPPRI] E --> J[FARMASI] J --> K[KASIR] K --> L([RUJUK RS LAIN]) K --> M([PULANG]) </pre> <p>Keterangan: Pendaftaran:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien baru atau kontrol yang akan ke Instalasi Rawat Jalan (IRJ) bisa mendaftar terlebih dahulu melalui aplikasi RSA UGM online atau mendaftar secara langsung ke pendaftaran dengan mengambil nomor antrian pendaftaran terlebih dahulu. Pasien Umum yang sudah mendaftar <i>online</i> dan terverifikasi bisa langsung menuju ke lokasi poliklinik yang dituju. Pasien BPJS yang sudah mendaftar secara <i>online</i> harus <i>fingerprint</i> terlebih dahulu untuk mencetak SEP, <i>fingerprint</i> bisa dilakukan melalui mesin APM (Anjungan Pendaftaran Mandiri) atau dengan dibantu petugas pendaftaran menuju meja pendaftaran dengan mengambil nomor antrian pendaftaran terlebih dahulu. Pasien dengan asuransi lain-lain yang sudah mendaftar <i>online</i> tetap menuju meja pendaftaran terlebih dahulu untuk mendapatkan surat jaminan dari asuransi.

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>4. Setelah melalui proses 1 atau 2 atau 3 pasien menuju ke poliklinik yang dituju</p> <p>5. Pasien menuju <i>Nurse Station</i></p> <p>a. Asesmen keperawatan</p> <p>b. Pengukuran tanda-tanda vital</p> <p>6. Pasien menunggu di poli:</p> <p>a. Klinik yang dituju:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien diperiksa oleh dokter. • Sesuai dengan indikasi medis pasien dimungkinkan untuk melakukan pemeriksaan penunjang (Laboratorium, Rontgen, Konsultasi Gizi, dan lain-lain). • Hasil pemeriksaan diserahkan kembali ke dokter yang memeriksa. <p>b. Pemeriksaan penunjang:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Setelah pasien melakukan pemeriksaan penunjang, pasien juga dapat langsung kembali ke dokter yang memberikan perintah untuk konsultasi hasil dan atau langsung ke farmasi jika ada obat kemudian pulang/rawat inap/rujuk ke RS yang lebih tinggi. • Pasien umum yang diperintahkan untuk melakukan pemeriksaan penunjang, setelah melakukan pemeriksaan penunjang bisa langsung kembali ke dokter, farmasi jika ada obat, kemudian ke kasir baru pulang/rawat inap/rujuk sesuai dengan perintah dokter selanjutnya. <p>7. Pengambilan Obat:</p> <p>a. Pasien BPJS: setelah dari poliklinik dan mendapatkan pemeriksaan dari dokter, maka bisa langsung ke farmasi untuk pengecekan resep dan pengambilan obat yang diresepkan.</p> <p>b. Pasien Umum/Jasa Raharja/Asuransi lain: setelah dari poliklinik dan mendapatkan pemeriksaan dari dokter, maka bisa langsung ke farmasi untuk pengecekan resep, setelah dari farmasi kemudian ke kasir untuk menyelesaikan pembiayaan kemudian baru kembali ke Farmasi lagi untuk penyerahan obat.</p> <p>8. Pasien Selesai Pelayanan:</p> <p>Pulang/rawat inap/rujuk balik ke faskes tingkat I/rujuk ke RS yang lebih tinggi.</p>
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<p>1. Untuk pasien non Tindakan sekitar 10-20 menit</p> <p>2. Untuk pasien Tindakan sekitar 15 – 35 menit</p> <p>3. Untuk pasien Poliklinik gigi sekitar 30 – 60 menit</p>
4.	Biaya / Tarif Pelayanan	<p>1. Gratis bagi pasien dengan BPJS</p> <p>2. Pasien Umum membayar sesuai dengan tarif Tunggal yang sesuai dengan Diagnosa pasien</p> <p>3. Pasien Asuransi pembayaran sesuai dengan kesepakatan pengguna jasa dengan pihak Asuransi</p> <p>3. Pasien Umum poli gigi membayar sesuai dengan tarif Rumah Sakit.</p>
5.	Produk Pelayanan	<p>1. Pemeriksaan Pasien Rawat Jalan</p> <p>2. Pelayanan Tindakan medis dan keperawatan pasien rawat jalan</p> <p>3. Pelayanan Pemeriksaan Penunjang</p> <p>4. Pelayanan Obat</p>
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan	<p>1. Email: humas.rsugm@ugm.ac.id</p> <p>2. Tel: 0274-4530404</p> <p>3. Fax: 0274 - 4530606</p>

NO	KOMPONEN	URAIAN
	Masukkan / Apresiasi	4. Kotak saran 5. Petugas informasi dan pengaduan 6. Website: rsa.ugm.ac.id 7. Facebook: Rumah Sakit UGM Yogyakarta 8. Instagram: @rsugm 9. Twitter : @rsugm
B. PENGELOLAAN PELAYANAN		
		1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 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 Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 6. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. 7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. 9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. 10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. 11. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan. 12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. 13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana, Dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit. 14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. 15. Peraturan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 9 Tahun 2024 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada (<i>Hospital By Laws</i>); 16. Keputusan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 1058/UN1.P/KPT/HUKOR/2022 tentang Direktur Utama Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada; 17. Keputusan Direktur Utama Nomor 946/UN1/RSA/IRJ/SK/2022 Pedoman Pelayanan Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	1. Ruang: <ol style="list-style-type: none"> Ruang tunggu. Ruang administrasi: <ol style="list-style-type: none"> Loket pendaftaran Loket kasir Ruang rekam medis. Ruang pemeriksaan dan konsultasi dokter spesialis Ruang pemeriksaan mcu dan klinik eksekutif

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<ul style="list-style-type: none"> f. Ruang tindakan klinik penyakit dalam g. Ruang tindakan/diagnostik klinik anak. h. Ruang laktasi. i. Ruang tindakan/diagnostik klinik bedah. j. Ruang tindakan/diagnostik klinik umum. k. Ruang tindakan/diagnostik klinik mata. l. Ruang tindakan/diagnostik klinik tht. m. Ruang tindakan/diagnostik klinik gigi dan mulut. n. Ruang tindakan/diagnostik klinik kulit dan penyakit kelamin. o. Ruang tindakan/diagnostik klinik syaraf. p. Ruang tindakan/diagnostik klinik jiwa dan psikologi. q. Ruang tindakan/diagnostik klinik geriatri. r. Ruang tindakan klinik ginjal hipertensi. s. Ruang tindakan/diagnostik klinik paru dan pernafasan. t. Ruang tindakan/diagnostik klinik urologi. u. Ruang tindakan/diagnostik klinik onkologi. v. Ruang tindakan/diagnostik klinik jantung dan pembuluh darah. w. Toilet petugas dan pengunjung. <p>2. Peralatan medis:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klinik anak <ul style="list-style-type: none"> 1) Timbangan bayi 2) Timbangan berdiri 3) Tensimeter 4) Stetoskop 5) O₂ b. Klinik bedah <ul style="list-style-type: none"> 1) <i>Bed patient</i> 2) Tromol 3) Tensimeter 4) Stetoskop 5) Bengkok 6) Gunting perban 7) Bak instrument 8) Kom kecil 9) Medikasi set 10) Minor set 11) Lampu tindakan 12) Meja mayo 13) <i>Trolley tindakan</i> 14) <i>Almari medicine</i> 15) <i>Trolley emergency</i> 16) Tabung oksigen + troli 17) <i>Flowmeter</i> 18) Korentang 19) Timbangan berat badan dewasa 20) Timbangan bayi 21) Tiang infus 22) Oksigen konsentrator c. klinik dalam 1 <ul style="list-style-type: none"> 1) Timbangan besar 2) Stetoskop 3) Tensimeter d. Klinik dalam 2 <ul style="list-style-type: none"> 1) <i>Bed patient</i> 2) Tensimeter 3) Stetoskop 4) <i>Thermometer</i> 5) <i>Oksimeter</i>

NO	KOMPONEN	URAIAN
		6) Timbangan 7) <i>Trolley tindakan</i> 8) <i>Almari medicine</i> 9) <i>Trolley emergency</i> 10) Tabung oksigen + troli 11) <i>Flowmeter</i> 12) Bengkok 13) Set gv 14) Ekg e. Klinik gigi 1) <i>Dental chair</i> 2) <i>Dental unit</i> 3) <i>Operating chair</i> 4) Forcep 5) Bein 6) <i>Mesial cryer</i> 7) <i>Distal cryer</i> 8) <i>Water syringe</i> 9) <i>Tongue holder</i> 10) Think glass plate 11) <i>Matrix retainer + band</i> 12) <i>Mouth mirror + handle</i> 13) <i>Cement spatula</i> 14) <i>Agate spatula</i> 15) <i>Plastic instrument</i> 16) <i>Burnisher</i> 17) <i>Scaler manual</i> 18) <i>Cement stopper</i> 19) <i>Celluloid strip</i> 20) <i>Scalpel</i> 21) <i>Matrix retainer + band</i> 22) <i>Mouth mirror + handle</i> 23) <i>Cement spatula</i> 24) <i>Agate spatula</i> 25) <i>Plastic instrument</i> 26) <i>Burnisher</i> 27) <i>Scaler manual</i> 28) <i>Cement stopper</i> 29) <i>Celluloid strip</i> 30) <i>Scalpel</i> 31) <i>Contra angle handpiece</i> 32) <i>Handpiece</i> 33) Gunting 34) Sonde 35) <i>Needle holder</i> 36) Pinset anatomi 37) Pahat 38) <i>Hammer/ martil</i> 39) Bengkok 40) Instrument tray 41) Nampan stenlist 42) <i>Curettage</i> 43) <i>Bone file</i> 44) <i>Dressing drum b</i> 45) <i>Micromotor</i> 46) <i>Ultrasonic scaler</i> 47) Tang klamer 48) Tensimeter 49) Stetoskop 50) Meja knap kecil

NO	KOMPONEN	URAIAN
		51) <i>Light curing</i> 52) <i>Citoject</i> 53) <i>Endomotor</i> 54) <i>Apex locator</i> 55) <i>Gutta cutter</i> 56) <i>Suction portable</i> 57) <i>Suction aerosol</i> 58) <i>Distal and cutter</i> 59) <i>Band remover</i> 60) <i>Arteri klaim</i> 61) <i>Needle holder</i> 62) <i>Luxator</i> 63) <i>Nalpuder</i> 64) <i>Pean</i> 65) <i>Knabel tang</i> 66) <i>Bur tulang</i> 67) <i>Bur freezer</i> 68) <i>Minnesota</i> 69) <i>Bite block</i> 70) <i>Mouth gauge</i> 71) <i>Raspatorium</i> 72) <i>Cutter + tip</i> 73) <i>Bone file</i> 74) <i>Bracket holder</i> 75) <i>Bracket remover</i> 76) <i>Bracket positioner</i> 77) <i>Excavator</i> 78) <i>Plunger</i> 79) <i>Rubber drum set</i> 80) <i>Instrumen table</i> 81) <i>Crown mess</i> 82) <i>Probe</i> 83) <i>Sendok cetak</i> 84) <i>Bowl + spatula</i> 85) <i>Spider</i> 86) <i>Timbangan badan</i> 87) <i>Termometer</i> 88) <i>Anestesi elektrik</i> 89) <i>Almari alat dan bahan</i> 90) <i>Trolley</i> 91) <i>Trolley emergency</i> f. <i>Klinik jiwa</i> 1) <i>Meja tulis marmer</i> 2) <i>Meja tulis kayu</i> 3) <i>Kursi besi hijau</i> 4) <i>Kursi lipat hitam</i> 5) <i>Bed kayu</i> 6) <i>Kipas angin</i> 7) <i>Tensi raksasa</i> 8) <i>Stetoskop</i> 9) <i>Bantal</i> 10) <i>Seprei putih</i> 11) <i>Sarung bantal</i> 12) <i>Jam dinding</i> 13) <i>Selimut lorex</i> g. <i>Klinik tht</i> 1) <i>Tang polip</i> 2) <i>Bengkok</i> 3) <i>Baskom stenlist</i> 4) <i>Bak stenlist kecil</i>

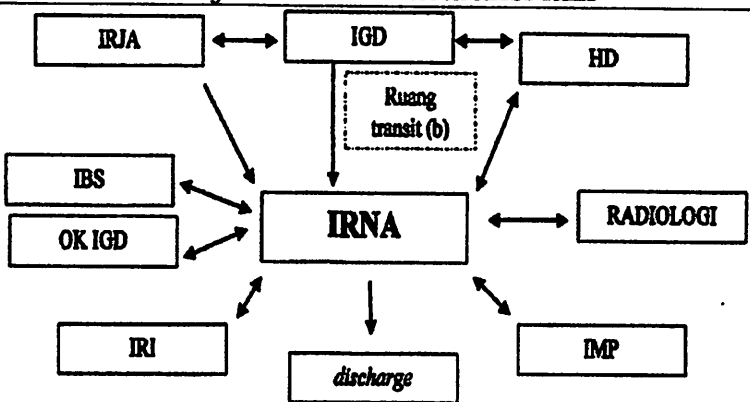
NO	KOMPONEN	URAIAN
		5) Tong spatel 6) Speculum hidung 7) Gunting 8) Pincet baimet 9) Pinset gunting lancip 10) Korentang alibator 11) Kuret 12) Corpus alainen haq 13) Paracentase mees 14) Cormen haaq 15) Mangkok kapas 16) Lampu kepala 17) Suction pump 18) Meja instrument 19) X-ray lamp 20) Ent unit (kursi tht set) 21) Otoskop 22) Alat nebulizer 23) Stetoskop 24) Tensimeter 25) Almari medicine 26) Dental aerosol suction system h. Klinik kebidanan 1) Stetoskop dokter 2) Stetoskop bidan 3) Tensimeter 4) Bengkok 5) Timbangan badan 6) Pattella hamer 7) Gynccogi bed 8) Uclen i. Klinik syaraf 1) Bed pasien 2) Stetoskop 3) Tensimeter 4) Lampu sorot j. Klinik kulit 1) Couter 2) Troly medis kecil 3) Stetoskop 4) Tensimeter 5) Lampu sorot k. Klinik jantung 1) Tensimeter 2) Stetoskop 3) Timbangan 4) Ekg 5) Bed periksa l. Klinik mata 1) Bak instrument 2) Bed pasien 3) Kursi roda hitam 4) Sterilisator 5) Stetoskop 6) Tensimeter 7) Baskom 8) Gunting besra 9) Gunting kecil 10) Korentang 11) Senter

NO	KOMPONEN	URAIAN
		12) Bangkok 13) Snellen virus mata 14) Peraga mata 15) Ultra mascup 16) Kaca kir 17) Pembuka mata 18) Trim prim 19) Buku kir warna 20) Instrument minor 21) Optic viser da 3 22) Mangkok 23) Vandos 24) Scant lem m. Klinik elektromedik 1) Alat eeg 2) Alat bera 3) Alat tympanometry 4) Alat audiometry 5) Alat tcd 6) Thermometer 7) Timbangan 8) Pulse oximetri 9) Ambu bag 10) Tabung oksigen 11) Bed pasien 12) Tiang infus 13) Trolley emergency n. Klinik eksektif 1) Timbangan bayi 2) Timbangan berdiri 3) Tensimeter 4) O2 5) Bed pasien 6) Tromol 7) Stetoskop 8) Bengkok 9) Bak instrument 10) Kom kecil 11) Medikasi set 12) Minor set 13) Lampu tindakan 14) Meja mayo 15) Trolley tindakan 16) Almari <i>medicine</i> 17) Trolley <i>emergency</i> 18) Tabung oksigen + troli 19) <i>Flowmeter</i> 20) Korentang 21) Timbangan berat badan dewasa 22) Timbangan bayi 23) Treadmill 24) Ekokardiografi 25) Usg 4d 26) <i>Bed gynecologi</i> 27) Ekg 28) <i>Snellen</i> 29) <i>Defibrillator</i> 30) <i>Tensimeter digital</i> 31) <i>Tensimeter manual mobile</i> 32) <i>Doppler</i>

NO	KOMPONEN	URAIAN
		33) <i>Oximetri</i> 34) Buku ishihara 35) <i>Hipafilter</i> o. Klinik orthopedi 1) Bed pasien 2) Tromol 3) Tensimeter 4) Stetoskop 5) Bengkok 6) Gunting perban 7) Bak instrument 8) Kom kecil 9) Medikasi set 10) Minor set 11) Set pemotong gips 12) Baskom 13) Lampu tindakan 14) Meja mayo 15) <i>Trolley</i> tindakan 16) <i>Almari medicine</i> 17) <i>Trolley emergency</i> 18) Tabung oksigen + troli 19) <i>Flowmeter</i> 20) Korentang 21) Timbangan berat badan dewasa 22) Timbangan bayi 23) Tang <i>wire orthopedic</i> 24) Tiang infus 25) <i>Thermometer</i> 26) Reflek <i>hammer</i>
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter Spesialis dan Sub Spesialis 2. Dokter Gigi 3. Perawat 4. Perawat Gigi 5. Bidan
4.	Pengawasan Internal	1. Monitoring & evaluasi oleh Kepala Instalasi dan Penanggung Jawab Keperawatan Instalasi Rawat jalan 2. Supervisi oleh Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan dan Komite Keperawatan. 3. Komite Mutu Rumah Sakit. 4. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). 5. Komite Kesehatan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3 RS). 6. Satuan Pemeriksaan Internal (SPI).
5.	Jumlah Pelaksana	1. Dokter Spesialis 65 orang 2. Dokter Sub Spesialis 24 orang 3. Dokter Gigi Umum 3 orang 4. Dokter Gigi Spesialis 11 orang 5. Perawat 52 orang 6. Perawat Gigi 8 orang 7. Bidan 2 orang 8. Administrasi 3 orang
6.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif serta mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh Petugas Keamanan (Satpam) RSA UGM.

NO	KOMPONEN	URAIAN
	Pelayanan	
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none">1. Evaluasi Indikator Mutu Nasional (INM), Indikator Mutu Unit (IMUT) dilaksanakan setiap bulan.2. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) dilaksanakan setiap 1 tahun sekali.3. Evaluasi kepuasan pelanggan dilaksanakan minimal 2 (dua) kali dalam setahun.4. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

III. STANDAR PELAYANAN INSTALASI RAWAT INAP

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<p>1. Pasien Umum: Menunjukkan KTP, atau menyebutkan Nama dan tanggal lahir (bila belum punya mengisi formulir data pasien baru).</p> <p>2. Pasien BPJS:</p> <p>a) Pasien Baru: KTP, Asli Kartu KIS, Surat Rujukan Online, dan SEP (Surat Eligibilitas Pasien/Diterbitkan RS).</p> <p>b) Pasien Kontrol: Surat Rujukan Online dan Surat Perintah Kontrol</p> <p>3. Pasien Jasa Raharja: KTP, Surat Laporan Kepolisian dan surat jaminan dari Jasa Raharja.</p> <p>4. Pasien Asuransi Lain yang bekerja sama: KTP dan surat jaminan dari asuransi lain</p>
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	 <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien yang masuk melalui IGD pertama kali diskriminasi Tingkat kegawatdaruratannya dan kebutuhan akan sumber daya rumah sakit menggunakan triage. Pasien yang diadmisikan sebagai pasien rawat inap sebelumnya melalui skrining adalah indikasi rawat inapnya baik untuk preventif, curative, rehabilitative, maupun paliatif. Pasien yang diputuskan dan setuju rawat inap akan didaftarkan sebagai pasien rawat inap di TPPRI oleh keluarga pasien, atau jika pasien tanpa pendamping/keluarga maka petugas TPPRI secara proaktif mendaftarkan pasien. Pasien yang masuk melalui Rawat Jalan dilakukan skrining rawat jalan yang meliputi skrining kegawatdaruratan, skrining resiko jatuh, skrining fastrack dan skrining kebutuhan pelayanan. Ruang Transit <ul style="list-style-type: none"> Ruang perawatan sementara antara unit admisi dengan Instalasi Rawat Inap a. Pasien dengan kebutuhan perawatan intensif Pasien yang perlu perawatan intensif tapi tidak mendapatkan ruang, maka direncanakan rujuk, sampai dengan pasien bisa dirujuk atau mendapatkan ruang perawatan, maka pasien di transitkan di ruang observasi IGD. Pasien diadmisikan sebagai pasien rawat inap setelah 8 jam dilakukan pelayanan di ruang observasi IGD dengan akomodasi disetarakan sebagai pasien non kelas. Asesmen awal rawat inap harus dilaksanakan dalam 24 jam sejak pasien resmi diadmisikan sebagai pasien rawat inap b. Pasien tanpa kebutuhan perawatan intensif Pasien membutuhkan perawatan non intensif tapi ruangan belum siap, maka sementara pasien di transitkan di ruang rawat transit non intensif dengan akomodasi disetarakan sebagai pasien non kelas. Asesmen awal rawat inap harus

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>dilaksanakan dalam 24 jam sejak pasien resmi diadmisikan sebagai pasien rawat inap</p> <p>4. Pasien menuju Ruang Rawat Inap</p> <p>a. Diantar oleh perawat dari unit pengirim (IGD atau Rawat Jalan), kecuali untuk pasien yang masuk dari unit ICU akan dijemput oleh perawat dari rawat inap</p> <p>b. Setelah pasien masuk di kamar rawat inap selanjutnya akan dilakukan identifikasi pasien dengan mencocokkan gelang identitas dan dipastikan sudah sesuai</p> <p>c. Pengukuran tanda-tanda vital sign</p> <p>d. Perawat melakukan operan dengan perawat dari unit pengirim</p> <p>5. Pasien di Rawat Inap</p> <p>a. Pasien dilakukan pengkajian awal rawat inap maksimal 2x24jam oleh PPA (Dokter, Perawat, Apoteker, Ahli Gizi)</p> <p>b. Perawat melaporkan ulang kondisi klinis pasien dan rencana perawatan pasien kepada DPJP</p> <p>c. DPJP memberikan advice rencana perawatan pasien sesuai hasil assessment</p> <p>d. Perawat menuliskan hasil advice atau rencana perawatan pasien dari DPJP di Rekam Medis Pasien</p> <p>e. DPJP memverifikasi hasil asuhan seluruh PPA</p> <p>f. DPJP memverifikasi AARI maksimal 2X24jam dan memverifikasi asuhan masing-masing PPA maksimal 2x24jam</p> <p>g. Perawat melakukan edukasi <i>discharge planning</i> pasien</p> <p>h. Apabila terdapat transfer pasien ke unit lain maka dilakukan assessment sebelum dan sesudah transfer dibuktikan dengan <i>form transfer intra hospital</i></p> <p>i. Apabila pasien dilakukan prosedur rujuk ke rumah sakit lain dilakukan asesmen sebelum dan sesudah transfer dengan asesmen transfer ekstra <i>hospital</i></p> <p>j. Pemeriksaan penunjang dilakukan sesuai dengan instruksi DPJP berdasarkan hasil klinis pasien</p> <p>6. Pasien Selesai Pelayanan:</p> <p>a. Penentuan pasien pulang oleh DPJP dengan mempertimbangkan kondisi klinis pasien</p> <p>b. Dokter meresepkan obat pulang melalui HER</p> <p>c. Dokter dan perawat melengkapi <i>Discharge Summary</i></p> <p>d. Perawat mengklik <i>discharge</i> dan SRK</p> <p>e. Perawat menyiapkan berkas kepulangan pasien</p> <p>f. Perawat melaporkan coding dan verifikasi</p> <p>g. Perawat melakukan edukasi dan rencana kontrol</p> <p>h. Farmasi memberikan edukasi dan menyerahkan obat pulang pasien</p>
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<p>1. Pelayanan Pasien selama 24 jam</p> <p>2. Pelayanan keperawatan terbagi dalam 3 shift per hari</p> <p>3. Pelayanan visitasi dokter 5-10 menit per pasien</p>
4.	Biaya/Tarif Pelayanan	<p>1. Gratis bagi pasien dengan BPJS</p> <p>2. Pasien Umum membayar sesuai dengan tarif Tunggal yang sesuai dengan Diagnosa pasien</p> <p>3. Pasien Asuransi pembayaran sesuai dengan kesepakatan pengguna jasa dengan pihak Asuransi Pasien Umum poli gigi membayar sesuai dengan tarif Rumah Sakit.</p>
5.	Produk Pelayanan	<p>1. Pemeriksaan Pasien Rawat Inap</p> <p>2. Pelayanan Tindakan medis dan keperawatan pasien rawat inap</p> <p>3. Pelayanan Pemeriksaan Penunjang</p> <p>4. Pelayanan Obat</p>
6.	Penanganan	<p>1. Email: humas.rsugm@ugm.ac.id</p>

NO	KOMPONEN	URAIAN
	Pengaduan, Saran dan Masukan / Apresiasi	2. Tel: 0274-4530404 3. Fax: 0274 - 4530606 4. Kotak saran 5. Petugas informasi dan pengaduan 6. Website: rsa.ugm.ac.id 7. Facebook: Rumah Sakit UGM Yogyakarta 8. Instagram: @rsugm 9. Twiter : @rsugm
B. PENGELOLAAN PELAYANAN		
		1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 4. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. 6. Undang - Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887) 7. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5942) 8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. 9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. 10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. 11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. 12. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan. 13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. 14. Keputusan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 1058/UN1.P/KPT/HUKOR/2022 tentang Direktur Utama Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada 15. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana, Dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit. 16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. 17. Peraturan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 9 Tahun 2024 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada (<i>Hospital By Laws</i>); 18. Keputusan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 1058/UN1.P/KPT/HUKOR/2022 tentang Direktur Utama Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada; 19. Keputusan Direktur Utama Nomor 9 NOMOR 87/UN1/RSA/IRNA/SK/2024 Pedoman Pelayanan Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada 20. Keputusan Direktur Utama Nomor 9 NOMOR

NO	KOMPONEN	URAIAN
		86/UN1/RSA/IRNA/SK/2024 Pedoman Pengorganisasian Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	<p>1. Ruang Perawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ruang Rawat Inap Dewasa Kelas 3 Bima 3 2) Ruang Rawat Inap Dewasa Kelas 1 Bima 4 3) Ruang Rawat Inap Dewasa Kelas VIP Bima 5 4) Ruang Rawat Inap Anak Kelas 3 Parikesit 3 5) Ruang Rawat Inap Anak kelas 1 & 2 Parikesit 4 6) Ruang Rawat Inap Anak & Dewasa Kelas 1 & VIP Parikesit 5 7) Ruang Rawat Inap Dewasa Srikandi 3 8) Ruang Rawat Inap Bedah Srikandi 5 9) Ruang Rawat Inap Onkologi/Kemoterapi Gatotkaca 3 10) Ruang Rawat Inap Onkologi/Kemoterapi Gatotkaca 4 11) Ruang Rawat Inap Dewasa Kelas 1 Yudistira 3 12) Ruang Rawat Inap Isolasi Arjuna 4 13) Ruang Rawat Inap Jiwa Sadewa 2 14) Ruang Rawat Inap Dewasa Kelas 3 Sadewa 3 15) Ruang Rawat Inap Geriatri Sadewa 4 16) Ruang Rawat Inap Dewasa Jantung Kelas 3 Sadewa 5 17) Ruang Rawat Inap Unit Stroke Nakula 4 18) Ruang ODC Kemoterapi Nakula 5 <p>2. Fasilitas Ruang Rawat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kelas VVIP 1 Bed pasien, (Tempat Tidur <i>Electric Automatic</i>) Oksigen sentral, AC, LED TV 55", Kamar mandi dengan air panas & dingin, Kulkas, <i>Bedside cabinet</i>, <i>Overbed Table</i>, Almari pakaian, Dispenser, Kursi tamu, Meja TV, Bed Penunggu, Telepon, meja kerja, Mini bar, <i>Pantry-kitchen set</i>, balkon, Makan Utama 3x, Snack 2 kali (Pagi, sore), Makan Penunggu pasien untuk 1 porsi 3x, <i>Welcome Fruits and Drink</i> 1x masuk 2) Kelas VIP 1 ruang 1 bed (tempat tidur elektrik), oksigen sentral, tv, ac, kulkas, dispenser, <i>bedside cabinet</i>, <i>overbed table</i>, kamar mandi dalam, sofa bed, kursi dan meja kerja, almari pasien, makan 3x sehari snack 2x sehari, makan penunggu pasien (<i>breakfast</i>) pagi saja, <i>welcome fruits</i> 1x masuk 3) Kelas 1 1 ruang 1 bed, tempat tidur 3 <i>crank elektrik</i>, Oksigen sentral, TV, AC, <i>bedside cabinet</i>, <i>overbed table</i>, sofa bed, 1 kursi penunggu, kamar mandi dalam, makan 3x sehari, snack 2x sehari 4) Kelas 2 1 ruang 2 bed, tempat tidur 2 <i>crane manual</i>, oksigen sentral, AC, <i>bedside cabinet</i>, <i>overbed table</i>, 1 kursi penunggu, kamar mandi dalam, makan 3x sehari, snack 2x sehari 5) Kelas 3 1 ruangan 4 <i>bed crane manual</i>, oksigen sentral, 4 kipas angin, 4 kursi, 4 <i>overbed table</i>, 4 <i>bedside cabinet</i>, kamar mandi dalam, makan 3 x sehari, snack 3 x sehari 6) Kamar Isolasi Imunokompromais 1 tempat tidur/ruang (khusus untuk pasien yang membutuhkan perawatan khusus), oksigen sentral, 1 kamar mandi dalam. kursi, kipas angin, <i>bedside cabinet</i>, <i>overbed table</i>, makan 3x sehari, snack 3x sehari 7) Kamar Isolasi Airborne Khusus pasien dengan kondisi infeksi airborne, tempat

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>tidur, <i>bedside cabinet</i>, <i>overbed table</i>, oksigen sentral, AC, makan 3x sehari, snack 3x sehari</p> <p>3. Fasilitas Ruangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kamar Pasien 2) Kamar Mandi dan Toilet Pasien 3) Ruang Obat 4) Ruang Alat 5) Ruang Linen 6) Janitor 7) <i>Spoelhoek</i> 8) Ruang Konsultasi 9) Nurse Station 10) Ruang Istirahat Petugas 11) Pantry 12) Ruang CS 13) Ruang KOAS/Residen <p>4. Peralatan Medis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bed Pasien 2) <i>Trolley emergency</i> 3) <i>Defibrillator</i> 4) <i>Resuscitator</i> 5) <i>Nebulizer</i> 6) EKG 7) <i>Bedsite monitor</i> 8) Infus <i>pump</i> 9) <i>Syringe pump</i> 10) <i>Suction pump</i> 11) Pulse oksimetri 12) Tensimeter 13) Stetoskop 14) <i>Thermometer</i> 15) Tabung Oksigen 16) <i>Flowmeter</i> 17) Film Viewer 18) Kulkas Obat 19) Lampu Tindakan 20) Thermometer Suhu Ruang 21) Almari rekam medis 22) Kasur Dekubitus 23) Loker Obat 24) Set GV 25) Tiang Infus 26) <i>Penlight</i> 27) <i>Tourniquet</i> 28) <i>Midline</i> 29) <i>Tongue Spatel</i> 30) <i>Reflek Hammer</i> 31) Bak Instrumen 32) Bengkok 33) Gelas Ukur 34) Urin 35) Pispot 36) <i>Bowl Stand</i> 37) Timbangan BB 38) Lemari penyimpanan barang titipan pasien 39) Lemari linen
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Umum 2. Dokter Spesialis 3. Dokter Sub Spesialis 4. Dokter Gigi

NO	KOMPONEN	URAIAN
		5. Psikolog Klinis 6. Ners 7. Perawat 8. Apoteker 9. Ahli Gizi 10. Fisioterapis 11. Terapi Wicara 12. Ortotik Prostetik 13. Okupasi Terapi 14. D3 ManajemEn Administrasi 15. SMA/SMK/SMK Kesehatan dan D1 Asisten Keperawatan
4.	Pengawasan Internal	1. Monitoring & evaluasi oleh Kepala Instalasi dan Penanggung Jawab Keperawatan Instalasi Rawat jalan 2. Supervisi oleh Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan dan Komite Keperawatan. 3. Komite Mutu Rumah Sakit. 4. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). 5. Komite Kesehatan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3 RS). 6. Satuan Pemeriksaan Internal (SPI).
5.	Jumlah Pelaksana	1. Dokter Spesialis 123 orang 2. Dokter Sub Spesialis 67 orang 3. Dokter Gigi Umum 3 orang 4. Dokter Gigi Spesialis 11 orang 5. Dokter Umum 51 orang 6. Perawat 289 orang 7. Administrasi 1 orang 8. Pekarya/Pramuhusada 25 orang
6.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif serta mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh Petugas Keamanan (Satpam) RSA UGM.
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi Indikator Mutu Nasional (INM), Indikator Mutu Unit (IMUT) dilaksanakan setiap bulan. 2. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) dilaksanakan setiap 1 tahun sekali. 3. Evaluasi kepuasan pelanggan dilaksanakan minimal 2 (dua) kali dalam setahun. 4. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

IV. STANDAR PELAYANAN PUBLIK BEDAH SENTRAL

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu identitas 2. Surat jaminan perawatan (KIS/JKN/JKD, Jasa Raharja) kecuali pasien umum. 3. <i>Informed consent</i> anestesi dan operasi. 4. Instruksi operasi yang tercatat dalam berkas dokumen rekam medis pasien.
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">Pasien dibawa ke IBS dari instalasi rawat jalan/rawat inap/rawat khusus/IGD oleh perawat</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">Serah terima pasien dan dokumen persiapan operasi dari Perawat Pengantar ke IBS (<i>sign in</i>)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">Pasien masuk kamar operasi (OK)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">Dokter dan Tim Operasi melakukan operasi</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">Pasca operasi, pasien dibawa ke Ruang Pemulihan (<i>recovery room</i>)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">Setelah stabil, pasien dibawa kembali ke ruang rawat inap.</div> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dibawa dari rawat jalan/rawat inap/IGD oleh Perawat. 2. Serah terima pasien dari perawat pengantar pasien ke perawat IBS membawa persyaratan pre-operasi. 3. Pasien dibawa ke ruang tindakan operasi. 4. Dokter melakukan tindakan operasi setelah dilakukan pembiusan. 5. Pasien setelah selesai tindakan operasi dibawa ke ruang pemulihan untuk diobservasi selama kurang lebih dua jam. 6. Setelah pasien dalam kondisi stabil, pasien dijemput oleh perawat rawat inap untuk diantarkan ke ruang rawat inap/ICU.
3.	Jangka Waktu Pelayanan	Operasi Elektif dan Emergency (Direncanakan) pada Hari Senin – Minggu selama 24 jam
4.	Biaya/Tarif Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tarif Tunggal mengacu pada Tarif INA-CBGs 2. Tarif RSA UGM (umum, wisata medis)
5.	Produk Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. operasi bedah minor 2. operasi bedah mayor 3. layanan anestesi 4. Operasi Bedah Canggih 5. <i>Fast Track Surgery</i>
6.	Penanganan Pengaduan,	<ol style="list-style-type: none"> 1. e-mail: rsa@ugm.ac.id 2. Tel: 0274-4530303

NO	KOMPONEN	URAIAN
	Saran dan Masukkan / Apresiasi	3. Fax: 0274-4530505 4. SMS/ WA: 0811 2856 210 5. Kotak saran 6. Petugas informasi dan pengaduan 7. Website: rsa.ugm.ac.id 8. Instagram: Rumah Sakit Akademik UGM (@rsugm)
B. PENGELOLAAN PELAYANAN		
		1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 3. Undang - Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 6. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. 7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 519/Menkes/Per/III/2011 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Anestesiologi dan Terapi Intensif di Rumah Sakit. 10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perawat Anestesi. 11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. 13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit. 14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. 15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. 16. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 779/Menkes/SK/VIII/2008 tentang Standar Pelayanan Anestesi di Rumah Sakit. 17. Peraturan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 9 Tahun 2024 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada (<i>Hospital By Laws</i>); 18. Peraturan Direktur Utama Nomor 324/UN1/RSA.UK/IBS/HK/ 2025 tentang Pedoman Pelayanan Bedah Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	1. ruang tunggu 2. ruang persiapan 3. nurse station 4. ruang istirahat dokter 5. ruang istirahat perawat 6. ruang ganti 7. doctor lounge 8. ruang rapat 9. ruang operasi (8 OK)

NO	KOMPONEN	URAIAN
		10.ruang operasi minor (2 OK) 11.ruang endoskopi 12.ruang pemulihan (<i>recovery room</i>) 13.ruang resusitasi 14.ruang satelit farmasi 15.ruang alat besar (2) 16.ruang linen kotor 17.komputer 18.meubeler 19.almari instrumen 20.alat kesehatan antara lain 21.meja operasi 22.lampu operasi 23.mesin anestesi 24. <i>pendant</i> anestesi dan bedah 25.pasien monitor 26. <i>suction pump</i> 27.ESU 28.meja mayo 29. <i>c-arm</i> 30.mikroskop mata 31.mesin Phaco dan Vitrektomi 32.laser BTKV 33. <i>Hand instrument</i> bedah (ortopedi, bedah saraf set, bedah thorax, fess set, tonsil set, sc set, <i>digestive set</i> , <i>laparotomy set</i> , bedah anak set, mata, spine set, cwl set, <i>palatoplasty set</i> , <i>labiaplasty set</i> , bedah mulut set, dll) 34. <i>video laryngoscope</i> 35.mesin URS 36.bor Ortopedi (5) 37.bor Bedah Saraf (1) 38. <i>endoscopy tower</i> (3) 39.TCI 40. <i>defibriliator</i> 41.mesin EKG 42. <i>infant warmer</i> 43. <i>bed transfer</i> 44.kursi roda 45. <i>trolley emergency</i> 46.mesin scrub 47. <i>blanket warmer</i>
3.	Kompetensi Pelaksana	1. dokter/dokter gigi spesialis 2. dokter/dokter gigi sub spesialis 3. dokter gigi spesialis 4. perawat bedah 5. perawat/penata anestesi
4.	Pengawasan Internal	1. Monitoring & evaluasi oleh Penanggung jawab Ruang dan Kepala Instalasi Bedah Sentral. 2. Supervisi oleh Kepala Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan dan Seksi Pelayanan Medik dalam pelaksanaan pelayanan 3. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien 4. Komite K3S 5. Komite PPI
5.	Jumlah Pelaksana	1. Kepala Instalasi 1 orang 2. Penanggung Jawab Ruang 1 orang 3. Dokter Spesialis Bedah 2 orang 4. Dokter Spesialis Anastesi 5 orang 5. Dokter Spesialis Orthopedi 7 orang

NO	KOMPONEN	URAIAN
		6. Dokter Spesialis Bedah Digestif 1 orang 7. Dokter Spesialis Urologi 2 orang 8. Dokter Spesialis Mata 5 orang 9. Dokter Spesialis THT 6 orang 10. Dokter Spesialis Obsgyn 5 orang 11. Perawat Anestesi 15 orang 12. Penata Anestesi 12 orang 13. Perawat Bedah 60 orang 14. Administrasi 1 orang 15. Pekarya 2 orang
6.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif serta mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien 3. (<i>Pasien Safety</i>) dengan formulir <i>checklist</i> keselamatan pasien. 4. Pengawasan keamanan di RS dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) RSA UGM.
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi Indikator Mutu Nasional, Indikator Mutu Unit dilaksanakan setiap bulan. 2. Evaluasi internal Instalasi Bedah Sentral setiap minggu. 3. Evaluasi prosedur operasional standar dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan. 4. Evaluasi kepuasan pelanggan dilaksanakan minimal 2 (dua) kali dalam setahun. 5. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

V. STANDAR PELAYANAN INSTALASI FARMASI

NO	KOMPONEN	URAIAN						
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN								
1.	Persyaratan	<div>1. Resep</div> <div>2. Protokol kemoterapi (pada pasien jaminan BPJS yang menjalani kemoterapi)</div> <div>3. Hasil pemeriksaan penunjang medis (pada pasien jaminan BPJS yang memerlukan bukti pemeriksaan penunjang medis sesuai ketentuan restriksi FORNAS)</div>						
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<div><table><tr><td>Patient assesment</td><td>Medication instructions</td><td>Dispensing</td><td>Use</td><td>Monitoring</td><td>Follow up</td></tr></table><div><div>Clinical pharmacy Visite Medication reconciliation Drug use review</div><div>Management Selection Procurement Storage Production Distribution</div><div>Clinical pharmacy Counseling Drug information Drug therapy monitoring</div></div><div>Keterangan : Prosedur pelayanan Farmasi mencakup kegiatan Manajemen dan Farmasi Klinik.</div><div>Alur kerja Gudang Farmasi: <div><div>Pemilihan</div><div>Perencanaan</div><div>Pengadaan</div><div>Penerimaan</div><div>Penyimpanan</div><div>Pendistribusian</div><div>Pemusnahan</div><div>Pengendalian</div></div></div><div>Alur kerja Pengadaan <div><div>Kerangka Acuan Kerja (Kebutuhan Periode 1 Tahun)</div><div>Kepala Instalasi Farmasi</div><div>Direktur Pelayanan Medik dan Reviewer</div><div>Unit Pengadaan</div><div>Pemenuhan Dokumen Pengadaan</div><div>Pelaksanaan Proses Pengadaan</div><div>Pemilihan Metode Pengadaan</div></div></div></div>	Patient assesment	Medication instructions	Dispensing	Use	Monitoring	Follow up
Patient assesment	Medication instructions	Dispensing	Use	Monitoring	Follow up			

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p data-bbox="505 244 1039 287">Alur kerja satelit farmasi rawat inap:</p> <div data-bbox="613 287 1334 936"><pre>graph TD; A[Penelusuran riwayat penggunaan obat] --> B[Rekonsiliasi obat saat admisi]; B --> C[Pengkajian resep]; C --> D[PTO dan Visite Monitoring MESO]; D --> E[Rekonsiliasi obat saat transfer]; E --> F[Rekonsiliasi obat saat discharge]; F --> G[Edukasi dan konseling obat pulang]; G --> A;</pre></div> <p data-bbox="505 978 935 1021">Alur kerja satelit farmasi IGD:</p> <div data-bbox="581 1021 1360 1697"><pre>graph TD; A[KASIR] --> B[Farmasi IGD]; B --> C[Memproses resep + Screening resep + Print etiket]; C --> D[Penyiapan Obat]; D --> E[Racikan 60 menit]; D --> F[Non Racikan 30 menit]; E --> G[Etiket]; F --> G; G --> H[Pengecekan]; H --> I[Penyerahan];</pre></div> <p data-bbox="505 1758 1039 1800">Alur kerja satelit farmasi rawat jalan:</p> <div data-bbox="521 1816 1354 2415"><pre>graph TD; A[Penerimaan berkas] --> B[Pemrosesan resep]; B --> C[Penyerahan obat];</pre><div data-bbox="662 1838 1354 1957"><p>• Screening administratif</p><p>• Penghitungan tagihan obat</p><p>• Pencetakan resep</p></div><div data-bbox="662 2002 1354 2162"><p>• Screening farmasetis dan klinis</p><p>• Konfirmasi dokter</p><p>• Dispensing dan/atau compounding obat</p><p>• Pengecekan sebelum siap diserahkan ke apoteker</p></div><div data-bbox="662 2202 1354 2348"><p>• Identifikasi pasien (nama, tanggal lahir, no RM)</p><p>• Menanyakan alergi obat</p><p>• Menjelaskan nama, indikasi, cara pakai, jumlah, stabilitas, durasi, kemungkinan efek samping, cara penyimpanan, dll</p></div></div>

NO	KOMPONEN	URAIAN
3.	Jangka Waktu Pelayanan	1. Gudang Farmasi: Senin – Jumat = 07: 30 – 18:00 Sabtu = 07:30 – 13:00 2. Satelit Farmasi Rawat Jalan : Senin – Jumat = 07:30 – 21:00 Sabtu = 08:00 – 18:00 Minggu (farmasi poli eksekutif) = 08:00 – 14:00 3. Satelit Farmasi IGD : Layanan 24 jam 4. Satelit Farmasi Rawat Inap : Layanan 24 jam 5. Satelit Farmasi IBS : Layanan 24 jam
4.	Biaya/Tarif	1. Skema pembayaran BPJS 2. Skema pembayaran pasien umum (tarif tunggal) Catatan :
5.	Produk Pelayanan	1. Pelayanan obat pulang 2. Edukasi dan konseling 3. Pelayanan Informasi Obat (PIO) 4. Pelayanan farmasi klinik 5. Pelayanan sitostatika dan TPN (total parenteral nutrisi) 6. Pelayanan antar obat
6.	Penanganan, Pengaduan, saran dan masukan/apresiasi	1. Tel: 0274-4530404 2. Fax: 0274-4530606 3. SMS/ WA: 08112856210 4. Kotak saran 5. Petugas informasi dan pengaduan 6. Website: www.rsa.ugm.ac.id 7. Instagram: @rsugm dan ugm.id/kontakkami 8. Email: rsa@ugm.ac.id
B. PENGELOLAAN PELAYANAN		
1.	Dasar Hukum	1. Undang - Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit 2. Undang - Undang Nomor 35 tahun 2009 tentang Narkotika 3. Undang - Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan 4. Undang - Undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 tahun 2015 tentang Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di Rumah Sakit 7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2197/2023 tentang Formularium Nasional 8. Keputusan Direktur Utama Nomor 912/UN1/RSA/FARM/SK/2022 tentang Pedoman Pelayanan Farmasi
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	1. Gudang Farmasi 2. Satelit Farmasi IGD 3. Satelit Farmasi Rawat Jalan 4. Satelit Farmasi Rawat Inap Kresna dan Indraprasta 5. Satelit Farmasi ICU 6. Satelit Farmasi IBS 7. Ruang dispensing sediaan steril dan sitostatika 8. <i>Biological safety cabinet</i> (Isolator dan LAF) 9. Ruang tunggu Farmasi Rawat Jalan 10. Ruang tunggu farmasi IGD 11. Lemari penyimpanan (<i>mobile shelving</i> dan rak modular) 12. <i>Pneumatic tube</i> 13. Lift barang (farmasi rawat inap menuju farmasi IBS)

NO	KOMPONEN	URAIAN
		14. Sistem Informasi RS (SISTEMA) 15. Komputer 16. Printer 17. <i>Medical Refrigerator</i> (obat dan vaksin)
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Farmasi Klinik – S2 Magister Farmasi Klinik 2. Apoteker – Profesi Apoteker 3. Tenaga Vokasi Farmasi – D3 Farmasi 4. SMK – SMK Farmasi
4.	Pengawasan Internal	1. Monitoring & evaluasi oleh PJ Satelit dan Kepala Instalasi. 2. Supervisi oleh Kepala Bidang Penunjang Medik dan Keperawatan dan Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan. 3. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit. 4. Komite K3RS. 5. Komite PPI Rumah Sakit. 6. Satuan Pemeriksaan Internal.
5.	Jumlah Pelaksana	1. Farmasi Klinik 5 orang 2. Apoteker 21 orang 3. Tenaga Vokasi Farmasi 55 orang 4. SMK 9 orang
6.	Jaminan Pelayanan	1. Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif serta mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien. 2. Waktu tunggu pelayanan obat sesuai standar
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien (<i>Pasien Safety</i>).
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi Indikator Mutu Nasional (INM), Indikator Mutu Unit (IMUT) dilaksanakan setiap bulan. 2. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan. 3. Evaluasi kepuasan pelanggan dilaksanakan minimal 2 (dua) kali dalam setahun. 4. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

VI. STANDAR PELAYANAN LABORATORIUM

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu identitas 2. Nomor rekam medis 3. Permintaan pemeriksaan laboratorium yang tercatat dalam berkas dokumen rekam medis pasien
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien datang ke laboratorium: <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien datang ke pendaftaran laboratorium 2) Petugas laboratorium melakukan registrasi pasien 3) Petugas sampling melakukan pengambilan sampel 4) Petugas laboratorium menerima sampel dan memastikan kesesuaian sampel dengan jenis pemeriksaan laboratorium dan identitas pasien 5) Petugas laboratorium melakukan registrasi sampel 6) Petugas laboratorium melakukan pengolahan sampel 7) Petugas laboratorium atau dokter laboratorium melakukan pemeriksaan sampel 8) Petugas laboratorium atau dokter laboratorium melakukan pelaporan hasil laboratorium 2. Sampel datang ke laboratorium: <ol style="list-style-type: none"> 1) Petugas RS mengirimkan sampel menggunakan pneumatic tube atau diantar ke laboratorium 2) Petugas laboratorium menerima sampel dan memastikan kesesuaian sampel dengan jenis pemeriksaan laboratorium dan identitas pasien 3) Petugas laboratorium melakukan registrasi dan labelling sampel 4) Petugas laboratorium melakukan pengolahan sampel 5) Petugas laboratorium atau dokter laboratorium melakukan pemeriksaan sampel 6) Petugas laboratorium atau dokter laboratorium melakukan pelaporan hasil laboratorium
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patologi Klinik : 24 jam 2. Patologi Anatomi : 1 shift 3. Mikrobiologi Klinik : 1 shift 4. Molekuler : 1 shift
4.	Biaya/Tarif Pelayanan	Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada Nomor 678/UN1/RSA.UK/KEU/SK/2024 Tentang Perubahan Atas Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada Nomor 263/UN1/RSA.UK/KEU/SK/2024 tentang Standar Tarif Pelayanan Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada
5.	Produk Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patologi Klinik 2. Patologi Anatomi 3. Mikrobiologi Klinik 4. Molekuler
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan / Apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email: rsa@ugm.ac.id 2. Tel: 0274-4530404 3. Fax: 0274-4530606 4. SMS/ WA: 08112548118 5. Kotak saran 6. Petugas informasi dan pengaduan

NO	KOMPONEN	URAIAN
		7. Website: www.rsa.ugm.ac.id 8. Instagram: @rsugm dan ugm.id/kontakkami
B. PENGELOLAAN PELAYANAN		
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit 4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 5. Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan 10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 11. Keputusan Direktur Utama Nomor 69/UN1/RSA/LAB/SK/2022 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Laboratorium Klinik Terpadu
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	1. Ruang tunggu 2. Ruang pendaftaran 3. Ruang sampling 4. Ruang konsultasi dokter 5. Toilet pasien 6. Ruang antara 7. Ruang laboratorium Patologi Klinik 8. Ruang laboratorium Patologi Anatomi 9. Ruang laboratorium Mikrobiologi Klinik 10. Ruang laboratorium Molekuler 11. Ruang dokter 12. Ruang petugas laboratorium 13. Pantry 14. Musholla 15. Toilet dan kamar mandi petugas laboratorium 16. Komputer 17. Mebeler 18. Peralatan laboratorium Patologi Klinik 19. Peralatan laboratorium Patologi Anatomi 20. Peralatan laboratorium Mikrobiologi Klinik 21. Peralatan laboratorium Molekuler
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter Spesialis 2. Dokter Subspesialis 3. ATLM 4. Perawat 5. Administrasi 6. Pekarya
4.	Pengawasan Internal	1. Monitoring dan evaluasi oleh Kepala Ruang dan Kepala Instalasi 2. Satuan Pemeriksaan Internal

NO	KOMPONEN	URAIAN
		3. Koordinasi dengan Bagian Penunjang Medis 4. Koordinasi dengan Komite Mutu dan Keselamatan pasien 5. Koordinasi dengan Komite Akreditasi 6. Koordinasi dengan Instalasi Farmasi
5.	Pelaksana	1. Kepala Instalasi 2. Kepala Ruang 3. Dokter Spesialis Patologi Klinik 4. Dokter Spesialis Patologi Anatomi 5. Dokter Spesialis Mikrobiologi Klinik 6. ATLM 7. Perawat 8. Administrasi 9. Pekarya
6.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, peduli, teliti, cepat dan solutif serta mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien (<i>Pasien Safety</i>) 3. Pengawasan keamanan di RS dilakukan oleh satuan keamanan (satpam) RS
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi Indikator Mutu Nasional (INM), Indikator Mutu Unit (IMUT) dilaksanakan setiap bulan 2. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan 3. Evaluasi kepuasan pelanggan dilaksanakan minimal 2 (dua) kali dalam setahun 4. Evaluasi laporan pelayanan dilaksanakan minimal 2 (dua) kali dalam setahun 5. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien

VII. STANDAR PELAYANAN RADIOLOGI

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat pengantar pemeriksaan radiologi (elektronik/fisik) yang sudah ada nomor rekam medis RSA 2. Informed consent untuk pasien hamil/pemeriksaan kontras
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<pre> graph TD A[Pasien dari rawat jalan/ rawat inap / IGD oleh Perawat/ datang sendiri] --> B[Surat pengantar diterima dan pemeriksaan dilaksanakan oleh petugas radiologi] B --> C[Jika pemeriksaan memerlukan penjadwalan akan dijadwalkan dahulu] C --> D[Setelah diperiksa pasien kembali ke poli sesuai jadwal kontrol/ kembali ke IGD/ Rawat inap] D --> E[Hasil sudah di upload di EHR] </pre>
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan Elektif (terjadwal)/Kontras/USG pada Jam Kerja Senin s.d Jumat: pukul 07.30 s.d 15.00 WIB dan jam 16.30 - 19.30 WIB Sabtu: pukul 07.30 s.d 13.00 WIB 2. Pemeriksaan non kontras/tidak terjadwal/CITO : 24 jam setiap hari
4.	Biaya/Tarif pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Penjaminan BPJS Kesehatan/Jamkesda/Jampersal/BPJS Tenaga Kerja/Jasa Raharja dan penjaminan lain, sesuai ketentuan yang berlaku. 2. Pasien Umum Berdasarkan tarif yang sudah diatur di sistem RSA
5.	Produk Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan Radiologi kontras (X ray konvensional, MSCT, MRI) 2. Pemeriksaan Radiologi non kontras (X ray konvensional, OPG, Mammografi, MSCT, MRI, USG) 3. C arm, Cathlab
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan/ Apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email: rsa@ugm.ac.id 2. Tel: 0274-4530404 3. Fax: 0274-4530606 4. SMS/ WA: 08112548118 5. Kotak saran 6. Petugas informasi dan pengaduan 7. Website: www.rsa.ugm.ac.id 8. Instagram: @rsugm dan ugm.id/kontakkami

NO	KOMPONEN	URAIAN
B. PENGELOLAAN PELAYANAN		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 4. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. 6. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Tenaga Kesehatan. 7. Peraturan Pemerintah Nomor 33 tahun 2007 tentang Keselamatan Radiasi Pengion dan keamanan sumber radiasi. 8. Peraturan Pemerintah Nomor 29 tahun 2008 tentang perizinan sumber radiasi pengion dan bahan nuklir 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 357/Menkes/Per/V/2006 tentang registrasi dan izin radiografer 10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. 11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 357/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar profesi Radiografer 12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. 13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 780/Menkes/Per/VIII/2008 tentang Penyelenggaraan Pelayanan radiologi. 14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. 16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit. 17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. 18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang pemeriksaan 1-7 2. Ruang tunggu 3. Nurse station 4. Ruang Baca Dokter 5. Ruang Radiografer 6. Ruang pemulihan/screening 7. Alat x ray flouroskopi 8. Alat x ray non flouroskopi 9. Alat OPG 10. Alat Mammografi 11. Alat MRI 12. Alat MSCT 13. Alat USG 14. Alat X ray mobile 15. Komputer printer 16. Mebel 17. Almari instrumen

NO	KOMPONEN	URAIAN
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Radiologi 2. Dokter Sub Spesialis Radiologi 3. Radiografer 4. Perawat radiologi 5. Admin 6. Fisikawan medis
4.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan evaluasi oleh Kepala Ruang dan Kepala Instalasi. 2. Supervisi oleh Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan dan Seksi Pelayanan Medik dalam pelaksanaan pelayanan. 3. Komite Mutu Rumah Sakit. 4. Komite K3RS. 5. Komite PPI Rumah Sakit. 6. Satuan Pemeriksaan Internal.
5.	Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis radiologi 6 orang 2. Radiografer 22 orang 3. Perawat radiologi 2 orang 4. Admin radiologi 1 orang 5. Fisikawan medis 1 orang
6.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif serta mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien (<i>Pasien Safety</i>). 3. Pengawasan keamanan di RS dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) RS.
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi Indikator Mutu Nasional (INM), Indikator Mutu Unit (IMUT) dilaksanakan setiap bulan. 2. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan. 3. Evaluasi kepuasan pelanggan dilaksanakan minimal 2 (dua) kali dalam setahun. 4. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

VIII. STANDAR PELAYANAN GIZI

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<p>1. Konsultasi Gizi Rawat Jalan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien rawat jalan yang mendapat rujukan dari poliklinik spesialis untuk konsultasi gizi di poliklinik gizi. b. Pasien umum (mandiri) yang mendaftar di bagian pendaftaran rawat jalan dan langsung ke poliklinik gizi. <p>2. Asuhan Gizi Rawat Inap</p> <p>Pasien yang menjalani rawat inap.</p> <p>3. Penyelenggaraan Makan Pasien</p> <p>Pasien yang menjalani rawat inap.</p> <p>4. Pelayanan Makan Penunggu Pasien</p> <p>Keluarga/penunggu pasien yang menjalani rawat inap.</p> <p>5. Pelayanan Katering Nutrihospita</p> <p>Civitas UGM dan masyarakat umum</p>
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>1. Konsultasi Gizi Rawat Jalan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien dari rujukan dokter di poliklinik spesialis langsung datang ke ruang konsultasi gizi. b. Pasien yang bukan merupakan rujukan dari poli spesialis, mendaftar terlebih dahulu di bagian pendaftaran. c. Pasien ke ruang konsultasi gizi. d. Ahli Gizi melaksanakan asesmen dan memberikan konsultasi gizi. e. Pasien selesai dilayani. f. Pasien melakukan pembayaran di kasir. <p>Alur:</p> <pre> graph TD A[Pasien rujukan poli spesialis] --> D[Pasien menuju ke ruang konsultasi gizi] B[Pasien tanpa rujukan dari poli spesialis] --> C[Pasien melakukan pendaftaran di bagian pendaftaran] C --> D D --> E[Ahli gizi melakukan asesmen dan konseling] E --> F[Pasien melakukan pembayaran di kasir] </pre> <p>2. Konsultasi Gizi Rawat Inap</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perawat melakukan skrining gizi pada asesmen awal keperawatan pasien rawat inap b. Ahli gizi ruangan akan melakukan Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) atau edukasi gizi sesuai hasil skrining. c. Ahli gizi melakukan PAGT jika: <ul style="list-style-type: none"> 1) Pasien berisiko malnutrisi 2) Pasien dengan kondisi khusus 3) Pasien dengan dirawat di ICU,PICU dan NICU d. Ahli gizi melakukan edukasi gizi kepada pasien yang hasil skriningnya tidak beresiko malnutrisi.

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>e. Ahli gizi melakukan asesmen, menentukan diagnosis gizi, dan intervensi gizi sesuai dengan kondisi pasien.</p> <p>f. Ahli gizi melakukan dokumentasi pada CPPT di Sistema.</p> <p>g. Ahli gizi melakukan monitoring dan evaluasi gizi sesuai ketentuan.</p> <p>Alur:</p> <pre> graph TD PM[Pasien Masuk] --> SG[Skrining Gizi] SG -- "Tidak Berisiko" --> DN[Diet normal (standar)] DN -- "Tujuan Tercapai" --> STOP1[STOP] STOP1 --> PP[Pasien Pulang] SG -- "Berisiko Malnutrisi/Sudah Malnutrisi" --> PAGA[PROSES ASUHAN GIZI TERSTANDAR] subgraph PAGA PG[Pengkajian Gizi] --> DG[Diagnosis Gizi] DG --> IG[Intervensi Gizi] IG --> ME[Monitoring dan Evaluasi Gizi] end ME -- "Tujuan Tercapai" --> STOP1 ME -- "Tujuan Tidak Tercapai" --> PG </pre> <p>3. Penyelenggaraan Makan Pasien</p> <p>a. Ahli gizi menyusun perencanaan menu.</p> <p>b. Ahli gizi melaksanakan pemesanan bahan makanan.</p> <p>c. Petugas gizi melaksanakan penerimaan dan penyimpanan bahan makanan.</p> <p>d. Petugas gizi melaksanakan pengolahan makanan.</p> <p>e. Perawat di ruang rawat inap melaksanakan pemesanan menu diet/non diet pasien berdasarkan advis diet pasien.</p> <p>f. Pramusaji mendistribusikan makanan ke ruang rawat inap dengan melakukan identifikasi pasien.</p> <p>Alur:</p> <pre> graph LR 1[Perencanaan Menu (1)] --> 2[Pengadaan bahan makanan (2)] 2 --> 3[Penerimaan dan Penyimpanan Bahan (3)] 3 --> 4[Persiapan dan Pengolahan makanan (4)] 4 --> 5[Distribusi Makanan (5)] 5 --> 6[Penyajian Makanan di Ruang Perawatan (6)] 6 --> 7[Pelayanan Makanan Pasien (7)] </pre> <p>4. Pelayanan Makan Penunggu Pasien</p> <p>a. Petugas pendaftaran rawat inap memberikan informasi pada keluarga pasien yang mendaftar tentang adanya pelayanan makan untuk penunggu pasien.</p> <p>b. Perawat ruang rawat inap menguatkan informasi dari pendaftaran saat memberikan edukasi awal pasien masuk rawat inap.</p> <p>c. Apabila keluarga/penunggu pasien menghendaki pelayanan makan dari RS, keluarga/penunggu pasien melakukan scan barcode pada flyer untuk menghubungi Whatsapp Instalasi Gizi.</p> <p>d. Pelaksana Gizi mengkonfirmasi pesanan yang masuk ke Whatsapp Instalasi Gizi untuk memproses pesanan.</p> <p>e. Pramusaji mendistribusikan makanan penunggu pasien sesuai pesanan ke ruang rawat inap.</p>

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>f. Pelaksana Gizi melakukan input <i>billing</i> EHR saat pramusaji mendistribusikan pesanan.</p> <p>g. Setelah pasien dinyatakan boleh pulang, perawat mengarahkan keluarga/penunggu pasien menuju kasir.</p> <p>h. Kasir memilah <i>billing</i> saat administrasi pembayaran dan menagihkan pembayaran makan penunggu pasien.</p> <p>Alur:</p> <pre> graph TD A[Keluarga Pasien] --> B[PENDAFTARAN RAWAT INAP Pemberian informasi tentang adanya layanan makan untuk keluarga pasien] B --> C[TIDAK BERSEDIA] B --> D[BERSEDIA] C --> E[STOP] D --> F[Diberikan Formulir Permintaan Makan Penunggu Pasien] F --> G[PERAWAT RAWAT INAP • Menguatkan informasi. • Input order diet pasien dan memberi note tentang pesanan makan penunggu pasien.] G --> H[PERAWATAN PASIEN] G --> I[INSTALASI GIZI • Melakukan produksi makan penunggu sesuai pesanan • Input billing EHR] I --> H H --> J[KASIR • Memilah billing • Menagihkan pembayaran] J --> K[PASIEN PULANG] </pre>

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>5. Pelayanan Katering Nutrihospita</p> <p>a. Pelayanan Katering Diet</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pelanggan menghubungi Instalasi Gizi melalui contact person Admin Nutrihospita. 2) Admin Nutrihospita akan berkoordinasi dengan ahli gizi untuk pelaksanaan asesmen pasien baik secara online atau offline di Poli Gizi menyesuaikan kondisi pasien. 3) Pelanggan melakukan pembayaran katering diet melalui transfer ke Virtual Account Mandiri. 4) Instalasi Gizi memproses pesanan sesuai pesanan, kebutuhan, dan request pasien. 5) Pekarya gizi melakukan pengantaran sesuai lokasi yang ditentukan. <p>Alur:</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>ORDER</p> <p>•Menghubungi Instalasi Gizi (contact person: Admin Nutrihospita)</p> </div> <div style="font-size: 2em; margin-bottom: 10px;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>ASSESMENT</p> <p>•Perhitungan kebutuhan oleh Ahli Gizi (online / di Poli Gizi menyesuaikan kondisi pasien)</p> </div> <div style="font-size: 2em; margin-bottom: 10px;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>PEMBAYARAN</p> <p>•Transfer ke Virtual Account Mandiri: UGM IDR – Penerimaan Instalasi Gizi</p> </div> <div style="font-size: 2em; margin-bottom: 10px;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>PRODUKSI</p> <p>•Order diproses sesuai pesanan, kebutuhan, dan request pasien</p> </div> <div style="font-size: 2em; margin-bottom: 10px;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>DELIVERY</p> <p>•Pengantaran sesuai lokasi yang ditentukan</p> </div> </div> <p>b. Pelayanan Katering Sehat/Event</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pelanggan menghubungi Instalasi Gizi melalui contact person Admin Nutrihospita atau no ekstensi internal selambatnya H-2 dari pelaksanaan event. 2) Admin Nutrihospita akan berkoordinasi dengan pelanggan dan tim wirausaha Instalasi Gizi mengenai menu, jumlah, cara penyajian, waktu dan lokasi pengantaran. 3) Instalasi Gizi memproses pesanan sesuai pesanan pelanggan. 4) Pramusaji melakukan pengantaran sesuai lokasi yang ditentukan. 5) Admin Nutrihospita mengirimkan <i>invoice</i> pada pelanggan.

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>6) Pelanggan memproses pembayaran melalui SPJ SIPINTER atau langsung ke Virtual Account Mandiri.</p> <p>Alur:</p> <div><div>ORDER</div><div>•Menghubungi Instalasi Gizi (contact person: Admin Nutrihospita/ext 2157)</div></div> <div><div>KOORDINASI</div><div>•Koordinasi mengenai menu, jumlah, cara penyajian, waktu, dan lokasi pengantaran.</div></div> <div><div>PRODUKSI</div><div>Order diproses sesuai pesanan pelanggan</div></div> <div><div>DELIVERY</div><div>Pengantaran sesuai lokasi yang ditentukan</div></div> <div><div>PEMBAYARAN</div><div>SIPINTER atau transfer ke Virtual Account Mandiri: UGM IDR – Penerimaan Instalasi Gizi</div></div>
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<p>1. Konsultasi Gizi Rawat Jalan Senin – Kamis : 09.00 – 14.00 Jumat : 09.00 – 14.00 Hari Sabtu, Minggu/Libur Nasional : tutup Durasi : 20 sd 30 menit/pasien</p> <p>2. Asuhan Gizi Rawat Inap</p> <p>a. Senin – Kamis : 07.30 – 16.00</p> <p>b. Jumat: 07.30 – 16.30</p> <p>c. Sabtu : 07.30 – 13.00</p> <p>d. Senin- Minggu setelah jam kerja s.d. 17.00 : on call/online</p> <p>e. Hari Minggu/Libur Nasional: on call/online</p> <p>f. Durasi : 5 sd 20 menit/pasien</p> <p>3. Penyelenggaraan Makan Pasien</p> <p>a. Makanan Utama</p> <p>1) Pagi : 06.30 – 08.00</p> <p>2) Siang : 11.30 - 13.00</p> <p>3) Malam : 16.30 – 18.00</p> <p>b. Makanan Selingan</p> <p>1) Pagi : 09.00 – 10.00</p> <p>2) Siang : 14.00 – 15.00</p> <p>3) Malam : 19.00 – 20.00 (diet tertentu)</p> <p>4. Pelayanan Makan Penunggu Pasien</p> <p>a. Pagi : 06.30 – 08.00</p> <p>b. Siang : 11.30 - 13.00</p> <p>c. Malam : 16.30 – 18.00</p>

NO	KOMPONEN	URAIAN
		5. Pelayanan Katering Nutrihospita a. Pelayanan Katering Diet Order by WA: Setiap hari pukul 05.30 – 20.30 Pengiriman 1) Pagi : 06.30 – 08.00 2) Siang : 11.30 - 13.00 3) Malam : 16.30 – 18.00 b. Pelayanan Katering Sehat/Event Order: Senin – Jumat pukul 07.30 – 16.00 Pengiriman sesuai kesepakatan saat order
4.	Biaya Tarif Pelayanan	1. Konsultasi gizi rawat jalan, rawat inap, dan penyelenggaraan makan pasien: a. Pasien penjaminan BPJS Kesehatan/Jamkesda/Jampersal/BPJS Tenaga Kerja/Jasa Raharja dan penjaminan lain sesuai ketentuan yang berlaku. b. Pasien umum berdasarkan standar tarif yang berlaku di RS Akademik UGM. 2. Pelayanan makan penunggu pasien Berdasarkan tarif yang tertera pada <i>flyer</i> makan penunggu pasien yang berlaku. 3. Pelayanan Katering Nutrihospita a. Tarif katering diet sesuai yang tertera pada <i>flyer</i> katering diet yang berlaku. b. Tarif katering sehat/event sesuai yang tertera pada SIPINTER Nutrihospita dan pelayanan dapat menyesuaikan <i>budget</i> dari pelanggan.
5.	Produk Pelayanan	1. Konsultasi Gizi Rawat Jalan 2. Asuhan Gizi Pasien Rawat Inap 3. Penyelenggaraan Makan Pasien 4. Pelayanan Makan Penunggu Pasien 5. Pelayanan Katering Nutrihospita
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan/ Apresiasi	1. Email: rsa@ugm.ac.id 2. Tel: (0274) 4530404 ext 2157/2158/2159 3. SMS/ WA: Instalasi Gizi 0811-2858-796/ Admin Nutrihospita 0811-2837-381 4. Kotak saran 5. Petugas informasi dan pengaduan 6. Instagram: @rsugm
B. PENGELOLAAN PELAYANAN		
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431). 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 5072). 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. Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 2013 tentang Statuta Universitas Gadjah Mada (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5454). 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 78 Tahun 2013 Tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit.

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan.</p> <p>7. Peraturan Majelis Wali Amanat Universitas Gadjah Mada Nomor 4/SK/MWA/2014 tentang Organisasi dan Tata Kelola (<i>Governance</i>) Universitas Gadjah Mada sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Majelis Wali Amanat Universitas Gadjah Mada Nomor 5 Tahun 2023 tentang Perubahan Kedelapan atas Peraturan Majelis Wali Amanat Universitas Gadjah Mada Nomor 4/SK/MWA/2014 tentang Organisasi dan Tata Kelola (<i>Governance</i>) Universitas Gadjah Mada;</p> <p>8. Peraturan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 1 Tahun 2024 tentang Unit Khusus.</p> <p>9. Peraturan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 9 Tahun 2024 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada (<i>Hospital By Laws</i>);</p> <p>10. Keputusan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 1831/UN1.P/SK/HUKOR/2017 tentang Perubahan Nama Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada menjadi Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada;</p> <p>11. Keputusan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 1058/UN1.P/KPT/HUKOR/2022 tentang Direktur Utama Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada;</p> <p>12. Keputusan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 286/UN1.P/KPT/HUKOR/2024 tentang Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada Sebagai Unit Khusus;</p>
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	<p>1. Gedung Instalasi Gizi</p> <p>2. Ruang tamu</p> <p>3. Ruang Kepala Instalasi</p> <p>4. Ruang ganti pria dan wanita</p> <p>5. Ruang penerimaan bahan makanan</p> <p>6. Ruang penyimpanan bahan makanan basah</p> <p>7. Ruang penyimpanan bahan makanan kering</p> <p>8. Ruang persiapan bahan makanan</p> <p>9. Ruang produksi makanan</p> <p>10. Ruang produksi snack</p> <p>11. Ruang pemorsian</p> <p>12. Ruang pengawas produksi makanan</p> <p>13. Tempat pencucian alat makan pasien</p> <p>14. Tempat pencucian alat masak</p> <p>15. Dishwasher</p> <p>16. Troly makanan</p> <p>17. Komputer dan printer</p> <p>18. Ruang administrasi</p> <p>19. Freezer makanan</p> <p>20. Refrigerator makanan</p> <p>21. Set peralatan masak dan kompor</p> <p>22. Alat makan pasien</p> <p>23. Rak penyimpanan alat dan bahan makanan</p> <p>24. Pesawat Telepon</p> <p>25. Jaringan internet</p> <p>26. Almari penyimpanan B3</p> <p>27. Almari penyimpanan berkas</p> <p>28. Almari penyimpanan linen</p> <p>29. Perlengkapan APD</p> <p>30. Tempat sampah organik dan anorganik</p>

NO	KOMPONEN	URAIAN
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ahli gizi dengan kualifikasi S1 Gizi Kesehatan/D-IV Gizi dan profesi dietisien. 2. Pelaksana Gizi dengan kualifikasi minimal D-III Gizi. 3. Pramumasak dengan kualifikasi minimal SMK Boga/SMA dengan pengalaman di bidang kuliner. 4. Pramusaji, pekarya gizi, dan staf inventory gizi dengan kualifikasi minimal SMA/Sederajat.
4.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan evaluasi oleh Kepala Instalasi dibantu koordinator dalam pelaksanaan pelayanan 2. Supervisi oleh Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan 3. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit 4. Komite PPI Rumah Sakit 5. Satuan Pemeriksaan Internal
5.	Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi Gizi 1 orang 2. Ahli gizi 10 orang 3. Pelaksana Gizi 8 orang 4. Pramumasak 21 orang 5. Pramusaji 25 orang 6. Staf inventory gizi 2 orang 7. Pekarya gizi 1 orang
6.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan <i>friendly and caring</i> serta berfokus pada upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 3. Pengawasan keamanan pangan dalam penyelenggaraan makanan.
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kinerja pelayanan berdasarkan hasil Standar Pelayanan Minimal (SPM) setiap bulan. 2. Evaluasi kinerja pelayanan berdasarkan hasil survey kepuasan pasien setiap semester.

IX. STANDAR PELAYANAN HEMODIALISA

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu identitas 2. Surat jaminan (KIS/JKN/JKD,dll) kecuali pasien umum 3. SEP (surat eligibilitas peserta) kecuali pasien umum
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Rawat Jalan <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien datang ke RSA UGM sesuai jadwal yang ada di dalam surat keterangan diagnosa b. Pasien melakukan pendaftaran di bagian pendaftaran c. Pasien ke ruang hemodialisa d. Pasien dilakukan anamnesa oleh dokter pelaksana hemodialisa e. Jika hasil anamnesa dan pemeriksaan fisik memenuhi persyaratan, maka pasien dilakukan tindakan HD. 2. Pasien dari cito Bangsal/ICU/UGD <ol style="list-style-type: none"> a. Dokter umum jaga IGD/ruang rawat melakukan konsultasi pada dokter spesialis penyakit dalam konsultan ginjal hipertensi/dokter spesialis penyakit dalam yang sudah pelatihan dialisis untuk pasien yang secara klinis dan laboratorium terindikasi dilakukan cito hemodialisa b. Apabila sudah mendapat persetujuan dari dokter spesialis penyakit dalam konsultan ginjal hipertensi/ dokter spesialis penyakit dalam yang sudah pelatihan dialisis, pasien dilakukan pemeriksaan HbsAg, anti HCV total dan anti HIV c. Dokter/perawat mendaftarkan pasien untuk hemodialisa cito pada tim hemodialisa melalui kepala ruang HD d. Tim hemodialisa akan mempersiapkan ruangan dan tim dalam waktu maksimal 90 menit sejak pasien didaftarkan e. Formulir yang berkaitan dengan hemodialisa, disiapkan oleh dokter UGD/bangsal dan harus disertakan bersama dengan pasien. f. Setelah tindakan hemodialisa selesai, pasien akan ditransfer ke ruang perawatan sesuai dengan kriteria kebutuhan perawatannya. Apabila ruang rawat sudah dipesankan dari UGD, maka transfer pasien dilakukan oleh perawat HD. Jika ruang perawatan tidak ada, maka pasien akan dikembalikan ke UGD. g. Jika pasien memerlukan rujuk eksternal, maka akan dilakukan rujuk sesuai dengan SPO rujuk eksternal. 3. Pasien Travelling <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien menghubungi/datang ke Instalasi Renal Dialisis untuk menanyakan ketersediaan tempat untuk hemodialisa b. Perawat menanyakan hasil laboratorium (darah rutin, anti HCV total, anti HIV dan HbsAg) dan <i>form travelling</i> pasien <ol style="list-style-type: none"> 1) Jika pasien membawa hasil laboratorium (<1 bulan), pasien tidak perlu cek laboratorium 2) Jika pasien membawa hasil laboratorium (>1 bulan) dan atau hasil laboratorium tertulis hanya di <i>form travelling</i> tanpa ada bukti print, maka pasien perlu untuk cek laboratorium ulang c. Dokter pelaksana HD/perawat melaporkan kondisi klinis dan hasil laboratorium kepada dokter spesialis penyakit dalam konsultan ginjal hipertensi/dokter spesialis penyakit dalam yang sudah pelatihan dialisis

NO	KOMPONEN	URAIAN													
		d. Apabila sudah mendapat persetujuan dari dokter spesialis penyakit dalam konsultan ginjal hipertensi/dokter spesialis penyakit dalam yang sudah pelatihan dialisis, pasien dilakukan tindakan hemodialisa sesuai dengan jadwal yang sudah ditentukan													
3.	Jangka Waktu Pelayanan	1. HD <i>emergency</i> /cito: 24 jam setiap hari 2. HD regular: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hari</th><th>Shift</th><th>Jam Pelayanan</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Senin - Rabu</td><td>Pagi</td><td>07.00 – 14.30</td></tr> <tr> <td>Siang</td><td>13.30 – 21.00</td></tr> <tr> <td rowspan="2">Kamis - Sabtu</td><td>Pagi</td><td>07.00 – 14.00</td></tr> <tr> <td>Siang</td><td>13.30 – 20.30</td></tr> </tbody> </table>	Hari	Shift	Jam Pelayanan	Senin - Rabu	Pagi	07.00 – 14.30	Siang	13.30 – 21.00	Kamis - Sabtu	Pagi	07.00 – 14.00	Siang	13.30 – 20.30
Hari	Shift	Jam Pelayanan													
Senin - Rabu	Pagi	07.00 – 14.30													
	Siang	13.30 – 21.00													
Kamis - Sabtu	Pagi	07.00 – 14.00													
	Siang	13.30 – 20.30													
4.	Biaya Tarif Pelayanan	1. Pasien penjaminan dengan menggunakan BPJS Kesehatan/Jamkesda/BPJS Tenaga Kerja dan penjaminan lain, sesuai ketentuan yang berlaku 2. Pasien Umum Pasien Umum membayar sesuai dengan tarif Tunggal yang sesuai dengan Diagnosa pasien													
5.	Produk Pelayanan	1. Hemodialisis pada Pasien Dewasa 2. Hemodialisis pada Pasien Anak													
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukkan/ Apresiasi	1. Email: rsa@ugm.ac.id 2. Tel: 0274-4530404 3. Fax: 0274-4530606 4. SMS/ WA: 08112548118 5. Kotak saran 6. Petugas informasi dan pengaduan 7. Website: www.rsa.ugm.ac.id 8. Instagram: @rsugm dan ugm.id/kontakkami													
B. PENGELOLAAN PELAYANAN															
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. 5. Undang-undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran 6. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan. 7. Peraturan Pemerintah nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan 8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. 9. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 290 tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran 10. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 812 tahun 2010 tentang hemodialisis 11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. 13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit.													

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.</p> <p>15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.</p> <p>16. Pedoman Pelayanan Hemodialisis di Sarana Pelayanan Kesehatan, Direktorat Bina Pelayanan Kesehatan Medik Spesialistik tahun 2008</p>
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	<p>1. Ruangan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>Nurse station</i> b. Ruang tunggu pasien dan keluarga c. Ruang konsultasi d. Ruang tindakan HD reguler e. Ruang tindakan HD <i>airborne</i> f. Ruang tindakan HD <i>bloodborne</i> g. Ruang <i>water treatment</i> h. Toilet pasien i. Toilet petugas j. Gudang alat dan linen bersih k. Gudang BHP <p>2. Sarana Prasarana</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mesin hemodialisis b. Tempat tidur/kursi pasien c. Kursi roda d. Stetoskop e. Tensimeter f. Tensimeter digital/infrared g. <i>Penlight</i> h. <i>Hammer</i> i. <i>Film viewer</i> j. Tiang infus k. Timbangan berat badan l. Tabung oksigen besar dan tabung transport m. <i>Infusion/syringe pump</i> n. <i>Bedside monitor</i> o. EKG p. <i>Troli emergency</i> q. <i>Defibrillator</i> r. <i>Ambubag</i> s. <i>Gudel, ETT</i>
3.	Kompetensi Pelaksana	<p>1. Dokter Spesialis Penyakit Dalam Konsultan Ginjal Hipertensi</p> <p>2. Dokter Spesialis Penyakit Dalam dengan Sertifikat Pelatihan Dialisis</p> <p>3. Dokter Spesialis penyakit Dalam</p> <p>4. Dokter Umum dengan Sertifikat Pelatihan Dialisis</p> <p>5. Perawat dengan Sertifikat Pelatihan Dialisis</p>
4.	Pengawasan Internal	<p>1. Monitoring & evaluasi oleh Kepala Ruang dan Kepala Instalasi</p> <p>2. Supervisi oleh Kepala Bidang pelayanan Medik dan Keperawatan dan Seksi pelayanan Medik dalam pelaksanaan pelayanan</p> <p>3. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit</p> <p>4. Komite K3RS</p> <p>5. Komite PPI Rumah sakit</p> <p>6. Satuan Pemeriksaan Internal</p>
5.	Pelaksana	<p>1. Kepala Instalasi 1 orang (dokter Spesialis Penyakit Dalam Konsultan Ginjal Hipertensi)</p>

NO	KOMPONEN	URAIAN
		2. Kepala Ruang 1 orang 3. Dokter Spesialis Penyakit Dalam 7 orang 4. Dokter umum 4 orang 5. Perawat 28 orang 6. Pekarya 3 orang
6.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif serta mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien (<i>Pasien Safety</i>). 3. Pengawasan keamanan di RS dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) RS.
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi Indikator Mutu Nasional (INM), Indikator Mutu Unit (IMUT) dilaksanakan setiap bulan. 2. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan. 3. Evaluasi kepuasan pelanggan dilaksanakan minimal 2 (dua) kali dalam setahun. 4. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

X. STANDAR PELAYANAN INSTALASI UNIT TRANSFUSI DARAH

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulir permintaan komponen darah 2. Sampel darah pasien
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Donor darah sukarela/ pengganti <ol style="list-style-type: none"> a. Pendonor mengisi formulir pendaftaran donor dan menandatangani. b. Formulir pendaftaran diberikan kepada petugas c. Timbang berat badan dan petugas mencatatnya pada formulir pendaftaran d. Petugas Instalasi Unit Transfusi Darah (UTD) memeriksa tensi pendonor dan mencatatnya di formulir pendaftaran e. Petugas memeriksa kadar Hb dan golongan darah (ABO dan <i>Rhesus</i>) calon donor dan mencatatnya di formulir pendaftaran f. Jika memenuhi persyaratan sebagai donor, maka calon donor dipersilahkan menuju ke Ruang Pengambilan Darah (Aftap) 2. Permintaan Komponen Darah <ol style="list-style-type: none"> a. Perawat/pekerja menyerahkan formulir permintaan darah dan sampel pasien ke UTD b. Petugas UTD mencocokkan kesesuaian identitas formulir permintaan dan sampel pasien c. Petugas UTD mengecek golongan darah pasien sel <i>typing</i> dan <i>serum typing</i>. d. Petugas UTD mengambil komponen darah yang diminta dan melakukan uji silang serasi. e. Petugas UTD menyerahkan komponen darah kepada pekerja/perawat/bidan sesuai dengan permintaan
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk permintaan Cito PRC dilayani kurang dari 30 menit 2. Permintaan komponen darahnya tersedia di UTD dilayani 1 jam 3. Permintaan komponen darah, jika darah tidak tersedia di UTD kurang lebih 3 jam.
4.	Biaya/Tarif Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sesuai Tarif Pergub (Pasien Umum) 2. INA CBGs (Pasien JKN-KIS)
5.	Produk Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan penyediaan komponen darah PRC 2. Pelayanan penyediaan komponen darah FFP 3. Pelayanan penyediaan komponen darah TC 4. Pelayanan penyediaan komponen darah <i>Whole Blood</i> 5. Pelayanan penyediaan komponen darah TA
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan/ Apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email: rsa@ugm.ac.id 2. Tel: 0274-4530404 3. Fax: 0274-4530606 4. SMS/ WA: 08112548118 5. Kotak saran 6. Petugas informasi dan pengaduan 7. Website: www.rsa.ugm.ac.id 8. Instagram: @rsugm dan ugm.id/kontakkami
B. PENGELOLAAN PELAYANAN		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.

NO	KOMPONEN	URAIAN
		3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. 5. Undang-undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. 6. Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan. 7. Peraturan Pemerintah nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan 8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. 9. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 290 tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran 10. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 91 tahun 2015 tentang Standar Transfusi Pelayanan Darah 11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. 13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit. 14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. 15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	1. Ruang tunggu 2. Ruang pendaftaran dan anamnesa 3. Ruang pengambilan darah/Aftap 4. Ruang pengolahan komponen darah 5. Ruang IMLTD/ <i>imunoserologi</i> 6. Ruang uji silang serasi 7. Loker pengambilan darah 8. <i>Blood bank refrigerator</i> 9. <i>Freezer</i> 10. Timbangan badan 11. Tensi manual dan digital 12. <i>Refrigerated centrifuge</i> 13. Alat <i>screening</i> IMLTD 14. <i>Centrifuge</i> sampel darah 15. <i>Sealer</i> 16. Inkubator dan <i>sentrifuge lisscombs</i>
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Teknologi bank darah 2. ATLM 3. Perawat
4.	Pengawasan Internal	1. Monitoring dan evaluasi oleh Kepala Ruang dan Kepala Instalasi 2. Komite Mutu Keselamatan Pasien Rumah Sakit 3. Komite K3RS 4. Komite PPI Rumah Sakit 5. Satuan Pemeriksaan Internal
5.	Pelaksana	1. Kepala Instalasi 1 orang 2. Perawat 1 orang 3. ATLM 2 orang

NO	KOMPONEN	URAIAN
		4. Teknisi Pelayanan Darah 4 orang 5. Admin 1 orang
6.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, akurat serta mengutamakan peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan pendonor.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Data medis pasien dan pendonor dijaga kerahasiaan 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien dan pendonor 3. Seleksi donor, <i>skrining</i> , penyimpanan, hingga pendistribusian sesuai dengan prosedur
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi pemakaian stok darah 2. Evaluasi reaksi transfusi darah 3. Evaluasi ketersediaan permintaan darah darurat

XI. STANDAR PELAYANAN INSTALASI K3 DAN SANITASI

NO	KOMPONEN	URAIAN																																									
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN																																											
1.	Persyaratan	Pelayanan Instalasi Kesehatan Keselamatan Kerja dan Sanitasi (K3S) merupakan unit penunjang non medis yang mendukung operasional Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada.																																									
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<div>Prosedur Penanganan Kecelakaan Kerja</div> <div><div>Terjadi Kecelakaan Kerja</div><div>Menghubungi PJ ruangan, Kepala Instalasi/ Bagian/ Instalasi K3 dan Sanitasi</div><div>Membuat Laporan Kronologi</div><div>Melakukan Analisa Kecelakaan Kerja</div></div> <div>ALUR PENANGANAN NEEDLE INJURY STICK</div> <div><div>NIS</div><div>Cuci dengan air mengalir dan sabun lalu antiseptik.</div><div>Lapor pada PI ruang, K3, TPA PPI, TPA</div><div>IOD</div><div><div>Status serologi pasien diketahui</div><div>Status serologi pasien tidak diketahui</div></div><div><div><div>Hepatitis B</div><div>Cek status serologi kronik (HBsAg)</div><div><div>Negatif</div><div>Positif</div></div><div><div>apth utk penun. diberikan vaksin Hepatitis B serangin 1x DAN diberikan evaluasi kadar anti HBs dg hasil > 10 mIU/ml (2x 1-3 bln setelah vaksin lengkap)</div><div>1x perlu tindakan</div></div><div><div>Ya</div><div>Tidak</div></div><div><div>1x perlu tindakan lanjutan</div><div>Cek status anti HBs, tdk > 10 mIU/ml, tidak perlu tindakan. Jika tidak < 10 mIU/ml</div></div></div><div><div>HIV (+)</div><div>Tin Medis HIV/ AIDS sesuai tingkat profilaktik seropositif (dikaya karung dari 3 jam setelah NIS)</div><div>Kecoding post pajanan</div><div>Follow Up</div><div>Diberikan pemberian HBVg dengan dosis 0,06mg/kg BM SESEGERA mungkin DAN diberikan vaksin Hepatitis B secara lengkap</div><div>Diberikan evaluasi anti HBs (minimal 6 bulan setelah pemberian HBVg) serta evaluasi HBsAg dan anti HBs (minimal 6 bulan setelah pemberian HBVg)</div></div><div><div>Hepatitis C</div><div>Periksa HCV RNA dalam waktu 2 minggu - 3 bulan pasca</div><div><div>HBV Hasil (-)</div><div>HBV Hasil (+)</div></div><div><div>Cek titer anti HBs kronik</div><div>Kontrol bebas dirangsang -> berikan HBIG maks. 2x 24 jam</div></div><div><div><10 mIU/ml</div><div>diberikan vaksin 1x lengkap</div></div><div><div>Hasil HIV dan HCV (+) mengulangi skr, untuk hasil (-) tidak diperlukan tindakan apapun</div></div></div></div></div> <tr><td>3.</td><td>Jangka Waktu Pelayanan</td><td><table><tr><th>No</th><th>Hari</th><th>Shift</th><th>Jam Pelayanan</th></tr><tr><td rowspan="6">1.</td><td colspan="3">Sanitasi Lingkungan</td></tr><tr><td rowspan="2">Senin-Kamis</td><td>Pagi</td><td>07.00 – 14.30</td></tr><tr><td>Siang</td><td>13.30 – 21.00</td></tr><tr><td rowspan="2">Kamis - Sabtu</td><td>Pagi</td><td>07.00 – 14.00</td></tr><tr><td>Siang</td><td>13.30 – 20.30</td></tr><tr><td colspan="2">CITO/ Emergency</td><td>on call</td></tr><tr><td rowspan="6">2.</td><td colspan="3">Keselamatan, Kesehatan Kerja</td></tr><tr><td rowspan="2">Senin-Kamis</td><td>Pagi</td><td>07.00 – 14.30</td></tr><tr><td>Siang</td><td>13.30 – 21.00</td></tr><tr><td rowspan="2">Kamis - Sabtu</td><td>Pagi</td><td>07.00 – 14.00</td></tr><tr><td>Siang</td><td>13.30 – 20.30</td></tr><tr><td colspan="2">CITO/ Emergency</td><td>on call</td></tr></table></td></tr>	3.	Jangka Waktu Pelayanan	<table><tr><th>No</th><th>Hari</th><th>Shift</th><th>Jam Pelayanan</th></tr><tr><td rowspan="6">1.</td><td colspan="3">Sanitasi Lingkungan</td></tr><tr><td rowspan="2">Senin-Kamis</td><td>Pagi</td><td>07.00 – 14.30</td></tr><tr><td>Siang</td><td>13.30 – 21.00</td></tr><tr><td rowspan="2">Kamis - Sabtu</td><td>Pagi</td><td>07.00 – 14.00</td></tr><tr><td>Siang</td><td>13.30 – 20.30</td></tr><tr><td colspan="2">CITO/ Emergency</td><td>on call</td></tr><tr><td rowspan="6">2.</td><td colspan="3">Keselamatan, Kesehatan Kerja</td></tr><tr><td rowspan="2">Senin-Kamis</td><td>Pagi</td><td>07.00 – 14.30</td></tr><tr><td>Siang</td><td>13.30 – 21.00</td></tr><tr><td rowspan="2">Kamis - Sabtu</td><td>Pagi</td><td>07.00 – 14.00</td></tr><tr><td>Siang</td><td>13.30 – 20.30</td></tr><tr><td colspan="2">CITO/ Emergency</td><td>on call</td></tr></table>	No	Hari	Shift	Jam Pelayanan	1.	Sanitasi Lingkungan			Senin-Kamis	Pagi	07.00 – 14.30	Siang	13.30 – 21.00	Kamis - Sabtu	Pagi	07.00 – 14.00	Siang	13.30 – 20.30	CITO/ Emergency		on call	2.	Keselamatan, Kesehatan Kerja			Senin-Kamis	Pagi	07.00 – 14.30	Siang	13.30 – 21.00	Kamis - Sabtu	Pagi	07.00 – 14.00	Siang	13.30 – 20.30	CITO/ Emergency		on call
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<table><tr><th>No</th><th>Hari</th><th>Shift</th><th>Jam Pelayanan</th></tr><tr><td rowspan="6">1.</td><td colspan="3">Sanitasi Lingkungan</td></tr><tr><td rowspan="2">Senin-Kamis</td><td>Pagi</td><td>07.00 – 14.30</td></tr><tr><td>Siang</td><td>13.30 – 21.00</td></tr><tr><td rowspan="2">Kamis - Sabtu</td><td>Pagi</td><td>07.00 – 14.00</td></tr><tr><td>Siang</td><td>13.30 – 20.30</td></tr><tr><td colspan="2">CITO/ Emergency</td><td>on call</td></tr><tr><td rowspan="6">2.</td><td colspan="3">Keselamatan, Kesehatan Kerja</td></tr><tr><td rowspan="2">Senin-Kamis</td><td>Pagi</td><td>07.00 – 14.30</td></tr><tr><td>Siang</td><td>13.30 – 21.00</td></tr><tr><td rowspan="2">Kamis - Sabtu</td><td>Pagi</td><td>07.00 – 14.00</td></tr><tr><td>Siang</td><td>13.30 – 20.30</td></tr><tr><td colspan="2">CITO/ Emergency</td><td>on call</td></tr></table>	No	Hari	Shift	Jam Pelayanan	1.	Sanitasi Lingkungan			Senin-Kamis	Pagi	07.00 – 14.30		Siang	13.30 – 21.00	Kamis - Sabtu	Pagi		07.00 – 14.00	Siang	13.30 – 20.30	CITO/ Emergency		on call	2.		Keselamatan, Kesehatan Kerja				Senin-Kamis	Pagi	07.00 – 14.30	Siang		13.30 – 21.00	Kamis - Sabtu	Pagi	07.00 – 14.00	Siang	13.30 – 20.30	CITO/ Emergency
No	Hari	Shift	Jam Pelayanan																																								
1.	Sanitasi Lingkungan																																										
	Senin-Kamis	Pagi	07.00 – 14.30																																								
		Siang	13.30 – 21.00																																								
	Kamis - Sabtu	Pagi	07.00 – 14.00																																								
		Siang	13.30 – 20.30																																								
	CITO/ Emergency		on call																																								
2.	Keselamatan, Kesehatan Kerja																																										
	Senin-Kamis	Pagi	07.00 – 14.30																																								
		Siang	13.30 – 21.00																																								
	Kamis - Sabtu	Pagi	07.00 – 14.00																																								
		Siang	13.30 – 20.30																																								
	CITO/ Emergency		on call																																								

NO	KOMPONEN	URAIAN			
		No	Hari	Shift	Jam Pelayanan
		3.	Kebersihan Lingkungan Rumah sakit (<i>indoor</i>)		
			Senin-Minggu	24 jam	
		4.	Kebersihan Lingkungan Rumah Sakit (<i>outdoor</i>)		
			Senin-Minggu	pagi	06.00-14.00
				Middle	08.00-16.00
4.	Biaya / Tarif	-			
5.	Produk Pelayanan	1. Penyediaan Air Bersih Rumah Sakit 2. Pengolahan Limbah dan Pengawasan Limbah Rumah Sakit 3. Pengendalian Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit 4. Higiene Sanitasi Makanan 5. Penyelenggaraan Kesehatan Lingkungan Dalam Kondisi Matra Ancaman Global Perubahan Iklim 6. Penyehatan Ruang dan Bangunan Rumah Sakit 7. Pemantauan dan pengawasan keselamatan/keamanan sarana, prasarana dan peralatan kesehatan. 8. Melakukan pemeriksaan Kesehatan bagi pekerja sebelum bekerja. 9. Melakukan pemeriksaan berkala dan pemeriksaan khusus sesuai pajanan di Rumah Sakit 10.Melakukan pemberian vaksinasi/ imunisasi bagi pekerja sesuai dengan pajanan di Rumah Sakit 11.Melakukan pemantauan lingkungan kerja dan Ergonomi yang berkaitan dengan Kesehatan kerja.			
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukkan/ Apresiasi	1. Email: rsa@ugm.ac.id 2. Tel: 0274-4530404 3. Fax: 0274-4530606 4. SMS/WA: 08112548118 5. Kotak saran 6. Petugas informasi dan pengaduan 7. Website: www.rsa.ugm.ac.id 8. Instagram: @rsugm dan ugm.id/kontakkami			
B. PENGELOLAAN PELAYANAN					
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. 3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 4. Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tenaga Kesehatan. 5. Peraturan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. 6. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan Nomor 56/Menlhk-Setjen/2015 tentang Tata Cara dan Persyaratan Teknis Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit. 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit. 10.Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. 11.Peraturan Pemerintah Nomor 22 Tahun 2021 tentang			

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>Penyelenggaraan Perlindungan Lingkungan Hidup dan Pengelolaan Lingkungan Hidup.</p> <p>12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit.</p> <p>13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2023 Tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan.</p> <p>14. Keputusan Menteri Indonesia Nomor 1096/MenKes/PER/VI/2011 tentang Persyaratan hygiene Sanitasi Jasa Boga.</p> <p>15. Daerah DIY Nomor 7 Tahun 2016 Tentang Baku Mutu Air Limbah Untuk Kegiatan Rumah Sakit.</p> <p>16. Peraturan Direktur Utama Rumah Sakit Akademik UGM Nomor 349/UN1/RSA/K3S/HK/2022 tentang Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di Lingkungan Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada.</p>
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	<p>1. Instalasi Pengolahan Air Limbah Rumah Sakit (IPAL)</p> <p>2. <i>Water Treadment Plant</i> (WTP) Air Bersih</p> <p>3. Tempat Penyimpanan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (TPS B3)</p> <p>4. Tempat Pengumpulan Limbah Padat Domestik (TPS Domestik)</p> <p>5. Instalasi Hidrant</p> <p>6. Tabung Apar</p> <p>7. Lampu UV Sterilisasi</p> <p>8. <i>Collfog</i></p> <p>9. <i>Hepafilter portable</i></p> <p>10. Ph meter</p> <p>11. <i>Lux meter</i></p> <p>12. <i>Thermohigrometer</i></p> <p>13. <i>Sound Level Meter</i></p> <p>14. <i>Anemometer</i></p> <p>15. Tempat sampah</p>
3.	Kompetensi Pelaksana	<p>1. Sanitarian Ahli</p> <p>2. Sanitarian Terampil</p> <p>3. Ahli K3 Rumah Sakit</p> <p>4. SMK Mesin</p>
4.	Pengawasan Internal	<p>1. Monitoring dan Evaluasi oleh Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum</p> <p>2. Monitoring dan Evaluasi oleh Kepala Instalasi</p> <p>3. Komite Mutu Rumah Sakit</p> <p>4. Komite PPI Rumah Sakit</p> <p>5. Satuan Pemeriksaan Internal</p>
5.	Pelaksana	<p>1. Kepala Instalasi 1 orang</p> <p>2. Teknisi Sanitarian 2 orang</p> <p>3. Ahli K3 Rumah Sakit 1 orang</p> <p>4. Asisten Sanitarian 1 orang</p>
6.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan mengacu kepada regulasi atau peraturan yang berlaku serta mengutamakan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<p>1. Pelayanan berdasarkan regulasi atau aturan yang berlaku</p> <p>2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien (<i>pasien safety</i>).</p> <p>3. Adanya Pengujian atau data eksternal dari laboratorium yang</p>

NO	KOMPONEN	URAIAN
	Pelayanan	terakreditasi.
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi Indikator Mutu Unit Kerja 2. Evaluasi Kepuasan Pelanggan

**XII. STANDAR PELAYANAN EDUKASI KESEHATAN PROMOSI KESEHATAN
RUMAH SAKIT**

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	1. Usulan Rencana Kegiatan Edukasi Kesehatan online/offline berupa tema atau judul edukasi dari setiap Dokter Penanggung Jawab atau Instalasi atau Unit Kerja lain 2. Narasumber 3. Dokumen Satuan Acara Penyuluhan (SAP) atau TOR kegiatan
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<div style="text-align: center;"> <pre> graph TD A[Unit Kerja/Instalasi/PPA/DPJP] --> B[Instalasi PKRS] B --> C[Persiapan edukasi kesehatan offline/daring] C --> D[Pelaksanaan edukasi kesehatan offline/daring] D --> E[Menyusun laporan] </pre> </div> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Unit kerja/Instalasi/PPA/DPJP/mengajukan rencana kegiatan edukasi kesehatan <i>offline/daring</i> serta membuat Satuan Acara Penyuluhan (SAP) atau TOR ke Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) Instalasi PKRS membuat perencanaan atau persiapan edukasi kesehatan <i>offline/daring</i> Instalasi PKRS memfasilitasi pelaksanaan edukasi kesehatan <i>offline/daring</i> Instalasi PKRS menyusun laporan terkait pelaksanaan edukasi kesehatan <i>offline/online</i>
3.	Jangka Waktu Pelayanan	1. Penyuluhan Kesehatan <i>Offline</i> Hari : Setiap 1 minggu sekali Pukul : 10.00 – 11.00 2. Penyuluhan Kesehatan <i>Online</i> a. Cermat Bagus Hari : Selasa dan Kamis minggu ke dua dan ke empat Pukul : 09.00 – 10.00 b. Talkshow Hari : Setiap Kamis minggu ke tiga Pukul : 09.30 – 11.30
4.	Biaya / Tarif	-
5.	Produk Pelayanan	1. Edukasi / Penyuluhan Kesehatan <i>Offline</i> 2. Edukasi / Penyuluhan Kesehatan <i>Online</i>

NO	KOMPONEN	URAIAN
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan/Apresiasi	1. Email : rsa@ugm.ac.id 2. Tel : 0274-4530404 3. FaX : 0274-4530606 4. WA RSA : 08112856210 5. WA PKRS : 08112845904 6. Kotak Saran 7. Petugas Informasi dan Pengaduan 8. Website : www.rsa.ugm.ac.id 9. Instagram : @rsugm dan ugm.id/kontakkami
B. PENGELOLAAN PELAYANAN		
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2018 Tentang Penyelenggaraan Promosi Kesehatan Rumah Sakit 4. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada Nomor 857/UN1/RSA/PKRS/SK/2022 tentang Pedoman Pelayanan Promosi Kesehatan di Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	1. Ruang Studio 2. LCD 3. Proyektor 4. Laptop 5. <i>Sound System</i> 6. Kabel Rol 7. Troli 8. Kamera 9. Handycam 10. Mixer 11. TV 12. <i>Jack ConveRter</i> 13. Kabel HDMI 14. Kabel makita 15. Lensa kamera 16. Baterai cadangan kamera 17. Headset 18. <i>Microphone table stand</i> 19. <i>Bracket Standing</i> 20. <i>Voice Recorder</i> 21. <i>Power Mixer</i> 22. <i>Tripod Kamera</i> 23. <i>Clip On</i> 24. <i>Microphe senam</i> 25. Adaptor Audio
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Narasumber Ahli sesuai bidangnya 2. Fasilitator Tenaga Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Rumah Sakit
4.	Pengawasan Internal	1. Monitoring dan Evaluasi oleh Kepala Instalasi Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Rumah Sakit 2. Supervisi oleh Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan 3. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit 4. Satuan Pemeriksaan Internal
5.	Pelaksana	1. Kepala Instalasi 1 orang 2. Tenaga Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku 3 orang

NO	KOMPONEN	URAIAN
		3. Tenaga Desain 1 orang
6.	Jaminan Pelayanan	Edukasi kesehatan diberikan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensinya dan disampaikan dengan menggunakan bahasa yang mudah dipahami serta komunikasi efektif
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	Informasi yang disampaikan sesuai dengan pedoman peraturan perundang undangan yang berlaku serta kaidah keilmuan.
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Evaluasi kegiatan edukasi kesehatan offline/online dilakukan setiap setahun 2 kali dengan menggunakan kuesioner kepuasan masyarakat terhadap edukasi kesehatan yang telah diberikan.

XIII. STANDAR PELAYANAN *WELLNESS*

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu identitas 2. <i>Informed concern</i> kontrak paket layanan 3. <i>itinerary</i>
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendaftaran pelayanan <i>wellness tourism</i> dapat melalui: <ol style="list-style-type: none"> a. No Telp/WA <i>Hotline Health Tourism</i> yang akan diterima oleh <i>Patient Relations Officer (PRO)</i> Rumah Sakit b. No Telp/WA Biro Perjalanan Wisata (BPW) yang akan diterima oleh BPW c. Website yang akan diterima oleh <i>PRO</i>. d. <i>Customer</i> datang mandiri ke RS dan diterima <i>Customer Service (CS)</i>. <ul style="list-style-type: none"> • Untuk poin b: Jika pendaftaran melalui Biro Perjalanan Wisata, maka BPW maka menyampaikan kebutuhan customer tersebut kepada <i>PRO</i> di RS Akademik UGM • Untuk poin d: - jika pasien sudah mengetahui layanan <i>Health tourism</i> yang dibutuhkan maka CS akan menghubungi <i>PRO</i> dan selanjutnya <i>PRO</i> yang akan mengkoordinasikan kebutuhan <i>Customer</i> selanjutnya 2. <i>Patient Relations Officer (PRO)</i> rumah sakit/BPW mengkonfirmasi data identitas dan kebutuhan pelayanan <i>Wellness Tourism</i>: paket yang akan dipilih 3. <i>PRO</i> mengkoordinasikan kebutuhan paket <i>wellness</i> yang dapat dipilih oleh customer dan menyampaikan <i>itinerary</i> 4. <i>PRO</i> melakukan kontrak layanan dari kesepakatan paket dan <i>itinerary</i> yang sudah disepakati 5. <i>PRO</i> menyampaikan pembiayaan sesuai dengan paket yang sudah disepakati dan mengkonfirmasi pembayaran. 6. <i>PRO</i> rumah sakit mengkoordinasikan kembali ke BPW paket yang dipilih oleh <i>customer</i>. 7. Tim layanan BPW memberikan pelayanan sesuai dengan paket layanan yang disepakati oleh <i>customer</i>. 8. Selama Pasien melakukan perjalanan Wisata dengan BPW, <i>PRO</i> tetap melakukan koordinasi dan monitoring pelaksanaan paket layanan <i>Wellness</i> 9. Jika selama perjalanan wisata/kegiatan <i>Wellness</i> terdapat <i>customer</i> yang mengalami kondisi <i>emergency</i>, maka BPW menginformasikan ke <i>PRO</i> dan selanjutnya akan dikoordinasikan ke IGD untuk penjemputan dan tatalaksana lanjutan. 10. Selesai kegiatan <i>Wellness</i>, <i>PRO</i> melakukan monitoring dan evaluasi kepuasan pelayanan <i>Wellness</i> melalui <i>Form/Google Form</i>. 11. <i>PRO</i> melakukan pencatatan dan pelaporan <i>Monev Customer</i> untuk Laporan Instalasi Per 6 bulan.
3.	Jangka Waktu Pelayanan	Fleksibel sesuai dengan perjanjian dengan <i>customer</i>
4.	Biaya/Tarif Pelayanan	<i>Customer</i> dengan pembiayaan umum
5.	Produk Pelayanan	Layanan Unggulan <i>Wellness Tourism: Modified Relaxation Therapy (MRT)</i>

NO	KOMPONEN	URAIAN
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan/ Apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Website <i>Health Tourism</i> https://healthtourism.rsa.ugm.ac.id/ 2. Website RS Akademik UGM https://rsa.ugm.ac.id/ 3. Instagram <i>Health Tourism</i>/ RS Akademik UGM @Healthtourism.rsaugm atau @rsugm 4. <i>Contact Person</i> CP <i>Health Tourism</i> : 0811-2844-774 5. Kotak Saran 6. Petugas Informasi dan Pengaduan 7. SMS atau WA CS RSA UGM
B. PENGELOLAAN PELAYANAN		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang - Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887); 2. Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 2013 tentang Statuta Universitas Gadjah Mada (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5454); 3. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5942); 4. Peraturan Majelis Wali Amanat Universitas Gadjah Mada Nomor 4/SK/MWA/2014 tentang Organisasi dan Tata Kelola (<i>Governance</i>) Universitas Gadjah Mada sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Majelis Wali Amanat Universitas Gadjah Mada Nomor 3 Tahun 2023 tentang Perubahan Ketujuh atas Peraturan Majelis Wali Amanat Universitas Gadjah Mada Nomor 4/SK/MWA/2014 tentang Organisasi dan Tata Kelola (<i>Governance</i>) Universitas Gadjah Mada; 5. Peraturan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 17 Tahun 2018 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada (<i>Hospital By Laws</i>); 6. Keputusan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 1831/UN1.P/SK/HUKOR/2017 tentang Perubahan Nama Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada menjadi Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada; 7. Keputusan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 1058/UN1.P/SK/KPT/DSDM/2022 tentang Direktur Utama Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada; 8. Keputusan Direktur Utama Nomor 72/UN1/RSA/IWMW/SK/2024 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Wisata Medis dan <i>Wellness</i>
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peralatan yang mendukung layanan unggulan: <i>Matras, sound system</i> dll 2. Peralatan <i>Medical Check Up</i> 3. Venue yang mendukung layanan MRT 4. Tempat Wisata yang mendukung kegiatan 5. <i>Ambulance Emergency</i>
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Psikiatri/Psikolog 2. Perawat / Bidan 3. Tim Medis (Dokter, Perawat, Driver) 4. <i>Patient Relation Officer</i> (PRO)

NO	KOMPONEN	URAIAN
4.	Pengawasan Internal	1. Monitoring dan Evaluasi oleh Kepala Instalasi Wisata Medis dan <i>Wellness</i> berikut dengan penanggung jawab <i>medical tourism</i> 2. Supervisi oleh Kepala Bagian Pelayanan Medik dan kepala Bagian Keperawatan 3. Komite Mutu RS Akademik UGM 4. Satuan Pemeriksaan Internal
5.	Jumlah Pelaksana	1. Kepala Instalasi 1 orang 2. Staf 3 orang (penanggung jawab <i>medical tourism</i> , penanggung jawab <i>wellness tourism</i> , penanggung jawab marketing) 3. Dokter spesialis psikiatri 1 orang 4. Psikolog 1 orang 5. Perawat/Bidan 6. Tim Medis (Dokter 1 orang, Perawat 1 orang, <i>Driver</i> 1 orang) 7. <i>Patient Relations Officer</i> (PRO) 3 orang
6.	Jaminan Pelayanan	1. Pelayanan kesehatan berkualitas tinggi 2. Keamanan dan kenyamanan pasien 3. Konsultasi dan perawatan personal 4. Transparansi biaya 5. Akses informasi kesehatan 6. Layanan bantuan 24 jam 7. Fasilitas yang lengkap dan memadai 8. Peningkatan berkelanjutan
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien (<i>patient safety</i>) 2. Pengawasan keamanan, kesehatan dan keselamatan customer selama kegiatan <i>Wellness</i> oleh Tim Medis
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Indikator mutu Unit (IMUT) dilaksanakan setiap bulan 2. Evaluasi kepuasan pelanggan dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun 3. Laporan kinerja dilaporkan setiap 6 bulan sekali kepada Direktur Utama 4. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien

STANDAR PELAYANAN WISATA MEDIS

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	1. Kartu identitas 2. Kartu asuransi 3. <i>Informed concern</i> tindakan dan anestesi 4. Berkas dokumen rawat inap 5. Clinical Pathway 6. Panduan Praktik Klinis
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	1. Prosedur Pra rumah sakit: 1) Pendaftaran pelayanan pasien <i>health tourism</i> dapat melalui: a. No Telp/WA <i>Hotline Health Tourism</i> yang akan diterima oleh petugas <i>Patient Relations Officer</i> (PRO) Rumah Sakit b. No Telp/WA Biro Perjalanan Wisata (BPW) yang akan

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>diterima oleh petugas Biro Perjalanan Wisata (BPW)</p> <p>c. Website yang akan diterima oleh <i>Patient Relations Officer (PRO)</i>.</p> <p>d. Pasien datang mandiri ke RS dan diterima <i>Customer Service</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Untuk poin b: Jika pendaftaran melalui Biro Perjalanan Wisata, maka BPW maka menyampaikan kebutuhan pasien tersebut kepada PRO di RS Akademik UGM • Untuk poin d : <ul style="list-style-type: none"> - jika pasien sudah mengetahui layanan Health tourism yang dibutuhkan maka CS akan menghubungi PRO dan selanjutnya PRO yang akan mengkoordinasikan kebutuhan pasien selanjutnya - jika pasien belum mengetahui layanan Health tourism maka pasien akan diarahkan oleh CS ke Poliklinik Eksekutif Yudistira 2 dan jika selanjutnya pasien menghendaki layanan Health Tourism maka petugas di Poliklinik Eksekutif Yudistira 2 akan menghubungi PRO untuk mengkoordinasikan kebutuhan pasien selanjutnya. <p>2) <i>Patient Relations Officer (PRO)</i> rumah sakit/ BPW mengkonfirmasi data identitas dan kebutuhan pelayanan <i>Health Tourism</i>: transportasi, akomodasi, pelayanan kesehatan, penerjemah</p> <p>3) PRO layanan mengkoordinasikan kebutuhan pelayanan pasien awal melalui poli eksekutif atau Telemedicine:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Konsultasi dengan spesialis dan assesment awal dari PRO b. <i>Patient Relations Officer</i> atau petugas yang bertugas di telemedicine melakukan <i>assesment</i> terlebih dahulu kepada pasien sebelum pasien bertemu dengan spesialis c. Jika pasien konsultasi langsung dengan dokter spesialis ke poliklinik, PRO memfasilitasi pendaftaran pasien dan menjadwalkan konsultasi sesuai dengan waktu yang disepakati oleh dokter spesialis dan pasien. <p>4) PRO layanan memberikan kepastian jadwal pelayanan pasien waktu pemeriksaan dokter, waktu tindakan, waktu rawat inap, waktu keluar rumah sakit dan memastikan paket yang akan diambil oleh pasien.</p> <p>5) PRO memintakan kontrak layanan pembiayaan dengan paket yang sudah disepakati di hari H pasien masuk ke RS</p> <p>6) PRO rumah sakit menghubungi dan mengkoordinasikan kembali BPW sesuai dengan paket yang dipilih oleh pasien.</p> <p>7) H-1 PRO rumah sakit menghubungi pasien terkait dengan penjadwalan pelayanan.</p> <p>2. Prosedur Intra rumah sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) PRO menerima kedatangan pasien dan mengarahkan pasien ke lokasi pendaftaran khusus dan pelayanan khusus. 2) Pelayanan pasien dapat dilayani di:

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>a. Pasien dilayani di poliklinik Eksekutif Yudhistira 2 dengan alur sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien disambut oleh perawat <i>in charge</i> dan Pasien diarahkan untuk menunggu di ruang tunggu khusus untuk pasien. Pasien dilakukan pengukuran Vital sign sekaligus assessment oleh perawat Pasien diarahkan untuk masuk ke poliklinik dokter spesialis sesuai dengan <i>appointment</i>. Selesai konsultasi dengan dokter spesialis, pasien dilakukan pemeriksaan untuk persiapan operasi meliputi pemeriksaan darah vena, pemeriksaan EKG, pemeriksaan <i>rongent thorax</i> dan penunjang lain sesuai dengan advice dokter spesialis. Sebelumnya pasien dilakukan Identifikasi pasien sesuai dengan SPO Identifikasi pasien. Perawat melakukan pemesanan sekaligus konfirmasi terkait pemesanan dan ketersediaan implant dan atau AMHP/BMHP sesuai dengan advice DPJP ke Instalasi Farmasi, CSSD dan instalasi terkait lainnya. Hasil pemeriksaan penunjang dan Jika ada rawat bersama dengan dokter spesialis lainnya maka pelaporan dilakukan di bangsal. Pasien/keluarga diberikan lembar persetujuan rawat inap oleh petugas pendaftaran atau oleh perawat sesuai dengan kelas yang dikehendaki. PRO memberikan kontrak paket layanan yang sudah disepakati sebelumnya. Perawat menghubungi bangsal untuk menanyakan kesiapan ruangan. Perawat dan PRO mendampingi pasien untuk ditransfer ke bangsal. Prosedur Transfer sesuai dengan SPO Transfer <i>Intrahospital</i>. Perawat Bangsal menyambut kedatangan pasien dan mendampingi ke ruangan yang disiapkan Perawat poliklinik dan perawat bangsal melakukan <i>hand over</i> sesuai dengan SPO serah terima pasien Tim layanan memberikan pelayanan sesuai dengan <i>Clinical Pathway</i> sesuai dengan kasus pasien yang berlaku di RS dan memenuhi kebutuhan pasien selama di RS <p>b. jika diluar jam pelayanan di Yudistira 2 maka pasien dapat dilayani di Instalasi Gawat Darurat di ruangan khusus yang sudah disediakan. Urutan pelayanan sama dengan point a.</p> <ol style="list-style-type: none"> PRO melakukan pemantauan dan Visite ke ruangan selama pasien dilakukan perawatan di RS. PRO dapat berkolaborasi dengan tim <i>Home Care</i> untuk visitasi ke pasien terkait dengan layanan post rawat inap. Selesai paket pelayanan pelayanan medis dan pasien diperbolehkan untuk pulang, maka Tim layanan melakukan proses pemulangan pasien dan memfasilitasi proses <i>Payment</i> pasien di ruangan. <p>3. Prosedur Pasca rumah sakit</p> <ol style="list-style-type: none"> PRO melakukan koordinasi dengan BPW untuk penjemputan dan melanjutkan perjalanan/<i>tour</i> pasien selanjutnya sesuai dengan paket yang ditentukan. <p>* jika pasien tidak mengambil perjalanan wisata dan</p>

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>langsung kembali maka tim PRO mengkoordinasi terkait dengan pemulangan pasien.</p> <p>2) Selama Pasien melakukan perjalanan Wisata dengan BPW, PRO melakukan koordinasi dan monitoring pasien.</p> <p>3) Jika selama perjalanan wisata pasien mengalami kondisi emergency saat melakukan perjalanan wisata, maka BPW menginformasikan ke PRO dan selanjutnya akan dikoordinasikan ke IGD untuk penjemputan dan tatalaksana lanjutan sesuai dengan SPO Penjemputan pasien.</p> <p>4) Selesai paket pelayanan pasien (kurang lebih 1 minggu setelah selesai pelayanan) PRO melakukan monitoring dan evaluasi kondisi pasien melalui Form/Google Form atau dengan komunikasi melalui Telepon/ <i>Whatsap</i>.</p> <p>5) PRO melakukan pencatatan dan pelaporan Monev pasien untuk Laporan Instalasi Per 6 bulan.</p>
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<p>1. Senin-Minggu pelayanan mengikuti jam pelayanan Poliklinik Rawat Jalan (Sesuai Perjanjian)</p> <p>2. Diluar jam poliklinik akan dilayani di Instalasi Gawat Darurat</p>
4.	Biaya/Tarif Pelayanan	<p>1. Pasien dengan pembiayaan umum</p> <p>2. Pasien dengan pembiayaan Asuransi Swasta yang bekerja sama dengan RS Akademik UGM</p>
5.	Produk Pelayanan	<p>Layanan Unggulan <i>Health Tourism</i>:</p> <p>1. Layanan tindakan <i>Total Knee Replacement</i> (TKR)</p> <p>2. Layanan tindakan <i>Total Hip Replacement</i> (THR)</p> <p>3. Layanan tindakan <i>Percutaneous Endoskopi Lumbar Discectomy</i> (PELD)</p> <p>4. Layanan tindakan <i>Endovenous Laser Ablation</i> (EVLA)</p> <p>5. Layanan tindakan <i>Laparascopy</i></p>
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan/ Apresiasi	<p>1. Website <i>Health Tourism</i> https://healthtourism.rsa.ugm.ac.id/</p> <p>2. Website RS Akademik UGM https://rsa.ugm.ac.id/</p> <p>3. Instagram <i>Health Tourism</i>/ RS Akademik UGM @Healthtourism.rsaugm atau @rsugm</p> <p>4. <i>Contact Person</i> CP <i>Health Tourism</i> : 0811-2844-774</p> <p>5. Kotak Saran</p> <p>6. Petugas Informasi dan Pengaduan SMS atau WA CS RSA UGM</p>

B. PENGELOLAAN PELAYANAN

1.	Dasar Hukum	<p>1. Undang - Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);</p> <p>2. Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 2013 tentang Statuta Universitas Gadjah Mada (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5454);</p> <p>3. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5942);</p> <p>4. Peraturan Majelis Wali Amanat Universitas Gadjah Mada Nomor 4/SK/MWA/2014 tentang Organisasi dan Tata Kelola (<i>Governance</i>) Universitas Gadjah Mada sebagaimana telah</p>
----	-------------	---

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>diubah dengan Peraturan Majelis Wali Amanat Universitas Gadjah Mada Nomor 3 Tahun 2023 tentang Perubahan Ketujuh atas Peraturan Majelis Wali Amanat Universitas Gadjah Mada Nomor 4/SK/MWA/2014 tentang Organisasi dan Tata Kelola (<i>Governance</i>) Universitas Gadjah Mada;</p> <p>5. Peraturan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 17 Tahun 2018 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada (<i>Hospital By Laws</i>);</p> <p>6. Keputusan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 1831/UN1.P/SK/HUKOR/2017 tentang Perubahan Nama Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada menjadi Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada;</p> <p>7. Keputusan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 1058/UN1.P/SK/KPT/DSDM/2022 tentang Direktur Utama Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada;</p> <p>8. Keputusan Direktur Utama Nomor 72/UN1/RSA/IWMW/SK/2024 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Wisata Medis dan <i>Wellness</i></p>
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	<p>1. Pendaftaran Khusus</p> <p>2. Ruang Poliklinik Khusus (Poliklinik Eksekutif Yudistira 2)</p> <p>3. Ruang Tunggu Khusus</p> <p>4. Elektronik : Komputer, telfon dll</p> <p>5. Ruang rawat Inap Khusus (VIP/ VVIP)</p> <p>6. Ruang Operasi</p> <p>7. Peralatan yang mendukung layanan unggulan: C-Arm, Ct Scan, MRI, Instrumen bedah sesuai dengan layanan unggulan</p>
3.	Kompetensi Pelaksana	<p>1. Dokter Spesialis</p> <p>2. Dokter Sub Spesialis</p> <p>3. Perawat Poliklinik Rawat Jalan</p> <p>4. Perawat IRNA VIP/VVIP</p> <p>5. Perawat IBS (Perawat bedah/Perawat penata Anestesi)</p> <p>6. <i>Patient Relation Officer</i> (PRO)</p>
4.	Pengawasan Internal	<p>1. Monitoring dan Evaluasi oleh Kepala Instalasi Wisata Medis dan <i>Wellness</i> berikut dengan penanggung jawab <i>medical tourism</i></p> <p>2. Supervisi oleh Kepala Bagian Pelayanan Medik dan Kepala Bagian Keperawatan</p> <p>3. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien</p> <p>4. Satuan Pemeriksaan Internal</p>
5.	Jumlah Pelaksana	<p>1. Kepala Instalasi 1 orang</p> <p>2. Staf 3 orang (penanggung jawab <i>medical tourism</i>, penanggung jawab <i>wellness tourism</i>, penanggung jawab marketing)</p> <p>3. Dokter spesialis orthopedi 2 orang</p> <p>4. Dokter spesialis kardio vaskuler 1 orang</p> <p>5. Dokter spesialis Bedah Umum 2 orang</p> <p>6. Perawat Instalasi Rawat Jalan 1 orang</p> <p>7. Perawat Instalasi Rawat Inap 1 orang setiap shift</p> <p>8. Perawat Instalasi Bedah Sentral</p> <p>9. <i>Patient Relations Officer</i> (PRO) 3 orang</p>
6.	Jaminan Pelayanan	<p>1. Pelayanan kesehatan berkualitas tinggi</p> <p>2. Keamanan dan kenyamanan pasien</p> <p>3. Konsultasi dan perawatan personal</p> <p>4. Transparansi biaya</p> <p>5. Akses informasi kesehatan</p> <p>6. Privasi dan kerahasiaan</p> <p>7. Layanan bantuan 24 jam</p>

NO	KOMPONEN	URAIAN
		8. Fasilitas yang lengkap dan memadai 9. Peningkatan berkelanjutan
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien (<i>patient safety</i>) 3. Pengawasan keamanan di RS dilakukan oleh petugas keamanan RS (Satpam)
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Indikator mutu Unit (IMUT) dilaksanakan setiap bulan 2. Evaluasi kepuasan pelanggan dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun 3. Laporan kinerja dilaporkan setiap 6 bulan sekali kepada Direktur Utama 4. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien

XIV. STANDAR PELAYANAN PEMULASARAN JENAZAH

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	1. Telah terdaftar dan memiliki nomor rekam medis RSA UGM 2. Surat Kematian
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>alur:</p> <pre>graph TD; A[Petugas ruang perawatan menginformasikan kepada petugas rukti terdapat pasien yang] --> B[Serah terima jenazah dan berkas administrasi dari petugas ruang perawatan ke petugas rukti]; B --> C{Apakah jenazah infeksius?}; C -- Ya --> D[Petugas rukti melaksanakan peruktian di Instalasi Forensik]; C -- Tidak --> E{Apakah keluarga menghendaki peruktian di rumah sakit?}; E -- Ya --> D; E -- Tidak --> F[Keluarga menyelesaikan prosedur administrasi di Kasir]; D --> G[Keluarga menyelesaikan prosedur administrasi di Kasir]; F --> G; G --> H[Petugas rukti mengantarkan jenazah ke ambulans];</pre>
3.	Jangka Waktu Pelayanan	1. Pelayanan peruktian jenazah 24 (dua puluh empat) jam setiap hari. 2. Waktu tanggap yang dihitung sejak petugas ruang rawat menginformasikan kepada petugas rukti hingga jenazah dijemput dari ruang rawat adalah 2 (dua) jam. 3. Waktu proses peruktian jenazah selama kurang lebih 1 (satu) jam.

NO	KOMPONEN	URAIAN
4.	Biaya/Tarif Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Penjaminan BPJS Kesehatan/ Jamkesda/ Jampersal/ BPJS Tenaga Kerja/ Jasa Raharja dan penjaminan lain, sesuai ketentuan yang berlaku. 2. Pasien Umum sesuai dengan Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada Nomor 678/UN1/ RSA.UK/KEU/SK/2024 Tentang Perubahan Atas Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada Nomor 263/UN1/RSA.UK/KEU/SK/2024 tentang Standar Tarif Pelayanan Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada
5.	Produk Pelayanan	Pelayanan perukitian jenazah
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan/ Apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email: rsa@ugm.ac.id 2. Tel: (0274) 4530404 3. Fax: 0274-4530606 4. SMS/ WA: 08112548118 5. Kotak saran: 6. Petugas informasi dan pengaduan: 7. Website: www.rsa.ugm.ac.id 8. Facebook: Rumah Sakit UGM Yogyakarta 9. Instagram: @rsugm
B. PENGELOLAAN PELAYANAN		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor Republik Indonesia 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. 2. Undang –Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 3. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang perukitian jenazah 2. Lemari pendingin jenazah 3. Peralatan untuk memandikan jenazah 4. Peralatan APD 5. Peti jenazah 6. Komputer dan printer 7. AC 8. Lemari penyimpanan berkas 9. Lemari penyimpanan peralatan
3.	Kompetensi Pelaksana	Petugas Perukitian jenazah (minimal pendidikan setara SMA) dan telah menjalani pelatihan perukitian jenazah.
4.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan evaluasi oleh kepala instalasi. 2. Supervisi oleh Bidang Pelayanan Medis. 3. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit. 4. Komite PPI Rumah Sakit. 5. Satuan Pemeriksaan Internal.
5.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 1 orang 2. Pelaksana 5 orang
6.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif serta mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien

NO	KOMPONEN	URAIAN
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh Petugas Keamanan rumah sakit.
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kinerja pelayanan berdasarkan hasil indikator nasional mutu (INM) setiap bulan. 2. Evaluasi kinerja pelayanan berdasarkan hasil Standar Pelayanan Minimal (SPM) setiap triwulan. 3. Evaluasi kinerja pelayanan berdasarkan hasil survey kepuasan pasien setiap semester.

XV. STANDAR PELAYANAN HOME CARE

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	1. Identitas pasien 2. <i>Informed consent</i>
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<div><pre>graph TD Mulai([Mulai]) --> PE[Pasien Eksternal] Mulai --> PI[Pasien Internal] PE --> Menghubungi[Menghubungi Jatayu Home Care] PI --> Menghubungi Menghubungi --> Asesment[Assesment Pra Home Care Edukasi Proses Pelayanan] Asesment --> Setuju[Pasien/keluarga setuju] Setuju -- Tidak --> Terminasi1[Terminasi] Setuju -- Iya --> Mapping[Mapping Rencana Layanan] Mapping --> Consent[Informed Consent Pembayaran] Consent --> Kunjungan[Kunjungan Rumah (Tindakan, Edukasi, Konsultasi)] Kunjungan --> Evaluasi{Evaluasi : Kebutuhan tindak lanjut layanan} Evaluasi -- Tidak --> Verifikasi[Verifikasi Pembayaran] Verifikasi --> Terminasi2[Terminasi] Terminasi2 --> Selesai([Selesai]) Evaluasi -- Iya --> Rencana[Rencana Kunjungan Lanjutan] Rencana --> Kunjungan Kunjungan -.-> Note1[Pelayanan jam kerja dan non emergency]</pre><p>Keterangan:</p><ol style="list-style-type: none">Pasien internal adalah pasien yang sudah terdaftar sebagai pasien RSA UGMPasien Eksternal adalah pasien yang belum pernah terdaftar sebagai pasien RSA UGM, bisa dari rujukan RS lain Pasien internal adalah pasien yang sudah terdaftar sebagai pasien RSA UGM</div>
3.	Jangka Waktu Pelayanan	1. Senin – Jumat 07.30 – 18.00 WIB 2. Sabtu – Minggu 07.30 – 15.00 WIB
4.	Biaya/Tarif Pelayanan	1. Pasien <i>home care</i> tidak masuk dalam kriteria BPJS 2. Tarif layanan sesuai dengan Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada Nomor

NO	KOMPONEN	URAIAN
		678/UN1/ RSA.UK/KEU/SK/2024 Tentang Perubahan Atas Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada Nomor 263/UN1/RSA.UK/KEU/SK/2024 tentang Standar Tarif Pelayanan Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada 3. Jika pasien menggunakan jasa Raharja dapat menggunakan sisa klaim sesuai ketentuan yang berlaku
5.	Produk Pelayanan	1. Pemeriksaan dan terapi dokter umum 2. Konsultasi medis dokter spesialis online 3. Psikoterapi psikiater 4. Terapi psikolog 5. Perawatan luka 6. Pemasangan DC, NGT 7. Fisioterapi 8. Konsultasi ahli gizi 9. Perawatan bidan untuk antenatal, neonatus dan nifas
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukkan/ Apresiasi	1. Email: rsa@ugm.ac.id 2. Telp: 0274-4530404 3. Fax: 0274-4530606 4. SMS/ WA: 08112548118 5. Kotak saran 6. Petugas informasi dan pengaduan 7. Website: www.rsa.ugm.ac.id 8. Instagram: @rsugm
B. PENGELOLAAN PELAYANAN		
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. 5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 519/Menkes/Per/III/2011 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Anestesiologi dan Terapi Intensif di Rumah Sakit. 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perawat Anestesi. 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. 11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit. 12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

NO	KOMPONEN	URAIAN
		13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 79 tahun 2014 tentang pelayanan geriatri 14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 2180 tahun 2023 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	1. Ruang administrasi 2. Ruang persiapan layanan 3. Sarana transportasi sepeda motor, mobil 4. Komputer 5. Mebeler 6. Instrumen layanan perawatan 7. Alat – alat penunjang fisioterapi 8. Linen 9. Tas kerja pelaksana
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter Spesialis 2. Dokter umum 3. Perawat 4. Fisioterapis 5. Bidan 6. Psikolog 7. Dietecient
4.	Pengawasan Internal	1. Evaluasi dan monitoring dari Kepala Instalasi 2. Evaluasi dan monitoring dari Direktur dan Bidang Terkait 3. Evaluasi mutu layanan oleh KMKP 4. Satuan Pemeriksaan Internal
5.	Jumlah Pelaksana	1. Kepala Instalasi 1 orang 2. Staf Administrasi 1 orang 3. Dokter Umum penanggung jawab pelayanan medis 1 orang 4. Perawat Penanggung Jawab 1 orang 5. Perawat pelaksana 4 orang 6. Fisioterapis pelaksana 4 orang 7. Tim Nakes lain <i>by demand</i>
6.	Jaminan Pelayanan	1. Pelayanan <i>home care</i> dilaksanakan berdasarkan standar profesionalisme yang berlaku 2. Mengutamakan peningkatan mutu dan keselamatan pasien
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan berfokus pada pasien dan dilakukan dengan mengutamakan keselamatan pasien 2. Semua data pasien dikelola dengan menjaga kerahasiaannya 3. Keamanan pasien di rumah saat perawatan akan dikoordinasikan petugas dan keluarga
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja layanan bersifat individu pelaksana dan kinerja unit 2. Evaluasi kinerja mutu dikoordinasikan dengan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit 3. Evaluasi kinerja Unit dilakukan bulanan secara internal instalasi 4. Evaluasi kinerja 3 bulanan, 6 bulanan dan kinerja tahunan dilakukan secara kolektif dengan Bagian Perencanaan dan Evaluasi

XVI. STANDAR PELAYANAN LAUNDRY

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	Petugas dari ruangan rawat pasien mengantar laundry ke Unit Laundry dengan membawa serta buku penyerahan linen kotor kepada petugas laundry Petugas dari ruangan rawat pasien mengambil linen bersih ke Laundry dengan membawa serta buku pengambilan linen
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>Alur Pengantaran Linen Kotor dan Linen Bersih</p> <div><div>Linen dibawa ke Unit Laundry oleh petugas ruangan dengan membawa buku pencatatan</div><div></div><div>Serah terima linen dari petugas ruang rawat kepada petugas Laundry</div><div></div><div>Petugas Laundry verifikasi dan mencatat jumlah linen kotor yang akan dicucikan</div><div></div><div>Petugas melakukan pencucian</div><div></div><div>Petugas melakukan pencucian</div><div></div><div>Petugas melakukan pengeringan</div><div></div><div>Petugas melakukan penyetrikaan sesuai dengan permintaan ruangan</div><div></div><div>Petugas melakukan pengemasan sesuai dengan permintaan ruangan</div><div></div><div>Petugas melakukan verifikasi akhir</div><div></div><div>Petugas melakukan pencatatan di buku serah terima instrumen</div><div></div><div>Petugas melakukan serah terima dengan petugas ruang rawat</div></div>

NO	KOMPONEN	URAIAN
3.	Jangka Waktu Pelayanan	1. Pengantaran Linen Kotor : 06.00 – 09.00 2. Pengambilan Linen Bersih : 13.00 – 14.00
4.	Biaya/Tarif Pelayanan	Sesuai Keputusan Direktur Utama Nomor 516/UN1/RSA.UK/KEU/SK/2024 tentang tarif Pelayanan Laundry
5.	Produk Pelayanan	1. Linen yang dihasilkan dalam keadaan sudah bersih dengan melalui skrining fisik, dan dalam 1-2 kali setahun dilakukan 2. Linen dalam keadaan rapi, masuk dalam plastik atau kontainer tertutup
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukkan/ Apresiasi	1. Jika petugas ruang rawat tidak mendapatkan pelayanan yang sesuai yang diharapkan dapat mengajukan pengaduan langsung ke Unit Laundry 2. Unit Pelayanan Pengaduan Telepon/WhatsApp : 085200867979 atau 081128002907 Email : cssdlaundryrsa@gmail.com
B. PENGELOLAAN PELAYANAN		
1.	Dasar Hukum	Keputusan Direktur Utama Nomor 870/UN1/RSA/ISL/SK/2022 pemberlakuan Pedoman Pelayanan Linen dan Laundry Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	1. Mesin Cuci <i>Double Barrier</i> 2. Mesin Pengering atau <i>Dryer</i> 3. Mesin Setrika atau <i>Ironer</i> 4. Trolley 5. Meja stainless 6. Kompresor 7. Setrika dan meja setrika 8. Rak penyimpanan linen 9. Dispenser <i>chemical</i> 10. Timbangan 11. AC 12. Meja 13. Kursi 14. Mesin Jahit 15. Komputer dan Printer 16. APD
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Kepala Instalasi a. Mempunyai Sertifikat Pelatihan Laundry b. Mempunyai Sertifikat Manajemen Laundry 2. Pelaksana a. Memiliki Sertifikat Pelatihan Laundry b. Menguasai Standar Prosedur Operasional c. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik d. Memiliki kemampuan kerjasama tim e. Mampu mengoperasikan komputer maupun elektronik yang lain f. Mampu mengoperasikan mesin
4.	Pengawasan Internal	1. Kepala Instalasi melakukan pengawasan secara periodik setiap bulan dan rapat sewaktu-waktu yang dianggap penting 2. Kepala Instalasi melakukan verifikasi instrumen yang sudah disterilkan dengan melihat indikator yang digunakan
5.	Jumlah Pelaksana	1. Kepala Instalasi 1 orang 2. Administrasi 1 orang 3. Pelaksana 24 orang

NO	KOMPONEN	URAIAN
6.	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan mutu dan kualitas pengelolaan laundry yang sesuai standar prosedur operasional yang berorientasi pada keselamatan pasien serta didukung sumber daya manusia yang humanis dan berdaya saing 2. Meningkatkan tata kelola administrasi yang akuntabel, efisien dan efektif
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keamanan pelayanan dijamin dengan alat yang terkalibrasi 2. Standar mutu pelayanan dengan berorientasi pada standar angka kuman, indikator mutu sterilisasi dan sumber daya manusia yang kompeten
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Evaluasi terhadap penerapan standar pelayanan dilakukan minimal satu kali dalam satu bulan untuk selanjutnya dilakukan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan

XVII. STANDAR PELAYANAN UNIT CSSD

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<div>1. Petugas dari ruangan rawat pasien membawa ke instrumen ke CSSD dengan membawa serta buku penyerahan instrumen kepada petugas CSSD</div> <div>2. Petugas dari ruangan rawat pasien mengambil ke instrumen ke CSSD dengan membawa serta buku pengambilan instrumen dari petugas CSSD</div>
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<div>Alur Pengantaran Linen Kotor dan Linen Bersih</div> <div><div>Instrumen dibawa ke CSSD oleh petugas ruangan dengan membawa buku pencatatan</div><div>Serah terima instrumen dari petugas ruang rawat kepada petugas CSSD</div><div>Petugas CSSD mencatat jumlah instrumen yang akan disterilkan</div><div>Petugas melakukan precleaning instrumen</div><div>Petugas melakukan pencucian instrumen</div><div>Petugas melakukan pengemasan dan pelabelan</div><div>Petugas melakukan pensterilan</div><div>Petugas melakukan pencatatan dalam buku mesin</div><div>Petugas melakukan pencatatan dalam buku serah terima</div><div>Petugas melakukan pencatatan di buku serah terima instrumen</div><div>Petugas melakukan serah terima dengan petugas ruang rawat</div></div>

NO	KOMPONEN	URAIAN
3.	Jangka Waktu Pelayanan	Instrumen yang diterima sampai dengan selesai pensterilan membutuhkan waktu \pm 4 jam
4.	Biaya/Tarif Pelayanan	1. Sesuai dengan Perjanjian Kerjasama Usaha Antara UGM dan PT. Samator Dasanada Medika Nomor 4689/UN1.P.IV/DIT-KAUI/HK/2020 dan Nomor 01/HK/07/2020 2. Tarifnya 2500/pcs, 51.000 pack
5.	Produk Pelayanan	1. Instrumen yang dihasilkan dalam keadaan sudah steril dengan melihat dari indikator yang digunakan, meliputi : indikator kimia, indikator biologi 2. Instrumen lolos uji fungsi dan uji fisik, yaitu saat disterilkan utuh, tidak ada perubahan fisik seperti patah, bengkok dan perubahan wujud lainnya
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan/ Apresiasi	1. Jika petugas ruang rawat tidak mendapatkan pelayanan yang sesuai yang diharapkan dapat mengajukan pengaduan langsung ke Unit Sterilisasi 2. Unit Pelayanan Pengaduan Telepon/WhatsApp : 085200867979 Email : cssdlaundryrsa@gmail.com
B. PENGELOLAAN PELAYANAN		
1.	Dasar Hukum	1. Keputusan Direktur Utama Nomor 404/UN1/RSA/ISL/SK/2022 Pelayanan Sterilisasi di Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada 2. Keputusan Direktur Utama Nomor 869/UN1/RSA/ISL/SK/2022 Pemberlakuan Pedoman Pelayanan Sterilisasi Instalasi Laundry dan Sterilisasi
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	1. <i>Box Kontainer + Sprayer</i> 2. Zink 3. Mesin <i>washer disinfecter</i> 4. Mesin <i>dryer</i> 5. Meja <i>stainless</i> 6. Spray Gun 7. Mesin <i>Sailing</i> 8. Mesin <i>Wiping</i> 9. Steam suhu tinggi 10. Sterilisator suhu rendah 11. AC 12. Meja 13. Kursi 14. Rak Penyimpanan 15. Komputer dan Printer 16. APD
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Kepala Instalasi a. Mempunyai Sertifikat Pelatihan CSSD b. Mempunyai Sertifikat Manajemen CSSD 2. Pelaksana a. Memiliki Sertifikat Pelatihan CSSD b. Menguasai Standar Prosedur Operasional c. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik d. Memiliki kemampuan kerjasama tim e. Mampu mengoperasikan komputer maupun elektronik yang lain f. Mampu mengoperasikan mesin

NO	KOMPONEN	URAIAN
4.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi melakukan pengawasan secara periodik setiap bulan dan rapat sewaktu-waktu yang dianggap penting 2. Kepala Instalasi melakukan verifikasi instrumen yang sudah disterilkan dengan melihat indikator yang digunakan
5.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 1 orang 2. Penanggung Jawab/PJ 1 orang 3. Pelaksana pihak ketiga PT. Samator
6.	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan mutu dan kualitas pengelolaan sterilisasi yang sesuai standar prosedur operasional yang berorientasi pada keselamatan pasien serta didukung sumber daya manusia yang humanis dan berdaya saing 2. Meningkatkan tata kelola administrasi yang akuntabel, efisien dan efektif
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keamanan pelayanan dijamin dengan alat yang terkalibrasi 2. Standar mutu pelayanan dengan berorientasi pada standar angka kuman, indikator mutu sterilisasi dan sumber daya manusia yang kompeten
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Evaluasi terhadap penerapan standar pelayanan dilakukan minimal satu kali dalam satu bulan untuk selanjutnya dilakukan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan

XVIII. STANDAR PELAYANAN ACADEMIC HOSPITAL JOURNAL (AHJ)

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	1. Author memiliki akun di website AHJ 2. Author memiliki naskah yang belum pernah dipublikasikan di mana pun
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<div><div>Author melakukan registrasi di website AHJ</div><div>↓</div><div>Author membuat new submission dan melengkapi dokumen serta informasi yang diperlukan melalui OJS</div><div>↓</div><div>Author mensubmit naskah artikel melalui OJS</div><div>↓</div><div>Asisten editor melakukan penugasan kepada <i>Editor in Chief/ Editorial Board</i></div><div>↓</div><div><i>Editor in Chief/ Editorial Board</i> memberikan keputusan pada tahap initial assessment atas naskah yang masuk melalui OJS</div><div>↓</div><div><div>Rejected</div><div>Accepted</div><div>Resubmit for Review</div></div><div><div>↓</div><div>↓</div><div>↓</div></div><div>Author melakukan resubmit naskah yang telah diperbaiki sesuai saran editor</div><div>↑</div><div>Editor in Chief/Editorial Board menugaskan mitra bestari untuk mereview naskah melalui OJS</div><div>↓</div><div>Assisten Editor menugaskan lembar review kepada mitra bestari yang sudah ditentukan sekaligus mengirimkan pengingat kepada mitra bestari terkait tugasnya melalui OJS</div><div>↓</div><div>Mitra Bestari melakukan review, mengisi form review, mengirimkan hasil review, dan memberikan keputusan berdasarkan hasil review melalui OJS</div><div>↓</div><div>Assisten Editor memberikan pengingat kepada author terkait hasil review melalui OJS</div><div>↓</div></div>

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<div><p>↓</p><div>Author melakukan revisi serta pengiriman naskah hasil revisi melalui OJS</div><p>↓</p><div>Editor memeriksa hasil revisi dan memberikan keputusan penerimaan naskah melalui OJS</div><div><div>Rejected</div><div>Accepted</div><div>Resubmit for Review</div></div><div>↓</div><div>Asisten Editor melakukan pengecekan similaritas naskah menggunakan Turnitin</div><p>↓</p><div>Asisten editor membuat layout naskah</div><p>↓</p><div>Asisten Editor mengirimkan naskah kepada author untuk melakukan proof reading dan <i>galley proof</i></div><p>↓</p><div>Asisten Editor mengatur Waktu penerbitan naskah melalui OJS</div></div>
3.	Jangka Waktu Pelayanan	3-6 bulan (dari mulai naskah disubmit sampai naskah terbit)
4.	Biaya/Tarif Pelayanan	-
5.	Produk Pelayanan	1. Naskah di <i>review</i> oleh <i>reviewer</i> yang berkompeten di bidangnya 2. Naskah diproses sesuai dengan ketentuan <i>Open Journal System</i> (OJS) 3. Naskah yang telah terbit dapat diakses secara gratis melalui OJS
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukkan/ Apresiasi	Jika author mengalami kebingungan dalam penggunaan OJS, author dapat langsung mengontak asisten editor melalui email (ahj.rsugm@ugm.ac.id) atau melalui nomor HP yang tertera pada website AHJ, yang selanjutnya asisten editor akan memberikan arahan sesuai dengan prosedur yang berlaku.
B. PENGELOLAAN PELAYANAN		
1.	Dasar Hukum	1. Keputusan Kepala Badan Riset Dan Inovasi Nasional Nomor 198/I/HK/2023 Tentang Pedoman Penentuan Klasifikasi

NO	KOMPONEN	URAIAN
		Reputasi Jurnal, <i>Prosiding</i> , dan Penerbit Buku Ilmiah 2. Peraturan Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia Nomor 3 Tahun 2021 tentang Pengelolaan Jurnal Ilmiah Elektronik
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	1. Akun OJS dapat diakses dari mana pun dan kapan pun 2. Semua proses penerbitan naskah artikel dilakukan secara <i>online</i>
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Editor in Chief : Pendidikan minimal jenjang sarjana dengan riwayat publikasi minimal pada jurnal nasional 2. <i>Editorial Board</i> : Pendidikan minimal jenjang magister dengan riwayat publikasi pada jurnal nasional dan internasional 3. Mitra Bestari : Pendidikan minimal jenjang magister dengan riwayat publikasi minimal pada jurnal nasional 4. Asisten Editor : Pendidikan minimal jenjang sarjana dengan riwayat publikasi minimal pada jurnal nasional
4.	Pengawasan Internal	1. Satuan Pemeriksaan Internal 2. Direktur SDM dan Akademik
5.	Jumlah Pelaksana	1. Editor in Chief (1) 2. Editorial Board (11) 3. Mitra Bestari (26) 4. Asisten Editor (2)
6.	Jaminan Pelayanan	1. Komite Koordinasi Pendidikan 2. Komite Etik dan Hukum
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Komite Koordinasi Pendidikan 2. Komite Etik dan Hukum
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Komite Koordinasi Pendidikan

XIX. STANDAR PELAYANAN PELAKSANAAN PRAKTIK PESERTA DIDIK

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<p>1. Rumah sakit mengatur pengelolaan pelaksanaan pendidikan dengan mengutamakan program studi yang ada di Universitas Gadjah Mada, kemudian rumah sakit mengatur pelaksanaan pendidikan selain yang dimiliki Universitas di luar Universitas Gadjah Mada dengan syarat Akreditasi minimal B.</p> <p>2. Setiap Institusi Pendidikan yang akan melaksanakan praktik di RSA sudah memiliki Perjanjian Kerjasama, apabila belum memiliki Perjanjian Kerjasama maka praktik tidak dapat dilaksanakan.</p> <p>3. Institusi Pendidikan mengirimkan surat permohonan praktik</p>
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<div><div>Mulai</div><div>Institusi Pendidikan/Rumah Sakit Pendidikan mengirimkan surat penugasan/permohonan yang ditujukan ke Direktur Utama maksimal 1 (satu) minggu sebelum pelaksanaan praktik dimulai</div><div>Direktur Utama/Direktur SDM dan Akademik mendisposisikan surat tersebut kepada Kepala Bagian</div><div>Kepala Bagian Akademik dan Riset mendisposisikan ke Ketua Komite/Kepala Bidang/Kepala Bagian/Kepala Instalasi/KSM terkait dan Staff Bagian Akademik dan Riset untuk di proses</div><div>Staff Bagian Akademik dan Riset berkoordinasi dengan Ketua Komite/Kepala Bidang/Kepala Bagian/Kepala Instalasi/KSM terkait mengenai pelaksanaan praktik sesuai dengan arahan Kepala Bagian Akademik dan Riset</div><div>Apabila diperlukan, diadakan rapat koordinasi antara Pembimbing Klinis dengan Institusi Pendidikan sesuai jadwal yang telah disepakati</div><div>Peserta didik melaporkan apabila akan melaksanakan praktik melalui WhatsApp</div><div>Peserta didik mempelajari materi orientasi di Website kemudian melaksanakan pretest orientasi sebelum praktik, apabila nilai pretest ≥ 80 peserta didik akan mendapatkan sertifikat orientasi</div></div>

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<pre> graph TD A[Peserta didik mendownload aplikasi SIEMAK dan mendaftar sesuai dengan prosedur di aplikasi. Peserta didik mengunggah dokumen berkas lunak : Pas foto berwarna dan Surat Penugasan] --> B[Staff Bagian Akademik dan Riset melakukan verifikasi pendaftaran peserta didik dan mencetak name tag serta pakta integritas] B --> C[Peserta didik mengisi e-logbook dan presensi pada aplikasi SIEMAK selama melaksanakan praktik] C --> D[Peserta didik mendapatkan arahan dari Bagian Akademik dan Riset] D --> E[Peserta didik mendapatkan pengarahan dari ruangan tempat praktik] E --> F[Peserta didik melaksanakan praktik di unit masing-masing sesuai jadwal yang telah ditentukan] F --> G[Staff Bagian Akademik dan Riset membuat surat permohonan invoice ke Bagian Keuangan untuk di buatkan surat tagihan ke Institusi Pendidikan] G --> H[Peserta didik yang telah selesai melaksanakan praktik akan mendapatkan Surat Keterangan Selesai Penugasan (apabila diperlukan) yang akan dikirim ke masing-masing Institusi Pendidikan] H --> I[Selesai] </pre> <p>Peserta didik mendownload aplikasi SIEMAK dan mendaftar sesuai dengan prosedur di aplikasi. Peserta didik mengunggah dokumen berkas lunak : Pas foto berwarna dan Surat Penugasan</p> <p>Staff Bagian Akademik dan Riset melakukan verifikasi pendaftaran peserta didik dan mencetak name tag serta pakta integritas</p> <p>Peserta didik mengisi e-logbook dan presensi pada aplikasi SIEMAK selama melaksanakan praktik</p> <p>Peserta didik mendapatkan arahan dari Bagian Akademik dan Riset</p> <p>Peserta didik mendapatkan pengarahan dari ruangan tempat praktik</p> <p>Peserta didik melaksanakan praktik di unit masing-masing sesuai jadwal yang telah ditentukan</p> <p>Staff Bagian Akademik dan Riset membuat surat permohonan invoice ke Bagian Keuangan untuk di buatkan surat tagihan ke Institusi Pendidikan</p> <p>Peserta didik yang telah selesai melaksanakan praktik akan mendapatkan Surat Keterangan Selesai Penugasan (apabila diperlukan) yang akan dikirim ke masing-masing Institusi Pendidikan</p> <p>Selesai</p>
3.	Jangka Waktu Pelayanan	Menyesuaikan ketentuan dari Institusi Pendidikan peserta didik
4.	Biaya/Tarif Pelayanan	Biaya menyesuaikan SK Tarif yang berlaku
5.	Produk Pelayanan	1. Peserta didik mendapatkan bimbingan dari Pembimbing Klinik yang kompeten sesuai bidangnya 2. Peserta didik mendapat perlindungan hukum terkait kecelakaan kerja dan bebas dari perundungan

NO	KOMPONEN	URAIAN
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan/Apresiasi	1. Apabila terjadi kecelakaan kerja, peserta didik mendapatkan pemeriksaan di rumah sakit dan melaporkan ke Instalasi K3 dan Sanitasi 2. Apabila terjadi perundungan dan pelecehan seksual, peserta didik dapat melaporkan pada aplikasi SIEMAK
B. PENGELOLAAN PELAYANAN		
1.	Dasar Hukum	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 31 Tahun 2022 Tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 Tentang Rumah Sakit Pendidikan 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/16/2023 Tentang Instrumen Penilaian Rumah Sakit Pendidikan Dan Rasio Jumlah Dosen Dengan Mahasiswa Di Rumah Sakit Pendidikan
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	1. Ruang Perpustakaan 2. Ruang <i>Student Lounge</i> 3. Ruang Kelas 4. Ruang Skills Lab 5. Ruang Jaga
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Pembimbing Klinik 2. Pengadministrasi Umum 3. Pengadministrasi Perpustakaan
4.	Pengawasan Internal	1. Satuan Pemeriksaan Internal 2. Direktur SDM dan Akademik
5.	Jumlah Pelaksana	1. Pembimbing Klinik 2. Pengadministrasi Umum 3. Pengadministrasi Perpustakaan
6.	Jaminan Pelayanan	Komite Koordinasi Pendidikan
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	Komite Koordinasi Pendidikan
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Komite Koordinasi Pendidikan

XX. STANDAR PELAYANAN PENELITIAN MAHASISWA, DOSEN,
KARYAWAN DAN UMUM

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<div>1. Permohonan ijin penelitian dari fakultas/prodi yg ditujukan ke Direktur Utama RSA UGM</div> <div>2. Proposal penelitian (dilampiri dengan CRF/LDP/Kuesioner/ Lembar Penjelasan/IC/dokumen lain pendukung pengambilan data penelitian)</div> <div>3. EC/<i>Ethical Clearance</i> (yang diterbitkan oleh komisi etik yang terekognisi FERCAP untuk responden yang melibatkan pasien/ keluarga pasien/nakes/rekmed, atau diterbitkan oleh komisi etik yang terakreditasi KEPPKN utk responden yang melibatkan manajemen)</div>
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<div>ALUR PELAYANAN KEGIATAN PENELITIAN DI RSA UGM</div> <div><pre>graph TD A[Peneliti menyampaikan dokumen persyaratan penelitian melalui email rsa@ugm.ac.id] --> B[Disposisi Direktur ke Bagian Akademik dan Riset] B --> C[Kaji Etik oleh Tim Etik Penelitian RSA UGM] C --> D[Menyampaikan hasil review ke peneliti] C --> E[Revisi Proposal penelitian] D --> F[Presentasi Proposal Penelitian] E --> G[Penelitian disetujui] F --> G G --> H[Penerbitan Invoice] H --> I[Peneliti menerima invoice dan membayar tarif penelitian melalui transfer bank/teller] I --> J[Peneliti melengkapi berkas administrasi 1. Identitas Peneliti (dan Anggota Peneliti – Jika ada) 2. Pakta Intergitas Peneliti (dan Anggota Peneliti – Jika ada) 3. Pas Foto 3x4 berwarna] J --> K[Peneliti mendapatkan Surat Balasan Ijin Penelitian, Surat Pengantar ke Unit penelitian terkait dan Nametag] K --> L[Pelaksanaan penelitian] L --> M[Presentasi hasil penelitian (jika ada)] M --> N[Mengembalikan Surat Pengantar ke Unit penelitian (yang telah ditandatangani Ka. Unit terkait) dan Nametag] N --> O[Menerbitkan surat keterangan telah melaksanakan penelitian (jika dibutuhkan)] O --> P[Menyerahkan hardfile laporan akhir dan soft file ke email akademik.rsugm@ugm.ac.id]</pre><div><div>Bag. Adm Umum</div><div>3 - 4 hari kerja</div><div>Tim Etik Penelitian</div><div>7 hari kerja</div><div>1 - 2 hari kerja</div><div>Pengajuan : 1 - 2 hari kerja</div><div>Bag. Keuangan</div><div>6 hari kerja</div><div>1 hari kerja</div></div></div> <div>Keterangan:</div> <div>1. Dokumen yang disampaikan peneliti ke RSA UGM hanya dalam bentuk soft file</div> <div>2. Pengkajian proposal penelitian yang dilakukan oleh Tim Etik Penelitian bertujuan untuk mereview visibilitas pelaksanaan penelitian di RSA UGM yang disesuaikan dengan kondisi</div>

NO	KOMPONEN	URAIAN																												
		<p>ketersediaan data dan teknis Rumah Sakit. Pengkajian proposal ini dimulai sejak diterimanya proposal penelitian di persuratan elektronik (SIMASTER) Tim Etik Penelitian hingga dikeluarkannya hasil review oleh Tim Etik Penelitian kepada Bagian Akademik dan Riset</p> <p>3. Presentasi proposal penelitian dilakukan jika dibutuhkan oleh Tim Etik Penelitian RSA UGM dan/atau unit kerja terkait, dan akan diinformasikan kepada peneliti oleh Bagian Akademik dan Riset</p> <p>4. Revisi proposal berdasarkan hasil review Tim Etik Penelitian RSA UGM yang diinformasikan oleh Bagian Akademik dan Riset RSA UGM dikirim soft file melalui email akademik.rsugm@ugm.ac.id</p> <p>5. Revisi proposal ini akan dilakukan review ulang oleh Tim Etik Penelitian RSA UGM, sehingga waktu layanan akan disesuaikan dengan kecepatan respon perbaikan oleh Peneliti yang bersangkutan.</p>																												
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<p>1. Jam Pelayanan Administrasi Penelitian : Hari dan jam kerja :</p> <ul style="list-style-type: none">• Senin – Kamis : 07.30 – 16.00 WIB• Istirahat : 12.00 – 13.00 WIB• Jumat : 07.30 – 16.30 WIB• Istirahat : 11.30 – 13.00 WIB <p>2. Jangka waktu layanan : 19 - 22 hari kerja</p> <ul style="list-style-type: none">• Administrasi Penerimaan Berkas : 3 - 4 hari kerja• Review Proposal Penelitian dan penyampaian hasil review ke peneliti : 8 - 9 hari kerja• Penerbitan Invoice : 7 - 8 hari kerja• Pemberkasan Pelaksanaan Penelitian : 1 hari kerja																												
4.	Biaya/Tarif Pelayanan	<p>Berdasarkan Keputusan Direktur Utama Nomor 263/UN1/RSA.UK/KEU/SK/2024 tentang Standar Tarif Pelayanan Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada Pra Penelitian/Studi Pendahuluan:</p> <table><tr><td>1. SMU/ sederajat</td><td>Rp108.750</td></tr><tr><td>2. D1-D3/ sederajat</td><td>Rp145.000</td></tr><tr><td>3. D4/S1/ sederajat</td><td>Rp290.000</td></tr><tr><td>4. S2/PPDS1/ sederajat</td><td>Rp507.500</td></tr><tr><td>5. S3/ sederajat</td><td>Rp797.500</td></tr><tr><td>6. Mahasiswa Asing</td><td>Rp1.196.250</td></tr><tr><td>7. Karyawan/ umum</td><td>Rp398.750</td></tr></table> <p>Penelitian</p> <table><tr><td>1. SMU/ sederajat</td><td>Rp159.500</td></tr><tr><td>2. D1-D3/ sederajat</td><td>Rp239.250</td></tr><tr><td>3. D4/S1/ sederajat</td><td>Rp319.000</td></tr><tr><td>4. S2/PPDS1/ sederajat</td><td>Rp638.000</td></tr><tr><td>5. S3/ sederajat</td><td>Rp1.595.000</td></tr><tr><td>6. Mahasiswa Asing</td><td>Rp2.073.500</td></tr><tr><td>7. Karyawan/ umum</td><td>Rp797.500</td></tr></table>	1. SMU/ sederajat	Rp108.750	2. D1-D3/ sederajat	Rp145.000	3. D4/S1/ sederajat	Rp290.000	4. S2/PPDS1/ sederajat	Rp507.500	5. S3/ sederajat	Rp797.500	6. Mahasiswa Asing	Rp1.196.250	7. Karyawan/ umum	Rp398.750	1. SMU/ sederajat	Rp159.500	2. D1-D3/ sederajat	Rp239.250	3. D4/S1/ sederajat	Rp319.000	4. S2/PPDS1/ sederajat	Rp638.000	5. S3/ sederajat	Rp1.595.000	6. Mahasiswa Asing	Rp2.073.500	7. Karyawan/ umum	Rp797.500
1. SMU/ sederajat	Rp108.750																													
2. D1-D3/ sederajat	Rp145.000																													
3. D4/S1/ sederajat	Rp290.000																													
4. S2/PPDS1/ sederajat	Rp507.500																													
5. S3/ sederajat	Rp797.500																													
6. Mahasiswa Asing	Rp1.196.250																													
7. Karyawan/ umum	Rp398.750																													
1. SMU/ sederajat	Rp159.500																													
2. D1-D3/ sederajat	Rp239.250																													
3. D4/S1/ sederajat	Rp319.000																													
4. S2/PPDS1/ sederajat	Rp638.000																													
5. S3/ sederajat	Rp1.595.000																													
6. Mahasiswa Asing	Rp2.073.500																													
7. Karyawan/ umum	Rp797.500																													
5.	Produk Pelayanan	<p>1. Layanan Pra Penelitian / Studi Pendahuluan Jenjang SMU/ sederajat – S3/ sederajat dan Mahasiswa Asing serta Karyawan/ umum</p> <p>2. Layanan Penelitian Jenjang SMU/ sederajat – S3/ sederajat dan Mahasiswa Asing serta Karyawan/ umum</p>																												
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan	<p>1. Email : rsa@ugm.ac.id</p> <p>2. Telp : 0274-4530404</p> <p>3. WA : 0811-2947-944</p>																												

NO	KOMPONEN	URAIAN
	Masukkan/ Apresiasi	4. Kotak saran 5. Petugas informasi dan pengaduan 6. Website: www.rsa.ugm.ac.id 7. Instagram: @rsugm dan ugm.id/kontakkami
B. PENGELOLAAN PELAYANAN		
1.	Dasar Hukum	Peraturan Direktur Rumah Sakit Akademik UGM Nomor 309/UN1/RSA/AKADEMIK/HK/2018 tentang Penelitian Klinis (<i>Clinical Trial</i>) Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	1. Perpustakaan 2. Research Longue 3. Ruang Kelas/Diskusi 4. Ruang Uji Klinik 5. LCD 6. Komputer 7. Literatur
3.	Kompetensi Pelaksana	S2 Manajemen Farmasi Rumah Sakit
4.	Pengawasan Internal	1. Monitoring dan evaluasi oleh Kepala Bagian Akademik dan Riset 2. Supervisi oleh Kepala Bagian Akademik dan Riset 3. Tim Etik Penelitian RSA UGM 4. Satuan Pemeriksaan Internal
5.	Jumlah Pelaksana	1. Kepala Bagian 1 orang 2. Administrasi 1 orang
6.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif serta mengutamakan upaya peningkatan kualitas hasil penelitian
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	Pengawasan keamanan di RS dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) RS
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi administrasi penelitian dilaksanakan sebulan sekali 2. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan layanan penelitian

**XXI. STANDAR PELAYANAN STUDI BANDING/KUNJUNGAN MAHASISWA, DOSEN,
KARYAWAN DAN UMUM**

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<p>1. Permohonan Studi Banding/Kunjungan ditujukan ke Direktur Utama RSA UGM</p> <p>2. TOR (<i>Term Of Reference</i>) Kegiatan Studi Banding/Kunjungan</p>
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>ALUR PELAYANAN KEGIATAN STUDI BANDING/KUNJUNGAN DI RSA UGM</p> <pre> graph TD A[Institusi/Instansi mengajukan permohonan studi banding/kunjungan melalui email rsa@ugm.ac.id] --> B[Disposisi Direktur ke Bagian Akademik dan Riset] B --> C[Bag. Akademik dan Riset berkoordinasi dengan Bagian/Bidang/Instalasi terkait] C --> D[Studi banding/kunjungan disetujui] D --> E[Penerbitan Surat balasan Studi banding/Kunjungan] E --> F[Persiapan pelaksanaan kegiatan] F --> G[Pelaksanaan Studi banding/Kunjungan] G --> H[Penerbitan Invoice Kegiatan] H --> I[Institusi/Instansi menerima invoice dan membayar tarif studi banding/kunjungan melalui transfer bank/teller] </pre> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Dokumen persyaratan yang disampaikan ke RSA UGM hanya dalam bentuk <i>soft file</i> Tarif Studi Banding/Kunjungan tidak termasuk biaya konsumsi. Konsumsi disediakan oleh Instansi/Institusi Pemohon, atau dapat berkoordinasi dengan Staf Bagian Akademik dan Riset Visitasi unit layanan dapat dilakukan pada rangkaian kegiatan studi banding/kunjungan sesuai dengan yang tercantum dalam TOR Pengurusan Pengesahan administrasi SPPD (Surat Perintah Perjalanan Dinas)/Surat Tugas dapat diberikan kepada staf Bagian Akademik dan Riset pada saat berlangsungnya kegiatan

NO	KOMPONEN	URAIAN
3.	Jangka Waktu Pelayanan	1. Jam Pelayanan Administrasi Penelitian: 2. Hari dan jam kerja: <ul style="list-style-type: none"> • Senin – Kamis: 07.30 – 16.00 WIB • Istirahat: 12.00 – 13.00 WIB • Jumat: 07.30 – 16.30 WIB • Istirahat: 11.30 – 13.00 WIB 3. Jangka waktu layanan: 13 - 16 hari kerja <ul style="list-style-type: none"> • Administrasi Penerimaan Berkas: 2 - 3 hari kerja • Koordinasi dengan unit terkait: 3 – 4 hari kerja • Penerbitan Surat Balasan: 2 – 3 hari kerja • Penerbitan Invoice: 6 hari kerja
4.	Biaya/Tarif Pelayanan	Berdasarkan Keputusan Rektor 1. Studi Banding Siswa : Rp 108.750 / orang / hari 2. Studi Banding Mahasiswa : Rp 217.500 / orang / hari 3. Studi Banding Karyawan/Umum : Rp 290.000 / orang / hari 4. Kunjungan : Rp 72.500 / orang / hari Catatan : <ul style="list-style-type: none"> 1. Tarif tersebut tidak termasuk konsumsi dan penggantian materi 2. Bila kunjungan/studi banding lebih dari 60 peserta maka kegiatan akan dilaksanakan di auditorium sehingga akan ada penambahan biaya. Penambahan biaya diatur lebih lanjut disesuaikan dengan pengeluaran nyata
5.	Produk Pelayanan	1. Layanan Studi Banding Manajemen/Klinis 2. Layanan Kunjungan Manajemen/Klinis
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukkan/ Apresiasi	1. Email : rsa@ugm.ac.id 2. Telp : 0274-4530404 3. WA : 0811-2947-944 4. Kotak saran 5. Petugas informasi dan pengaduan 6. Website: www.rsa.ugm.ac.id 7. Instagram: @rsugm dan ugm.id/kontakkami
B. PENGELOLAAN PELAYANAN		
1.	Dasar Hukum	
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	1. Auditorium 2. Unit Layanan Medis/Manajemen 3. Perpustakaan 4. Research Longue 5. Ruang Kelas/Diskusi 6. Ruang Uji Klinik 7. LCD 8. Komputer 9. Literatur
3.	Kompetensi Pelaksana	SMEA
4.	Pengawasan Internal	1. Monitoring dan evaluasi oleh Kepala Bagian Akademik dan Riset 2. Supervisi oleh Kepala Bagian Akademik dan Riset 3. Satuan Pemeriksaan Internal
5.	Jumlah Pelaksana	1. Kepala Bagian 1 orang 2. Administrasi 1 orang
6.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif serta mengutamakan upaya peningkatan kualitas layanan

NO	KOMPONEN	URAIAN
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	Pengawasan keamanan di RS dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) RS
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan dilaksanakan sebulan sekali 2. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan layanan kunjungan/studi banding

XXII. STANDAR PELAYANAN PENELITIAN UJI KLINIK

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permohonan ijin penelitian dari instansi/sponsor/peneliti yg ditujukan ke Direktur Utama RSA UGM melalui sekretariat direksi dan/atau alamat email: rsa@ugm.ac.id cc: cru.rsa@ugm.ac.id 2. Proposal penelitian (dilampiri dengan CRF/LDP/Kuesioner/ Lembar Penjelasan/IC/dokumen lain pendukung pengambilan data penelitian) 3. EC/<i>Ethical Clearance</i> (yang diterbitkan oleh komisi etik yang terekognisi FERCAP untuk responden yang melibatkan pasien/keluarga pasien/nakes/rekmed, atau diterbitkan oleh komisi etik yang terakreditasi KEPPKN utk responden yang melibatkan manajemen)
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengajuan Permohonan <ol style="list-style-type: none"> a. Instansi/sponsor/peneliti mengajukan surat permohonan kerjasama dan protokol penelitian. b. Surat ditujukan kepada Direktur Utama RSA UGM melalui sekretariat direksi dengan alamat email: rsa@ugm.ac.id dan cc ke cru.rsa@ugm.ac.id. 2. Disposisi Direktur Utama Setelah menerima permohonan, Direktur Utama akan memberikan disposisi kepada Direktur SDM dan Akademik RSA UGM untuk ditindaklanjuti. 3. Disposisi Direktur SDM dan Akademik Direktur SDM dan Akademik akan meneruskan disposisi kepada Ketua CRU RSA UGM untuk menindaklanjuti permohonan kerjasama. 4. Review Protokol Tim CRU RSA UGM bersama tim etik penelitian RSA UGM akan melakukan review terhadap protokol penelitian yang diajukan untuk memastikan kesesuaian dan kepatuhan terhadap standar etika. 5. Koordinasi Detail Uji Klinis Setelah review, tim CRU RSA UGM akan berkoordinasi dengan pihak yang mengajukan untuk membahas detail uji klinis dan aspek-aspek kerjasama lainnya. 6. Penyusunan Dokumen PKS/MoU/MoA Kerjasama yang telah disepakati akan dituangkan dalam dokumen Perjanjian Kerjasama (PKS)/MoU/MoA antara instansi/sponsor/peneliti dengan RSA UGM atau UGM dibantu oleh bagian hukmas RSA UGM. 7. Pelaksanaan Uji Klinis Setelah penandatanganan PKS, tim CRU RSA UGM akan melaksanakan uji klinis sesuai dengan ketentuan yang terdapat dalam PKS dan protokol penelitian yang telah disetujui.
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<p>Jam Pelayanan Administrasi Penelitian :</p> <p>Hari dan jam kerja :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Senin – Kamis : 07.30 – 16.00 WIB • Istirahat : 12.00 – 13.00 WIB • Jumat : 07.30 – 16.30 WIB • Istirahat : 11.30 – 13.00 WIB
4.	Biaya/Tarif Pelayanan	Pembayaran <i>institutional fee</i> 10% dari keseluruhan RAB

NO	KOMPONEN	URAIAN
5.	Produk Pelayanan	1. Pelayanan Uji Klinis produk obat/vaksin 2. Pelayanan uji klinis produk herbal 3. Pelayanan uji klinis alat kesehatan 4. Pelayanan uji klinis <i>Artificial Intelligence (AI)</i>
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan/ Apresiasi	1. Email : rsa@ugm.ac.id ; cru.rsa@ugm.ac.id 2. Telp : 0274-4530404 3. WA : 0811-2947-944 4. Kotak saran 5. Petugas informasi dan pengaduan 6. Website: www.rsa.ugm.ac.id 7. Instagram: @rsugm dan ugm.id/kontakkami
B. PENGELOLAAN PELAYANAN		
1.	Dasar Hukum	1. Peraturan Direktur Rumah Sakit Akademik UGM Nomor 309/UN1/RSA/AKADEMIK/HK/2018 tentang Penelitian Klinis (Clinical Trial) Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1458/2023 Tentang Penyelenggaraan Penelitian Klinik di Rumah Sakit 3. Keputusan Direktur Utama Nomor 224/UN1/RSA.UK/SDM/SK/2024 tentang Kepala <i>Clinical Research Unit</i> RSA UGM
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	1. Ruang Uji Klinik <ul style="list-style-type: none"> a. Ruang informed consent b. Ruang pemeriksaan/screening c. Ruang EKG d. Ruang pengambilan darah e. Ruang tindakan f. Ruang observasi g. Ruang ganti h. Ruang diskusi/ruang <i>entertain</i> i. Ruang rawat inap j. Ruang farmasi k. Ruang dokumen 2. Biobank: <ul style="list-style-type: none"> a. <i>deep freezer</i> b. <i>centrifuge refrigerator</i> 3. Prasarana: <ul style="list-style-type: none"> a. Alat EKG b. Kulkas vaksin c. Kulkas <i>icepax</i> d. <i>Thermometer</i> e. <i>Sphygmomanometer</i> f. <i>Pulse oximeter</i> g. Timbangan BB h. LCD i. Televisi
3.	Kompetensi Pelaksana	S3;S2;S1
4.	Pengawasan Internal	1. Monitoring dan evaluasi oleh Direktur SDM dan Akademik 2. Tim Etik Penelitian RSA UGM 3. Satuan Pemeriksaan Internal
5.	Jumlah Pelaksana	1. Ketua CRU 1 orang 2. Administrasi 1 orang
6.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif serta mengutamakan upaya peningkatan kualitas hasil penelitian

NO	KOMPONEN	URAIAN
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	Pengawasan keamanan di RS dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) RS
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Monitoring dan evaluasi pelaksana uji klinik

XXIII. STANDAR PELAYANAN PUBLIK INSTALASI PENDIDIKAN DAN PELATIHAN

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	1. Perencanaan diklat 2. Penyelenggaraan diklat 3. Pengajuan dan disposisi
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	1. Pelatihan Terakreditasi/ <i>In House Training</i> <ol style="list-style-type: none"> Tahap Perencanaan Tahap Pelaksanaan Tahap Evaluasi <ol style="list-style-type: none"> Tahap Perencanaan: <ul style="list-style-type: none"> Pelatihan terakreditasi: Menyusun kurikulum/modul dan kerangka acuan kegiatan (KAK), rencana anggaran, tim teknis pelatihan, dan berkoordinasi dengan unit/instalasi/bagian lain dalam rapat persiapan. Pada rapat persiapan juga dilakukan penetapan tanggal sesuai kesepakatan dengan unit. <i>In House Training</i>: Unit mengajukan TOR yang kemudian dilakukan rapat persiapan rincian kegiatan, penentuan tanggal, hingga menentukan narasumber Tahap Pelaksanaan: Pelaksanaan pelatihan disertai koordinasi dengan tim teknis agar dapat berjalan dengan lancar Tahap Evaluasi: Dalam pelaksanaannya, di akhir sesi akan diberikan <i>google form</i> evaluasi narasumber/fasilitator, evaluasi penyelenggara. Selain itu diadakan rapat evaluasi mingguan/setelah kegiatan selesai <i>Ex House Training</i> <ol style="list-style-type: none"> Tahap Pengajuan Tahap Pemrosesan Tahap Pelaksanaan <ol style="list-style-type: none"> Tahap Pengajuan: Kepala instalasi/bagian mengajukan permohonan pelatihan kepada direktur utama yang kemudian mendapatkan disposisi ke instalasi diklat Tahap Pemrosesan: Setelah mendapatkan disposisi dan persetujuan kepala instalasi diklat, dilakukan tahap pemrosesan seperti melakukan registrasi peserta ke pihak penyelenggara Tahap Pelaksanaan: Pada tahap ini, peserta dapat mengikuti <i>ex house training</i> baik secara daring atau luring Program Studi Banding: <ol style="list-style-type: none"> Tahap Permohonan Tahap Pengajuan ke Instansi Tahap Pelaksanaan <ol style="list-style-type: none"> Tahap Permohonan: Bagian/Unit mengajukan permohonan studi banding dengan melampirkan TOR Tahap Pengajuan ke Instansi: Setelah mendapatkan disposisi, instalasi diklat mengajukan permohonan studi banding ke instansi yang dituju Tahap Pelaksanaan: Setelah mendapatkan surat jawaban dan koordinasi dengan instansi yang dituju, kegiatan studi banding dapat dilaksanakan

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>4. Program Bantuan Studi Lanjut bagi Pegawai</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 150px;">a. Tahap Pemberitahuan</div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 150px;">b. Tahap Pengajuan</div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 150px;">c. Tahap Pemrosesan</div> </div> <p>a. Tahap Pemberitahuan: Adanya surat pemberitahuan penerimaan bantuan studi bagi pegawai</p> <p>b. Tahap Pengajuan: Pegawai yang berminat mengajukan permohonan bantuan studi kepada Direktur Utama dengan melampirkan berkas pendukung (diserahkan ke instalasi diklat)</p> <p>c. Tahap Pemrosesan: Apabila berkas sudah sesuai, permohonan bantuan studi dapat diproses</p> <p>5. Program Kerja Sama Pengampuan Pelatihan/Peningkatan Kompetensi</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 200px;">a. Tahap Pengajuan oleh Instansi/Pihak Penyelenggara</div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 200px;">b. Tahap Pemrosesan</div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 200px;">c. Tahap Pelaksanaan</div> </div> <p>Tahap Pengajuan oleh Instansi/Pihak Penyelenggara: Instansi yang berminat untuk melakukan kerja sama</p> <p>a. seperti pengampuan pelatihan atau kerja sama peningkatan kompetensi (sistem kemenkes) dapat mengirimkan surat permohonan beserta dokumen pendukung melalui <i>e-mail</i></p> <p>b. Tahap Pemrosesan: Setelah berkas diterima, pihak instalasi diklat akan memproses ke direktur utama dan mendapatkan disposisi. Selain itu, instalasi diklat juga berkoordinasi dengan instalasi hukum dan pemasaran untuk pemrosesan PKS. Admin diklat juga akan melakukan registrasi terlebih dahulu ke sistem kemenkes</p> <p>c. Tahap Pelaksanaan: Apabila sudah terbit surat registrasi, kegiatan dapat diselenggarakan</p>
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<p>1. Hari Kerja</p> <p style="margin-left: 20px;">a. Senin – Kamis: 07.30 – 16.00 WIB</p> <p style="margin-left: 20px;">b. Jumat: 07.30 – 16.30 WIB</p> <p>2. Hari Libur (Sabtu dan Minggu)</p> <p style="margin-left: 20px;">Piket mingguan 24 jam</p>
4.	Biaya/Tarif Pelayanan	Standar Biaya Instalasi Diklat

NO	KOMPONEN	URAIAN
5.	Produk Pelayanan	1. Pelatihan Terakreditasi 2. <i>In House Training</i> 3. <i>Ex House Training</i> 4. Program Studi Banding 5. Program Bantuan Studi Lanjut bagi Pegawai 6. Program Peningkatan Kompetensi, 7. Program Kerjasama Peningkatan Kompetensi, dan Pengampunan Pelatihan
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan/ Apresiasi	1. Email: diklat.rsugm@ugm.ac.id 2. WA/No Telp: 0811-2856-214 2. Website: diklat.rsa.ugm.ac.id 3. Kotak saran 4. Instagram: @rsugm
B. PENGELOLAAN PELAYANAN		
1.	Dasar Hukum	1. Undang – undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. 2. Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tenaga Kesehatan 3. Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 2013 tentang Statuta Universitas Gadjah Mada (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5454); 4. Peraturan Lembaga Administrasi Negara Nomor 10 Tahun 2018 tentang Pengembangan Kompetensi PNS. 5. Peraturan Lembaga Administrasi Negara Nomor 13 Tahun 2020 tentang Akreditasi Pelatihan. 6. ISO 17011-2017. Penilaian kesesuaian persyaratan umum badan akreditasi dalam mengakreditasi Lembaga penilaian kesesuaian. 7. Peraturan Majelis Wali Amanat Universitas Gadjah Mada Nomor 4/SK/MWA/2014 tentang Organisasi dan Tata Kelola (<i>Governance</i>) Universitas Gadjah Mada sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Majelis Wali Amanat Universitas Gadjah Mada Nomor 5 Tahun 2023 tentang Perubahan Kedelapan atas Peraturan Majelis Wali Amanat Universitas Gadjah Mada Nomor 4/SK/MWA/2014 tentang Organisasi dan Tata Kelola (<i>Governance</i>) Universitas Gadjah Mada; 8. Peraturan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 1 Tahun 2024 tentang Unit Khusus; 9. Peraturan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 9 Tahun 2024 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada (<i>Hospital By Laws</i>); 10. Keputusan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 1058/UN1.P/KPT/HUKOR/2022 tentang Direktur Utama Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada; 11. Keputusan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 286/UN1.P/KPT/HUKOR/2024 tentang Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada Sebagai Unit Khusus;
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	1. Ruang pimpinan 2. Ruang staf dan sekretariat 3. Ruang penerima tamu instalasi 4. Ruang kelas kapasitas 35 orang 5. Ruang kelas kapasitas 30 orang 6. Ruang skills lab 7. Auditorium 8. Selasar auditorium

NO	KOMPONEN	URAIAN
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tenaga medis 2. Tenaga kesehatan 3. Tenaga kesehatan lain 4. Tenaga non medis 5. Administratif
4.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan evaluasi oleh kepala instalasi 2. Penjaminan mutu diklat 3. Audit mutu internal diklat
5.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi Pendidikan dan Pelatihan 1 orang 2. Tim Penjaminan Mutu 6 orang 3. Tim Audit Mutu Internal 5 orang 4. Kesekretariatan dan Bendahara 2 orang 5. Administrasi, Teknis Penyelenggaraan Pelatihan, dan Pengelola Sistem Informasi 3 orang 6. Perencanaan 1 orang 7. MOT 4 orang 8. TOC 2 orang 9. Penjaminan Mutu Pelatihan 34 orang
6.	Jaminan Pelayanan	<p>Dalam menjalankan fungsi pelayanan dengan mengemban budaya kerja:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengutamakan kerja sama dan saling menghormati dalam bekerja; 2. Menghargai berbagai profesi kesehatan dalam team work; 3. Mengutamakan kedisiplinan, kejujuran, keterbukaan, kebersamaan dan rasa memiliki dalam menjalankan tugas dan kewajiban masing-masing; dan 4. Peningkatan kesejahteraan karyawan berawal dari etos kerja yang baik dan tanggung jawab 5. Secara penuh kesadaran dan dirasakan bersama secara merata dan berkeadilan.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengikuti peraturan yang ditetapkan rumah sakit 2. Dalam menjalankan pelayanan berkoordinasi dengan Instalasi lain
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi Indikator Kinerja Individu (IKI) setiap bulan 2. Evaluasi dan monitoring oleh Tim Penjaminan Mutu Diklat setiap 6 (enam) bulan sekali 3. Evaluasi dan monitoring oleh Tim Audit Mutu Internal Diklat setiap 6 (enam) bulan sekali 4. Survei kepemimpinan terhadap Kepala Instalasi Diklat

XXIV. STANDAR PELAYANAN PEMBAYARAN KEPADA REKANAN/VENDOR

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<div>1. Dokumen dari unit belanja RSA UGM, sebagai contoh: surat tugas, SK, permohonan pembayaran, lembar Simpel, Sipintar, Surat pesanan, undangan, dsb</div> <div>2. Dokumen dari rekanan/vendor, sebagai contoh: tagihan, nota, kuitansi, faktur penjualan, faktur pajak, daftar hadir, daftar presensi, nomor NPWP, nomor rekening, KTP, dsb</div> <div>3. Dokumen kedua belah pihak, sebagai contoh: BAPP, BAST, BAP, SPK, PKS, kontrak kerja, dsb</div>
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<div><div><div>Petugas Belanja mengirim dokumen SPJ format PDF via Sistema Verifikasi SPJ</div><div>Dokumen SPJ disetujui Kepala Unit di RSA UGM</div><div>Verifikasi kelengkapan dokumen oleh PUMK</div><div><div>Jika dokumen SPJ tidak lengkap/benar maka dokumen kembali ke Petugas Belanja</div><div>Jika dokumen SPJ telah lengkap dan benar maka PUMK memproses via Sistem Finance Simaster</div></div><div>PUMK mengirim SPJ ke Atasan Langsung PUMK untuk diapprove</div><div>Dokumen SPJ diverifikasi dan diproses pembayaran oleh Direktorat Keuangan UGM</div><div>SPJ terbayar ke rekening tujuan</div></div><div><div>1. Petugas belanja (meliputi belanja gaji, honorarium, tunjangan, dan belanja personil lainnya, serta belanja barang dan jasa) membuat <i>soft copy</i> dokumen belanja yang telah dilaksanakan, dalam format PDF maksimal 7 hari setelah pelaksanaan belanja selesai.</div><div>2. Dokumen Surat Pertanggung Jawaban (SPJ) harus lengkap, valid, dan benar, digabung menjadi 1 file, dan dikirim ke Bagian Keuangan dengan cara diunggah ke sistem Sistema, dengan urutan:<div><div>a. Dokumen dari unit belanja, sebagai contoh: surat tugas, SK, permohonan pembayaran, lembar Simpel, Sipintar, Surat pesanan, undangan, dsb</div></div></div></div></div>

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>b. Dokumen dari rekanan/vendor, sebagai contoh: tagihan, nota, kuitansi, faktur penjualan, faktur pajak, daftar hadir, daftar presensi, nomor NPWP, nomor rekening, KTP, dsb</p> <p>c. Dokumen kedua belah pihak, sebagai contoh: BAPP, BAST, BAP, SPK, PKS, kontrak kerja, dsb</p> <p>3. Dalam sistem Sistema, petugas belanja mengklik/memilih Pemegang Uang Muka Kerja (PUMK) yang dituju sesuai dokumen belanja yang akan di SPJ.</p> <p>4. Petugas belanja mengklik persetujuan bahwa dokumen yang diupload adalah dokumen asli dan valid, dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.</p> <p>5. Petugas belanja mengklik "kirim ke Atasan" (Kepala Unit)</p> <p>6. Kepala Unit akan memberikan persetujuan/<i>approval</i> atas berkas belanja tersebut dengan mengklik persetujuan bahwa dokumen tersebut adalah asli, valid, dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya, dan setuju untuk dikirim ke PUMK (Bagian Keuangan).</p> <p>7. PUMK memverifikasi file yang telah disetujui oleh Kepala Unit, memeriksa kesesuaian belanja dengan dokumen-dokumen pendukung yang disertakan.</p> <p>8. Apabila <i>soft file</i> dokumen SPJ telah terverifikasi dan dinyatakan lengkap dan benar, maka PUMK akan langsung memproses file lebih lanjut ke sistem Finance Simaster UGM</p> <p>9. Apabila <i>soft file</i> dokumen SPJ belum lengkap dan benar, maka PUMK akan menolak (<i>reject</i>) dan memberikan catatan atas dokumen yang kurang atau salah, dan pengajuan SPJ akan kembali kepada Petugas belanja</p> <p>10. Petugas belanja akan merevisi dan melengkapi dokumen, mengupload, mengirim ulang, hingga dinyatakan lengkap dan benar.</p> <p>11. PUMK mengupload dokumen ke sistem Finance Simaster UGM, dan dimintakan <i>approval</i> Atasan Langsung PUMK</p> <p>12. Atasan langsung PUMK memberikan <i>approval</i> melalui sistem Finance Simaster UGM. Dengan <i>approval</i> tersebut maka ajuan SPJ telah terkirim ke Direktorat Keuangan UGM</p> <p>13. Direktorat Keuangan UGM secara berjenjang melakukan verifikasi dan <i>approval</i> terhadap dokumen SPJ melalui sistem Finance Simaster UGM</p> <p>14. Apabila SPJ dinyatakan lolos verifikasi maka pengajuan pembayaran definitif telah siap dibayar oleh Bendahara Universitas. Apabila dalam proses verifikasi berjenjang tersebut belum lolos, maka dilakukan revisi berkas SPJ, dan proses diulang mulai dari prosedur no. 3</p> <p>15. Bendahara Universitas melakukan pembayaran dengan cara mentransfer langsung dari rekening Universitas ke rekening bank rekanan/penerima.</p>
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<p>1. Senin – Kamis: pukul 07.30 – 16.00 WIB</p> <p>2. Jum'at : pukul 07.30 – 16.30 WIB</p>
4.	Biaya/Tarif Pelayanan	Tidak ada tarif biaya
5.	Produk Pelayanan	<p>1. Pembayaran atas pengadaan barang dan jasa</p> <p>2. Pembayaran belanja pegawai (gaji, honorarium, tunjangan dan remunerasi)</p> <p>3. Pembayaran honorarium non pegawai (pihak eksternal)</p>
6.	Penanganan Pengaduan,	<p>1. Email: perbendaharaan.rsugm@ugm.ac.id</p> <p>2. Telp: 0274-4530404 ext. Bagian Keuangan 1034</p>


































NO	KOMPONEN	URAIAN
	Saran dan Masukkan/ Apresiasi	3. Whatsapp: 08112860698
B. PENGELOLAAN PELAYANAN		
1.	Dasar Hukum	1. Keputusan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 970/UN1.P/KPT/HUKOR/2022 tentang Pedoman Pertanggungjawaban Transaksi Keuangan Universitas Gadjah Mada 2. Standar Biaya Universitas Gadjah Mada yang berlaku
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	1. Sistem informasi Manajemen Keuangan a. Sistema menu SPJ Verifikasi b. Sistema menu kasir pengeluaran UMK c. Sistem Finance Simaster UGM 2. Loker Keuangan 3. Meubelair 4. Komputer 5. Telepon
3.	Kompetensi Pelaksana	1. PUMK (Pemegang Uang Muka Kerja) berdasar Keputusan Rektor UGM 2. Atasan Langsung PUMK berdasar Keputusan Rektor UGM
4.	Pengawasan Internal	1. Supervisi oleh Koordinator Bidang Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana 2. Monitoring dan Evaluasi oleh Kepala Bagian Keuangan dan Direktur Keuangan dan Administrasi Umum 3. Satuan Pemeriksaan Internal
5.	Jumlah Pelaksana	1. Direktur Keuangan sekaligus sebagai Atasan langsung PUMK 1 orang 2. Kepala Bagian Keuangan 1 orang 3. Koordinator Bidang Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana 1 orang 4. PUMK 4 orang 5. Petugas Administrasi Keuangan 1 orang
6.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, dan solutif serta mengutamakan upaya peningkatan mutu.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelaksana memiliki akun sendiri-sendiri dalam mengakses sistem informasi manajemen 2. Sistem approval berjenjang 3. Memberi informasi kepada pihak-pihak yang berkepentingan sesuai prosedur yang berlaku. 4. Menjaga kerahasiaan dan transparansi data keuangan sesuai kebutuhan pemangku kepentingan.
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Membuat laporan kinerja harian kepada Koordinator Bidang Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana 2. Membuat logbook dan Indikator Kinerja Individu (IKI) bulanan yang diajukan kepada Koordinator Bidang Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana serta Kepala Bagian Keuangan

XXV. STANDAR PEMENUHAN BARANG SEDIAAN

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> Pengguna layanan barang sediaan adalah seluruh Instalasi dan Unit kerja di Rumah Sakit Akademik UGM. Barang yang dibutuhkan berupa sediaan barang rumah tangga dan alat tulis kantor.
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px; text-align: center;"> Pengguna layanan mengajukan permohonan barang melalui sistem EHR ke petugas gudang </div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px; text-align: center;"> Petugas gudang sediaan melakukan input data permintaan dari seluruh unit kerja dan dan </div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px; text-align: center;"> Petugas gudang menyiapkan barang sesuai permintaan yang disetujui </div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px; text-align: center;"> Petugas gudang mengirim barang permintaan ke instalasi/unit kerja yang mengajukan </div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px; text-align: center;"> Petugas gudang melakukan serah terima barang dengan petugas di instalasi/unit kerja </div> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pengguna layanan mengajukan permohonan barang melalui sistem EHR ke petugas gudang. Petugas gudang sediaan melakukan input data permintaan dari seluruh unit kerja dan dan melakukan persetujuan melalui EHR. Petugas gudang menyiapkan barang sesuai permintaan yang disetujui. Petugas gudang mengirim barang permintaan ke instalasi/unit kerja yang mengajukan. Petugas gudang melakukan serah terima barang dengan petugas di instalasi/unit kerja.
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> Pelayanan permintaan barang sediaan sesuai jam kerja: <ul style="list-style-type: none"> - Senin - Kamis : Pukul 07.30 - 16.00 wib. - Jumat : Pukul 07.30 - 16.30 wib. - Sabtu - minggu: Libur
4.	Biaya/Tarif Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> Seluruh permintaan unit kerja di rumah sakit tidak membayar. Belanja barang sediaan menggunakan anggaran RKAT Rumah Sakit Akademik UGM.
5.	Produk Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> Layanan sediaan barang rumah tangga kebutuhan rumah sakit Layanan sediaan alat tulis kantor kebutuhan rumah sakit
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan/	<ol style="list-style-type: none"> Email: rsa@ugm.ac.id Telp: 0274-4530404 Faks: 0274-4530606 SMS/WA: 08112548118

NO	KOMPONEN	URAIAN
	Apresiasi	5. Kotak saran 6. Petugas informasi dan pengaduan 7. Website: www.rsa.ugm.ac.id 8. Instagram: @rsugm dan ugm.id/kontakkami
B. PENGELOLAAN PELAYANAN		
1.	Dasar Hukum	Peraturan Direktur Utama Nomor 369/UN1/RSA/ADM/HK/2022 tentang Pelayanan Administrasi Umum Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada.
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	1. Gudang pelayanan barang sediaan 2. Sistem EHR 3. Gudang penyimpanan barang sediaan
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Petugas gudang yang dapat mengoperasikan sistem EHR 2. Petugas belanja
4.	Pengawasan Internal	1. Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) 2. Direktur Keuangan dan Administrasi Umum 3. Kepala Bagian Administrasi Umum
5.	Jumlah Pelaksana	1. 1 (satu) petugas penjaga gudang 2. 1 (satu) petugas belanja
6.	Jaminan Pelayanan	Bagian Administrasi Umum
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Petugas gudang 2. Sistem EHR
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Koordinator Rumah Tangga dan Perlengkapan 2. Bagian Administrasi Umum 3. Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) 4. Direktur Keuangan dan Administrasi Umum

XXVI. STANDAR PELAYANAN PENGELOLAAN ASET

NO	KOMPONEN	URAIAN																																																																								
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN																																																																										
1.	Persyaratan	1. Penatausahaan Aset Baru 2. Penatausahaan Hibah 3. Penatausahaan Sediaan 4. Reinventarisasi BMU																																																																								
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<table><tr><th>No</th><th>Urutan Kegiatan</th><th>Pengelola Aset</th><th>Unit Pengadaan</th><th>FUMK/ Bendahara Unit Kerja</th><th>Kelengkapan</th><th>Waktu</th><th>Output</th></tr><tr><td></td><td>Mulai</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>1.</td><td>Pengumpulan dokumen sumber</td><td></td><td></td><td></td><td>Kontrak, Addendum kontrak, SPK, Kuitansi, BAST, ABD</td><td>2 hari</td><td>Bendel Dokumen transaksi penambahan aset</td></tr><tr><td>2.</td><td>Pengecekan Fisik Aset BMU yang akan dicatat</td><td></td><td></td><td></td><td>Kontrak, Addendum kontrak, SPK, Kuitansi, BAST, ABD</td><td>1 hari</td><td>Aset tervifikasi</td></tr><tr><td>3.</td><td>Rekapitulasi transaksi penambahan aset</td><td></td><td></td><td></td><td>Bendel Dokumen transaksi penambahan aset</td><td>1 hari</td><td>Daftar Rekapitulasi Penambahan Aset (DRPA)</td></tr><tr><td>4.</td><td>Input data kedalam aplikasi SIMASET</td><td></td><td></td><td></td><td>DRPA, Dokumen sumber, dokumen transaksi</td><td>1 hari</td><td>DBR/KIB dalam SIMASET</td></tr><tr><td>5.</td><td>Rekonsiliasi bulanan aset dengan bendahara FUMK</td><td></td><td></td><td></td><td>DRPA</td><td>1 hari</td><td>Berita Acara Rekonsiliasi Bulanan</td></tr><tr><td>6.</td><td>Mencetak label identitas aset</td><td></td><td></td><td></td><td>DRPA, Berita Acara Rekonsiliasi Bulanan</td><td>0.5 hari</td><td>Label Identitas Aset</td></tr><tr><td></td><td>Selesai</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>6.5 hari</td><td></td></tr></table> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none">Pengelola aset melakukan pencatatan pembelian aset baru atau hibah asetPencatatan dilakukan baik secara sistem (kodefikasi, melengkapi spesifikasi, labeling dan penempatan) maupun secara tertulis (dokumen hibah yang telah disahkan)Reinventarisasi BMUUntuk persediaan, dikelola oleh pengampu sediaan di unit kerja.Pengelola aset melakukan rekonsiliasi dengan Tim Akuntansi Bagian Keuangan	No	Urutan Kegiatan	Pengelola Aset	Unit Pengadaan	FUMK/ Bendahara Unit Kerja	Kelengkapan	Waktu	Output		Mulai							1.	Pengumpulan dokumen sumber				Kontrak, Addendum kontrak, SPK, Kuitansi, BAST, ABD	2 hari	Bendel Dokumen transaksi penambahan aset	2.	Pengecekan Fisik Aset BMU yang akan dicatat				Kontrak, Addendum kontrak, SPK, Kuitansi, BAST, ABD	1 hari	Aset tervifikasi	3.	Rekapitulasi transaksi penambahan aset				Bendel Dokumen transaksi penambahan aset	1 hari	Daftar Rekapitulasi Penambahan Aset (DRPA)	4.	Input data kedalam aplikasi SIMASET				DRPA, Dokumen sumber, dokumen transaksi	1 hari	DBR/KIB dalam SIMASET	5.	Rekonsiliasi bulanan aset dengan bendahara FUMK				DRPA	1 hari	Berita Acara Rekonsiliasi Bulanan	6.	Mencetak label identitas aset				DRPA, Berita Acara Rekonsiliasi Bulanan	0.5 hari	Label Identitas Aset		Selesai					6.5 hari	
No	Urutan Kegiatan	Pengelola Aset	Unit Pengadaan	FUMK/ Bendahara Unit Kerja	Kelengkapan	Waktu	Output																																																																			
	Mulai																																																																									
1.	Pengumpulan dokumen sumber				Kontrak, Addendum kontrak, SPK, Kuitansi, BAST, ABD	2 hari	Bendel Dokumen transaksi penambahan aset																																																																			
2.	Pengecekan Fisik Aset BMU yang akan dicatat				Kontrak, Addendum kontrak, SPK, Kuitansi, BAST, ABD	1 hari	Aset tervifikasi																																																																			
3.	Rekapitulasi transaksi penambahan aset				Bendel Dokumen transaksi penambahan aset	1 hari	Daftar Rekapitulasi Penambahan Aset (DRPA)																																																																			
4.	Input data kedalam aplikasi SIMASET				DRPA, Dokumen sumber, dokumen transaksi	1 hari	DBR/KIB dalam SIMASET																																																																			
5.	Rekonsiliasi bulanan aset dengan bendahara FUMK				DRPA	1 hari	Berita Acara Rekonsiliasi Bulanan																																																																			
6.	Mencetak label identitas aset				DRPA, Berita Acara Rekonsiliasi Bulanan	0.5 hari	Label Identitas Aset																																																																			
	Selesai					6.5 hari																																																																				
3.	Jangka Waktu Pelayanan	1. Penatausahaan aset 1-2 hari 2. Penatausahaan hibah 5-10 hari 3. Penatausahaan sediaan 1 bulan																																																																								
4.	Biaya/Tarif Pelayanan																																																																									
5.	Produk Pelayanan	1. Laporan BMU Triwulanan 2. Dokumen Hibah																																																																								
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukkan/ Apresiasi	1. Direktur Keuangan dan Administrasi Umum 2. Kepala Bagian Administrasi Umum 3. Koordinator Rumah Tangga 4. Staff pengelola aset																																																																								

NO	KOMPONEN	URAIAN
B. PENGELOLAAN PELAYANAN		
1.	Dasar Hukum	1. Peraturan Pemerintah Nomor 27 tahun 2014 tentang Pengelolaan Barang Milik Negara/Daerah; 2. Peraturan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 24 Tahun 2022 Perubahan Atas Peraturan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 13 Tahun 2017 tentang Penatausahaan Barang Milik Universitas Gadjah Mada; 3. Peraturan Rektor Universitas Gadjah Mada Nomor 9 Tahun 2024 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada (<i>Hospital By Laws</i>);
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau Fasilitas	1. Sistem Informasi Finance UGM 2. komputer 3. notebook 4. printer 5. scanner
3.	Kompetensi Pelaksana	Pengadministrasi umum
4.	Pengawasan Internal	1. Direktur Keuangan dan Administrasi Umum 2. Standar Pemeriksaan Internal 3. Bagian Administrasi Umum
5.	Jumlah Pelaksana	1. Koordinator pengelola aset 2. Pengelola aset
6.	Jaminan Pelayanan	Kepala Bagian Administrasi Umum
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. K3 2. Pelayanan Keamanan/security 3. CCTV
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Direktur Keuangan dan Administrasi Umum 2. Kepala Bagian Administrasi Umum 3. Unit Kerja

XXVII. STANDAR PELAYANAN PENGGUNAAN RUANG

NO	KOMPONEN	URAIAN			
A. PENYAMPAIAN PELAYANAN					
1.	Persyaratan	1. Permintaan via surat 2. EHR 3. Berbayar berdasarkan tarif atau Free			
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<div><div>Pengguna layanan ruang, pengusul kegiatan RSA atau panitia luar RSA mengajukan surat kepada Direksi/EHR</div><div>↓</div><div>Mendapatkan persetujuan direksi untuk dilaksanakan</div><div>↓</div><div>Koordinasi dengan Kepala Bagian Administrasi Umum serta penanggung jawab kegiatan</div><div>↓</div><div>Memastikan kelengkapan ruang yang diperlukan beserta tarif ruang apabila berbayar.</div><div>↓</div><div>Penentuan tanggal pelaksanaan, layout, kelengkapan, petugas</div><div>↓</div><div>Pengguna melaporkan kepada Petugas Ruang apabila sudah selesai untuk selanjutnya di clear</div></div> <div>Keterangan: 1. Pengguna layanan ruang/Panitia pengusul kegiatan RSA atau panitia luar RSA mengajukan surat kepada Direksi/EHR 2. Mendapatkan persetujuan direksi untuk dilaksanakan 3. Koordinasi dengan Kepala Bagian Administrasi Umum serta penanggung jawab kegiatan 4. Memastikan kelengkapan ruang yang diperlukan beserta tarif ruang apabila berbayar. 5. Penentuan tanggal pelaksanaan, layout, kelengkapan, petugas 6. Pengguna melaporkan kepada Petugas Ruang apabila sudah selesai untuk selanjutnya di <i>clear up</i></div>			
3.	Jangka Waktu Pelayanan	Pelayanan hari Senin – minggu (24 jam)			
4.	Biaya/Tarif Pelayanan	NO	NAMA RUANG	LAMA WAKTU PENGGUNAAN	TARIF (Rp)
		1.	Ruang Auditorium + Ruang Kelas Kresna 506 dan 507	1 hari	3.600.000
		2.	Ruang Selasar Auditorium	1 hari	1.200.000

NO	KOMPONEN	URAIAN			
		3.	Ruang Kelas Sadewa 501	4 Jam	385.000
				6 Jam	565.000
				8 Jam	745.000
		4.	Ruang Kelas Indraprasta 502	4 Jam	415.000
				6 Jam	600.000
				8 Jam	790.000
		5.	Ruang Kelas Indraprasta 503	4 Jam	415.000
				6 Jam	600.000
				8 Jam	790.000
		6.	Ruang Kelas Indraprasta 504	4 Jam	400.000
				6 Jam	585.000
				8 Jam	775.000
		7.	Ruang Kelas Indraprasta 505	4 Jam	400.000
				6 Jam	585.000
				8 Jam	775.000
		8.	Ruang Kelas Kresna 506	4 Jam	400.000
				6 Jam	585.000
				8 Jam	775.000
		9.	Ruang Kelas Kresna 507	4 Jam	400.000
				6 Jam	585.000
				8 Jam	775.000
		10.	Ruang Rapat Indraprasta Lantai 4	4 Jam	415.000
				6 Jam	600.000
				8 Jam	790.000
5.	Produk Pelayanan	1. Ruang Auditorium yaitu ruang pertemuan yang berada di Gedung Kresna lantai 5 2. Ruang selasar Auditorium yaitu ruang pertemuan yang berada di depan Ruang Auditorium Gedung Kresna lantai 5 3. Ruang Kelas Sadewa 501 4. Ruang Kelas Indraprasta 502 5. Ruang Kelas Indraprasta 503 6. Ruang Kelas Indraprasta 504 7. Ruang Kelas Indraprasta 505 8. Ruang Kelas Kresna 506 9. Ruang Kelas Kresna 507 10. Ruang Rapat Indraprasta lantai 4			
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukkan/ Apresiasi	1. Email: rsa@ugm.ac.id 2. Tel: 0274-4530404 3. Fax: 0274-4530606 4. SMS/WA: 08112548118 5. Kotak saran 6. Petugas informasi dan pengaduan 7. Website: www.rsa.ugm.ac.id 8. Instagram: @rsugm dan ugm.id/kontakkami			
C. PENGELOLAAN PELAYANAN					
1.	Dasar Hukum	1. Peraturan Direktur Utama Nomor 369/UN1/RSA/ADM/HK/2022 tentang Pelayanan Administrasi Umum Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada. 2. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada 461/UN1/RSA.UK/ADM/SK/2025 tentang Tarif Sewa Ruang Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada.			
2.	Sarana dan Prasarana dan/atau	1. Ruangan, 2. Meja, 3. Kursi.			

NO	KOMPONEN	URAIAN
	Fasilitas	4. AC 5. LCD Proyektor 6. Dekorasi
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Petugas Dekorasi Ruang 2. Petugas Kebersihan Ruang 3. Petugas Keamanan 4. Petugas <i>Sound System</i> /listrik 5. Petugas IT
4.	Pengawasan Internal	1. Satuan Pemeriksaan Internal 2. Direktur Keuangan dan Administrasi Umum 3. Kepala Bagian Administrasi Umum
5.	Jumlah Pelaksana	1. Satu orang koordinator pelaksana 2. Tiga orang pelaksana dekorasi / lay out 3. Dua orang tenaga kebersihan 4. Dua orang tenaga keamanan 5. Dua orang tenaga <i>sound system</i> 6. Dua orang tenaga IT
6.	Jaminan Pelayanan	Bagian Administrasi Umum
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. K3, via operator penayangan video kebencanaan 2. Pintu, jendela, ventilasi dalam keadaan baik, bisa dibuka tutup 3. Petugas parkir 4. Petugas keamanan 5. Pengelola CCTV
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Pemangku acara kegiatan 2. Bagian Administrasi Umum 3. Satuan Pemeriksaan Internal 4. Direktur Keuangan dan Administrasi Umum



Direktur Utama,

Dr. dr. Darwito, S.H., Sp.B. Subsp. Onk (K)

✓