

DAFTAR SINGKATAN

APK : Akses Ke Pelayanan Dan Kontinuitas Pelayanan

ARK : Akses Ke Rumah Sakit Dan Kontinuitas Pelayanan

ESI : *Emergency Severity Index*

IGD : Instalansi Gawat Darurat

KARS : Komisi Akreditasi Rumah Sakit

RSMA : Rumah Sakit H.L. Manambai Abdulkadir

SDM : Sumber Daya Manusia

SOP : *Standar Operational Procedure*

SNARS:Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit

WPSS : *WHO-classification based Prognostic Scoring System*

LAMPIRAN

Lampiran 1 Pedoman Wawancara

1. Apa yang dimaksud dengan akreditasi?
2. Apa saja fungsi atau pentingnya dari dilakukannya implementasi akreditasi?
3. Sejak kapan SOP ARK 1 tersebut diberlakukan? Dan Mengapa di rumah sakit harus menerapkannya?
4. Apakah telah dilakukan self assesment akreditasi?
5. Siapa saja yang membuat SOP tersebut?
6. Bagaimana pelaksanaan SOP tersebut pada rumah sakit?
7. Apa saja kendala yang ditemukan pada saat pelaksanaan tersebut?
8. Apakah SOP direview setiap tahun atau kurang? Apa peran anda?
9. Bagaimana prosedur skrinning di IGD?
10. Bagaimana Prosedur Penerimaan pasien rawat inap dan rawat jalan?
11. Bagaimana prosedur triase di IGD ?
12. Apa yang dilakukan apabila sudah melewati batas waktu observasi pasien di IGD?

13. Bagaimana prosedur ruamh sakit terhadap pasien bila tempat tidur pasien penuh ?
14. Bagaimana prosedur ruamh sakit terhadap pelayanan pasien yang tertunda?
15. Bagaimana RS megidentifikasi hambatan mengenai standar ARK dalam memberikan pelayanan?

Pertanyaan	Sumber	<i>Open coding</i>	<i>Axial coding</i>	Tema
Apakah yang dimaksud akreditasi ?	Perawat (S1)	Syarat berlangsungnya rumah sakit	Akreditasi adalah : <ul style="list-style-type: none"> • Syarat untuk berlangsungnya rumah sakit • Standar pelayanan • masih ada yang tidak mengetahui tentang pengertian CP. • Pengetahuan yang tidak merata 	Pengetahuan tidak merata.
	Perawat PN (DIII)	Tidak mengerti		
	Perawat PN (S1)	Tidak mengerti		
	Perawat Kepala ruangan	Standar untuk pelayanan rumah sakit		
	Dokter IGD 1	Pedoman untuk penuntun melakukan tindakan pelayanan		
	Dokter IGD 2	Standar yang di tetapkan pemerintah untuk pelayanan rumah sakit guna menyetarakan rumah sakit		

	Dokter Poli 1	Standar pelayanan rumah sakit		
	Dokter Poli 2	Kualitas pelayanan rumah sakit		
Penting atau tidak implementasi akreditasi dalam pelayanan di RS?	Perawat 1 (S1)	Penting, bisa menentukan kualitas rumah sakit	Pentingnya akreditasi dalam pelayanan di RS adalah <ul style="list-style-type: none"> • Kualitas rumah sakit • Sebagai pengatur di rumah sakit 	Implementasi akreditasi penting sebagai bentuk pelayanan rumah sakit
	Perawat 2 PN (DIII)	Tidak mengerti		
	Perawat 3 PN (S1)	Penting, karena ada target yang harus dicapai		
	Perawat 4 (DIII)	Tidak penting, karena buang buang waktu		
	Perawat 5 Kepala ruangan IGD	Penting, karena apakah itu sudah sesuai dengan SOP		
	Perawat 6 Kepala ruangan	Penting, karena untuk pedoman		

	rawat jalan			
	Dokter IGD 1	Penting, karena sebagai aturan di rumah sakit.		
	Dokter IGD 2	Penting, karena bentuk pelayanan maksimal kepada pasien.		
Sejak kapan persiapan akreditasi di rumah sakit? Dan apakah ada sosialisasinya? Sudah dilakukan <i>self assesment</i> akreditasi?	Perawat 1 (S1)	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak tahu • Tidak ada sosialisasi 	Tidak mengerti	Tidak ada sosialisasi mengenai akreditasi, dan belum dilakukan self assesment
	Perawat 2 Kepala ruangan IGD	<ul style="list-style-type: none"> • Sejak bulan 8 tahun kemarin • Belum ada sosialisasi 		
	Dokter IGD 1	<ul style="list-style-type: none"> • Sejak tahun kemarin • Tidak ada sosialisasi 		
	Staf administrasi rawat jalan	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak tahu • Tidak ada 		

		sosialisasi		
	Anggota pokja ARK 1	<ul style="list-style-type: none"> • Persiapan akreditasi dari tahun kmrin • Belum sempat dilakukan akreditasi dikarenek perunahan dokumen dari KARS menuju SNARS • Belum diadakan <i>self assessment</i> 		
Apakah ada SOP ARK 1 dan sejak kapan diterapkan?	Perawat(S1)	Belum ada	SOP belum ada pada setiap ruangan	SOP belum ada pada setiap ruangan
	PerawatPN (DIII)	Tidak ada SOP		
	Perawat Kepala ruangan	Sudah ada SOP tetapi sedang diperbanyak		

	Perawat Kepala Bangsal	Belum ada		
	Dokter IGD 1	Belum ada SOP di IGD		
	Dokter IGD 2	Mungkin ada, saya tidak tahu		
	Anggota pokja ARK 1	SOP sedang kami perbanyak, belum kami edarkan ke setiap ruangan		
Bagaimana pelaksanaan SOP ARK 1 pada RS?	Perawat 1 (S1)	Saya tidak pernah membaca SOP	Tidak pernah membaca SOP	SOP tidak pernah disosialisasikan
	Perawat 2 PN (DIII)	Saya tidak pernah membaca SOP		
	Perawat 3 PN (S1)	Tidak ada SOP		
	Dokter IGD 1	Saya belum pernah liat SOP di iGD		
	Staf adminitrasi	Tidak tahu jika ada SOP		

Apakah SOP dan akreditasi menambah beban kerja atau mempermudah?	Perawat (S1)	Menambah	SOP menambah beban kerja	Akreditasi dan SOP ARK menjadi beban kerja
	Perawat PN (DIII)	Menambah		
	Perawat PN (S1)	Menambah		
	Dokter IGD 1	Mempermudah		
	Dokter IGD 2	Menambah		
Bagaimana proses skrinning di IGD? Dan jenis triase apa yang digunakan?	Perawat (S1)	1. Dari vital sign pasien. 2. Triase p1 p2 p3	Proses skrinning di IGD : 1. Keadaan umum 2. Vs 3. Triase p1 p2 p3	Skrinning dinilai dari vs dan Keadaan umum
	Perawat PN (DIII)	3. Dari keadaan umum pasien. 4. Triase p1 p2 p3		
	Perawat PN (S1)	5. Dari vital sign dan keadaan umum pasien. • Triase p1 p2 p3		
	Perawat (DIII)	6. Dari vital sign dan keadaan umum pasien.		

		• Triase p1 p2 p3		
Apakah rekam medis selalu terisi lengkap?	Perawat 1 (S1)	Tidak selalu, jam dan tanggal sering terlupa	staf medis lengkap mengisi rekam medis	Rekam medis untuk assesment awal selalu terisi
	Perawat 2 PN (DIII)	Selalu		
	Perawat 3 PN (S1)	Selalu		
	Perawat 4 (DIII)	Tidak selalu, jam dan tanggal sering terlupa		
	Perawat 5 (DIII)	Selalu		
	Dokter IGD	Selalu		
	Dokter bangsal	Selalu		
Apakah pada RM ada dokumen ARK seperti penundaan pelayanan?	Perawat (S1)	Form tidak ada	Form tidak tersedia	Form tidak tersedia
	Perawat PN (DIII)	Form tidak ada		
	Perawat PN (S1)	Form tidak ada		
	Dokter IGD	Form tidak ada		

	Dokter Bangsal	Form tidak ada		
Bagaiman prosedur penerimaan pasien rawat jalan dan rawat inap?	Perawat (S1)	Pasien di triase terlebih dahulu, jika poli masih buka dialihkan ke poli jika tidak gawat darurat	Pasien di skrining kemudian diarahkan sesuai kebutuhan pasien	Pada skrining dinilai apakah pasien ke poli atau IGD
	Perawat PN (DIII)	Pasien yang dapat ke poli di arahkan ke poli		
	Perawat PN (S1)	Pasien saat mendaftar di rawat jalan jika keadaan umum tidak baik, diarahkan ke IGD		
	Dokter poli	Pasien dilayanin sesuai kebutuhan, jika memang gawat, kami alihkan ke IGD.		
Bagaimana prosedur bila melewati batas	Perawat (S1)	Selama ini kami tidak pernah melewati batas	Prosedur: <ul style="list-style-type: none"> • Rujuk 	Pasien di transfer ke rumah sakit lain atau di observasi di ruang

observasi di IGD?		observasi di IGD	<ul style="list-style-type: none"> • Transfer ke ruangan • Observasi di IGD 	IGD.
	Perawat 2 PN (DIII)	Ruangan selalu ada kosong untuk pasien		
	Perawat 3 PN (S1)	Pasien kami pindahkan ke ruang observasi		
	Perawat Kepala ruangan	Pasien kami pindahan ke ruang observasi atau kami rujuk ke rumah sakit lain		
	Dokter IGD	Pasien kami pindahan ke ruang observasi atau kami rujuk ke rumah sakit lain atas persetujuan pasien		
Bagaimana pelayanan pasien jika tertunda?	Perawat (S1)	Pemberitahuan secara lisan	<ul style="list-style-type: none"> • Pemberitahuan secara lisan • <i>Form</i> tidak ada 	Dokumentasi di rm belum dapat terlaksana dikarenakan formulir
	Perawat PN (DIII)	Pemberitahuan secara lisan		
	Perawat PN	Pemberitahuan		


	(S1)	secara lisan		belum ada
	Perawat Kepala bangsal	Pemberitahuan secara lisan dikarenakan formulir dokumentasi yang baru belum ada		
	Dokter bangsal	Pemberitahuan secara lisan		
Bagaimana prosedur pasien transfer?	Perawat (S1)	Biasanya di antar oleh transporter	<ul style="list-style-type: none"> • Di antar oleh transporter • Di antar oleh perawat • Di antar oleh dokter intership 	Tergantung kategori kebutuhan pasien untuk transfer ke dalam ataupun ke luar rumah sakit.
	Perawat PN (DIII)	Di antar oleh transporter		
	Perawat Kepala bangsal	Jika pasien dalam kategori gawat, diantar oleh perawat dan dokter untuk ke luar rumah sakit. Jika dalam rumah sakit diantar oleh perawat		
	Dokter IGD 1	Pasien dirujuk diantar oleh perawat, tetapi jika butuh		


		dokter, mungkin dokter intershipnya yang pergi.		
	Dokter IGD 2	Tergantung kebutuhan pasiennya, apakah butuh perawat dan dokter dalam transfer ke dalam rumah sakit ataupun ke luar rumah sakit.		
Cara mengatasi kebutuhan pasien jika tidak tersedia sarana di rumah sakit?	Perawat Kepala Bangsal	Rujuk	Di rujuk	Paham akan kebutuhan pasien
	Perawat (S1)	Rujuk		
	Perawat (DIII)	Rujuk		
	Dokter poli	Rujuk		
Bagaimana hambatan dalam melaksanakan SOP dan	Perawat (S1)	Kurang sosialisasi	Tidak adanya sosialisasi terhadap staf medis	Kurang sosialisasi
	Perawat PN (DIII)	Tidak Mengikuti sesuai prosedur		


akreditasi selama ini?	Perawat (DIII)	Tidak tahu		
	Perawat (DIII)	Tidak tahu		
	Perawat Kepala bangsal	Kurang sosialisasi		
	Perawat Kepala Bangsal	Kurang sosialisasi		
	Perawat S1 (PN)	Kurang sosialisasi		
	Dokter poli	Kurang melibatkan kami tenaga medis		
	Dokter IGD	Kurang dana dalam pelaksanaannya		

Lampiran 2 Coding Wawancara


Lampiran 3 *Standar Operational Procedure* ARK

 RUMAH SAKIT H. L. MANAMBAI ABDULKADIR	SKRINING PASIEN DARI LUAR RS		
	No Dokumen :	No Revisi : 00	Halaman : 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit	Ditetapkan Direktur RS. H. L. Manambai Abdulkadir Dr. H. SYAMSUL HIDAYAT NIP. 19721209 200701 1 018	
PENGERTIAN	Skrining di rumah sakit merupakan suatu proses memeriksa pasien pada kontak pertama baik didalam rumah sakit maupun diluar rumah sakit agar terjaminnya kebutuhan pasien sesuai dengan kemampuan rumah sakit		
TUJUAN	Menjamin terpenuhinya kebutuhan pelayanan kesehatan pasien sesuai dengan misi dan sumberdaya rumah sakit.		
KEBIJAKAN	Keputusan Direktur Rumah Sakit H.L. Manambai Abdulkadir Nomor :tentang panduan skrining pasien.		
PROSEDUR	A. Pasien dari rumah atau tempat lain selain fasilitas kesehatan pelaksanaan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter melakukan anamnesis (sio/hetero) secukupnya terhadap keluhan pasien. 2. Sesuaikan hasil anamnesis dengan kriteria emergency severity level. 3. Dokter menegakkan diagnosis kerja berdasarkan data yang diperoleh untuk menentukan kategori triase dengan emergency severity level. 4. Sesuaikan pelayanan yang dibutuhkan pasien dengan fasilitas pelayanan yang ada di RS H.L. Manambai Abdulkadir. 5. Dokter memutuskan untuk dapat dirawat apabila fasilitas yang dibutuhkan pasien tersedia. 6. Apabila pasien memenuhi kriteria resusitasi namun pelayanan lanjutan tidak tersedia maka dokter memutuskan untuk melakukan stabilisasi dahulu di IGD kemudian merujuk ke tempat lain sesuai dengan 		


 RUMAH SAKIT H. L. MANAMBAI ABDULKADIR	SKRINING PASIEN DARI LUAR RS		
	No Dokumen :	No Revisi : 00	Halaman : 2 / 2
	<p>kebutuhan pasien.</p> <p>B. Pasien dari fasilitas kesehatan baik itu klinik pribadi, puskesmas, atau rumah sakit, pelaksanaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter anamnesis secukupnya terhadap keluhan pasien. 2. Sesuaikan hasil anamnesis 3. Dokter menegakkan diagnosis kerja berdasarkan data yang diperoleh untuk menentukan kategori triase dengan <i>emergency severity level</i>. 4. Dokter meminta data tentang pemeriksaan fisik yang meliputi : kesadaran, tekanan darah, nadi, pemafasan, temperatur, saturasi oksigen. 5. Skoring hasil pemeriksaan fisik dengan kriteria WPBB. 6. Sesuaikan pelayanan yang dibutuhkan pasien dengan fasilitas pelayanan yang ada di RS H.L. Manambai Abdulkadir. 7. Dokter memutuskan untuk dapat dipulangkan, dirawat, atau dirujuk ketempat lain sesuai dengan kebutuhan pasien. 8. Apabila pasien memenuhi kriteria resusitasi namun pelayanan lanjutan tidak tersedia maka dokter memutuskan untuk melakukan stabilisasi dahulu di IGD kemudian merujuk ketempat lain sesuai dengan kebutuhan pasien. 		
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalasi Gawat Darurat 2. Instalasi rekam medis bagian pendaftaran 3. Unit ambulans 		


 <p>RUMAH SAKIT H. L. MANAMBAI ABDULKADIR</p>	SKRINING PASIEN DI DALAM R S		
	No Dokumen :	No Revisi : 00	Halaman : 1 / 2


STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit	Ditetapkan Direktur RS. H. L. Manambai Abdulkadir <u>dr. H. SYAMSUL HIDAYAT</u> NIP. 19721209 200701 1 018
PENGERTIAN	Skrining di rumah sakit merupakan suatu proses memeriksa pasien pada kontak pertama baik didalam rumah sakit maupun diluar rumah sakit agar terjaminnya kebutuhan pasien sesuai dengan kemampuan rumah sakit	
TUJUAN	Menjamin terpenuhinya kebutuhan pelayanan kesehatan pasien sesuai dengan misi dan sumberdaya rumah sakit.	
KEBIJAKAN	Keputusan Direktur Rumah Sakit H.L. Manambai Abdulkadir Nomor : tentang panduan skrining pasien.	
PROSEDUR	<p>A. Persiapan</p> <p>Penampilan petugas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa kerapian pakaian seragam 2. Periksa kelengkapan atribut <p>B. Pelaksanaan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengamatan sejak awal pasien tiba di rumah sakit atau pasien berada di tempat kejadian. 2. Lakukan anamnesis terhadap keluhan kebutuhan dan keluhan pasien. 3. Lakukan pemeriksaan fisik, bila diperlukan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien. 4. Lakukan pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi, EKG, dll) sesuai kebutuhan, kamartujuan dan kondisi pasien. 5. Lakukan tindakan medis sesuai kondisi pasien (misal pemasangan neck collar pada kasus trauma/bila diperlukan pada kondisi tertentu yang dicurigai). 6. Tegakkan diagnosis kerja pada pasien tersebut 	


 <p>RUMAH SAKIT H. L. MANAMBAI ABDULKADIR</p>	SKRINING PASIEN DI DALAM RS		
	No Dokumen :	No Revisi : 00	Halaman : 2 / 2

	<p>berdasarkan data yang diperoleh.</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Sesuaikan pelayanan yang dibutuhkan pasien dengan fasilitas pelayanan yang ada di RS H.L. Manambai Abdulkadir. 8. Putuskan untuk dapat dipulangkan, dirawat, atau dirujuk ke tempat lain sesuai dengan kebutuhan pasien. 9. Pasien dirawat jika RS Manambai Abdulkadir mampu menyediakan kebutuhan pelayanan pasien.
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalasi Gawat Darurat 2. Instalasi Rawat Jalan


 RUMAH SAKIT H. L. MANAMBAL ABDULKADIR	SKRINING PASIEN RAWAT JALAN		
	No Dokumen :	No Revisi : 00	Halaman : 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit	Ditetapkan Direktur R.S. H. L. Manambal Abdulkadir dr. H. SYAMSUL HIDAYAT NIP. 19721209 200701 1 018	
PENGERTIAN	Skrining pasien adalah proses memilah dan menentukan kebutuhan pasien sesuai dengan kemampuan yang dimiliki oleh Rumah Sakit.		
TUJUAN	Pasien mendapatkan pelayanan medis yang sesuai dengan kondisi dan penyakitnya.		
KEBUJAKAN	Keputusan Direktur Rumah Sakit H.L. Manambal Abdulkadir Nomor : tentang panduan skrining pasien.		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang datang lewat poliklinik diterima oleh petugas poliklinik. 2. Petugas poliklinik melakukan penilaian awal untuk mengarahkan pasien ke poliklinik/ ke IGD serta mengarahkan untuk melakukan pendaftaran sesuai dengan kebutuhan pasien. 3. Petugas menanyakan ada atau tidaknya surat rujukan. Apabila memiliki surat rujukan maka pasien akan diarahkan untuk mendaftar ke pendaftaran poliklinik yang dituju. Apabila pasien tidak memiliki surat rujukan maka petugas akan menanyakan keluhan pasien dan diarahkan untuk mendaftar ke pendaftaran poliklinik sesuai dengan keluhan pasien tersebut. 4. Jika pelayanan yang dibutuhkan pasien tidak dimiliki Rumah Sakit maka petugas poliklinik mengarahkan pasien ke rumah sakit lain yang memiliki fasilitas tersebut. 		
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poliklinik 2. Pendaftaran rawat jalan 		

 <p>RUMAH SAKIT H. L. MANAMBAI ABDULKADIR</p>	TRIASE		
	No Dokumen :	No Revisi : 00	Halaman : 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit	Ditetapkan Direktur RS. H. L. Manambal Abdulkadir <u>dr. H. SYAMSUL HIDAYAT</u> NIP. 19721209 200701 1 018	
PENGERTIAN	Triage adalah proses memilah dan menentukan derajat keparahan penderita yang datang ke IGD untuk selanjutnya ditataaksana berdasar tingkat keparahan dan kebutuhan penderita.		
TUJUAN	Sebagai acuan menentukan prioritas waktu tataaksana penderita. Penderita dengan tingkat keparahan tinggi akan ditataaksana lebih dahulu.		
KEBIJAKAN	Keputusan Direktur Rumah Sakit H.L. Manambal Abdulkadir Nomor :..... tentang kebijakan ARK.		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas IGD yang bertugas sebagai petugas triase wajib memakai alat pelindungan diri seperti masker dan handscoon. 2. Semua penderita datang ke IGD akan dilakukan penilaian cepat oleh petugas triase. 3. Penderita yang teridentifikasi mengancam nyawa pada primary triage langsung ditempatkan pada area P1 dan dikategorikan sebagai merah (M). 4. Penderita yang tidak teridentifikasi sebagai penderita merah (M) pada primary triase di bawa ke ruang triase untuk dilakukan pengukuran tanda vital dan anamnesis singkat (sekunder triase) dan selanjutnya dikelompokkan berdasar tingkat keparahannya : <ol style="list-style-type: none"> a. Prioritas 1/ Merah (M) b. Prioritas 2/ Kuning (K) c. Prioritas 3/ Hijau (H) d. Prioritas 4 / Biru (B) 5. Selama di IGD petugas IGD akan mengawasi dan mengevaluasi penderita, jika terjadi perubahan maka perawat IGD akan melakukan triase ulang penderita. 		
UNIT TERKAIT	IGD		

 RUMAH SAKIT H. L. MANAMBAI ABDULKADIR	SKRINING PELAYANAN PASIEN RAWAT INAP		
	No Dokumen :	No Revisi : UU	Halaman : 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit	Ditetapkan Direktur RS. H. L. Manambai Abdulkadir <u>dr. H. SYAMSUL HIDAYAT</u> NIP. 19721209 200701 1 018	
PENGERTIAN	Setiap pasien yang datang dilakukan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang (jika memerlukan) sesuai kondisi pasien.		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mendapat pelayanan medis sesuai dengan kebutuhan. 2. Rumah sakit memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya sesuai kemampuan yang dimiliki. 3. Rumah sakit tidak menelantarkan pasien. 		
KEBIJAKAN	Keputusan Direktur Rumah Sakit H.L. Manambai Abdulkadir Nomor: tentang kebijakan panduan skrining pasien rawat inap.		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dilakukan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan sesuai dengan kondisi pasien oleh dokter IGD/ Poliklinik. 2. Hasil diagnosa dan pemeriksaan dokter dijelaskan kepada pasien/ keluarga pasien. 3. Pasien Mengisi General Consent. 4. Pasien mendapatkan pelayanan medis sesuai dengan penyakitnya/diagnosa. 		
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagian Administrasi Pasien 2. Poliklinik 3. Instalasi Rawat Inap 4. Instalasi Gawat Darurat 		


 RUMAH SAKIT H. L. MANAMBAI ABDULKADIR	PENUNDAAN PELAYANAN		
	No Dokumen : 800/ARK/SIPO/2017	No Revisi : 00	Halaman : 1 / 2

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit	Ditetapkan Direktur RS. H. L. Manambai Abdulkadir dr. H. SYAMSUL HIDAYAT NIP. 19721209 200701 1 018
PENGERTIAN	Penundaan pelayanan adalah apabila pasien terlayani dalam waktu yang lama untuk mendapatkan pelayanan diagnostik dan pengobatan atau dalam mendapatkan rencana pelayanan, pasien membutuhkan penempatan di daftar tunggu.	
TUJUAN	1- Agar pelayanan pasien dilaksanakan berdedikasi tinggi. 2- Agar proses pelayanan pasien berlangsung dengan lancar serta pelaksanaannya sangat memperhatikan keselamatan dan kenyamanan pasien serta sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan.	
KEBIJAKAN	Memenuhi kontinuitas pelayanan, kebutuhan asuhan pasien dengan pelayanan yang tersedia di rumah sakit, mengkoordinasikan pelayanan, pemberian pelayanan yang efisien kepada pasien. Meningkatkan mutu asuhan pasien dan efisiensi penggunaan sumberdaya yang tersedia di rumah sakit. Sebagai bentuk pemenuhan dari hak pasien	
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas pemberi pelayanan (Dokter, perawat, fisioterapi Ahli Gizi, farmasi, radiologi, laborat, kamar operasi, rawat inap, rawat intensif) memberikan pelayanan sesuai standar. 2. Jika pelayanan mengalami penundaan, petugas melakukan konfirmasi pada pemberi pelayanan. 3. Petugas menginformasikan kepada pasien tentang penundaan pelayanan yang terjadi. 4. Petugas menginformasikan kepada pasien tentang alasan penundaan pelayanan yang terjadi. 5. Petugas menginformasikan kepada pasien tentang perkiraan penundaan pelayanan yang terjadi. 6. Petugas menginformasikan kepada pasien tentang alternatif pelayanan sesuai dengan kebutuhan klinis pasien. 7. Petugas menulis penundaan pelayanan di Rekam Medis pasien. 	

	PENUNDAAN PELAYANAN		
	No Dokumen : 800/ARK/SPO/2017	No Revisi : 00	Halaman : 2 / 2
RUMAH SAKIT H. L. MANAMBAI ABDULKADIR			

	<p>2. Petugas meminta maaf pada pasien tentang terjadinya ketidaknyamanan.</p>
UNIT TERKAIT	<p>Kelompok Staf Medis Bidang Keperawatan Unit Rawat Inap Unit Rawat Jalan Instalasi Gawat Darurat Instalasi Gigi Instalasi Bedah Central Instalasi Farmasi Instalasi Fisioterapi Instalasi Laboratorium</p>

Lampiran 4 Surat Etika Penelitian



UMY UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH
YOGYAKARTA

Lingga & Nama

FAKULTAS
KEDOKTERAN DAN
ILMU KESEHATAN

Nomor : 305/EP-FKIK-UMY/VI/2018

KETERANGAN LOLOS UJI ETIK
ETHICAL APPROVAL

Komite Etik Penelitian Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan responden/subyek penelitian, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of the Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Muhammadiyah Yogyakarta, with regards of the protection of human rights and welfare in research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

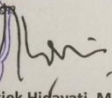
**“Analisis Implementasi Standar Akses ke Rumah Sakit
dan Kontinuitas Pelayanan 1 Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1
di Rumah Sakit H.L. Manambai Abdulkadir”**

Peneliti Utama : Dwi Yuliannisa Amri
Principal Investigator : Nur Hidayah

Nama Institusi : Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit UMY
Name of the Institution

Negara : Indonesia
Country

Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.
And approved the above-mentioned protocol.

Yogyakarta, 26 Juni 2018
Ketua
Chairperson

Dr. dr. Titiek Hidayati, M.Kes.
FISPH, FISCM.

***Peneliti Berkewajiban :**

1. Menjaga kerahasiaan identitas subyek penelitian
2. Memberitahukan status penelitian apabila :
 - a. Setelah masa berlakunya keterangan lolos uji etik (1 tahun sejak tanggal terbit), penelitian masih belum selesai, dalam hal ini *ethical clearance* harus diperpanjang
 - b. Penelitian berhenti di tengah jalan
3. Melaporkan kejadian serius yang tidak diinginkan (*serious adverse events*).
4. Peneliti tidak boleh melakukan tindakan apapun pada responden/subyek sebelum penelitian lolos uji etik

ADDRESS

Kampus Terpadu UMY Gd. Siti Walidah LT.3
Jl. Brawijaya (Lingkar Selatan)
Tamanlirto - Kasihan - Bantul
D.I.Yogyakarta 55183

CONTACT

Phone : (0274) 387656 ext. 213
Fax : (0274) 387658
Email : fkik@umy.ac.id
www.fkik.umy.ac.id