

Dari tahun 2018 sampai tahun 2023, Rumah Sakit Umum Daerah Padang Pariaman telah memiliki 13 Standar Pelayanan dan telah bertambah menjadi 22 Standar Pelayanan dengan tahapan penetapan sebagai berikut :

- 13 jenis layanan telah ditetapkan melalui KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PADANG PARIAMAN DENGAN NOMOR 445/172/RSUD_PD-PRM/VI/2018 TENTANG PENETAPAN STANDAR PELAYANAN RSUD PADANG PARIAMAN dengan menetapkan **13 jenis layanan.**
- Kemudian di evaluasi dan revisi melalui KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PADANG PARIAMAN DENGAN NOMOR 800/021/KEP /XI/2021 TENTANG REVISI ATAS KEPUTUSAN DIREKTUR NOMOR 445/172/RSUD_PD-PRMN/VI/2018 TAHUN 2018 TENTANG PENETAPAN STANDAR PELAYANAN PADA RSUD PADANG PARIAMAN TAHUN 2021 dengan menetapkan **17 jenis layanan**
- Kemudian di evaluasi dan revisi melalui KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PADANG PARIAMAN DENGAN NOMOR 800/036/KEP /VI/2022 TENTANG REVISI ATAS KEPUTUSAN DIREKTUR NOMOR 445/172/RSUD_PD-PRMN/VI/2018 TAHUN 2018 TENTANG PENETAPAN STANDAR PELAYANAN PADA RSUD PADANG PARIAMAN TAHUN 2022 dengan menetapkan **20 jenis layanan**
- Kemudian di evaluasi dan revisi melalui KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PADANG PARIAMAN DENGAN NOMOR 800/11.a/KEP /I/2023 TENTANG REVISI ATAS KEPUTUSAN DIREKTUR NOMOR 445/172/RSUD_PD-PRMN/VI/2018 TAHUN 2018 TENTANG PENETAPAN STANDAR PELAYANAN PADA RSUD PADANG PARIAMAN TAHUN 2023 dengan menetapkan **22 jenis layanan.**

Rincian SK sebagaimana terlampir :



PEMERINTAH KABUPATEN PADANG PARIAMAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jln. Raya Padang-Bukit Tinggi KM.42 Parit Malintang.
Kode Pos: 25584. Telp./Fax. (0751) 676951.
Email: rsud_padangpariaman@yahoo.com

KEPUTUSAN
DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PADANG PARIAMAN
NOMOR : 800/278/ KEP /V/2023

TENTANG

TENTANG REVISI ATAS KEPUTUSAN DIREKTUR NOMOR 800/036/ KEP /VI/2022 TAHUN 2022 TENTANG PENETAPAN STANDAR PELAYANAN PADA RSUD PADANG PARIAMAN TAHUN 2023

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PADANG PARIAMAN

- Menimbang** : a. bahwa dalam rangka untuk memberikan kepastian dan sebagai tolok ukur penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit sebagai penyelenggara pelayanan publik perlu disusun Standar Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Padang Pariaman;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a, perlu ditetapkan Keputusan Direktur tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Padang Pariaman;
- Mengingat** : 1. Undang – Undang 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
2. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153);
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038)
4. Undang – Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang- Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
5. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;
6. Peraturan Bupati Padang Pariaman Nomor 46 Tahun 2021 Tentang Kedudukan Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Padang Pariaman;

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan** :
KESATU : **TENTANG REVISI ATAS KEPUTUSAN DIREKTUR NOMOR 800/036/**

KEP /II/2022 TAHUN 2022 TENTANG PENETAPAN STANDAR
PELAYANAN PADA RSUD PADANG PARIAMAN TAHUN 2023

- KEDUA** : Standar Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU adalah sebagai berikut dan terlampir dalam Lampiran Keputusan ini:
1. Standar Pelayanan Pendaftaran
 2. Standar Pelayanan Kasir
 3. Standar Pelayanan Instalasi Rawat Jalan.
 4. Standar Pelayanan Khusus TB RO
 5. Standar Pelayanan Program VCT/ HIV-AIDS
 6. Standar Pelayanan Rawat Inap
 7. Standar Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD)
 8. Standar Pelayanan Instalasi Intensive Care Unit (ICU)
 9. Standar Pelayanan Instalasi Bedah/ OK.
 10. Standar Pelayanan Instalasi Farmasi Rawat Jalan.
 11. Standar Pelayanan Instalasi Gizi
 12. Standar Pelayanan Instalasi Farmasi Rawat Inap
 13. Standar Pelayanan Instalasi Pemularasan Jenazah
 14. Standar Pelayanan Kegiatan Pendidikan Klinik Atau Praktik Kerja Lapangan Instalasi Diklat.
 15. Standar Pelayanan Instalasi Keselamatan Kesehatan Kerja (K3).
 16. Standar Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
 17. Standar Pelayanan Instalasi Radiologi
 18. Standar Pelayanan Instalasi Rekam Medis
 19. Standar Pelayanan Unit Tranfusi Darah Rumah Sakit
 20. Standar Pelayanan Rawat Jalan Rehabilitasi Medik.
 21. Standar Pelayanan Ambulans
 22. Standar Pelayanan Pengaduan Penggunaan Layanan.
- KETIGA** : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan dan akan ditinjau kembali apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapan ini.

Ditetapkan di : Parit Malintang
Pada Tanggal : Mei 2023

DIREKTUR

RSUD PADANG PARIAMAN



dr. JASNETI MARS

NIP. 19760716 200604 2 008

Lampiran I : KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD PADANG
PARIAMAN
Nomor : 800/278/ KEP /V/2023
Tentang : TENTANG REVISI ATAS KEPUTUSAN
DIREKTUR NOMOR 800/036/ KEP /VI/2022
TAHUN 2022 TENTANG PENETAPAN
STANDAR PELAYANAN PADA RSUD PADANG
PARIAMAN TAHUN 2023

I. GAMBARAN UMUM

Sesuai dengan UU nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit dinyatakan bahwa Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang harus diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu, membuat semakin kompleksnya permasalahan. Sakit Rumah sebagai salah satu instansi pelayan publik masih dihadapkan pada kondisi yang belum sesuai dengan kebutuhan dan perubahan di berbagai bidang kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara. Hal tersebut bisa disebabkan oleh ketidaksiapan untuk menanggapi terjadinya transformasi nilai yang berdimensi luas serta dampak berbagai masalah pembangunan yang kompleks. Sementara itu, tatanan baru masyarakat Indonesia dihadapkan pada harapan dan tantangan global yang dipicu oleh kemajuan di bidang ilmu pengetahuan, informasi, komunikasi, transportasi, investasi, dan perdagangan.

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

Rumah Sakit Umum Daerah Padang Pariaman adalah salah satu Organisasi Perangkat Daerah yang bersifat khusus (OBK) di lingkungan Pemerintah Kabupaten Padang Pariaman yang merupakan unsur penunjang penyelenggaraan pemerintah daerah di bidang Pelayanan

Kesehatan. Sebagai salah satu Organisasi Perangkat Daerah di lingkungan Pemerintah Kabupaten Padang Pariaman yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD). Selain itu, dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan jasa layanan kesehatan pada masyarakat yang tidak hanya mengutamakan keuntungan semata. Dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.

II. SUMBER DAYA MANUSIA

Faktor sumber daya manusia sebagai motivator dalam melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan rumah sakit, tidak lepas dari pertimbangan kualitas dan kuantitas sumber daya manusia itu sendiri. Klasifikasi dan jumlah tenaga di RSUD Padang Pariaman dapat dilihat pada tabel 2.1.

Tabel 2.1
Data Pegawai Berdasarkan Kualifikasi Pendidikan RSUD Padang Pariaman Tahun 2023

	KUALIFIKASI PENDIDIKAN	Jumlah
TENAGA KESEHATAN		
1.	TENAGA MEDIS	
2.	Dokter Umum	17
3.	Dokter PPDS	-
4.	Dokter Spesialis Bedah	2
5.	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	2
6.	Dokter Spesialis Kesehatan Anak	3
7.	Dokter Spesialis Obsgyn	2
8.	Dokter Spesialis Radiologi	0
9.	Dokter Spesialis Anestesi	1
10.	Dokter Spesialis Patologi Klinik	2
11.	Dokter Spesialis Jiwa	2
12.	Dokter Spesialis Mata	1
13.	Dokter Spesialis THT	1
14.	Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin	1
15.	Dokter Spesialis Kardiologi	1
16.	Dokter Spesialis Paru	2
17.	Dokter Spesialis Saraf	1
18.	Dokter Spesialis Bedah Orthopedi	1
19.	Dokter Spesialis Patologi Anatomi	0
20.	Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik	1
21.	Dokter Gigi	5

22.	Dokter Gigi Spesialis Konservasi	1
23.	S1.Keperawatan	41
24.	D3 Keperawatan	50
25.	S1. Farmasi	4
26.	Apoteker	7
27.	S1 Gizi	3
28.	D3 Gizi	1
29.	D3 Perawat Gigi	3
29.	D4. Kebidanan	9
30.	D3 Kebidanan	21
31.	D4 Analisis Kesehatan	2
32.	Penata Anestesi	3

III. DASAR HUKUM

Berdasarkan Dasar Hukum terkait dengan operasional RSUD Padang Pariaman adalah sebagai berikut :

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009, tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah dengan Undang – Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang – Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679),
7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan

- Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
 9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
 10. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/III/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

Secara teknis unit pelayanan di RSUD Padang Pariaman berpedoman pada kebijakan yang telah dikeluarkan dari instansi vertikal di jajaran Pemerintah Daerah dan Kementerian Dalam Negeri, secara teknis terkait dengan kementerian kesehatan serta untuk menjamin mutu pelayanan berpedoman pada standar Akreditasi Rumah Sakit yang dilakukan oleh badan independen yaitu Komite Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia.

IV. FASILITAS.

A. Peralatan Kesehatan

Untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat, saat ini di RSUD Padang Pariaman telah dilengkapi dengan beberapa alat-alat kesehatan medis yang berada di Instalasi Bedah, IGD, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap seperti *USG Musculoskeletal, Phacoemulsification, Bed Pasien Monitor, Bed Pasien Elektrik, Ventilator transport, Defibrilator, USG Mata, Mikroskop Mata, Infant Warmer, Incubator, Ventilator, Defibrilator*, dsb. Alat-alat kesehatan penunjang yang berada di Instalasi Radiologi, Laboratorium, CSSD seperti *DR X-Ray Unit, CR Sistem, X-Ray Mobile Unit, Mammografi, Kimia Analiser, Incubator Memmert, Mesin Washer Disinfector, Sterilisator*, dsb.

B. Jenis Layanan di RSUD Padang Pariaman.

Layanan kesehatan yang disediakan oleh RSUD Padang Pariaman berupa fasilitas pelayanan medis dan non medis baik untuk Instalasi Rawat Jalan maupun Instalasi Rawat Inap serta sarana dan prasarana tempat tidur yang dimiliki oleh RSUD Padang Pariaman.

1. Pelayanan Medis

a. Instalasi Rawat Jalan

- 1) Klinik Spesialis Penyakit Dalam,
- 2) Klinik Spesialis Bedah,

- 3) Klinik Spesialis Anak,
- 4) Klinik Spesialis Kebidanan dan Kandungan (*Obstgyn*)
- 5) Klinik Spesialis Saraf,
- 6) Klinik Spesialis Penyakit Kulit dan Kelamin,
- 7) Klinik Spesialis THT,
- 8) Klinik Spesialis Mata,
- 9) Klinik Spesialis Jiwa,
- 10) Klinik Spesialis Paru / DOTS / TB RO,
- 11) Klinik Spesialis Penyakit Jantung,
- 12) Klinik *Medical Check Up* / MCU,
- 13) Klinik Gigi,
- 14) Klinik Gizi,

b. Instalasi Rawat Inap

c. Instalasi Gawat Darurat

d. Intensive Care Unit (ICU),

e. Instalasi PICU/NICU (*Paediatric Intensive Care Unit / Neonatal Intensive Care Unit*)

f. Instalasi Bedah.

2. Pelayanan Penunjang Lainnya

a. Instalasi Laboratorium Patologi Klinik.

b. Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi.

c. Instalasi Farmasi.

d. Instalasi Radiologi.

e. Instalasi Gizi.

f. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSR).

g. Instalasi Elektromedik.

h. Instalasi Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit (IKLRS).

i. Instalasi Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3).

j. Instalasi Rekam Medis.

k. Instalasi *Central Sterilization Supply Departement* (CSSD) & *Laundry*.

l. Instalasi Rehabilitasi Medik.

m. Instalasi Pemulasaraan Jenazah.

n. Unit Transfusi Darah Rumah Sakit (UTDRS).

o. Unit Laboratorium Mikrobiologi Klinik.

p. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS).

V. SATUAN PENGAWAS INTERNAL (SPI)

Sesuai dengan norma tata kelola organisasi yang baik maka faktor kontrol merupakan salah satu upaya untuk mengupayakan segala aktifitas dalam rangka mencapai tujuan agar selalu pada pola (*on the track*) dalam kerangka memperjuangkan visi dan misi yang telah ditetapkan. Sehingga unit kontrol diperlukan untuk mendapatkan gambaran perjalanan aktifitas program dan kegiatan RSUD Padang Pariaman. RSUD Padang Pariaman telah membentuk unit SPI dan SPI yang ada saat ini dibentuk berdasarkan SK Direktur Nomor 005/KEP/I/2022.

VI. JAMINAN PELAYANAN

Jaminan pelayanan yang dimaksudkan adalah jaminan terhadap kualitas pelayanan dan perlakuan standar pelayanan yang sama kepada semua pengguna jasa pelayanan RSUD Padang Pariaman. Rumah sakit adalah suatu institusi pelayanan kesehatan yang kompleks, padat pakar, padat modal, dan padat teknologi. Kompleksitas ini muncul Karena pelayanan di rumah sakit menyangkut berbagai fungsi, antara lain pelayanan, pendidikan dan penelitian, serta mencakup berbagai tingkatan maupun jenis disiplin pelayanan. Agar rumah sakit mampu melaksanakan fungsi yang demikian kompleks, rumah sakit harus memiliki perangkat penunjang sumber daya manusia yang profesional baik di bidang teknis medis maupun administrasi kesehatan.

RSUD Padang Pariaman adalah Rumah Sakit milik Kabupaten Padang Pariaman termasuk dalam kategori tipe C non pendidikan, telah lulus Akreditasi versi KARS 2018 dengan predikat Perdana.

VII. JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN

Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan di RSUD Padang Pariaman dimaksudkan adalah yang sudah lazim dikenal dengan "*Pasien Safety*". Sesuai dengan pedoman akreditasi rumah sakit yang sudah dijalankan di RSUD Padang Pariaman, maka *Pasien Safety* adalah merupakan upaya prioritas yang harus dilakukan oleh rumah sakit, sehingga pasien dan juga petugas RSUD Padang Pariaman akan selalu dalam keadaan *safe*.

Sasaran pasien safety meliputi: Ketepatan identifikasi pasien, Peningkatan komunikasi yang efektif, Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi, Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, dan Pengurangan risiko pasien jatuh.

VIII. EVALUASI KINERJA PELAKSANA

Pelaksanaan evaluasi kinerja dilakukan secara berkala dalam satuan waktu, dan RSUD Padang Pariaman telah menerapkan penilaian beban kerja terhadap seluruh pegawai sebagai Salah satu komponen dalam pembagian jasa medis adalah penilaian kinerja terhadap setiap pegawai. Hasil penilaian kinerja akan berpengaruh terhadap besaran nilai dari jasa medis yang akan diterimanya. Sehingga sebagai implementasinya dari kebijakan tersebut maka Pelaksanaan evaluasi kinerja di RSUD Padang Pariaman dilakukan setiap bulan.

Ditetapkan di : Parit Malintang

Pada Tanggal : Mei 2023

DIREKTUR

RSUD PADANG PARIAMAN



Lampiran II : KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD PADANG PARIAMAN
 Nomor : 800/278/ KEP /V/2023
 Tentang : TENTANG REVISI ATAS KEPUTUSAN DIREKTUR
 NOMOR 800/036/ KEP /VI/2022 TAHUN 2022 TENTANG
 PENETAPAN STANDAR PELAYANAN PADA RSUD
 PADANG PARIAMAN TAHUN 2023

1. STANDAR PELAYANAN PENDAFTARAN

No	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	: 1. Undang-Undang RI No.44 Tahun 2004 tentang Rumah Sakit. 2. Sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Padang Pariaman no.1 Tahun 2018 tentang Retribusi Layanan Kesehatan RSUD Padang Pariaman.
2.	Persyaratan Pelayanan	: 1. Umum : Surat pengantar / permintaan rawat inap, Kartu Identitas/ KTP 2. Asuransi / BPJS : Surat pengantar / permintaan rawat inap dari dokter, Kartu Identitas/KTP, Kartu BPJS, Surat rujukan
3.	Prosedur	: 1. Pasien baru a. Pasien mengambil nomor antrian b. Pasien menyerahkan nomor antrian dan kelengkapan berkas kepada petugas informasi untuk di verifikasi dan mengisi formulir (Pasien Umum) c. Jika berkas sudah lengkap, petugas mengarahkan pasien ke loket penjamin untuk pasien asuransi, dan TP2RJ (Tempat Penerimaan Pasien Rawat Jalan) untuk pasien umum d. Petugas TP2RJ membuat kwitansi pembayaran untuk pasien umum, setelah itu pasien ke loket pembayaran kemudian menuju poliklinik yang dituju e. Untuk pasien asuransi setelah dari loket penjamin langsung ke poliklinik yang dituju f. Petugas TP2RJ membuat dokumen rekam medis kemudian membawa ke poliklinik 2. Pasien lama a. Pasien mengambil nomor antrian b. Pasien menyerahkan nomor antrian dan kelengkapan berkas kepada petugas informasi untuk di verifikasi c. Jika berkas sudah lengkap, petugas mengarahkan pasien ke loket penjamin untuk pasien asuransi dan ke loket TP2RJ untuk pasien umum d. Petugas TP2RJ membuat kwitansi pembayaran untuk pasien umum, setelah itu pasien ke loket pembayaran kemudian menuju poliklinik yang dituju e. Untuk pasien asuransi setelah dari loket penjamin langsung ke poliklinik yang dituju

		<p>f. Petugas TP2RJ mencari dan mengambil dokumen rekam medis di rak penyimpanan kemudian di catat di buku ekspedisi</p> <p>g. Petugas TP2RJ mengantarkan dokumen rekam medis ke poliklinik</p>
4.	Waktu pelayanan	: < 30 menit.
5.	Biaya / tarif	<p>1. Umum.</p> <p>Sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Padang Pariaman No. 1 Tahun 2018 tentang Retribusi Layanan Kesehatan RSUD Padang Pariaman.</p> <p>2. Pasien BPJS : INA CBG'S</p>
6.	Produk Layanan	: Pelayanan pendaftaran Pasien Rawat Jalan
7.	Pengelolaan Pengaduan	<p>1. Pengaduan langsung kepada petugas informasi</p> <p>2. Kotak saran yang tersedia</p> <p>3. Email : rsud_pd-prmn@yahoo.com</p>
8.	Sarana dan Prasarana	<p>1. Ruang Pendaftaran</p> <p>2. Meja.</p> <p>3. Kursi.</p> <p>4. Computer.</p> <p>5. Printer</p> <p>6. Alat tulis.</p>
9.	Kompetensi pelaksana	<p>1. Diploma Rekam Medis</p> <p>2. SMA Sederajat yang menguasai computer.</p>
10.	Pengawasan Internal	<p>1. Direktur</p> <p>2. Bidang keuangan.</p>
11.	Jumlah Pelaksana	<p>1. Diploma Rekam Medis 1 orang.</p> <p>2. SMA Sederajat : 5 orang.</p>
12.	Jaminan Pelayanan	: Petugas memberikan pelayanan dengan ramah, santun dan sungguh-sungguh.
13.	Jaminan Keamanan dan keselamatan Pelayanan	: Petugas memberikan pelayanan dengan ramah, santun dan sungguh-sungguh.
14.	Evaluasi kinerja pelaksana	: Dilaksanakan monitoring dan evaluasi minimal 1 (satu) bulan sekali.

2. STANDAR PELAYANAN KASIR

No	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	: 1. Undang-Undang RI No.44 Tahun 2004 tentang Rumah Sakit. 2. Sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Padang Pariaman no.1 Tahun 2018 tentang Retribusi Layanan Kesehatan RSUD Padang Pariaman.
2.	Persyaratan Pelayanan	: 1. Rawat Jalan : a. Pasien Umum: - Mobilisasi Tindakan. b. Pasien Tanggungan Jasa Raharja : - Laporan dari Kepolisian. - Surat jaminan dari Jasa Raharja. - Kartu Keluarga. - Kartu Tanda Penduduk. - Surat Kuasa dari Keluarga. - Materai. 2. Rawat Inap. a. Pasien Umum : - Rincian Biaya. b. Pasien tanggungan Jasa Raharja. - Laporan dari Kepolisian. - Surat Jaminan dari Jasa Raharja. - Kartu Keluarga. - Kartu Tanda Penduduk. - Surat Kuasa dari Keluarga. - materai
3.	Prosedur	: 1. Rawat Jalan : - Pasien/keluarga menyerahkan mobilisasi tindakan. - Menunggu panggilan. - Pengecekan billing oleh petugas. - Penyelesaian administrasi. 2. Rawat Inap : - Keluarga/penanggungjawab pasien menyerahkan mobilisasi tindakan Rawat Inap. - Menunggu panggilan. - Pengecekan billing. - Penyelesaian administrasi. NB. Keluarga menyerahkan bukti penyelesaian administrasi ke petugas ruangan.
4.	Waktu pelayanan	: < 30 menit.
5.	Biaya / tarif	: Umum. Sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Padang Pariaman No. 1 Tahun 2018 tentang Retribusi Layanan Kesehatan RSUD Padang Pariaman.

6.	Produk Layanan	:	Kasir
7.	Pengelolaan Pengaduan	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan langsung kepada petugas informasi 2. Kotak saran yang tersedia 3. Email : rsud_pd-prmn@yahoo.com
8.	Sarana dan Prasarana	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruangan Kasir. 2. Meja. 3. Kursi. 4. Computer. 5. Printer 6. Alat tulis.
9.	Kompetensi pelaksana	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sarjana Kesehatan Masyarakat. 2. SMA Sederajat yang menguasai computer.
10.	Pengawasan Internal	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur 2. Bidang keuangan.
11.	Jumlah Pelaksana	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sarjana kesehatan Masyarakat 1 orang. 2. SMA Sederajat : 6 orang.
12.	Jaminan Pelayanan	:	Petugas memberikan pelayanan dengan ramah, santun dan sungguh-sungguh.
13.	Jaminan Keamanan dan keselamatan Pelayanan	:	Petugas memberikan pelayanan dengan ramah, santun dan sungguh-sungguh.
14.	Evaluasi kinerja pelaksana	:	Dilaksanakan monitoring dan evaluasi minimal 1 (satu) bulan sekali.

3. STANDAR PELAYANAN PASIEN RAWAT JALAN

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	: 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2000 tentang Kesehatan. 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 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis. 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 169 Tahun 2010 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438 tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran.
2.	Persyaratan	: 1. Pasien umum a. Identitas diri (KTP/KK/SIM/Paspor), b. Kartu Identitas Berobat (KIB) untuk pasien lama, 2. Pasien JKN-KIS a. Pasien baru - Kartu BPJS/KIS - KTP - KK - Surat rujukan / Surat Kontrol - SEP / KSP b. Pasien lama - Kartu BPJS/KIS - KIB/KTP - Surat Kontrol - KK (PBI) Untuk pasien dengan kasus trauma perlu dilengkapi : a. Fotokopi Surat Kronologi bermaterai b. Fotokopi Laporan Polisi (kasus kecelakaan lalu lintas) 3. Pasien asuransi lain (yang sudah MOU dengan Rumah Sakit) a. KTP b. KIB (untuk pasien lama) c. Kartu anggota Asuransi d. Surat rujukan/ surat control.
3.	Prosedur	: 1. Pasien datang sendiri (pasien umum) a. Pasien baru : mendaftar ke TPP Rawat Jalan(TPPRJ) dengan menyebutkan klinik yang dituju.

		<p>b. Pasien lama : dapat mendaftar lewat pendaftaran :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Online (instal melalui play store → SIRUSA PAPA) - Onsite melalui anjungan pendaftaran mandiri (tempelkan barcode pada kartu rawat jalan) <p>c. Pasien mendapatkan nomor antrian klinik tersebut</p> <p>d. Pasien membayar ke kasir rawat jalan .</p> <p>e. Pasien menunggu di ruang tunggu klinik yang dituju.</p> <p>f. Pasien mendapat pelayanan asuhan medis dan keperawatan di klinik yang dituju.</p> <p>g. Jika pasien mendapatkan resep, pasien menyerahkan resep ke Apotik rawat jalan.</p> <p>h. Petugas Apotik memberikan kwitansi obat untuk dibayarkan ke kasir rawat jalan.</p> <p>i. Setelah membayar ke kasir rawat jalan, petugas akan memberikan bukti pembayaran ke pasien.</p> <p>j. Pasien menyerahkan bukti pembayaran ke apotik.</p> <p>k. Obat diberikan kepada pasien oleh petugas apotik dengan memberikan petunjuk cara menggunakan obat.</p> <p>l. Setelah mendapatkan obat, pasien boleh pulang.</p> <p>m. Jika pasien harus dirujuk, maka diberikan surat rujukan</p> <p>n. Jika pasien harus opname :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Petugas di klinik memberikan surat perintah rawat inap (SPRI) kepada pasien/keluarga - Pasien/keluarga mendaftar di TPP 24 jam di antar oleh petugas rawat jalan untuk menentukan ruang rawat inap yang dituju, dengan menyertakan SPRI - Petugas portir mengantar pasien keruangan yang dituju. Jika ruangan penuh, maka pasien dan keluarga diminta untuk menunggu di ruang tunggu rawat jalan (porter bertanggung jawab mengantar pasien sampai ruangan yang dituju) - Dalam kondisi medis tertentu, pasien harus diantar oleh perawat ke ruangan. <p>2. Pasien BPJS Rujukan dari FKTP</p> <p>a. Ketentuan berlaku seperti diatas (point a sampai n) kecuali point d, h, i dan j.</p> <p>b. Saat di TPRJ, pasien harus menunjukkan Kartu BPJS / KIS asli.</p> <p>3. Pasien Setelah Opname.</p> <p>a. Ketentuan berlaku seperti diatas (point a sampai m) kecuali point d,h,i dan j (untuk pasien BPJS)</p> <p>b. Pasien membawa fotocopy surat perintah kontrol/ringkasan pulang dari rawat inap.</p> <p>c. Surat perintah kontrol hanya berlaku 1 kali kunjungan,</p>
--	--	---

		<p>setelah itu dirujuk balik ke FKTP (pasien BPJS)</p> <p>4. Pasien BPJS dengan penyakit kronis</p> <p>a. Ketentuan berlaku seperti diatas (point 3)</p> <p>b. Saat di TPPRJ pasien menunjukkan juga surat keterangan masih dalam perawatan(SKMDP) Pada kunjungan ke-2 dan ke -3 yang berlaku untuk 3 bulan ke depan, kecuali untuk penyakit kronis tertentu (sesuai lampiran tentang penyakit kronis)</p> <p>c. Saat kontrol di bulan ke-3, pasien akan mendapatkan surat rujuk balik (SRB) yang diserahkan pasien ke FKTP atau dokter keluarga</p>
4.	Waktu Pelayanan	: ± 60Menit, Mulai diterbitkan SEP sampai dengan dilakukan pemeriksaan oleh dokter.
5.	Biaya	: Sesuai Perda Kabupaten Padang Pariaman Nomor Tahun 2018 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di RSUD Padang Pariaman
6.	Produk	: Pelayanan Pasien Rawat Jalan
7.	Pengelolaan Pengaduan	: 4. Pengaduan langsung kepada petugas informasi 5. Kotak saran yang tersedia 6. Email : rsud_pd-prmn@yahoo.com
8.	Sarana Prasarana / Fasilitas	: Gedung, sumber listrik, sumber air, peralatan medis dan non medis.
9.	Kompetensi Pelaksana	: 1. Dokter/Dokter Spesialis, 2. Perawat/bidan 3. SMA/D3 umum
10.	Pengawasan internal	: Pengawasan oleh Kepala Instalasi Rawat Jalan
11.	Jumlah Pelaksana	: Kepala Instalasi : 1 orang Dokter Spesialis : 23 orang, Dokter Umum /dokter gigi : 11 orang Perawat/bidang/Perawat gigi : 76 orang Apoteker : 8 orang. Administrasi : 15 orang
12.	Jaminan Pelayanan	: Pelayanan sesuai SPO
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	: 1. Keamanan dan keselamatan terhadap pasien a. Ketepatan identifikasi pasien b. Peningkatan Komunikasi yang Efektif. c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high-alert medications) d. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.

			<p>f. Pengurangan risiko pasien jatuh.</p> <p>2. Keamanan dan keselamatan terhadap petugas</p> <p>a. Petugas kesehatan yang merawat pasien menular harus mendapatkan pelatihan mengenai cara penularan dan penyebaran penyakit, tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi yang sesuai dengan protokol jika terpajang.</p> <p>b. Petugas yang tidak terlibat langsung dengan pasien harus diberikan penjelasan umum mengenai penyakit tersebut.</p> <p>c. Petugas kesehatan yang kontak dengan pasien penyakit menular melalui udara harus menjaga fungsi saluran pernapasan (tidak merokok, tidak minum dingin) dengan baik dan menjaga kebersihan tangan.</p>
14.	Evaluasi	:	<p>1. Indikator Mutu unit per bulan</p> <p>2. Kinerja Pelayanan per semester</p> <p>3. Standar Pelayanan Minimal (SPM) per semester</p> <p>4. Survey Kepuasan Masyarakat (SKM) per tahun.</p>

4. STANDAR PELAYANAN PEMERIKSAAN TB-RO

NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<p>1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.</p> <p>2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2000 tentang Kesehatan.</p> <p>3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.</p> <p>4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.</p> <p>5. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.</p> <p>6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 / Menkes / Per/III/2008 tentang Rekam Medis.</p> <p>7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 / Menkes / Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.</p> <p>8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 169 Tahun 2010 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.</p> <p>9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438 tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran.</p> <p>10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.67 tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis.</p> <p>11. Peraturan Presiden No 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>1. Pasien datang sendiri (pasien umum)</p> <p>a. Pasien baru : mendaftar ke TPP Rawat Jalan(TPPRJ) dengan menyebutkan klinik yang dituju.</p>

2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<p>a. Prosedur Pelayanan Penemuan kasus terduga TBC Anak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas menentukan sasaran 2. Melakukan pemeriksaan umum (Tinggi badan, berat badan, tensi, nafas dan suhu) 3. Petugas melakukan anamnesa. 4. Petugas melakukan rujukan jika pasien tersebut terduga TBC berupa pemeriksaan sputum (dahak) 5. Petugas mengisi form TBC 05 dan TBC 06 6. Petugas menyarankan pemeriksaan mantoux atau rontgen thorax dan menilai skoring TBC anak bila pemeriksaan sputum tidak di dapatkan 7. Petugas melakukan rujukan pada pelayanan TBC bila : <ol style="list-style-type: none"> a. Skoring TBC > 6 atau b. Mantoux positif atau c. Kontak TBC positif <p>b. Prosedur Pelayanan Penemuan kasus terduga TBC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas menentukan sasaran 2. Melakukan pemeriksaan umum (Tinggi badan, berat badan, tensi, nafas dan suhu) 3. Petugas melakukan anamnesa. 4. Petugas melakukan rujukan jika pasien tersebut terduga TBC berupa pemeriksaan sputum(dahak) 5. Petugas mengisi form TBC 05 dan TBC 06 <p>c. Prosedur Penatalaksanaan Pengobatan TBC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas menggunakan APD 2. Petugas memberikan konseling sebelum memulai pengobatan 3. Petugas memberikan pengobatan sesuai katagori <ol style="list-style-type: none"> a. OAT kategori 1 untuk pasien TBC baru b. OAT Kategori dosis harian untuk pasien dengan riwayat pengobatan TBC sebelumnya/Kambuh. c. Fasilitas TBC Resisten Obat untuk pasien dengan hasil sputum Rifampisin resisten pada pasien terduga TBC Resisten Obat/RO d. Pengulangan tes dahak bila hasil sputum indeterminate atau Rifampisin resisten pada pasien bukan terduga TBC RO e. Antibiotik spectrum luas selama 2 minggu untuk terduga TBC dengan hasil negatif rujukan jika pasien tersebut terduga TBC dengan hasil negatif. f. Pemeriksaan rontgen thorax untuk terduga TBC dengan hasil dahak negative dan telah diberikan antibiotik spektrum luas .
3.	Jangka Waktu Pelayanan	15 – 30 menit.
4.	Biaya/tarif	Sesuai Perda Nomor 1 Tahun 2018 Tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di RSUD Padang Pariaman.

5.	Produk Pelayanan	Jenis pelayanan TBC yang diberikan, meliputi : 1. Pengobatan sesuai kategori 2. Fasilitas TBC RO 3. Pemeriksaan tes dahak 4. Pemeriksaan rontgen thorax
6.	Pengelolaan Pengaduan	1. Pengaduan langsung kepada petugas 2. Petugas Informasi 3. Kotak saran yang tersedia 4. Email : rsud_pd-prm@yahoo.com
7.	Sarana Prasarana /Fasilitas	1. Ruang Pelayanan TB 2. APD 3. Leaflet 4. Lembar balik 5. Pot dahak 6. Meja 7. Kursi pemeriksa, kursi pasien 8. Lemari obat . 9. Buku register harian
8.	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter/Dokter Spesialis Paru. 2. Dokter Spesialis Radiologi. 3. Dokter Spesialis Patologi Klinik. 4. Perawat. 5. Analis Labor.
9.	Pengawasan Internal	1. Direktur. 2. Kabid Pelayanan Medis. 3. Kabid Penunjang.
10.	Jaminan Pelayanan	3. Didukung dengan sarana dan prasarana yang sesuai dengan standar pelayanan dan tenaga yang kompeten di bidangnya 4. Ketepatan waktu pelayanan.
11.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	1. Keamanan dan keselamatan terhadap pasien a. Ketepatan identifikasi pasien b. Peningkatan Komunikasi yang Efektif. c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high-alert medications) d. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan. f. Pengurangan risiko pasien jatuh. 2. Keamanan dan keselamatan terhadap petugas a. Petugas kesehatan yang merawat pasien menular harus mendapatkan pelatihan mengenai cara penularan dan penyebaran penyakit,tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi yang sesuai dengan protokol jika terpajang. b. Petugas yang tidak terlibat langsung dengan pasien harus diberikan penjelasan umum mengenai penyakit tersebut. c. Petugas kesehatan yang kontak dengan pasien penyakit menular melalui udara harus menjaga fungsi saluran pernapasan (tidak merokok, tidak

			rawat di ICU.
4	Waktu Pelayanan	:	15 MENIT
5	Biaya / Tarif	:	Sesuai Perda Nomor 1 Tahun 2018 Tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di RSUD Padang Pariaman
6	Produk	:	Pelayanan Pemasangan <i>Bad Side Monitor</i>
7	Pengelolaan Pengaduan	:	1. Pengaduan langsung kepada petugas 2. Petugas Informasi 3. Kotak saran yang tersedia 4. Email : rsud_pd-prmn@yahoo.com
8	Sarana Prasarana/ Fasilitas	:	Gedung, sumber listrik, sumber air, peralatan medis, non medis dan lain-lain.
9	Kompetensi Pelaksana	:	1. Dokter spesialis anesthesiologi (jika belum adaintensives) 2. Dokter spesialis (yang dapat memberikan pelayanan setiap diperlukan) 3. Dokter jaga 24 jam dengan kemampuan ALS/ACLS dan FCCS 4. Perawat dengan pelatihan ICU.
10	Pengawasan internal	:	Pengawasan oleh Kepala Instalasi ICU
11	Jumlah Pelaksana	:	Kepala Instalasi : 1 orang Kepala Ruang : 1 orang Dokter Konsultan : 1 orang Perawat : 10 orang Administrasi : 1 orang
12	Jaminan Pelayanan	:	Pelayanan sesuai SPO
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	:	1. Keamanan dan keselamatan terhadap pasien a. Ketepatan identifikasi pasien b. Peningkatan Komunikasi yang Efektif c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high-alert medications) d. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan f. Pengurangan risiko pasien jatuh 2. Keamanan dan keselamatan terhadap petugas a. Setiap petugas medis maupun non medis menjalankan prinsip pencegahan infeksi. b. Menggunakan alat pelindung (sarung tangan, kacamata, sepatu boot/ alas kaki tertutup, celemek, masker dll) c. Melakukan perasat yang aman bagi petugas maupun pasien, sesuai prosedur yang ada, mis: memasang kateter, menyuntik, menjahit luka, memasang infus, dll d. Mencuci tangan dengan sabun antiseptik sebelum dan sesudah menangani pasien e. Terdapat tempat sampah infeksius dan non infeksius
14	Evaluasi	:	1. Indikator Mutu Pelayanan per bulan 2. Kinerja Pelayanan per semester 3. Standar Pelayanan Minimal (SPM) per semester 4. Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) pertahun

9. STANDAR PELAYANAN INSTALASI BEDAH(OK)

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2009 tentang Praktek Kedokteran. 4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 81/MENKES / SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Propinsi , Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/MENKES/ PER/VIII/2011 tentang Keselamatan pasien. 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 519/Menkes/PER/III/2011 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Anestesiologi dan Terapi Intensif di Rumah Sakit. 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Penyelenggaraan Izin Praktik Penata Anestesi 18/ Menkes/PER/IV/2016 tentang Anestesi
2	Persyaratan	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum <ol style="list-style-type: none"> a. KIB (Pasien Lama) b. KTP/KK 2. Pasien JKN-KIS /Asuransi Lain <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu BPJ/SKIS/Kartu Asuransi Lain b. Foto Copy KK c. Foto Copy KTP d. E-Rujukan e. Foto Copy Perintah Rawat Inap/Rawat Jalan
3	Prosedur	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dari IGD/Poliklinik/Rawat Inap ditetapkan oleh dokter DPJP untuk dilakukan tindakan operasi 2. IGD/Poliklinik/Rawat Inap mendaftarkan tindakan operasi ke IB. 3. IB menjadwalkan tindakan operasi. 4. Pasien dipersiapkan sebelum dilakukan tindakan operasi : inform consent, puasa, pemeriksaan penunjang dan penandaan lokasi operasi. 5. Petugas IBS melakukan pemanggilan pasien operasi sesuai jadwal.
4	Waktu Pelayanan	: Waktu tunggu pasien ditetapkan untuk operasi sampai dilakukan tindakan operasi : 2 Hari. Kecuali untuk pasien-pasien yang memiliki komplikasi.

10. STANDAR PELAYANAN INSTALASI FARMASI RAWAT JALAN

NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 4. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 Tentang Pekerjaan Kefarmasian. 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit pengganti Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 58 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit. 6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1333 / Menkes / SK / XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit.
2.	Persyaratan	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum <ul style="list-style-type: none"> • Print label bukti pendaftaran klinik • Resep dokter klinik 2. Pasien JKN-KIS 3. Print label bukti pendaftaran klinik 4. Resep dokter klinik 5. Surat Elegibilitas Pasien (SEP) 6. Persyaratan hasil penunjang sesuai ketentuan BPJS untuk pasien dengan penyakit kronis 7. Tanggal kunjungan pasien harus sesuai dengan tanggal kunjungan sebelumnya karena farmasi hanya bisa melayani resep untuk obat yang sama saat obat tersebut sudah terhitung habis untuk pasien yang mendapatkan pelayanan obat kronis selama 1 bulan.
3	Prosedur	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum <ul style="list-style-type: none"> • Pasien menyerahkan resep dari klinik kepetugas farmasi • Petugas mencetak nomor urut resep pasien • Petugas farmasi melakukan skimming resep terkait kelengkapan administrasi, kelengkapan farmasetis dan kelengkapan klinis resep • Petugas melakukan entry resep di komputer dan memberi tahu pasien harga obat yang harus dibayar • Jika pasien setuju petugas mencetak billing harga

5	Biaya	:	Sesuai Perda Nomor 1 Tahun 2018 Tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di RSUD Padang Pariaman.
6	Produk	:	Pelayanan Pasien operasi
7	Pengelolaan Pengaduan	:	1. Pengaduan langsung kepada petugas 2. Petugas Informasi 3. Kotak saran yang tersedia 4. Email : rsud pdprmn@yahoo.com
8	Sarana Prasarana Fasilitas	:	Gedung, sumber listrik, sumber air, peralatan medis, non medis dan lain-lain.
9	Kompetensi Pelaksana	:	1. Dokter Spesialis Bedah 2. Dokter Spesialis Anestesi 3. Perawat/Bidan dengan sertifikasi bedah dasar 4. Perawat/Penata Anestesi dengan sertifikasi Pelatihan Anestesi.
10	Pengawasan internal		Pengawasan oleh Kepala Instalasi OK
11	Jumlah Pelaksana	:	Kepala Instalasi : 1 orang Kepala ruang : 1 orang Perawat/Penata Anestesi : 3 orang Perawat Asisten : 9 orang Perawat Instrumen : 6 orang Perawat Sirkuler : 4 orang
12	Jaminan Pelayanan	:	Pelayanan sesuai SPO
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan		1. Keamanan dan keselamatan terhadap pasien a. Ketepatan identifikasi pasien b. Peningkatan Komunikasi yang Efektif. c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high-alert medications). d. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi. e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan. f. Pengurangan risiko pasien jatuh. 2. Keamanan dan keselamatan terhadap petugas a. Setiap petugas medis maupun non medis menjalankan prinsip pencegahan infeksi. b. Menggunakan alat pelindung (sarung tangan, kacamata, sepatu boot/ alas kaki tertutup, celemek, masker dll). c. Melakukan prosedur yang aman bagi petugas maupun pasien, sesuai prosedur yang ada, mis: memasang kateter, menyuntik, menjahit luka, memasang infus, dll. d. Mencuci tangan dengan sabun antiseptik sebelum dan sesudah menangani pasien. e. Terdapat tempat sampah infeksius dan non infeksius.
14	Evaluasi	:	1. Indikator Mutu Pelayanan per Bulan. 2. Kinerja Pelayanan per semester. 3. Standar Pelayanan Minimal per semester. 4. Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) pertahun.

5	Biaya	:	Sesuai Perda Nomor 1 Tahun 2018 Tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di RSUD Padang Pariaman.
6	Produk	:	Pelayanan Pasien operasi
7	Pengelolaan Pengaduan	:	1. Pengaduan langsung kepada petugas 2. Petugas Informasi 3. Kotak saran yang tersedia 4. Email : rsud pdprmn@yahoo.com
8	Sarana Prasarana/Fasilitas	:	Gedung, sumber listrik, sumber air, peralatan medis, non medis dan lain-lain.
9	Kompetensi Pelaksana	:	1. Dokter Spesialis Bedah 2. Dokter Spesialis Anestesi 3. Perawat/Bidan dengan sertifikasi bedah dasar 4. Perawat/Penata Anestesi dengan sertifikasi Pelatihan Anestesi.
10	Pengawasan internal	:	Pengawasan oleh Kepala Instalasi OK
11	Jumlah Pelaksana	:	Kepala Instalasi : 1 orang Kepala ruang : 1 orang Perawat/Penata Anestesi : 3 orang Perawat Asisten : 9 orang Perawat Instrumen : 6 orang Perawat Sirkuler : 4 orang
12	Jaminan Pelayanan	:	Pelayanan sesuai SPO
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	:	1. Keamanan dan keselamatan terhadap pasien a. Ketepatan identifikasi pasien b. Peningkatan Komunikasi yang Efektif. c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high-alert medications). d. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi. e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan. f. Pengurangan risiko pasien jatuh. 2. Keamanan dan keselamatan terhadap petugas a. Setiap petugas medis maupun non medis menjalankan prinsip pencegahan infeksi. b. Menggunakan alat pelindung (sarung tangan, kacamata, sepatu boot/ alas kaki tertutup, celemek, masker dll). c. Melakukan prosedur yang aman bagi petugas maupun pasien, sesuai prosedur yang ada, mis: memasang kateter, menyuntik, menjahit luka, memasang infus, dll. d. Mencuci tangan dengan sabun antiseptik sebelum dan sesudah menangani pasien. e. Terdapat tempat sampah infeksius dan non infeksius.
14	Evaluasi	:	1. Indikator Mutu Pelayanan per Bulan. 2. Kinerja Pelayanan per semester. 3. Standar Pelayanan Minimal per semester. 4. Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) pertahun.

		<ul style="list-style-type: none"> • Pasien melakukan pembayaran dikasir • Petugas menyerahkan obat pasien dengan mencocokkan dengan no urut resep pasien, nama pasien dan tanggal lahir pasien • Petugas memberikan informasi terkait penggunaan obat kepada pasien <p>2. Pasien JKN-KIS</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien menyerahkan resep dari klinik ke petugas farmasi b. Petugas mencetak nomor urut resep pasien c. Petugas farmasi melakukan skrining resep terkait kelengkapan administrasi, kelengkapan farmasetis dan kelengkapan klinis resep d. Petugas melakukan entry resep di komputer dengan memperhatikan warning di system untuk pelayanan obat kronis apakah pasien sudah saatnya mendapatkan obat e. Apabila belum saatnya mendapatkan obat kronis, petugas melakukan edukasi pada pasien agar tanggal kunjungan berikutnya disesuaikan dengan tanggal kunjungan sebelumnya dengan berkoordinasi dengan klinik terkait dalam penerbitan surat SKMDP. f. Petugas menyerahkan obat pasien dengan mencocokkan dengan no urut resep pasien, nama pasien dan tanggal lahir pasien g. Petugas memberikan informasi terkait penggunaan obat ke pasien,
4	Waktu Pelayanan	: Pelayanan : 1. Obat racikan : < 60 Menit 2. Obat non racikan : < 30 Menit
5	Biaya/tarif	: Sesuai Perda Nomor I Tahun 2018 Tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di RSUD Padang Pariaman.
6	Produk	: Pelayanan Obat Pasien Rawat Jalan
7	Pengelolaan Pengaduan	: 1. Pengaduan langsung kepada petugas 2. Petugas Informasi Kotak saran yang tersedia
8	Sarana Prasarana/Fasilitas	: Gedung, sumber listrik, sumber air dan peralatan farmasi.
9	Kompetensi Pelaksana	: Apoteker Tenaga Teknis Kefarmasian SI Umum dengan pelatihan pengelolaan asset daerah SLTA dengan pelatihan safety penanganan gas medis

10	Pengawasan internal	:	Pengawasan oleh Kepala Instalasi Farmasi
11	Jumlah Pelaksana		Apoteker : 8 Orang Tenaga Teknis Kefarmasian : 24 orang Tenaga Administrasi (SI) : 2 orang Tenaga Oxygen (SLTA) : 4 orang Pembantu Pelaksana (SLTA) : 4 orang
12	Jaminan Pelayanan	:	Pelayanan sesuai dengan SPO
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan		<ol style="list-style-type: none"> 1. Keamanan dan Keselatan Pasien <ol style="list-style-type: none"> a. Pemilihan Pada tahap pemilihan perbekalan farmasi, risiko insiden/error dapat diturunkan dengan pengendalian jumlah item obat dan penggunaan obat sesuai formularium b. Pengadaan Pengadaan harus menjamin ketersediaan obat yang aman, efektif dan sesuai peraturan yang berlaku (legalitas) dan diperoleh dari distributor resmi. c. Penyimpanan d. Skrining resep e. Dispensin f. Komunikasi, Informasi dan Edukasi g. Penggunaan Obat h. Monitoring dan evaluasi 2. Keamanan dan Keselamatan petugas <ol style="list-style-type: none"> a. Tersedianya fasilitas penyimpanan barang farmasi yang menjamin semua barang farmasi tetap dalam kondisi yang baik dan dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan peraturan. b. Tersedianya fasilitas untuk pendistribusian obat c. Tersedianya fasilitas pemberian informasi dan edukasi d. Tersedianya fasilitas untuk penyimpanan arsip resep e. Ruangan perawatan harus memiliki tempat penyimpanan obat yang baik sesuai dengan peraturan dan tata cara penyimpanan yang baik <p>Obat yang bersifat adiktif disimpan sedemikian rupa demi menjamin keamanan setiap staf</p>
14	Evaluasi	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indikator Mutu Pelayanan per bulan 2. Kinerja Pelayanan persemester 3. Standar Pelayanan Minimal (SPM) per semester <p>Survey Kepuasan Masyarakat(SKM) per tahun</p>

11. STANDAR PELAYANAN INSTALASI GIZI

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	: 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2009 Tentang Perlindungan Konsumen 4. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan 5. Peraturan Pemerintah Nomor 102 Tahun 2000 tentang Standarisasi Nasional 6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333 Tahun 1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit
2	Persyaratan	: Rawat Jalan a. Blangko rujukan konsultasi gizi dari poliklinik b. Catatan konsultasi gizi dari dokter praktik mandiri c. Catatan konsultasi ulang dari klinik gizi Rawat Inap a. Catatan konsultasi gizi dari DPJP b. Pasien dengan hasil skrining awal ≥ 2 c. Pasien dengan riwayat atau baru terdiagnosa Penyakit degenerative
3	Prosedur	: Rawat Jalan 1. Pasien datang ke klinik gizi atas perintah dokter yang memeriksa atau dari dokter praktik 2. Ahli gizi melakukan pengkajian gizi pasien 3. Ahli gizi menetapkan diagnosis gizi sesuai dengan pedoman PES (Problem - Etiologi - Symptom) 4. Ahli gizi memberikan konsultasi gizi kepada pasien 5. Ahli gizi melakukan monitoring dan evaluasi dengan blangko rujukan konsultasi gizi ulang Rawat Inap • Pasien di bangsal/rawat inap, atas perintah dokter yang memeriksa untuk memperoleh diet sesuai dengan penyakitnya dan ditulis di CPPT. • Pasien mendapatkan diet sesuai dengan penyakitnya dari instalasi gizi • Ahli gizi melakukan pengkajian gizi pasien • Ahli gizi menetapkan diagnosis gizi sesuai dengan pedoman PES (Problem - Etiologi - Symptom). • Ahli gizi memberikan konsultasi gizi kepada pasien sesuai diagnosis gizi • Ahli gizi melakukan monitoring dan evaluasi • Ahli gizi melakukan penyesuaian diet

4	Waktu pelayanan	: Rawat Jalan : 60 Menit Per Pasien Rawat Inap : 30 Menit Per Pasien																																		
5	Biaya/Tarif	: Biaya Pelayanan Konsultasi Gizi Rincian : a. Rawat Jalan <table border="1" data-bbox="746 286 1252 414"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Pelaksana</th> <th colspan="2">Jasa Pelayanan</th> </tr> <tr> <th>Komplikasi</th> <th>Non komplikasi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ahli Gizi</td> <td>14.500</td> <td>14.500</td> </tr> </tbody> </table> b. Rawat Inap <table border="1" data-bbox="738 465 1260 750"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Kelas</th> <th colspan="2">Jasa Pelayanan</th> </tr> <tr> <th>Komplikasi</th> <th>Non Komplikasi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VVIP</td> <td>15.000</td> <td>12.500</td> </tr> <tr> <td>VIP</td> <td>15.000</td> <td>12.500</td> </tr> <tr> <td>VIP</td> <td>15.000</td> <td>12.500</td> </tr> <tr> <td>VIP</td> <td>15.000</td> <td>12.500</td> </tr> <tr> <td>I</td> <td>10.000</td> <td>7.500</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td>7.500</td> <td>5.000</td> </tr> <tr> <td>III</td> <td>5.000</td> <td>2.500</td> </tr> </tbody> </table>	Pelaksana	Jasa Pelayanan		Komplikasi	Non komplikasi	Ahli Gizi	14.500	14.500	Kelas	Jasa Pelayanan		Komplikasi	Non Komplikasi	VVIP	15.000	12.500	VIP	15.000	12.500	VIP	15.000	12.500	VIP	15.000	12.500	I	10.000	7.500	II	7.500	5.000	III	5.000	2.500
Pelaksana	Jasa Pelayanan																																			
	Komplikasi	Non komplikasi																																		
Ahli Gizi	14.500	14.500																																		
Kelas	Jasa Pelayanan																																			
	Komplikasi	Non Komplikasi																																		
VVIP	15.000	12.500																																		
VIP	15.000	12.500																																		
VIP	15.000	12.500																																		
VIP	15.000	12.500																																		
I	10.000	7.500																																		
II	7.500	5.000																																		
III	5.000	2.500																																		
6	Produk	: Pelayanan konsultasi gizi rawat jalan dan rawat inap																																		
7	Pengelolaan Pengaduan	: 1. Pengaduan langsung kepada petugas 2. Petugas Informasi 3. Kotak saran yang tersedia																																		
8	Sarana Prasarana/Fasilitas	: Gedung, sumber listrik, sumber air, ruang penyelenggaraan makanan dan lain-lain.																																		
9	Kompetensi Pelaksana	: 1. S1 Gizi dengan pelatihan NCP, HACCP 2. D3 Gizi dengan pelatihan NCP, Food service, Pelatihan kuliner 3. SMA/SMK tata boga																																		
10	Pengawasan internal	: Pengawasan oleh Kepala Instalasi Gizi																																		
11	Jumlah Pelaksana	: Kepala Instalasi : 1 orang Koordinator unit adm, logistik dan keuangan : 1 org Koordinator unit pelayanan gizi RI + RJ : 2 orang Koordinator unit makanan : 1 orang Supervisor : 1 orang Pelaksana : 6 orang																																		
12	Jaminan Pelayanan	: Pelayanan sesuai SPO																																		
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	: 1. Keamanan dan keselamatan terhadap pasien a. Pelaksanaan sanitasi makanan yang meliputi ruang pengolahan (dapur), bangunan serta sarana dan peralatan untuk pelaksanaan sanitasi makanan.																																		

- b. Prinsip Penyehatan Makanan dalam Penyelenggaraan Makanan
 - c. Pengawasan Sanitasi Dalam Penyelenggaraan Makanan
2. Keamanan dan keselamatan terhadap petugas
1. Ruang penerimaan dan Penyimpanan Bahan Makanan
 - a. Menggunakan alat pembuka peti/bungkus bahan makanan menurut cara yang tepat dan jangan melakukan dan meletakkan posisi tangan pada tempat ke arah bagian alat yang tajam
 - b. Barang yang berat selalu ditempatkan di bagian bawah dan diangkat dengan alat pengangkut yang tersedia untuk barang tersebut
 - c. Menggunakan tutup kotak/tutup panic yang sesuai dan hindari tumpahan bahan
 - d. Tidak diperkenankan merokok di ruang penerimaan dan penyimpanan bahan makanan
 - e. Lampu harus dimatikan bila tidak dipergunakan /dimatikan
 - f. Tidak mengangkat barang berat, bila tidak sesuai dengan kemampuan
 - g. Tidak mengangkat barang dalam jumlah yang besar yang dapat membahayakan badan dan kualitas barang
 - h. Membersihkan bahan tumpah atau keadaan licin di ruang penerimaan dan penyimpanan
 2. Di ruang persiapan dan pengolahan makanan
 - a. Menggunakan peralatan yang sesuai dengan cara yang baik
 - b. Tidak menggaruk, batuk, selama mengerjakan / mengolah makanan.
 - c. Menggunakan berbagai alat yang tersedia sesuai dengan petunjuk pemakaiannya
 - d. Membersihkan mesin menurut petunjuk dan matikan mesin sebelumnya
 - e. Menggunakan serbet
 - f. Meneliti semua peralatan sebelum digunakan
 - g. Mematikan mesin setelah digunakan
 - h. Mengisi panic sesuai dengan ukuran
 - i. Tidak memuat kereta makan melebihi kapasitasnya.

		<p>3. Di ruang pembagian makanan diunit pelayanan gizi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tidak mengisi mangkuk sayur/piring terlalupenuh b. Tidak mengisi kereta makan melebihi kapasitas c. Meletakkan alat dengan teratur dan rapi d. Bila membawa minuman panas, tutup denganrapat dan tidak mengisi gelas sampai penuh <p>4. Alat pelindung kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Baju kerja, clemek dan tutup kepala terbuat dari bahan yang tidak panas, tidak licin dan nyaman dipakai b. Menggunakan alas kaki yang tidak licin bila berada dilingkungan dapur c. Menggunakan serbet/cempal pada tempatnya d. Tersedia alat sanitasi yang sesuai, misalnya air dalam keadaan bersih dan jumlah yang cukup, sabun alat pengering dan lain-lain e. Tersedia alat pemadam kebakaran yang berfungsi dengan baik f. Tersedia alat/obat P3K
14	Evaluasi	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Indikator Mutu Pelayanan per bulan. 2. Kinerja Pelayanan persemester. 3. Standar Pelayanan Minimal (SPM) persemester. 4. Survey Kepuasan Masyarakat per tahun.

12. STANDAR PELAYANAN INSTALASI FARMASI RAWAT INAP

NO	KOMPONEN		URAIAN
1	Dasar Hukum	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 4. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 Tentang Pekerjaan Kefarmasian. 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit pengganti Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 58 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit. 6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1333 / Menkes / SK /XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit.
2	Persyaratan	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum <ol style="list-style-type: none"> a. Lembar Permintaan Obat dari ruang perawatan yang terisi lengkap 2. Pasien JKN-KIS <ol style="list-style-type: none"> a. Lembar Permintaan Obat dari ruang perawatan yang terisi lengkap b. Persyaratan penunjang berupa hasil laboratorium kadar albumin darah dan perhitungan koreksinya untuk pasien yang membutuhkan albumin parenteral. c. Persyaratan penunjang berupa hasil laboratorium HbsAg positif untuk pasien yang mendapatkan terapi tenofovir. d. Persyaratan untuk pasien yang membutuhkan alat bantu (LUPIS): <ul style="list-style-type: none"> - Resep dokter sesuai yang dipersyaratkan - Surat Elegibilitas pasien (SEP)

3	Prosedur	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat membawa lembar permintaan obat (LPO) rawat inap dari ruangan ke farmasi rawat inap. 2. Perawat mencatat di buku penerimaan LPO meliputi nama ruangan, jam masuk, jumlah, paraf dan nama perawat. Petugas farmasi melakukan <i>skimming</i> resep terkait kelengkapan administrasi, kelengkapan farmasetis, dan kelengkapan klinis resep. 3. Petugas farmasi melakukan <i>entry</i> obat melalui billing SIMRS dan menempelkan <i>print out</i> pada LPO 4. Petugas farmasi memberikan obat dengan aturan sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> - Untuk sediaan injeksi dan infus diberikan ODD. - Untuk sediaan oral diberikan sesuai resep. - Petugas menelpon perawat ruangan untuk memberitahukan bahwa obat sudah selesai disiapkan. 5. Perawat mengambil obat di farmasi rawat inap dengan menulis jam pengambilan obat dan memberikan paraf serta nama lengkap perawat.
4	Waktu Pelayanan	:	Pelayanan : Obat racikan : < 60 MENIT Obat non racikan : < 30 MENIT
5	Biaya/tarif	:	Sesuai Perda Nomor 1 Tahun 2018 Tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di RSUD Padang Pariaman.
6	Produk	:	Pelayanan Obat Pasien Rawat Inap
7	Pengelolaan Pengaduan	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan langsung kepada petugas 2. Petugas Informasi 3. Kotak saran yang tersedia
8	Sarana Prasarana/Fasilitas	:	Gedung, sumber listrik, sumber air dan peralatan farmasi.
9	Kompetensi Pelaksana	:	Apoteker Tenaga Teknis Kefarmasian S1 Umum dengan pelatihan pengelolaan asset daerah SLTA dengan pelatihan safety penanganan gas medis
10	Pengawasan internal	:	Pengawasan oleh Kepala Instalasi Farmasi
11	Jumlah Pelaksana	:	Apoteker : 8 orang Tenaga Teknis Kefarmasian : 24 orang Tenaga Administrasi (S1) : 2 orang Tenaga Oxygen (SLTA) : 4 orang Pembantu Pelaksana (SLTA) : 4 orang
12	Jaminan Pelayanan	:	Pelayanan sesuai dengan SPO

13	Jaminan Keamanandan Keselamatan	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keamanan dan Keselatan Pasien <ol style="list-style-type: none"> a. Pemilihan Pada tahap pemilihan perbekalan farmasi, risiko insiden/error dapat diturunkan dengan pengendalian jumlah item obat dan penggunaan obat sesuai formularium b. Pengadaan Pengadaan harus menjamin ketersediaan obat yang aman, efektif dan sesuai peraturan yang berlaku (legalitas) dan diperoleh dari distributor resmi. c. Penyimpanan d. Skrining resep e. Dispensin f. Komunikasi, Informasi dan Edukasi g. Penggunaan Obat h. Monitoring dan evaluasi 2. Keamanan dan Keselamatan petugas <ol style="list-style-type: none"> a. Tersedianya fasilitas penyimpanan barang farmasi yang menjamin semua barang farmasi tetap dalam kondisi yang baik dan dapat dipertanggungjawabkan sesuai denganperaturan. b. Tersedianya fasilitas untuk pendistribusian obat c. Tersedianya fasilitas pemberian informasi dan edukasi d. Tersedianya fasilitas untuk penyimpanan arsip resep e. Ruang perawatan harus memiliki tempat penyimpanan obat yang baik sesuai dengan peraturan dan tata cara penyimpanan yang baik f. Obat yang bersifat adiktif disimpan sedemikian rupa demi menjamin keamanan setiap staf
14	Evaluasi	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indikator Mutu Pelayanan per bulan 2. Kinerja Pelayanan per semester 3. Standar Pelayanan Minimal (SPM) per semester 4. Survey Kepuasan Masyarakat (SKM) per tahun

13. STANDAR PELAYANAN INSTALASI PEMULASARAAN JENAZAH.

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran; 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan; 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
2	Persyaratan	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Jenazah dari Dalam RS : <ol style="list-style-type: none"> a. Jenazah yang dikirim dengan identitas jelas <ol style="list-style-type: none"> 1) Permintaan Pemulasaraan dari Ruangan 2) Identitas Pasien 3) Diagnosa Pasien b. Jenazah dengan identitas tak jelas <ol style="list-style-type: none"> 1) Permintaan Pemulasaraan dari Ruangan 2) Surat Penitipan dari Pengirim 3) Surat Permintaan Pemakaman 2. Jenazah Dari Luar : <ol style="list-style-type: none"> a. Jenazah yang dikirim dengan identitas jelas <ol style="list-style-type: none"> 1) Permintaan Pemulasaraan jenazah 2) Permintaan Visum Et Repartum 3) Identitas b. Jenazah dengan identitas tak jelas (Mr.X) <ol style="list-style-type: none"> 1) Surat Penitipan dari pengirim (masyarakatditemukan jenazah, pamong praja, polisi). 2) Surat permintaan dari polisi (bila membutuhkan Hasil Visum Et Repertum) 3. Jenazah dari IGD <ol style="list-style-type: none"> a. Permintaan dari petugas IGD b. Identitas Pasien c. Diagnosa Pasien
3	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Jenazah dari Luar RS/ Dalam RS/ IGD. 2. Jenazah diantar menuju ke ruang pemulasaraan jenazah untuk diurus sesuai permintaan keluarga pasien /pengirim jenazah. 3. Jenazah dikembalikan ke keluarga pasien /pengirim / diurus RS. 4. Pasien dengan identitas tidak jelas (Mr / Mrs X), setelah 3x24 jam bila tidak ada kejelasan jenazah (inisial) pengirim diinformasikan untuk : <ol style="list-style-type: none"> a. Mengambil jenazah untuk dipulasarakan & dimakamkan di luar RS (tempat jenazah ditemukan) b. Membuat surat permintaan untuk dipulasarakan di RSUD dimakamkan ditempat jenazah ditemukan. c. Membuat surat permintaan untuk dipulasarakan & dimakamkan oleh RSUD.
4	Jangka waktu pelayanan	Setiap hari : 24 jam

5	Biaya / tarif	:	Sesuai Perda Nomor 1 Tahun 2018 Tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di RSUD Padang Pariaman.
6	Produk pelayanan	:	Perawatan jenazah Pemandian jenazah
7	Pengelolaan pengaduan	:	1. Pengaduan langsung kepada petugas 2. Petugas Informasi 3. Kotak saran yang tersedia
8	Sarana Prasarana/ Fasilitas	:	1. Ruang Penerimaan 2. Ruang Otopsi 3. R. Perawatan/ Penitipan Jenazah 4. Meja Jenazah minimal 2 5. Cold Chamber minimal untuk 1-2 jenazah 6. Memiliki set alat pelindung diri
9	Kompetensi Pelaksana	:	Dokter SLTA dengan pelatihan perawatan jenazah
10	Pengawasan internal	:	Pengawasan oleh Kepala Instalasi PemulasaraanJenazah
11	Jumlah Pelaksana	:	Kepala Instalasi : 1 Dokter Rohaniawan : 1 orang.
12	Jaminan Pelayanan	:	Pelayanan sesuai SPO
13	Jaminan Keamanandan Keselamatan	:	1. Keamanan dan keselamatan terhadap pasien a. Ketepatan identifikasi pasien b. Peningkatan Komunikasi yang Efektif c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (<i>high-alert medications</i>) d. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan f. Pengurangan risiko pasien jatuh 2. Keamanan dan keselamatan terhadap petugas a. Pengelolaan alat kesehatan habis pakai. b. Cuci tangan dengan sabun guna mencegah infeksi silang. c. Pemakaian alat pelindung diri, misalnya pemakaian sarung tangan untuk mencegah kontak dengan darah serta cairan infeksius yang lain. d. Pengelolaan jarum dan alat tajam untuk mencegah perlukaan. e. Pengelolaan limbah dan sanitasi ruangan. f. Desinfeksi dan sterilisasi untuk alat yang digunakan ulang, Pengelolaan linen.
14	Evaluasi	:	1. Indikator Mutu setiap bulan 2. Standar Pelayanan Minimal per semester 3. Evaluasi Kinerja per semester

**14. S T A N D A R PELAYANAN KEGIATAN PENDIDIKAN KLINIK ATAU
PRAKTIK KERJA LAPANGAN INSTALASI DIKLAT**

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 1999 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pendidikan dan Pelatihan; 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2002 tentang Ketenagakerjaan; 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan 5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 153); 6. Permendagri Nomor 31 Tahun 2009 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pendidikan dan Pelatihan. 7. Standar Penyelenggaraan Rumah Sakit kelas B, C dan D Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2008
2	Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Institusi pendidikan memiliki MOU tentang pelaksanaan pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat. 2. Proposal kegiatan pendidikan klinik / praktik kerja lapangan 3. Buku panduan / juknis tentang kegiatan pendidikan klinik / praktik kerja lapangan 4. Sertifikat Kompetensi dasar pre klinik
3	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Institusi pendidikan mengajukan MOU tentang kegiatan pendidikan klinik / praktik kerja lapangan kepada Direktur RSUD Padang Pariaman 2. Instalasi diklat menerima surat atau MOU yang telah di berikan disposisi dari direktur RSUD Padang Pariaman 3. Berkoordinasi dengan devisi diklat terkait (Keperawatan/PPM/Pelayanan/Bag.Umum) 4. RSUD Padang Pariaman memberikan balasan atas MOU atau surat permohonan pembelajaran klinik ke institusi pengirim peserta pendidikan klinik / praktik kerja lapangan. 5. Instalasi Diklat berkoordinasi dengan institusi pengirim terkait pelaksanaan rapat koordinasi prapembelajaran klinik. 6. Institusi pengirim peserta pendidikan klinik / praktik kerja lapangan bekerja sama dengan RSUD Padang Pariaman untuk memberikan pelatihan kompetensi dasar pre klinik (SKP, PPI, K3, BHD, PMKP dan Soft Skills) kepada peserta pendidikan klinik / praktik kerja lapangan 7. Peserta pendidikan klinik / praktik kerja lapangan

		<p>mendapatkan sertifikat pelatihan kompetensi dasar pre klinik</p> <p>8. Institusi pengirim peserta pendidikan klinik / praktik kerja lapangan menyerahkan pendidikan klinik / praktik kerja lapangan pada hari pertama tanggal masa pendidikan klinik / praktik kerja lapangan</p> <p>9. Peserta pendidikan klinik / praktik kerja lapangan diorientasikan terkait lingkungan RSUD Padang Pariaman.</p> <p>10. Peserta pendidikan klinik / praktik kerja lapangan melaksanakan kegiatan pendidikan klinik / praktik kerja lapangan sesuai dengan kompetensi yang tercantum dalam juknis kegiatan pendidikan klinik / praktik kerja lapangan</p> <p>11. Peserta berhak mendapatkan informasi tentang hasil kegiatan pendidikan klinik / praktik kerja lapangan</p> <p>12. Institusi pengirim peserta pendidikan klinik / praktik kerja lapangan mendapatkan nilai hasil kegiatan pendidikan klinik / praktik kerja lapangan setelah masa pendidikan klinik / praktik kerja lapangan selesai</p> <p>13. Intitusi menerima kembali peserta pendidikan klinik / praktik kerja lapangan dari RSUD Padang Pariaman.</p>
4	Waktu Pelayanan	: Waktu pelayanan di sesuaikan dengan proposal dan juknis pencapaian kompetensi dari institusi pengirim peserta pendidikan klinik / praktik kerja lapangan dari RSUD Padang Pariaman.
5	Biaya /Tarif	: Sesuai Perda Nomor 1 Tahun 2018 Tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di RSUD Padang Pariaman.
6	Produk	: Hasil evaluasi kompetensi kegiatan pendidikan klinik/praktik kerja lapangan.
7	Pengelolaan Pengaduan	: 1.Pengaduan langsung kepada petugas 2.Petugas Informasi 3.Kotak saran yang tersedia
8	Sarana Prasarana/Fasilitas	: Gedung, sumber listrik, sumber air, peralatan danlain-lain
9	Kompetensi Pelaksana	: S1 Bidang Kesehatan S1 bidang atau sesuai bagian devisi Instalasi Diklat
10	Pengawasan internal	: Pengawasan oleh Kepala Instalasi
11	Jumlah Pelaksana	: Kepala Instalasi : 1 orang Ketua Devisi Instalasi Diklat : 3 orang Administrasi : 1 orang
12	Jaminan Pelayanan	: Pelayanan sesuai SPO

13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	: <ul style="list-style-type: none"> 1. Keamanan dan keselamatan terhadap pasien <ul style="list-style-type: none"> a. Ketepatan identifikasi pasien b. Peningkatan Komunikasi yang Efektif c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (<i>high-alert medications</i>) d. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan f. Pengurangan risiko pasien jatuh 2. Keamanan dan keselamatan terhadap petugas Pelaksanaan mekanisme keselamatan kerja pada Instalasi Diklat RSUD Padang Pariaman menginduk pada kebijakan Direktur tentang pedoman pelayanan K3 RSUD Padang Pariaman. Peran Instalasi Diklat adalah terkait pada teknis penyampaian tentang K3 kepada semua unsur yang ada di RSUD Padang Pariaman melalui tata laksana pelayanan Instalasi Diklat yang telah di tentukan dalam pedoman pelayanan.
14	Evaluasi	: <ul style="list-style-type: none"> 1. Indikator Mutu setiap bulan 2. Standar Pelayanan Minimal per semester 3. Evaluasi Kinerja per semester

15. STANDAR PELAYANAN INSTALASI KESELAMATAN KESEHATAN KERJA

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	: 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 1970 Tentang Keselamatan Kerja; 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2003 Tentang Ketenagaan Kerja; 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan; 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit; 5. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 63 Tahun 2000 Tentang Keselamatan dan Kesehatan Terhadap Pemanfaatan Radiasi Pegan; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit; 7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1335 / Menkes / SK/X/2002 Tentang Standar Operasional Pengambilan dan Pengukuran Kulit Udara Ruangan Rumah Sakit; 8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 351 / Menkes / SK / III/2003 Tentang Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Sektor Kesehatan; 9. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit; 10. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 270/Menkes/SK/III/2007 tentang Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya Untuk Mendukung Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
2	Persyaratan	: Manajemen Bencana Internal → Tehnik Evakuasi Kerusakan Lift
3	Prosedur	: 1. Apabila sebagai korban  a. Tekan tombol interphone Berbicaralah kepada operator diruang kontrol dan katakana anda terjebak b. Sebutkan posisi anda pada waktu kejadian, dilantai berapa, dan lift yang mana mengalami kejadian c. Sebutkan jumlah penumpang lift d. Bersikaplah tenang dan jangan panik 2. Apabila sebagai penolong a. Bicaralah kepada korban dengan suara perlahan dan jelas. b. Tenangkan korban bahwa sebentar lagi pertolongan akan segera datang dan jangan membuka pintu. c. Tanyakan jumlah penumpang lift tersebut dengan menyebutkan kategori usia mereka dan jelaskan bahwa selama dalam pertolongan lift akan bergerak dan berhenti beberapa kali.

		<ul style="list-style-type: none"> d. Segera melakukan tindakan pertolongan dengan membuka sedikit pintu luar memakai kunci pembuka lift dan lihat seberapa jauh posisi lift diatas atau dibawah lantai luar. e. Bila tidak ada jarak antara lift dan lantai luar, lakukan pertolongan penumpang. Bila pintu lift tidak bias dibuka secara manual maka buka paksa pada pintu lift. f. Pergilah menuju ruang mesin dilantai paling atas. Matikan power listrik lift. Yakinkan bahwa power listrik tidak lagi dapat dihidupkan dan tidak ada orang lain mencoba menghidupkan. g. Buka brake/rem dengan brake realease, lihat indikasi lantai di wire rope sudah levelatau belum h. Pergilah menuju lantai dimana lift yang macet berada dan bukalah pintu luar dengankunci lift. i. Buka pintu secara perlahan dan keluarkanpenumpang, dan minta maaf atas kejadiantersebut.
4	Waktu Pelayanan	: Dari pelaporan sampai dengan evakuasi ± 10-15menit
5	Biaya/Tarif	: -
6	Produk	: Teknik Evakuasi Kerusakan Lift
7	Pengelolaan Pengaduan	: <ul style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan langsung kepada petugas 2. Petugas Informasi 3. Kotak saran yang tersedia
8	Sarana Prasarana	: Ruang kantor, Gudang dan Peralatan K3
9	Kompetensi Pelaksana	: SI Kesehatan K3
10	Pengawasan internal	: Pengawasan oleh Kepala Instalasi
11	Jumlah Pelaksana	: <ul style="list-style-type: none"> Kepala Instalasi : 1 orang Administrasi : 1 orang Koordinator Lapangan dan Teknis : 2 orang
12	Jaminan Pelayanan	: Pelayanan sesuai SPO
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	: <ul style="list-style-type: none"> 1. Keamanan dan keselamatan terhadap pasien <ul style="list-style-type: none"> a. Ketepatan identifikasi pasien b. Peningkatan Komunikasi yang Efektif c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (<i>high-alert medications</i>) d. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanankesehatan f. Pengurangan risiko pasien jatuh

		:	2. Keamanan dan keselamatan terhadap petugas Pelaksanaan mekanisme keselamatan kerja pada Instalasi Diklat RSUD Padang Pariaman menginduk pada kebijakan Direktur tentang pedoman pelayanan K3 RSUD Padang Pariaman. Peran Instalasi Diklat adalah terkait pada teknispenyampaian tentang K3 kepada semua unsur yang ada di RSUD Padang Pariaman melalui tata laksana pelayanan Instalasi Diklat yang telah di tentukan dalam pedoman pelayanan.
14	Evaluasi	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indikator Mutu Pelayanan per bulan 2. Kinerja Pelayanan per semester 3. Standar Pelayanan Minimal (SPM) persemester 4. Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) per tahun

16. STANDAR PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Dokter; 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan; 3. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit; 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah; 5. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 411/MENKES/PER/III/2010 tentang Laboratorium Klinik; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691 /MENKES/PER/ VIII/ 2011 tentang Keselamatan Pasien; 8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 370/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Ahli Teknologi Laboratorium Kesehatan;
2	Persyaratan	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum <ol style="list-style-type: none"> a. KIB (Kartu Identitas Berobat) b. KTP (Kartu Tanda Penduduk) c. Pendaftaran di klinik MCU 2. Pasien BPJS/Asuransi lain <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien Rawat Jalan b. Pasien Rawat Inap c. Pasien dengan Pemeriksaan CITO
3	Prosedur	: <p>A. PASIEN RAWAT JALAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien membawa lembaran permintaan dari Instalasi Rawat jalan (Klinik Rumah sakit) instalasi gawat darurat atau dokter rujukan dari luar diserahkan pada petugas laboratorium 2. Pasien diterima oleh petugas laboratorium untuk dilakukan pendaftaran pada buku register laboratorium, pendaftaran ke SIM RS dan pengadministrasian (Pasien Umum melakukan pembayaran ke kasie) 3. Lakukan pengambilan specimen berdasarkan permintaan dan identitas pasien 4. Lakukan pemeriksaan sampel 5. Hasil pemeriksaan yang telah jadi ditanda tangani petugas laboratorium yang memeriksakan verifikasi penanggung jawab laboratorium atau petugas yang diberi wewenang 6. Hasil divalidasi dan cetak 7. Hasil diserahkan pada pasien untuk diserahkan pada

		<p>dokter/Klinik Rumah sakit/ IGD.</p> <p>B. PASIEN RAWAT INAP</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas Ruang / Bangsal mengorder permintaan pemeriksaan dengan menyerahkan lembaran pemeriksaan ke petugas laboratorium 2. Petugas laboratorium melakukan pengambilan sampel keruangan/ petugas ruangan mengambil sampel pasien dan menyerahkan pada petugas laboratorium sesuai permintaan dan Identitas pasien 3. Lakukan pemeriksaan sesuai permintaan 4. Daftar pada SIM Rumah sakit dan pengadministrasian 5. Lakukan pemeriksaan sampel 6. Hasil pemeriksaan yang telah jadi ditanda tangani petugas laboratorium yang memeriksa dan verifikasi penanggung jawab laboratorium atau petugas yang diberi wewenang. 7. Hasil divalidasi dan cetak 8. Hasil pasien rawat Nginap diambil Petugas Ruang / bangsal <p>C. PASIEN PEMERIKSAAN CITO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Rawat Jalan/ Rawat inap permintaan pemeriksaan Cito 2. Dilakukan pengambilan sampel berdasarkan pemeriksaan dan identitas pasien 3. Lakukan pemeriksaan sampel berdasarkan permintaan 4. Daftar pada SIM Rumah sakit dan pengadministrasian 5. Lakukan pemeriksaan sampel 6. Hasil pemeriksaan yang telah jadi ditanda tangani petugas laboratorium yang memeriksa dan verifikasi penanggung jawab laboratorium atau petugas yang diberi wewenang 7. Hasil divalidasi dan cetak 8. Pasien rawat jalan diserahkan pada pasien untuk kembali ke dokter / Klinik pengirim. 9. Hasil pasien rawat inap diambil Petugas Ruang / bangsal
4	Waktu Pelayanan :	<p>Pelayanan Laboratorium dilakukan 24 Jam yang meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan pasien rawat jalan dimulai jam 07.00 – 14.00 dengan waktu pemeriksaan : <ol style="list-style-type: none"> a. Hematologi (Hb, Al, At, Ht) : 30 menit b. Kimia Klinik : 60 menit c. Darah Rutin, Gula Darah I, II : < 140 menit 2. Pelayanan pasien rawat inap : <ol style="list-style-type: none"> a. Shif pagi jam 11.00 – 14.00 wib. b. Shif sore jam 15.00 – 20.00 wib c. Shif malam jam 20. 00 – 21.00 wib d. Pasien Cito : 60 menit

17. STANDAR PELAYANAN INSTALASI RADIOLOGI

NO	KOMPONEN	URAIAN
I	Dasar Hukum :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 1997 tentang Ketenaganukliran. 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 5. Peraturan Pemerintahan Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2007 tentang Keselamatan Radiasi Pengion dan Keamanan Sumber Radioaktif. 6. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2008 tentang Perizinan Sumber Radiasi Pengion dan Bahan Nuklir; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 357/MENKES/PER/V/2006 tentang Registrasi dan Izin kerjaRadiografer. 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 780/ MENKES / PER / VIII /2008 tentang Penyelenggaraan PelayananInstalasi Radiologi. 9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VII/ 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. 10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2052/MENKES/PER/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran. 11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 375/ MENKES/ SK/ III/ 2007 tentang Standar Profesi Radiografer. 12. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1041/ MENKES/ XII/2008 tentang Standar Pelayanan Instalasi Radiologi Diagnostik Di Sarana Pelayanan Kesehatan. 13. Peraturan Kepala Badan Pengawas Tenaga Nuklir Nomor 8 Tahun 2011 tentang Keselamatan Radiasi dalam Penggunaan Sinar-X Instalasi Radiologi Diagnostik dan Intervensional.

2	Persyaratan	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Rawat Jalan ; <ol style="list-style-type: none"> a. KIB (Kartu Identitas Berobat) b. KTP c. Surat Pengantar permintaan Radiologi dari dokter d. Pendaftaran pada loket TPP rawat jalan , sedangkan pasien dari luar RS pada TPP 24 jam 2. Pasien Rawat Inap / IGD <ol style="list-style-type: none"> a. KIB (Kartu Identitas Berobat) b. KTP c. Surat Pengantar permintaan Radiologi dari dokter
3	Prosedur	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. PASIEN RAWAT INAP : <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dikirim ke instalasi radiologi dengan membawa blangko permintaan pemeriksaan radiologi lengkap dengan identitas pasien b. Data pasien dimasukkan pada register radiologi. c. Dilakukan pemotretan/pemeriksaan dandiproses. d. Formulir pembayaran dilampirkan pada data pasien. e. Hasil rontgen diambil oleh petugas paramedis ruangan. 2. PASIEN RAWAT JALAN : <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien membawa blangko / surat permintaan Rontgen ke loket pendaftaran rumah sakit. b. Permintaan rontgen diserahkan ke bagian loket radiologi. c. Data pasien dimasukkan dalam register radiologi. d. Pasien dilakukan pemeriksaan sesuai permintaan dokter. e. Petugas memberitahukan kapan hasil pemeriksaan dapat diambil f. Pasien umum langsung membayar di kasir pembayaran rumah sakit g. Kemudian mengambil hasil pemeriksaan, sedangkan, Pasien BPJS langsung mengambil hasil foto. 3. INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD) : <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dikirim ke instalasi radiologi dengan membawa blangko permintaan pemeriksaan radiologi lengkap dengan identitas pasien Data pasien dimasukkan pada register radiologi. b. Dilakukan pemotretan/pemeriksaan dandiproses. c. Formulir pembayaran dilampirkan pada data pasien. d. Hasil rontgen diambil oleh petugas paramedis IGD.

4	Waktu Pelayanan	: Pelayanan radiologi dilaksanakan 24 jam yang meliputi : 1. Pelayanan radiologi rutin dari Senin – Sabtu mulai Jam 07.00 – 14.00 WIB. 2. Pelayanan radiologi cito 24 jam untuk pasien gawat darurat. Waktu tunggu Hasil; Pemeriksaan Radiologi : - Pemeriksaan Thorak : ≤ 3 Jam - Pemeriksaan Konvensional/ Kontras : ≤ 6 Jam - Pemeriksaan USG : ≤ 1 Jam - Pemeriksaan USG Doppler : ≤ 2 Jam - Pemeriksaan CITO : ≤ 1 Jam
5	Biaya/ Tarif	: Sesuai Perda Nomor 1 Tahun 2018 Tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di RSUD Padang Pariaman.
6	Produk	: Pelayanan Radiologi
7	Pengelolaan Pengaduan	: 1. Pengaduan langsung kepada petugas 2. Petugas Informasi 3. Kotak saran yang tersedia
8	Sarana Prasarana/Fasilitas	: Gedung, sumber listrik, sumber air, peralatan pemeriksaan, dan lain-lain
9	Kompetensi Pelaksana	: Spesialis Radiologi Radiografer (DIII Radiologi)
10	Pengawasan internal	: Pengawasan oleh Kepala Instalasi Radiologi
11	Jumlah Pelaksana	: Dokter Spesialis Radiologi : 1 orang DIII Radiologi : 8 orang
12	Jaminan Pelayanan	: Pelayanan sesuai SPO
13	Jaminan Keamanan dan keselamatan	: 1. Keamanan dan Keselamatan Pasien Kegiatan keselamatan pasien dilakukan melalui monitoring indikator mutu terutama yang berhubungan dengan keselamatan pasien, tindakan preventif, pengendalian proses/produk tidak sesuai, tindakan korektif dan audit mutu internal. 2. Keamanan dan Keselamatan petugas Keselamatan kerja Instalasi Radiologi dilakukan dengan upaya-upaya tindakan keselamatan pasien, peralatan, lingkungan kerja dan masyarakat untuk mencegah terjadinya kecelakaan kerja yang mengakibatkan dampak negative dan merugikan bagi pekerja dan orang lain disekitarnya baik fisik atau psikis akibat dari lingkungan kerja di Instalasi Radiologi.
14	Evaluasi	: 1. Indikator Mutu Pelayanan per bulan 2. Kinerja Pelayanan per semester 3. Standar Pelayanan Minimal (SPM) persemester 4. Survey Kepuasan Masyarakat per tahun

18. STANDAR PELAYANAN INSTALASI REKAM MEDIS.

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. 5. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 / MENKES / PER /III/2008 Tentang RekamMedis.
2	Persyaratan	: <ol style="list-style-type: none"> 1. KIB (Kartu Identitas Berobat) khusus pasien lama 2. Identitas diri (KTP/ SIM/ KK/ Paspor) 3. Kartu BPJS/KIS (khusus peserta JKN-KIS) 4. Rujukan Online dari Faskes luar RS : Puskesmas, Klinik Pratama, Dokter Keluarga, RS lainnya. (khusus peserta BPJS/KIS/PEMKAB). 5. Surat Rekomendasi dari Dinas Sosial (khusus pasien miskin Biaya PEMKAB Non BDT). 6. Surat Keterangan Masih Dalam Perawatan (SKMDP)/ Surat Perintah Kontrol (SPK)/ Surat Kontrol Terapi (SKT) Jika ada.
3	Prosedur	: <p>A. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Lama <ol style="list-style-type: none"> a) Dapat melaksanakan pendaftaran secara mandiri di Anjungan Tempat Pendaftaran Layanan Mandiri dan atau secara on line b) Kemudian menuju kasir menunjukkan bukti pendaftaran untuk mendapatkan nomor urutan kunjungan klinik sesuai yang dituju 2. Pasien Baru <ol style="list-style-type: none"> a) Mengambil Nomor Antrian Pendaftaran pada mesin antrian pendaftaran, pilih jenis kunjungan sesuai kelompok klinik di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ). b) Menunggu panggilan untuk mendaftar pada Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ) sesuai nomor antrian pendaftaran yang didapatkan. c) Pendaftar akan diwawancara sesuai kebutuhan/ rujukan yang dituju. d) Pendaftar akan mendapatkan Kartu Identitas Berobat (KIB).

		<p>3. Pasien Baru</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Mengambil Nomor Antrian Pendaftaran pada mesin antrian pendaftaran, pilih jenis kunjungan sesuai kelompok klinik di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ). b) Menunggu panggilan untuk mendaftar pada Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ) sesuai nomor antrian pendaftaran yang didapatkan. c) Pendaftar akan diwawancara sesuai kebutuhan/ rujukan yang dituju. d) Pendaftar akan mendapatkan Kartu Identitas Berobat (KIB). <p>B. Pasien JKN-KIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Lama <ol style="list-style-type: none"> a) Dapat melaksanakan pendaftaran secara mandiri di Anjungan Tempat Pendaftaran Layanan Mandiri dan atau secara on line. b) Mengambil Nomor Antrian Pendaftaran pada mesin antrian pendaftaran, pilih jenis kunjungan sesuai kelompok klinik di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ). c) Menunggu panggilan untuk mendaftar pada Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ) sesuai nomor antrian pendaftaran yang didapatkan. d) Pendaftar akan diwawancara sesuai kebutuhan/ rujukan yang dituju. e) Pendaftar akan mendapatkan Kartu Identitas Berobat (KIB). f) Pendaftar akan mendapatkan bukti pendaftaran lengkap dengan nomor urut antrian kliniknya. g) Pendaftar akan mendapatkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) untuk peserta JKN KIS. h) Pendaftar akan mendapatkan Kartu Status Pasien (KSP) untuk peserta Biaya Pemkab. i) Menuju klinik yang dituju sampai dipanggil sesuai nomor urut antrian klinik. 2. Pasien Baru <ol style="list-style-type: none"> a) Mengambil Nomor Antrian Pendaftaran pada mesin antrian pendaftaran, pilih jenis kunjungan sesuai kelompok klinik di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ). b) Menunggu panggilan untuk mendaftar pada Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ) sesuai nomor antrian pendaftaran yang didapatkan. c) Pendaftar akan diwawancara sesuai kebutuhan/
--	--	---

			<p>rujukan yang dituju.</p> <p>d) Pendaftar akan mendapatkan Kartu Identitas Berobat (KIB).</p> <p>e) Khusus peserta JKN-KIS Pasien akan mendapatkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP).</p> <p>f) Pasien akan mendapatkan bukti pendaftaran pasien rawat jalan dan nomor urut panggilan sesuai klinik yang dituju.</p> <p>g) Selanjutnya menunggu di klinik yang dituju sampai dipanggil sesuai nama atau urutan nomor urut panggil.</p>
4	Waktu Pelayanan	:	Pasien baru < 5 menit, Pasien lama < 2 menit.
5	Biaya/Tarif	:	Sesuai Perda Nomor 1 Tahun 2018 Tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di RSUD Padang Pariaman.
6	Produk	:	Pelayanan Pendaftaran Pasien
7	Pengelolaan Pengaduan	:	1. Pengaduan langsung kepada petugas 2. Petugas Informasi 3. Kotak saran yang tersedia
8	Sarana Prasarana / Fasilitas	:	Gedung, sumber listrik, sumber air, peralatan dan lain-lain.
9	Kompetensi Pelaksana	:	D3 Rekam Medis
10	Pengawasan internal	:	Pengawasan oleh Kepala Instalasi Rekam Medik
11	Jumlah Pelaksana	:	Kepala Instalasi Rekam Medis : 1 orang Pelaksana : 9 org
12	Jaminan Pelayanan	:	
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	:	<p>1. Keamanan dan keselamatan terhadap pasien</p> <p>a. Ketepatan identifikasi pasien</p> <p>b. Peningkatan Komunikasi yang Efektif</p> <p>c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high-alert medications)</p> <p>d. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi</p> <p>e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</p> <p>f. Pengurangan risiko pasien jatuh</p> <p>2. Keamanan dan keselamatan terhadap pasien Keselamatan kerja Instalasi Rekam Medik dilakukan dengan upaya-upaya tindakan keselamatan pasien, peralatan, lingkungan kerja</p>

			dan masyarakat untuk mencegah terjadinya kecelakaan kerja yang mengakibatkan dampak negatif dan merugikan bagi pekerja dan orang lain disekitarnya baik fisik atau psikis akibat dari lingkungan kerja di Instalasi Rekam Medik.
14	Evaluasi	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indikator Mutu Pelayanan BDRS per bulan 2. Kinerja Pelayanan per semester 3. Standar Pelayanan Minimal (SPM) per semester 4. Survei Kepuasan Masyarakat(SKM) per tahun

19. STANDAR PELAYANAN UNIT TRANFUSI DARAH RUMAH SAKIT

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan. 4. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 1980 Tentang Tranfusi Darah. 5. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2011 Tentang Pelayanan Darah. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 83 Tahun 2014 tentang Unit Tranfusi Darah, Bank Darah Rumah Sakit, Dan Jejaring Pelayanan Tranfusi Daerah. 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 91 Tahun 2015 Tentang Standar Pelayanan Tranfusi Darah. 8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 423/Menkes/SK/IV/2007 Tentang Kebijakan Peningkatan Kualitas dan Akses Pelayanan Darah.
2	Persyaratan	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Formulir permintaan darah oleh DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) 2. Permintaan plebotomi terapi oleh DPJP
3.	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permintaan produk darah <ol style="list-style-type: none"> a. Dokter Penanggung Jawab Pasien menulis permintaan produk darah di formulir permintaan dengan melengkapi: identitas pasien, jenis produk darah, golongan darah, jumlah unit dan kadar hemoglobin pasien b. Petugas ruang perawatan melakukan konfirmasi ketersediaan atau stock darah di UTDRS c. Petugas ruang perawatan mengantar formulir permintaan beserta sampel darah pasien d. Petugas UTDRS melakukan pemeriksaan golongan darah pasien dan uji cocok serasi sejumlah unit darah yang diminta e. Petugas UTDRS melakukan pencatatan di buku register dan administrasi atau biaya sesuai permintaan produk darah f. Petugas UTDRS mengkonfirmasi ke ruang perawatan apabila produk darah sudah siap diambil g. Petugas ruang perawatan mengambil produk darah menggunakan <i>cool box</i> di BDRS dan mencatat nama petugas dan jam pengambilan dalam buku register UTDRS h. Petugas ruang perawatan wajib melaporkan kejadian reaksi transfusi seperti demam, menggigil, ruam, gatal-gatal, sesak kepada petugas UTDRS

		<p>2. Plebotomi terapi</p> <p>a. Dokter penanggung jawab pasien menulis konsultasi kepada dokter spesialis Patologi Klinik di rekam medis pasien dalam lembar CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi) tindakan plebotomi terapi atas pasien dilengkapi data usia, diagnosis, kadar hemoglobin, kadar hematokrit, vital sign dan berat badan pasien</p> <p>b. Dokter spesialis Patologi Klinik melakukan pemeriksaan fisik dan kondisi pasien di bangsal</p> <p>c. Plebotomi terapi dilakukan oleh petugas UTD atau analis yang sudah mendapat pelatihan Tranfusi Darah dibawah pengawasan dokter spesialis Patologi Klinik</p> <p>d. Dokter Patologi Klinik melakukan evaluasi kondisi pasien setelah dilakukan plebotomi terapi</p> <p>e. Dokter Patologi Klinik menulis dalam rekam medis pasien di lembar CPTT</p>
4	Waktu Pelayanan	: Pelayanan Tranfusi darah penyelesaian pemeriksaan uji silang 55 MENIT darah bisa ditranfusikan pada pasien
	Biaya/ Tarif	: Harga produk darah tiap satu unit kantong darah dan biaya pemeriksaan uji cocok serasi adalah: <ul style="list-style-type: none"> • Permintaan Komponen : Darah : • <i>Whole Blood</i> Rp. 410.000,- • <i>Packed red Cell</i> Rp. 418.000,- • <i>Plasma</i> Rp. 418,000,- • <i>Trombocyt Concentrate</i> Rp. 418.000,-
6	Produk	: Pelayanan penyediaan produk darah
7	Pengelolaan Pengaduan	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan langsung kepada petugas 2. Petugas Informasi 3. Kotak saran yang tersedia
8	Sarana Prasarana/Fasilitas	: Gedung, sumber listrik, sumber air, peralatan dan lain-lain
9	Kompetensi Pelaksana	: Dokter D3 Analis D1 TTD
10	Pengawasan internal	: Pengawasan oleh Kepala Instalasi UTDRS
11	Jumlah Pelaksana	: <ul style="list-style-type: none"> Dokter : 1 orang D3 Analis : 3 orang D1 TTD : 2 orang SLTA : 2 orang
12	Jaminan Pelayanan	: Pelayanan sesuai dengan SPO

13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keamanan dan keselamatan terhadap pasien <ol style="list-style-type: none"> a. Mulai dengan pembuatan Standar Prosedur Operasional. b. Melakukan SPO di semua lini pelayanan UTDRS. c. Mencatat dan menulis angka kejadian bila terjadi Kejadian yang Tidak Diharapkan (KTD). d. Kepala Unit TDRS bersama pihak terkait melakukan penyelidikan terhadap KTD, mencari jalan keluar dan apabila diperlukan melakukan perubahan sistem sehingga lebih baik dan lebih aman untuk pasien. e. Melaporkan indikator mutu unit TDRS. f. Melakukan semua SPO pengendalian infeksi. g. Memilih peralatan yang bermutu dan aman bagi pasien. 2. Keamanan dan keselamatan terhadap pasien Keselamatan kerja Instalasi UTDRS dilakukan dengan upaya-upaya tindakan keselamatan pasien, peralatan, lingkungan kerja dan masyarakat untuk mencegah terjadinya kecelakaan kerja yang mengakibatkan dampak negatif dan merugikan bagi pekerja dan orang lain disekitarnya baik fisik atau psikis akibat dari lingkungan kerja di Instalasi UTDRS.
14	Evaluasi	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Indikator Mutu Pelayanan UTDRS per bulan 2. Kinerja Pelayanan per semester 3. Standar Pelayanan Minimal (SPM) per semester 4. Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) per tahun

20. STANDAR PELAYANAN REHABILITASI MEDIK.

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	: <ol style="list-style-type: none"> 1. UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran. 2. UU No. 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 3. PeraturanMenkes RI No. 867 Tahun 2004 tentangRegistrasi dan Praktik Terapi Wicara. 4. Peraturan Menkes RI No. 290 tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Medis Kedokteran. 5. UU No 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 6. Peraturan Menkes RI No. 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis. 7. KMK No 517tahun 2008 ttg pedoman pelayanan fisioterapi. 8. Peraturan Menkes RI No. 36 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Okupasi Terapi. 9. Peraturan Menkes RI No. 76 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Terapi Wicara. 10. Kepmenkes RI No. 378 Tahun 2008 tentang Pedoman Pelayanan Rehabilitasi Medik di Rumah Sakit.
2	Persyaratan	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu Identitas diri (KTP, SIM, Paspor) b. Kartu Identitas Berobat 2. Pasien JKN-KIS <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu BPJS/ KIS b. KTP/KK/KIB c. Surat Konsul dari DPJP Pengirim (Anak, Dalam, Syaraf, Orthopaedi, Paru dll) asli untuk kunjungan pertama, dan fotokopi untuk kunjungan kedua dst sampai satu bulan. d. Protokol Terapi Rehabilitasi Medik (untuk kunjungan pasien kedua dst) e. Formulir Klaim Rawat Jalan (untuk kunjungan pasien kedua dst) f. Surat Konsul DPJP hanya berlaku satu bulan, jika masih diperlukan harus diperbaharui. 3. Pasien Asuransi Lain <ol style="list-style-type: none"> a. KTP/KIB / KK b. Kartu Anggota Asuransi lain c. Surat Rujukan/surat konsul

3	Prosedur	<p>1. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien baru : Pasien bisa langsung mendaftar ke Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ) dengan menyebutkan Klinik Rehabilitasi Medik b. Pasien lama, dapat mendaftar lewat pendaftaran : <ul style="list-style-type: none"> • On line (dapat di install melalui google play) • On site melalui Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) c. Pasien mendapatkan nomor antrian klinik. d. rehab spesialis untuk kunjungan pertama kali atau kunjungan pertama setelah 4 kali sesi terapi, dan nomor antrian rehab medik untuk kunjungan kedua dst sampai satu sesi terapi selesai. e. Untuk Pasien rujukan dari klinik lain pasien bisa langsung menuju ke Rehabilitasi Medik. f. Pasien membayar biaya pendaftaran/ konsul rehab spesialis/rehab medik di kasir rawat jalan g. Pasien menunggu pemeriksaan di Ruang tunggu Instalasi Rehabilitasi Medik atau di ruang tunggu Unit Instalasi Rehabilitasi Medik yang dituju. h. Pasien mendapatkan layanan di unit-unit yang ada di Instalasi Rehabilitasi Medik setelah dilakukan pemeriksaan oleh dokter. i. Pasien membayar biaya tindakan terapi yang diberikan di Instalasi Rehabilitasi Medik sebelum diberikan tindakan lebih lanjut di kasir rawat jalan j. Jika pasien mendapatkan resep, Pasien menyerahkan resep ke Instalasi Farmasi Rawat jalan k. Pasien membayar ke kasir rawat jalan kuitansi resep dari Instalasi Farmasi Rawat Jalan. l. Setelah mendapatkan tindakan terapi sesuai advisidokter, pasien diperbolehkan pulang. m. Jika pasien dirujuk, maka pasien akan mendapatkan surat rujukan dari Dokter <p>2. Pasien BPJS dan Asuransi Lain</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien baru : Pasien bisa langsung mendaftar keTempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan b. Pasien lama, dapat mendaftar lewat pendaftaran : c. Pasien mendapatkan antrian klinik RehabSpesialis d. Pasien menunggu pemeriksaan dokter di Instalasi Rehabilitasi Medik Setelah diperiksa dokter, pasien menuju ke unit pelayanan di Instalasi Rehabilitasi Medik yang di adviskan oleh dokter. e. Pasien mendapatkan layanan terapi di Unit Rehabilitasi Medik sesuai dengan yang di adviskan oleh dokter. f. Setelah mendapatkan terapi, Pasien diperbolehkan pulang. g. Setiap bulan sekali Pasien harus memperbaharui surat kontrol dari DPJP.
---	----------	---

4	Waktu Pelayanan	: Klinik pagi 1. Senin s/d Kamis : jam 08.00 - 14.00 wib 2. Jumat : jam 08.00 - 11.00 wib 3. Sabtu : jam 08.00 - 12.30 wib A. Fisioterapi; 1. Untuk pasien dengan keluhan nyeri, kekakuan sendi akan diberikan layanan terapi selama 30 menit. 2. Untuk pasien dengan keluhan post stroke dan gangguan kelemahan otot akan diberikan layanan terapi selama 40 menit 3. Untuk pasien dengan gangguan tumbuh kembang akan diberikan layanan selama 50 - 60 menit 4. Pasien yang memerlukan latihan digymnasium, akan memerlukan waktu 120 - 150 menit 5. Untuk waktu penggunaan alat Infra merah memerlukan waktu 10 - 30 menit sesuai luas lokasi yang diberikan terapi 6. Untuk waktu penggunaan alat Tens dan ES memerlukan waktu 10 - 30 menit 7. Untuk waktu penggunaan alat US Terapi dan Laser memerlukan waktu 5 - 15 menit 8. Untuk waktu penggunaan alat Traksi dan SWD/MWD memerlukan waktu 10 - 30menit
5	Biaya	: Sesuai Perda Nomor 1 Tahun 2018 Tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di RSUD Padang Pariaman.
6	Produk	: Pelayanan Rehabilitasi Medik
7	Pengelolaan Pengaduan	: 1. Pengaduan langsung kepada petugas 2. Petugas Informasi 3. Kotak saran yang tersedia
8	Sarana Prasarana/Fasilitas	: Gedung, sumber listrik, sumber air, peralatan danlain-lain
9	Kompetensi Pelaksana	Dokter Spesialis KFR DIII Fisioterapi
10	Pengawasan internal	Pengawasan oleh Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik
11	Jumlah Pelaksana	Dokter Spesialis KFR : 1 orang DIII Fisioterapi : 4 orang
12	Jaminan Pelayanan	: Pelayanan sesuai SPO
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	: 1. Keamanan dan keselamatan terhadap pasien a. Peralatan Elektroterapi 1) Melakukan <i>warming up</i> dan kalibrasi setiap hari secara rutin untuk mengetahui kesiapanperalatan, baik segi pergerakan mekanik (fungsi, hard ware) ataupun soft ware. 2) Melakukan pengecekan teknik, antara lain <i>on /</i>

		<p>off,tombol-tombol, LCD</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Mengecek kabel-kabel peralatan, sambungan-sambungan listrik dll untuk pencegahan timbulnya elektrikal shock. 4) Mengecek arus yang keluar dari peralatan fisioterapi, apakah ada perubahan intensitas menjadi terlalu besar/terlalu kecil. <p>b. Peralatan Latihan dan Lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melakukan pengecekan lingkungan yang akan digunakan terapi latihan, apakah basah/licin, terdapat benda-benda tajam yang berukuran kecil dll. 2) Melakukan pengecekan peralatan yang akan digunakan untuk terapi latihan, apakah berpotensi menimbulkan luka atautidak ? <p>c. Pencegahan Kecerobohan / kelalaian petugas dalam bekerja di Instalasi Rehabilitasi Medik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mencrapkan prosedur identifikasi pasien dengan benar sebelum melakukan tindakan, dengan menjalankan prosedur identifikasi positif sesuai panduan identifikasi positif RS. 2) Melakukan prosedur sesuai SPO yang telah ditetapkan disetiap langkah pemeriksaan. 3) Meningkatkan komunikasi verbal yang efektif antara petugas rehabilitasi medik sendiri dan antara petugas rehabilitasi medik dengan bagian / unit / instalasi lain di rumah sakit. 4) Proses penerimaan instruksi lisan dan per telepon harus sesuai dengan konsep "tulbakon" yang artinya tulis, baca dan konfirmasi. Penerima instruksi/ telepon akan mencatat instruksi tersebut ke dalam formulir/ buku yang telah disediakan. Penerima instruksi akan membaca ulang instruksi tersebut kepada dokter/paramedis yang memberi instruksi. Dokter/paramedis yang memberi instruksi akan melakukan verifikasi bahwa instruksi yang diberikan telah diterima dan dicatat dengan benar. Penerima instruksi kemudian mencatat di papan pengumuman yang telah terpasang agar bisa terbaca oleh petugas yang lain dan menyampaikan langsung kepada petugas yang bersangkutan. <p>2. Keamanan dan keselamatan terhadap petugas</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Prosedur penanganan needle Stick Injury & cairan tubuh lainnya. b. Penyediaan & pemakaian alat pelindung diri,antara lain hand scoon, masker. c. Pengkajian 4 tepat (tepat obat, tepat pasien,tepat dosis, tepat rute) dalam pemberian obat. d. Pelatihan teknis safety lifting. e. Memastikan kecukupan tenaga. f. Medical Check Up bagi petugas rehabilitasi medik
--	--	---

		g. Pengadaan, penyimpanan, pemakaian dan pembuangan B3 sesuai prosedur. h. Penanaman budaya safety, safety meeting & Awareness.
14	Evaluasi	1. Indikator Mutu Pelayanan per Bulan 2. Kinerja Pelayanan per semester 3. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal 4. Survei Kepuasan Masyarakat per tahun

21. STANDAR PELAYANAN AMBULANS

No.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	: 1. Keputusan Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Nomor 143/MENKES-KESOS/SKII/2001 Tahun 2001 tentang Standarisasi Kendaraan Pelayanan Medik 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional Pasal 29 Pelayanan Ambulans, 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu, 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan
2.	Persyaratan	: 1. Penggunaan mobil ambulans digunakan pada saat dibutuhkan dan tidak dapat dipesan untuk beberapa hari ke depannya. 2. Ambulans dapat digunakan oleh seluruh pasien rawat inap/rawat jalan/IGD, 3. Penggunaan mobil ambulans untuk keadaan memindahkan pasien baik gawat darurat maupun tidak gawat darurat 4. Ambulans harus dikemudikan oleh sopir ambulans (jika berhalangan digantikan oleh supir yang telah ditunjuk)
3.	Prosedur	: 1. Petugas IGD/ICU/NICU/PICU/PONEK dan Ranap menyatakan pasien perlu rujukan atas petunjuk dari dokter penanggung jawab. 2. Petugas IGD/ICU/NICU/PICU/PONEK dan Ranap menjelaskan dan meminta persetujuan keluarga pasien untuk dirujuk. 3. Keluarga pasien setuju. 4. Petugas IGD/ICU/NICU/PICU/PONEK dan Ranap mendaftarkan rujukan pasien dalam Sistem Rujukan Terintegrasi (menghubungi Rumah Sakit yang dituju terkait kesiapan penerimaan rujukan), 5. Dalam Sistem Rujukan Terintegrasi, Rumah Sakit yang dituju menyetujui dan siap menerima pasien rujukan, 6. Petugas IGD/ICU/NICU/PICU/PONEK dan

		<p>Ranap membuat surat rujukan,</p> <p>7. Bagi pasien umum, petugas IGD/ICU/NICU/PICU/PONEK dan Ranap membuat rincian biaya pasien pulang dan biaya penggunaan ambulans (untuk pasien yang sudah diberikan terapi atau tindakan, bagi yang tidak mendapatkan terapi/tindakan cukup membayar ambulans saja),</p> <p>8. Keluarga pasien membayar di Loker Pembayaran dan menerima kwitansi (bagi pasien umum), dan menerima surat rujukan,</p> <p>9. Petugas IGD/ICU/NICU/PICU/PONEK dan Ranap mempersiapkan kesiapan pasien dan petugas yang lain segera menghubungi sopir ambulans,</p> <p>10. Petugas IGD/ICU/NICU/PICU/PONEK dan Ranap mendampingi dan mengantarkan pasien ke tempat tujuan dengan ambulans. Setelah selesai mengantarkan dan kembali ke rumah sakit, petugas menulis laporan kegiatan oada buku kegiatan.</p>
4.	Waktu Pelayanan	: 1. Pendaftaran Sistem Rujukan Terintegrasi : Maksimal 10 menit. 2. Waktu antar ambulans ke Rumah Sakit rujukan : Maksimal 5 jam.
5.	Biaya	: Sesuai Perda Nomor 1 Tahun 2018 Tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di RSUD Padang Pariaman.
6.	Produk Pelayanan	: Layanan Rujukan Pasien dari Rumah Sakit ke Rumah Sakit yang dituju.
7.	Pengelolaan Pengaduan	: 1. Pengaduan langsung kepada petugas 2. Petugas Informasi 3. Kotak saran yang tersedia.
8.	Sarana Prasarana /Fasilitas	: Mobil ambulans dengan peralatan medis dasar terdiri dari : a. Tabung Oksigen, b. Regulator Oksigen, c. Ventilator Mobile, d. Suction Mobile, e. Peralatan medis PPGD (tensimeter dengan manset anak-dewasa), f. Obat-obatan sederhana, g. Cairan Infus.
9.	Kompetensi Pelaksana	: 1. Petugas IGD/ICU/NICU/PICU/PONEK dan Ranap 2. Sopir ambulans
10.	Pengawasan Internal	: 1. Dilakukan oleh atasan langsung,

		2. Dilakukan oleh Sistem Pengendalian Mutu Internal oleh audit internal.
11.	Jumlah Pelaksana	: Minimal 2 Orang (Sopir ambulans dan Petugas Medis / Paramedis)
12.	Jaminan Pelayanan	: Pelayanan diberikan secara cepat, aman dan dapat dipertanggungjawabkan.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	: Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP) serta didukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan mengutamakan keselamatan pasien dalam proses rujukan,
14.	Evaluasi	: Evaluasi kinerja dilakukan melalui : 1. Penilaian kinerja rumah sakit 2. Evaluasi berdasarkan pengawasan atasan langsung terkait kinerja dan kedisiplinan, 3. Survei kepuasan masyarakat setiap 6 bulan sekali.

22. STANDAR PELAYANAN PENGADUAN PENGGUNAAN LAYANAN.

No.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	: <ol style="list-style-type: none"> 1. UU No.36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. 2. UU No.44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. 3. UU No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran. 4. UU RI Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan 5. Kepmenkes Nomor 346/MENKES/SK/VI/1993 tentang Berlakunya Standar Pelayanan Di Rumah Sakit 6. Kepmenkes No.772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit, 7. Kepmenkes No. 129/Menkes/SK II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, 8. Permenkes no.56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi Perizinan Rumah Sakit, 9. Permenkes No.72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit. 10.Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038) 11.Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5357)
2.	Persyaratan	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan secara lisan maupun tertulis, 2. Identitas resmi pengadu.
3.	Prosedur Pelayanan	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengadu menyampaikan pengaduannya secara lisan atau tertulis, 2. Staf informasi dan pengaduan menerima dan mencatat pengaduan, 3. Ka.Unit Humas melakukan penelaahan awal. 4. Pengaduan didistribusikan ke bidang terkait untuk dilakukan penelusuran /pemeriksaan lebih lanjut. 5. Penyampaian tanggapan kepada pengadu.
4.	Waktu Pelayanan	: Maksimal 7 hari kerja tergantung berat/ringannya pengaduan.
5.	Biaya	: -

6.	Produk Pelayanan	:	Penanganan pengaduan masyarakat
7.	Pengelolaan Pengaduan	:	1. Pengaduan langsung kepada petugas 2. Petugas Informasi 3. Kotak saran yang tersedia.
8.	Pengawasan Internal	:	1. Direktur, 2. SPI
9.	Kompetensi Pelaksana		Bagian Humas.
10.	Pengawasan Internal	:	Maklumat Pelayanan Standar Pelayanan
11.	Jaminan Keamanan dan keselamatan	:	1. Pelayanan diberikan secara cepat, tepat dengan hasil yang dapat dipertanggungjawabkan 2. Informasi kepada pasien dan keluarga
12.	Evaluasi		Monev dilakukan pada program Kerja Humas setiap tahunnya

DIREKTUR
RSUD PADANG PARIAMAN



dr. JASNELI MARS
NIP. 19760716 200604 2 008