



**KEPUTUSAN DIREKTUR  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU  
NOMOR : Kpts. 188/RSUD-UMUM/321**

**TENTANG**

**PENETAPAN STANDAR PELAYANAN PUBLIK  
DI RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU**

**DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU**

- Menimbang** : a. Bahwa dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan pelayanan publik sesuai dengan asas penyelenggaraan pemerintahan yang baik, dan guna mewujudkan kepastian hak dan kewajiban berbagai pihak yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan, setiap penyelenggara pelayanan publik wajib menetapkan standar pelayanan;
- b. bahwa Surat Keputusan Direktur RSUD Arifin Achmad Nomor Kpts.231/III/2019 tentang Penetapan Standar Pelayanan Publik dilingkungan RSUD Arifin Achmad masih perlu dilengkapi sesuai Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi;
- c. bahwa sehubungan dengan butir a dan b diatas, perlu ditetapkan Keputusan Direktur RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau.
- Mengingat** : 1. Undang – Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
2. Undang – Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang – Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara RI tahun 2012 Nomor 215, tambahan Lembaran Negara Nomor 5357);
6. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan Medik (Berita Negara Republik Indonesia tahun 2014 Nomor 615);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1438/Menkes/Per/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
8. Keputusan Gubernur Riau No. Kpts.305/II/2010 tanggal 25



- Februari 2010 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Provinsi Riau sebagai Badan Layanan Umum
9. Peraturan Gubernur Riau Nomor 61 Tahun 2021 Tentang Kedudukan, Susunan Organisasi dan tata kerja perangkat daerah dilingkungan Pemerintah Provinsi Riau;
  10. Keputusan Gubernur Riau No. KPTS.621/III/2022.tanggal 11 Maret 2022 tentang Pengangkatan Pejabat Tinggi Pratama di Lingkungan Pemerintahan Provinsi Riau.

### **MEMUTUSKAN**

- Menetapkan** : KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD TENTANG PENETAPAN STANDAR PELAYANAN PUBLIK DI LINGKUNGAN RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU
- KESATU** : Mencabut SK Direktur Utama RSUD Arifin Achmad Nomor: Kpts.231/III/2019 tentang Penetapan Standar Pelayanan Publik Di Lingkungan RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau
- KEDUA** : Standar Pelayanan Publik di Lingkungan RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau adalah:
1. Pendaftaran Pasien di Instalasi Gawat Darurat
  2. Pendaftaran Pasien di Instalasi Rawat Jalan
  3. Pendaftaran Pasien di Instalasi Rawat Inap
  4. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat
  5. Pelayanan Instalasi Rawat Jalan
  6. Pelayanan Instalasi Rawat Inap
  7. Pelayanan Hemodialisa
  8. Pelayanan Instalasi Perawatan Intensif
  9. Pelayanan Instalasi Pemulasaran Jenazah
  10. Pelayanan Instalasi Farmasi
  11. Pelayanan Instalasi Laboratorium Patologi Klinik
  12. Pelayanan Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi
  13. Pelayanan Instalasi Radiologi
  14. Pelayanan Instalasi Pengaduan Masyarakat
- KETIGA** : Komponen yang tercantum dalam Standar Pelayanan Publik adalah:
1. Persyaratan
  2. Sistem, Mekanisme dan Prosedur
  3. Jangka Waktu
  4. Biaya/Tarif
  5. Produk Layanan
  6. Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan

7. Dasar Hukum
8. Sarana Prasarana dan atau Fasilitas
9. Kompetisi Pelaksana
10. Pengawasan Internal
11. Jumlah Pelaksana
12. Jaminan Pelayanan
13. Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan
14. Evaluasi Kinerja Pelaksana

KEEMPAT : Standar Pelayanan Publik sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini, wajib dilaksanakan oleh pemberi maupun penerima layanan dan sebagai acuan dalam penilaian pelayanan oleh pimpinan penyelenggara, aparat pengawasan, dan masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik.

KELIMA : Keputusan ini berlaku terhitung sejak tanggal ditetapkan dan apabila kemudian hari ditemukan ada kekeliruan, maka akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Pekanbaru  
Pada tanggal : 10 Juli 2023  
DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD  
PROVINSI RIAU,



drg. WAN FAJRIATUL MAMNUNAH, Sp.KG  
Pembina TK I  
NIP. 19780618 200903 2 001

Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Para Direksi di lingkungan RSUD Arifin Achmad Propinsi Riau
2. Dewan Pengawas RSUD Arifin Achmad
3. Ketua Komite Medik
4. Seluruh Ketua KSM
5. Seluruh Kepala Instalasi
6. Ketua Komite Keperawatan
7. Ketua SPI
8. Arsip



Lampiran : Surat Keputusan Direktur RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau  
 Nomor : 188/RSUD-UMUM/321  
 Tanggal : 10 Juli 2023  
 Tentang : Keputusan Direktur RSUD Arifin Achmad Tentang Penetapan Standar Pelayanan Publik di Lingkungan RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau.

**1. STANDAR PELAYANAN PENDAFTARAN PASIEN DI INSTALASI GAWAT DARURAT**

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	PERSYARATAN	1. KASUS EMERGENSI a. Pasien Membayar Pribadi/Umum Baru - Kartu identitas/KTP - Mengisi formulir biodata pasien b. Pasien Membayar Pribadi/Umum Lama - Kartu Identitas/ KTP - Kartu Berobat 2. KASUS RUJUKAN a. Pasien Membayar Pribadi/Umum Baru - Surat rujukan - Kartu identitas/KTP b. Pasien Membayar Pribadi Umum Lama - Surat rujukan - Kartu Identitas/KTP - Kartu berobat c. Pasien BPJS-KIS - Surat rujukan - Kartu BPJS-KIS - Kartu Identitas/KTP d. Pasien Jamkesda/Pekanbaru Sehat - Surat rujukan - Kartu Jamkesda - Kartu Identitas/KTP e. Pasien Pihak Ketiga - Jaminan Pihak Ketiga f. Program Keluarga

		<p>Harapan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kartu Peserta</li> <li>- Kartu Keluarga</li> </ul> <p>g. Gelandang.Pengemis/T terlantar/Penguhuni Panti Sosial/LAPAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Surat rekomendasi dari Instansi terkait</li> </ul>
2.	SISTEM, MEKANISME DAN PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bagi Pasien Membayar Pribadi/Umum <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Keluarga pasien menyerahkan persyaratan ke petugas admisi</li> <li>b. Petugas menginput data pasien</li> <li>c. Keluarga pasien membayar di kasir</li> </ol> </li> <li>2. Bagi pasien BPJS/KIS <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Keluarga pasien menyerahkan persyaratan ke petugas admisi</li> <li>b. Petugas menginput data pasien</li> <li>c. Keluarga pasien mendapatkan Surat eligibilitas peserta</li> </ol> </li> <li>3. Jamkesda/Pasien Pihak Ketiga/Program Keluarga Harapan/Gelandang/Pengemis/Terlantar/Penguhuni Panti Sosial/LAPAS <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Keluarga pasien menyerahkan persyaratan ke petugas admisi</li> <li>b. Petugas menginput data pasien</li> <li>c. Keluarga pasien mendapatkan Surat Jaminan Pelayanan</li> </ol> </li> </ol>
3.	JANGKA WAKTU	Jam pelayanan 24 jam
4.	BIAYA/TARIF	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien membayar pribadi/Umum: Sesuai Pergub Nomor 2 Tahun 2019</li> <li>2. Pasien BPJS/KIS/Jamkesda/Penguhuni LAPAS/Penguhuni Panti Sosial : tidak dipungut biaya</li> </ol>
5.	PRODUK LAYANAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien membayar pribadi/umum <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kartu berobat (pasien baru)</li> </ul> </li> <li>2. Pasien BPJS-KIS <ul style="list-style-type: none"> <li>- Surat Eligibilitas Peserta (SEP)</li> <li>- Kartu berobat (pasien baru)</li> </ul> </li> <li>3. Asuransi lain: sesuai MoU</li> </ol>
6.	PENANGANAN PENGADUAN, SARAN DAN MASUKAN	<p>Instalasi Pengaduan Masyarakat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Telp : 08117690117, 081277870222</li> <li>2. SMS/WA Pengaduan: 08117690117, 081277870222</li> <li>3. Email : <a href="mailto:pengaduanrsudaa@gmail.com">pengaduanrsudaa@gmail.com</a></li> <li>4. Kotak saran</li> </ol>
7.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran</li> <li>2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik</li> </ol>



		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Undang-undang Nomor 11 tahun 2020 tentang Cipta Kerja</li> <li>4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit sebagaimana telah diubah dengan Undang-undang Nomor 11 tahun 2020 tentang Cipta Kerja</li> <li>5. Undang-Undang No 36 Tahun 2014 tentang Kesehatan</li> <li>6. Peraturan Pemerintah nomor 96 tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik</li> <li>7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/menkes/Per/IX/2010 tentang standar Pelayanan Kedokteran</li> <li>8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit</li> <li>9. Peraturan Gubernur Riau No. 61 Tahun 2021 Tentang Kedudukan, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintah Provinsi Riau.</li> <li>10. Keputusan Gubernur Riau Nomor Kpts. 621/III/2022 Tanggal 11 Maret 2022 Tentang Pemberhentian Dan Pengangkatan Pejabat Pimpinan Tinggi Pratama Di Lingkungan Pemerintah Provinsi Riau</li> </ol>
8.	Sarana dan Prasarana	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ruang Triase</li> <li>2. Ruang Tindakan</li> <li>3. Ruang Pendaftaran</li> <li>4. Ruang Pemeriksaan Dokter</li> <li>5. Ruang Dekontaminasi</li> <li>6. Ruang Kebidanan</li> <li>7. Ruang Kamar Operasi</li> <li>8. Ruang Observasi</li> <li>9. Ruang Kasir</li> </ol>
9.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokter Spesialis dan Sub Spesialis</li> <li>2. Dokter Umum</li> <li>3. Paramedis</li> <li>4. Administrasi</li> </ol>
10	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempunyai Kompetensi baik Pendidikan maupun keterampilan di bidang profesi masing-masing</li> <li>2. Dapat berkomunikasi dengan baik, ramah dan santun</li> </ol>
11	Pengawasan Internal	Dilakukan 3 Bulan sekali oleh atasan langsung
12.	Jaminan Pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas layanan sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO) serta didukung oleh petugas yang kompeten di bidangnya dengan pelayanan yang ramah, cepat, terampil dan santun

13.	Jaminan Keamanan Keselamatan Pelayanan	1. Pelayanan yang diberikan terjamin keamanan dan keselamatannya sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit 2022 (STARKES 2022) 2. Informasi yang diberikan dijamin keabsahannya dan dapat dipertanggungjawabkan
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Evaluasi penerapan standar pelayanan terus dilakukan perbaikan, inovasi dan meningkatkan kinerja dan kualitas pelayanan publik



## 2. STANDAR PELAYANAN PENDAFTARAN INSTALASI RAWAT JALAN

NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	PERSYARATAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien Membayar Pribadi/Umum Baru               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kartu identitas/KTP</li> <li>- Mengisi formulir biodata pasien</li> </ul> </li> <li>2. Pasien Membayar Pribadi Umum Lama               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kartu Identitas/KTP</li> <li>- Kartu berobat</li> </ul> </li> <li>3. Pasien BPJS-KIS               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Surat rujukan</li> <li>- Kartu BPJS-KIS</li> <li>- Kartu identitas/KTP</li> </ul> </li> <li>4. Pasien Jamkesda/Pekanbaru Sehat               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Surat rujukan</li> <li>- Kartu Jamkesda</li> <li>- Kartu Identitas/KTP</li> </ul> </li> <li>5. Pasien Pihak Ketiga               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jaminan Pihak Ketiga</li> </ul> </li> <li>6. Program Keluarga Harapan               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kartu Peserta</li> <li>- Kartu Keluarga</li> </ul> </li> <li>7. Gelandang, Pengemis/Terlantar/Penguhuni Panti Sosial/LAPAS               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Surat rekomendasi dari Instansi terkait</li> </ul> </li> </ol>
2.	SISTEM, MEKANISME DAN PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> <li>A. Pendaftaran melalui <i>Mobile Android</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien BPJS-KIS &amp; Umum (pasien lama): mendaftar di Aplikasi MIRAI RSUD Arifin Achmad H-1/H-2</li> <li>2) Untuk mencetak Surat Eligibilitas Pasien bagi pasien BPJS-KIS agar menggunakan APM</li> <li>3) Untuk pasien umum: membeli karcis</li> </ol> </li> <li>B. Pendaftaran melalui Anjungan Pendaftaran Mandiri               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bagi pasien BPJS-KIS &amp; Umum (pasien lama): langsung ke Anjungan Pendaftaran Mandiri dengan memasukkan No Rekam Medis dan membawa surat rujukan/kontrol</li> <li>2) Setelah Pasien mendapatkan Surat eligibilitas peserta, pasien langsung ke poliklinik yang dituju.</li> <li>3) Bagi pasien umum/ pribadi langsung ke APM setelah itu ke Kasir untuk membeli Karcis</li> </ol> </li> <li>C. Pendaftaran manual melalui Loker Pendaftaran               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien BPJS - KIS                   <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien mengambil nomor antrian di bagian Informasi</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>



		<ol style="list-style-type: none"> <li>2) Setelah nomor antriannya dipanggil pasien menyerahkan berkas ke petugas pendaftaran (surat rujukan dan Kartu BPJS-KIS)</li> <li>3) Petugas pendaftaran menginput data dan mencetak Surat eligibilitas peserta</li> <li>4) Setelah mendapatkan Surat eligibilitas peserta pasien langsung menuju ke poliklinik yang dituju</li> </ol> <p>b. Pasien Umum/Pribadi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien mengambil nomor antrian di bagian Informasi</li> <li>2) Setelah nomor antriannya dipanggil pasien menyerahkan surat rujukan dan Kartu berobat</li> <li>3) Petugas pendaftaran menginput data</li> <li>4) Pasien langsung ke Kasir untuk membeli Karcis</li> </ol> <p>c. Pihak Ketiga</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien mengambil nomor antrian di bagian Informasi</li> <li>2) Setelah nomor antriannya dipanggil pasien menyerahkan surat rujukan, Kartu berobat dan surat jaminan</li> <li>3) Petugas pendaftaran menginput data</li> <li>4) Pasien langsung ke kasir</li> </ol> <p>d. Jamkesda /Program Keluarga Harapan/Gelandangan/Pengemis/Terlantar/Penghuni panti sosial/LAPAS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien menyerahkan persyaratan ke petugas Pendaftaran di loket Umum &amp; Jamkesda</li> <li>2) Petugas Pendaftaran menginput data pasien</li> <li>3) Pasien mendapatkan Surat jaminan pelayanan dari Petugas</li> </ol>
3.	JANGKA WAKTU	<p>Jam pelayanan</p> <p>Senin s/d Kamis jam 07.00 s/d 11.00 WIB</p> <p>Jumat &amp; Sabtu jam 07.00 s/d 10.30 WIB</p>
4.	BIAYA/TARIF	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien membayar pribadi/Umum: Sesuai Pergub Nomor 2 Tahun 2019</li> <li>2. Pasien BPJS/KIS/Jamkesda/Pihak Ketiga/Penghuni LAPAS/Penghuni Panti Sosial : tidak dipungut biaya</li> <li>3. Asuransi lain: sesuai MoU</li> </ol>
5.	PRODUK LAYANAN	<p>Pelayanan Administratif :</p> <p>Karcis, Surat Eligibilitas Peserta, Surat Jaminan Pelayanan, Status Pasien</p>
6.	PENANGANAN PENGADUAN, SARAN DAN MASUKAN	<p>Instalasi Pengaduan Masyarakat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Telp : 08117690117, 081277870222</li> <li>b. SMS/WA Pengaduan: 08117690117, 081277870222</li> <li>c. Email : <a href="mailto:pengaduanrsudaa@gmail.com">pengaduanrsudaa@gmail.com</a></li> <li>d. Kotak saran</li> </ol>
7.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik</li> <li>3. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Undang-undang Nomor 11 tahun 2020 tentang Cipta Kerja</li> <li>4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit sebagaimana telah diubah dengan Undang-undang Nomor 11 tahun 2020 tentang Cipta Kerja</li> <li>5. Undang-Undang No 36 Tahun 2014 tentang Kesehatan</li> <li>6. Peraturan Pemerintah nomor 96 tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik</li> <li>7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/menkes/Per/IX/2010 tentang standar Pelayanan Kedokteran</li> <li>8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit</li> <li>9. Peraturan Gubernur Riau No. 61 Tahun 2021 Tentang Kedudukan, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintah Provinsi Riau.</li> <li>10. Keputusan Gubernur Riau Nomor Kpts. 621/III/2022 Tanggal 11 Maret 2022 Tentang Pemberhentian Dan Pengangkatan Pejabat Pimpinan Tinggi Pratama Di Lingkungan Pemerintah Provinsi Riau</li> </ol>
8.	Sarana dan Prasarana	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ruang Pelayanan</li> <li>2. Ruang Tunggu Pelayanan</li> <li>3. Ruang Pelayanan •</li> <li>4. Ruangan Tunggu Pasien</li> <li>5. Bagian Informasi dan Pengambilan Nomor Antrian Elektronik (Kiosk)</li> <li>6. Komputer</li> <li>7. Meja periksa</li> <li>8. Meja administrasi</li> <li>9. Kursi</li> <li>10. Kursi Roda</li> <li>11. Ekocardiografi</li> <li>12. USG 4 D</li> <li>13. EEG</li> <li>14. EKG</li> <li>15. Laringoscopy</li> <li>16. Audiometri</li> <li>17. Alat periksa mata</li> <li>18. Spirometri</li> <li>19. Dental Unit</li> <li>20. Pesawat Telepon dan Jaringan Wifi</li> </ol>



			<ul style="list-style-type: none"> <li>21. Pojok Laktasi</li> <li>22. WC Disabilitas</li> <li>23. Lift</li> <li>24. Jalur Evakuasi</li> </ul>
9.	Jumlah Pelaksana		3 - 6 orang pada setiap poli.
10	Kompetensi Pelaksana		<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Mempunyai kompetensi baik pendidikan maupun keterampilan di bidang profesi masing-masing.</li> <li>2. Dapat berkomunikasi dengan baik, ramah dan santun.</li> </ul>
11	Pengawasan Internal		Dilakukan 6 bulan sekali oleh atasan langsung
12.	Jaminan Pelayanan		Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO), serta didukung oleh Petugas yang berkompeten dibidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan Keselamatan Pelayanan		<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Informasi yang diberikan dijamin keabsahannya dan dapat dipertanggungjawabkan.</li> <li>2. Pelayanan dilaksanakan diruangan kantor pemerintah dengan jaminan keamanan dan keselamatan satuan standar sarana dan prasarana yang berlaku.</li> </ul>
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana		Evaluasi penerapan standar pelayanan ini senantiasa dilakukan untuk perbaikan, menjaga dan meningkatkan kinerja pelayanan dan kualitas pelayanan publik.

### 3. STANDAR PELAYANAN PENDAFTARAN INSTALASI RAWAT INAP

NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	PERSYARATAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien Membayar Pribadi/Umum               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Persetujuan Rawat Inap dari DPJP</li> <li>b. Surat Keterangan di Rawat dari Ruangan Rawat Inap</li> <li>c. Mengisi formulir Persetujuan Umum</li> <li>d. KTP (jika ada)</li> <li>e. Kartu berobat (jika ada)</li> </ol> </li> <li>2. Pasien BPJS/KIS/Jamkesda               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Persetujuan Rawat Inap dari DPJP</li> <li>b. Surat Keterangan di Rawat dari Ruangan Rawat Inap</li> <li>c. Mengisi formulir Persetujuan Umum</li> <li>d. Surat Rujukan dari FKTP</li> <li>e. Kartu BPJS/KIS/Jamkesda</li> <li>f. KTP</li> </ol> </li> <li>3. Pasien Pihak Ketiga               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jaminan Pihak Ketiga</li> </ol> </li> <li>4. Program Keluarga Harapan               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kartu Program Keluarga Harapan</li> <li>b. Kartu Keluarga</li> </ol> </li> <li>5. Gelandang/Pengemis/Terlantar               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Surat Rekomendasi Dinas Sosial</li> </ol> </li> <li>6. Penghuni Panti Sosial/LAPAS               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Surat Rekomendasi Panti Sosial/LAPAS</li> </ol> </li> </ol>
2.	SISTEM, MEKANISME DAN PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> <li>A. Pasien Membayar Pribadi/Umum           <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Keluarga Pasien menyerahkan persyaratan ke petugas admisi</li> <li>2) Petugas admisi menginput data pasien</li> <li>3) Keluarga pasien membayar di kasir</li> </ol> </li> <li>B. Pasien BPJS/KIS           <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Keluarga pasien menyerahkan persyaratan ke petugas admisi</li> <li>2) Petugas admisi menginput data pasien</li> <li>3) Keluarga pasien mendapatkan SEP</li> </ol> </li> <li>C. Jamkesda/ Program Keluarga Harapan/Gelandang/Pengemis/Terlantar/Penghuni panti sosial/LAPAS           <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Keluarga/petugas yang mengantar pasien menyerahkan persyaratan ke petugas admisi</li> <li>2) Petugas admisi menginput data pasien</li> <li>3) Keluarga/petugas yang mengantar pasien mendapatkan Surat Jaminan Pelayanan</li> </ol> </li> <li>D. Pasien Pihak Ketiga</li> </ol>



		<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien menyerahkan surat rujukan, Kartu berobat dan surat jaminan kepada petugas admisi</li> <li>2) Petugas Admisi menginput data pasien Pasien langsung diantar ke Ruang Rawat Inap</li> </ol>
3.	JANGKA WAKTU	Kelengkapan administrasi dipenuhi maksimal 3X24 jam hari kerja
4.	BIAYA/TARIF	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien membayar pribadi/Umum: Sesuai Pergub Nomor 2 Tahun 2019</li> <li>2. Pasien BPJS/KIS/Jamkesda/Pihak Ketiga/ Penghuni LAPAS/Penghuni Panti Sosial : tidak dipungut biaya</li> <li>3. Asuransi lain: sesuai MoU</li> </ol>
5.	PRODUK LAYANAN	Pelayanan rawat inap
6.	PENANGANAN PENGADUAN, SARAN DAN MASUKAN	<p>Instalasi Pengaduan Masyarakat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Telp : 08117690117, 081277870222</li> <li>b. SMSWA Pengaduan: 08117690117, 081277870222</li> <li>c. Email : <a href="mailto:pengaduanrsudaa@gmail.com">pengaduanrsudaa@gmail.com</a></li> <li>d. Kotak saran</li> </ol>
7.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran</li> <li>2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik</li> <li>3. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Undang-undang Nomor 11 tahun 2020 tentang Cipta Kerja</li> <li>4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit sebagaimana telah diubah dengan Undang-undang Nomor 11 tahun 2020 tentang Cipta Kerja</li> <li>5. Undang-Undang No 36 Tahun 2014 tentang Kesehatan</li> <li>6. Peraturan Pemerintah nomor 96 tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik</li> <li>7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/menkes/Per/IX/2010 tentang standar Pelayanan Kedokteran</li> <li>8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit</li> <li>9. Peraturan Gubernur Riau No. 61 Tahun 2021 Tentang Kedudukan, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintah Provinsi Riau.</li> <li>10. Keputusan Gubernur Riau Nomor Kpts. 621/III/2022 Tanggal 11 Maret 2022 Tentang Pemberhentian Dan Pengangkatan Pejabat Pimpinan Tinggi Pratama Di Lingkungan Pemerintah Provinsi Riau</li> </ol>
8.	Sarana dan	1. Ruang Pasien

	Prasarana	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Ruang Jaga Perawat</li> <li>3. Ruang Kepala Ruangan</li> <li>4. Ruang Dokter</li> <li>5. Ruang Konsultasi</li> <li>6. Ruang Tindakan</li> <li>7. Ruang Diskusi</li> <li>8. Ruang Administrasi</li> <li>9. Ruang Ganti</li> <li>10. Ruang Obat</li> <li>11. Ruang Linen Bersih</li> <li>12. Ruang Alkes</li> <li>13. Ruang Linen Kotor</li> <li>14. Gudang</li> <li>15. Pantry Perawat</li> <li>16. Pantry Pasien</li> <li>17. Toilet</li> <li>18. Kamar Panel</li> <li>19. Tangga</li> <li>20. Lift</li> </ol>
9.	Jumlah Pelaksana	Perawat: 195 orang
10	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempunyai kompetensi baik pendidikan maupun keterampilan di bidang profesi masing masing.</li> <li>2. Dapat berkomunikasi dengan baik, ramah dan santun.</li> </ol>
11	Pengawasan Internal	Dilakukan 6 bulan sekali oleh atasan langsung.
12.	Jaminan Pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO), serta didukung oleh Petugas yang berkompeten dibidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasi yang diberikan dijamin keabsahannya dan dapat dipertanggungjawabkan.</li> <li>2. Pelayanan dilaksanakan diruangan kantor pemerintah dengan jaminan keamanan dan keselamatan sesuai standar sarana dan prasarana yang berlaku.</li> </ol>
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini senantiasa dilakukan untuk perbaikan, menjaga dan meningkatkan kinerja pelayanan dan kualitas pelayanan publik.



#### 4. STANDAR PELAYANAN INSTALASI GAWAT DARURAT

NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	PERSYARATAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien Membayar Pribadi/Umum Membawa karcis ke Poliklinik yang dituju</li> <li>2. Pasien BPJS/KIS Membawa SEP ke Poliklinik yang dituju</li> <li>3. Pasien Jamkesda Surat Jaminan Pelayanan, Kartu Jamkesda, Kartu Indentitas/KTP diserahkan kepada Poliklinik yang dituju</li> <li>4. Pasien Pihak Ketiga Jaminan Pihak Ketiga</li> <li>5. Program Keluarga Harapan Surat Jaminan Pelayanan, Kartu Peserta, Kartu Keluarga diserahkan kepada Poliklinik yang dituju</li> <li>6. Gelandang/Pengemis/Terlantar/Penghuni Panti Sosial/LAPAS. Surat Jaminan Pelayanan, Surat Rekomendasi dari Instansi Terkait diserahkan ke Poliklinik yang dituju</li> </ol>
2.	SISTEM, MEKANISME DAN PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tiba di gedung IGD langsung dibawa ke ruang pemeriksaan Triase untuk menentukan derajat kegawat daruratan</li> <li>2. Keluarga pasien mendaftarka pasien di loket pendaftaran</li> <li>3. Kemudian dilakukan pemeriksaan oleh Dokter Jaga IGD</li> <li>4. Jika keadaan pasien tidak gawat daruraty pasien boleh pulang/ berobat jalan/ Kontrol ke Poliklinik</li> <li>5. Jika pasien memerlukan penanganan lebih lanjut dilakukan pemeriksaan lengkap pasien dan selanjutnya dipersiapkan untuk dirawat inap sesuai dengan kondisi pasien.</li> </ol>
3.	JANGKA WAKTU	Pelayanan 24 jam setiap hari
4.	BIAYA/TARIF	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien Umum : Sesuai Pergub Nomor 2 Tahun 2019</li> <li>2. JKN/Jamkesda : Tidak dipungut biaya</li> <li>3. Asuransi lain : Sesuai MOU</li> </ol>
5.	PRODUK LAYANAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan Dokter</li> <li>2. Penunjang medis</li> </ol> <p>Pengobatan dan tindakan darurat</p>
6.	PENANGANAN PENGADUAN, SARAN DAN MASUKAN	<p>Instalasi Pengaduan Masyarakat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Telp : 08117690117, 081277870222</li> <li>2. SMS/WA Pengaduan: 08117690117, 081277870222</li> <li>3. Email : <a href="mailto:pengaduanrsudaa@gmail.com">pengaduanrsudaa@gmail.com</a></li> <li>4. Kotak saran</li> </ol>
7.	DASAR HUKUM	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang – Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran</li> <li>2. Undang – Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik</li> <li>3. Undang – Nomor 36 Tahun 2009 tentang</li> </ol>



		<p>Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Undang – Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit sebagaimana telah diubah dengan undang-undang Nomor 11 tahun 2020 tentang Cipta Kerja</li> <li>5. Undang – Undang No. 36 tentang Kesehatan</li> <li>6. Peraturan Pemerintah Nomor 96 tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang – Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik</li> <li>7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/Menkes/Per/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran</li> <li>8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan</li> <li>9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit</li> <li>10. Peraturan Menteri Kesehatan No. 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana, dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit.</li> <li>11. Peraturan Gubernur Riau No. 61 Tahun 2021 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintah Provinsi Riau</li> <li>12. Keputusan Gubernur Riau Nomor Kpts. 621/III/2022 Tanggal 11 Maret 2022 tentang Pemberhentian dan Pengangkatan Pejabat Pimpinan Tinggi Pratama di Lingkungan Pemerintah Provinsi Riau</li> <li>13. Standar Operasional Prosedur</li> </ol>
8.	SARANA DAN PRASARANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ruang Triase</li> <li>2. Ruang Trauma</li> <li>3. Ruang Non Trauma</li> <li>4. Ruang Resusitasi</li> <li>5. Ruang VK/ Kebidanan UGD</li> <li>6. Ruang IGD Pinere</li> <li>7. Ruang Pendaftaran</li> <li>8. Ruang Dekontaminasi</li> <li>9. Ruang PONEK</li> <li>10. Ruang Observasi</li> <li>11. Ruang Kasir</li> <li>12. Alat- alat kesehatan (Trolley Emergency dan Obat Live saving, Alat Resusitasi, Alat – alat bedah minor, Nebulizer, Suction, Monitor Hemodinamik, Ventilator Portable, Brankar)</li> <li>13. Nurse Station</li> <li>14. Ambulance</li> </ol>
9.	JUMLAH PELAKSANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokter Spesialis dan Sub Spesialis/ Konsultan (Dokter Konsulen ) : 168 orang</li> <li>2. Dokter umum : 15 orang</li> <li>3. Paramedis : 49 orang</li> <li>4. Pegawai : 12 orang</li> </ol>



		5. Adm : 3 orang
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokter Umum memiliki sertifikat ACLS dan ATLS</li> <li>2. Perawat memiliki sertifikat BTCLS, ACLS, ENIL</li> <li>3. Dapat berkomunikasi dengan baik, ramah dan santun.</li> </ol>
11.	PENGAWASAN INTERNAL	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dilakukan setiap bulan</li> <li>2. Pelaksana pengawasan dilaksanakan oleh atasan langsung, SPI dan Dewan Pengawas</li> </ol>
12.	JAMINAN PELAYANAN	Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO), sertadidukung oleh petugas yang berkompeten dibidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun
13.	JAMINAN KEAMANAN KESELAMATAN PELAYANAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. K3RS, Komite Mutu RS, Patient Safety, Ppi, Tenaga Security RS</li> <li>2. Informasi yang diberikan dijamin keabsahannya dan dapat dipertanggungjawabkan dalam bentuk Informed Consent.</li> </ol>
14.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eavaluasi penerapan standar pelayanan minimal</li> <li>2. Penilaian Indikator Kinerja Instalasi Gawat Darurat</li> <li>3. Penilaian SKP Pegawai Bulanandan Tahunan</li> </ol>

## 5. STANDAR PELAYANAN INSTALASI RAWAT JALAN

NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	PERSYARATAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien Membayar Pribadi/Umum</li> <li>2. Membawa karcis ke Poliklinik yang dituju</li> <li>3. Pasien BPJS/KIS</li> <li>4. Membawa SEP ke Poliklinik yang dituju</li> <li>5. Pasien Jamkesda</li> <li>6. Surat Jaminan Pelayanan, Kartu Jamkesda, kartu Identitas/KTP diserahkan kepada Poliklinik yang dituju</li> <li>7. Pasien Pihak Ketiga</li> <li>8. Jaminan Pihak Ketiga</li> <li>9. Program Keluarga Harapan</li> <li>10. Surat Jaminan Pelayanan, Kartu Peserta, Kartu Keluarga diserahkan kepada Poliklinik yang dituju</li> <li>11. Gelandang/Pengemis/Terlantar/Penghuni Panti Sosial/LAPAS</li> <li>12. Surat Jaminan Pelayanan, Surat Rekomendasi dari Instansi terkait diserahkan ke Poliklinik yang dituju</li> </ol>
2.	SISTEM, MEKANISME DAN PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien melapor ke petugas Poliklinik yang dituju</li> <li>2. Pasien menunggu panggilan untuk dilakukan pemeriksaan oleh perawat/bidan</li> <li>3. Pasien dipanggil oleh perawat/bidan untuk dilakukan pengkajian keperawatan</li> <li>4. Pemeriksaan oleh dokter spesialis/sub spesialis</li> <li>5. Hasil pemeriksaan dokter : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien diberi resep dan mengambil obat selanjutnya pulang</li> <li>b. Pasien rawat jalan lanjutan diberi resep dan surat kontrol, mengambil obat selanjutnya pulang</li> <li>c. Pasien konsul kebagian lain, bila ada indikasi</li> <li>d. Pasien rawat inap, diberikan surat pengantar rawat inap</li> <li>e. Pasien dikembalikan ke faskes pengirim dengan diberikan surat rujuk balik</li> <li>f. Pasien pemeriksaan penunjang / rencana tindakan diberi surat pengantar surat penunjang</li> </ol> </li> <li>6. Untuk rawat jalan lanjutan akan diberikan surat kontrol dengan syarat : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien BPJS/Jamkesda : Surat rujukan belum habis masa berlaku (90 hari sejak diterbitkan)</li> <li>b. Untuk pasien selesai rawat inap, diberi resume medik dari rawat inap pengganti surat kontrol</li> </ol> </li> </ol>
3.	JANGKA WAKTU	<p>Setiap hari kerja</p> <p>Hari senin s.d rabu : 08.00 – 16.00 wib</p> <p>Hari kamis s/d jumat : 08.00 – 16.30 wib</p>
4.	BIAYA/TARIF	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien umum : Sesuai Pergub Nomor 2 tahun 2019</li> </ol>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>2. JKN/Jamkesda : Tidak dipungut biaya</li> <li>3. Asuransi lain : sesuai MOU</li> </ul>
5.	PRODUK LAYANAN	Pelayanan Rawat Jalan
6.	PENANGANAN PENGADUAN, SARAN DAN MASUKAN	<p>Instalasi Pengaduan Masyarakat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Telp : 08117690117, 081277870222</li> <li>2. SMS/WA Pengaduan: 08117690117, 081277870222</li> <li>3. Email : <a href="mailto:pengaduanrsudaa@gmail.com">pengaduanrsudaa@gmail.com</a></li> <li>4. Kotak saran</li> </ul>
7.	DASAR HUKUM	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Undang – Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran</li> <li>2. Undang – Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik</li> <li>3. Undang – Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Undang – Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta kerja</li> <li>4. Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit sebagaimana telah diubah dengan undang-undang Nomor 11 tahun 2020 tentang Cipta Kerja</li> <li>5. Undang – Undang No. 36 tentang Kesehatan</li> <li>6. Peraturan Pemerintah Nomor 96 tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang – Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik</li> <li>7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitian</li> <li>8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/Menkes/Per/IX/2010 tentang standar Pelayanan Kedokteran</li> <li>9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit</li> <li>10. Panduan Praktik Klinis dan Standar Operasioal Prosedur Rawat Jalan</li> </ul>
8.	SARANA DAN PRASARANA	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Gedung Rawat jalan <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Lantai 1 (Ruang Tunggu Pasien, Poli Bedah Umum + Digestif, Cardiovaskuler, Bedah Urologi, Bedah Anak, Bedah Plastik, Bedah Orthopedic, Poli Penyakit Dalam, Poli Syaraf, Poli Bedah Syaraf, Poli Anestesi, Poli Gizi, Poli Paru, Poli Kebidanan, Poli Jantung, Poli UPK/VCT, Poli MDR)</li> <li>b. Lantai 2 (Poli THT, Poli Mata, Poli Kulit, Poli Bedah Mulut, Poli Gigi, Poli Anak, Poli Tumbuh Kembang Anak)</li> </ul> </li> <li>2. Ruang Tunggu Pasien</li> <li>3. Ruang Tunggu Administrasi</li> <li>4. Toilet Petugas</li> <li>5. Toilet Pasien</li> <li>6. Tangga</li> </ul>
9.	JUMLAH PELAKSANA	Perawat : 54 Orang

		Dokter Spesialis : 199 Orang
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempunyai kompetensi baik pendidikan maupun keterampilan di bidang profesi masing-masing</li> <li>2. Dapat berkomunikasi dengan baik, ramah dan santun</li> </ol>
11.	PENGAWASAN INTERNAL	Dilakukan 6 bulan sekali oleh atasan langsung
12.	JAMINAN PELAYANAN	Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO), sertadidukung oleh petugas yang berkompeten dibidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun
13.	JAMINAN KEAMANAN KESELAMATAN PELAYANAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasi yang diberikan dijamin keabsahannya dan dapat dipertanggungjawabkan</li> <li>2. Pelayanan dilaksanakan diruangan kantor pemerintah dengan jaminan Keamanan dan keselamatan satuan standar sarana dan prasarana yang berlaku</li> </ol>
14.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini senantiasa dilakukan untuk perbaikan, menjaga dan meningkatkan kinerja pelayanan dan kualitas pelayanan publik.



## 6. STANDAR PELAYANAN INSTALASI RAWAT INAP

NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	PERSYARATAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat pengantar orang sakit/permintaan rawat inap</li> <li>2. Surat eligibilitas peserta dan surat jaminan pelayanan rawat inap</li> <li>3. Surat rujukan</li> </ol>
2.	SISTEM, MEKANISME DAN PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menerima informasi dari IGD dan instalasi rawat jalan untuk rawat inap</li> <li>2. Petugas IGD atau Instalasi rawat jalan mengantar pasien keruang rawat inap</li> <li>3. Petugas rawat inap timbang terima pasien dan orientasi ruangan</li> <li>4. Asuhan medis dan keperawatan selama masa perawatan</li> <li>5. Perencanaan pulang pasien</li> <li>6. Penyelesaian administrasi di kasir</li> <li>7. Pasien pulang</li> </ol>
3.	JANGKA WAKTU	Waktu sampai di ruang rawat iap 1 jam
4.	BIAYA/TARIF	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien umum : Sesuai Pergub Nomor 2 tahun 2019</li> <li>2. JKN/Jamkesda : Tidak dipungut biaya</li> <li>3. Asuransi lain : sesuai MOU</li> </ol>
5.	PRODUK LAYANAN	Pelayanan Rawat Jalan
6.	PENANGANAN PENGADUAN, SARAN DAN MASUKAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instalasi Pengaduan Masyarakat</li> <li>2. Telp : 08117690117, 081277870222</li> <li>3. SMS/WA Pengaduan: 08117690117, 081277870222</li> <li>4. Email : <a href="mailto:pengaduanrsudaa@gmail.com">pengaduanrsudaa@gmail.com</a></li> <li>5. Kotak saran</li> </ol>
7.	DASAR HUKUM	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang – Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran</li> <li>2. Undang – Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik</li> <li>3. Undang – Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Undang – Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta kerja</li> <li>4. Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit sebagaimana telah diubah dengan undang-undang Nomor 11 tahun 2020 tentang Cipta Kerja</li> <li>5. Undang – Undang No. 36 tahun 2014 tentang Kesehatan</li> <li>6. Peraturan Pemerintah Nomor 96 tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang – Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik</li> <li>7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit</li> <li>8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/Menkes/Per/IX/2010 tentang standar Pelayanan Kedokteran</li> <li>9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah</li> </ol>



		<p>Sakit</p> <p>10. Panduan Praktik Klinis dan Standar Operasioal Prosedur Rawat Jalan</p>
8.	SARANA DAN PRASARANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sarana Gedung Instalasi Rawat Inap <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Instalasi Pelayanan Utama (Inyatama mempunyai kapasitas 94 tempat tidur)</li> <li>b. Instalasi Surgikal mempunyai kapasitas 135 tempat tidur</li> <li>c. Instalasi Medikal mempunyai kapasitas 118 tempat tidur</li> <li>d. Instalasi Fetomaternal mempunyai kapasitas 47 tempat tidur</li> <li>e. Instalasi Perawatan Neonatus (IPN) Mempunyai kapasitas 23 tempat tidur (NICU = 10, SCN = 13)</li> <li>f. Instalasi Pelayanan Intensif (IPI) terdiri dari <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ICU Kapasitas 14 tempat tidur</li> <li>2) HCU kapasitas 10 tempat tidur</li> <li>3) CVCU kapasitas 8 tempat tidur</li> <li>4) PICU Kapasitas 10 tempat tidur</li> </ol> </li> <li>g. Instalasi Perawatan Pinere (Isolasi dan</li> </ol> </li> <li>2. Tangga dan lift</li> <li>3. Perawatan pasien neonatus, anak, dewasa dan lansia</li> <li>4. Perawatan Kelas I, II, III, Isolasi, VIP dan intensif</li> <li>5. Brankar</li> <li>6. Meja</li> <li>7. Kursi</li> <li>8. Kursi Roda</li> <li>9. Pesawat telepon</li> <li>10. Jalur evakuasi</li> </ol>
9.	JUMLAH PELAKSANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokter Spesialis : 89 Orang</li> <li>2. Dokter Sub Spesialis : 78 Orang</li> <li>3. Dokter umum : 59 Orang</li> <li>4. Perawat : 574 Orang</li> </ol>
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempunyai kompetensi baik pendidikan maupun keterampilan di bidang profesi masing-masing</li> <li>2. Dapat berkomunikasi dengan baik, ramah dan santun</li> </ol>
11.	PENGAWASAN INTERNAL	Dilakukan 6 bulan sekali oleh atasan langsung
12.	JAMINAN PELAYANAN	Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO), serta didukung oleh petugas yang berkompeten dibidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun
13.	JAMINAN KEAMANAN KESELAMATAN PELAYANAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasi yang diberikan dijamin keabsahannya dan dapat dipertanggungjawabkan</li> <li>2. Pelayanan dilaksanakan diruangan kantor pemerintah dengan jaminan Keamanan dan keselamatan satuan standar sarana dan</li> </ol>



		prasarana yang berlaku
14.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini senantiasa dilakukan untuk perbaikan, menjaga dan meningkatkan kinerja pelayanan dan kualitas pelayanan publik.

## 7. STANDAR PELAYANAN HEMODIALISA

NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	PERSYARATAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kartu Identitas / KTP</li> <li>2. Kartu BPJS / KIS</li> <li>3. Kartu Jamkesda</li> <li>4. Surat Rujukan / Kontrol</li> <li>5. Surat Pengantar Hemodialisa</li> </ol>
2.	SISTEM, MEKANISME DAN PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien Rawat Jalan BPJS-KIS/Jamkesda               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mencetak Surat Eligibilitas Peserta/Surat Jaminan Pelayanan</li> <li>b. Membawa Surat Eligibilitas Peserta/Surat Jaminan Pelayanan ke Unit Hemodialisa</li> <li>c. Skrining pemeriksaan bagi pasien baru dan akan di ulang setiap 6 bulan</li> <li>d. Pasien di terima dan dilakukan asesmen Hemodialisa</li> <li>e. Tindakan hemodialisis dilakukan sesuai instruksi Dokter</li> <li>f. Setelah selesai tindakan hemodialisa, pasien di observasi dan di persilahkan pulang.</li> <li>g. Khusus BPJS: melakukan pendaftaran dengan <i>Finger Print</i></li> </ol> </li> <li>2. Pasien Rawat Jalan Pasien Umum               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Melakukan pendaftaran</li> <li>b. Melapor ke petugas Hemodialisa untuk penginputan data pasien</li> <li>c. Membayar di kasir</li> </ol> </li> <li>3. Pasien Rawat Inap               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien yang telah terjadwal dari Rawat Inap yang sudah di-skrining di antar ke Unit Hemodialisa untuk dilakukan pemeriksaan (Asesmen) sebelum dilakukan tindakan Hemodialisa</li> <li>b. Tindakan Hemodialisa dilakukan sesuai instruksi Dokter</li> <li>c. Setelah tindakan hemodialisa selesai pasien di kembalikan ke Rawat Inap.</li> </ol> </li> </ol>
3.	JANGKA WAKTU	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendaftaran ± 5 menit</li> <li>2. Lama proses tindakan hemodialisa reguler 4 - 5 jam</li> <li>3. Lama proses tindakan hemodialisa SLEED 6 - 10 jam</li> </ol>
4.	BIAYA/TARIF	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien umum : Sesuai Pergub Nomor 2 tahun 2019</li> <li>2. JKN/Jamkesda : Tidak dipungut biaya</li> <li>3. Asuransi lain : sesuai MOU</li> </ol>
5.	PRODUK LAYANAN	Pelayanan tindakan hemodialisa
6.	PENANGANAN PENGADUAN, SARAN	Instalasi Pengaduan Masyarakat <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Telp : 08117690117, 081277870222</li> </ol>



	DAN MASUKAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. SMS/WA Pengaduan: 08117690117, 081277870222</li> <li>3. Email : <a href="mailto:pengaduanrsudaa@gmail.com">pengaduanrsudaa@gmail.com</a></li> <li>4. Kotak saran</li> </ol>
7.	DASAR HUKUM	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang – Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran</li> <li>2. Undang – Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik</li> <li>3. Undang – Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Undang – Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta kerja</li> <li>4. Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit sebagaimana telah diubah dengan undang-undang Nomor 11 tahun 2020 tentang Cipta Kerja</li> <li>5. Undang – Undang No. 36 tahun 2014 tentang Kesehatan</li> <li>6. Peraturan Pemerintah Nomor 96 tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang – Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik</li> <li>7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/Menkes/Per/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran</li> <li>8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit</li> <li>9. Peraturan Gubernur Riau No. 61 Tahun 2021 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintah Provinsi Riau</li> <li>10. Keputusan Gubernur Riau Nomor Kpts. 621/III/2022 Tanggal 11 Maret 2022 tentang Pemberhentian dan Pengangkatan Pejabat Pimpinan Tinggi Pratama di Lingkungan Pemerintah Provinsi Riau</li> </ol>
8.	SARANA DAN PRASARANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bangunan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ruang Administrasi</li> <li>b. Ruang Sholat, Ruang ganti laki – laki dan perempuan</li> <li>c. Ruang tindakan</li> <li>d. Ruang VIP</li> <li>e. Ruang dialisis</li> <li>f. Ruang konsultasi</li> <li>g. Ruang kepala ruangan</li> <li>h. Ruang penyimpanan alkes</li> <li>i. Pantry</li> <li>j. Gudang BHP</li> <li>k. Ruang RO</li> <li>l. Toilet pasien 2 dan toilet petugas 2</li> <li>m. Ruang spool hock</li> </ol> </li> <li>2. Peralatan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Terdiri 22 mesin Hemodialisa dengan rincian <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 HbSAg Reaktif</li> <li>- 2 Isolasi</li> <li>- 1 VIP</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 ICU</li> <li>- 1 Isolasi Covid (Pinere)</li> <li>- 13 Ruang Besar</li> <li>- 2 Back Up</li> </ul> <p>b. Trolley dan Obat emergency c. USG d. EKG e. Monitor f. DC Shock</p>
9.	JUMLAH PELAKSANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokter Spesialis : 2 Orang</li> <li>2. Dokter umum : 1 Orang</li> <li>3. Perawat : 17 Orang</li> <li>4. Petugas Administrasi : 1 Orang</li> <li>5. Pegawai : 1 Orang</li> </ol>
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempunyai kompetensi baik pendidikan maupun keterampilan di bidang profesi masing-masing</li> <li>2. Dapat berkomunikasi dengan baik, ramah dan santun</li> </ol>
11.	PENGAWASAN INTERNAL	Dilakukan 6 bulan sekali oleh atasan langsung
12.	JAMINAN PELAYANAN	Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO), serta didukung oleh petugas yang berkompeten dibidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun
13.	JAMINAN KEAMANAN KESELAMATAN PELAYANAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasi yang diberikan dijamin keabsahannya dan dapat dipertanggungjawabkan</li> <li>2. Pelayanan dilaksanakan diruangan kantor pemerintah dengan jaminan Keamanan dan keselamatan satuan standar sarana dan prasarana yang berlaku</li> </ol>
14.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini senantiasa dilakukan untuk perbaikan, menjaga dan meningkatkan kinerja pelayanan dan kualitas pelayanan publik.



## 8. STANDAR PELAYANAN PERAWATAN INTENSIF

NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	PERSYARATAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sep (Bagi Pasien BPJS)</li> <li>2. Forum Rekam Medis</li> </ol>
2.	SISTEM, MEKANISME DAN PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien datang sendiri, tau dengan rujukan masuk melalui IGD</li> <li>2. Untuk pasien dengan indikasi rawat inap maka keluarga diarahkan untuk mengurus admisi (Rekam Medik)</li> <li>3. Selanjutnya pasien masuk keruang rawat inap sesuai kriteria dan kondisi pasien (Ruang rawat inap, ICU, HCU dan PICU) Adapun kriteria pasien yang masuk keruang intensif :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Intensive Care Unit (ICU)                   <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien Prioritas 1 : pasien sangat kritis, tidak stabil yang memerlukan perawatan intensif, dengan bantuan alat-alat ventilasi, monitoring dan obat-obatan vasoaktif kontinyu dan lain lain</li> <li>2) Pasien Prioritas 2 : memerlukan pelayanan pemantauan canggih dari ruang intensif, potensial segera memerlukan pemantauan dan terapi intensif</li> <li>3) Pasien dengan sakit kritis, dan tidak stabil dimana status kesehatan sebelumnya, penyakit yang mendasari atau penyakit akutnya, baik masing-masing atau kombinasinya, sangat mengurangi kemungkinan kesembuhan dan/atau, mendapat manfaat dari terapi di ICU. Pasien ini mungkin mendapat terapi intensif untuk mengatasi penyakit akut, tetapi usaha terapi mungkin tidak sampai melakukan intubasi dan resusitasi kardiopulmoner.</li> </ol> </li> <li>b. PICU (Pediatric Intensive Care Unit)                   <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien dengan gagal ginjal organ tunggal dan multi organ yang mempunyai risiko tinggi untuk terjadi komplikasi dan perburukan</li> <li>2) Sistem kardiovaskuler : ancaman aritmia jantung, PJB dengan decompensasi cordis, potensi gagal nafas atau spell, syok sepsis, hipovolemik, neurologik, anafilaksis, kardiogenik.</li> <li>3) Pasien IGD rawat inap ruang intensif sesuai kriteria</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>

		<p>4) Sistem pernafasan : bronkopneumonia berat, croup disease, post bronkoskopi corpus alenium, post trakeostomi, abses laring, bronkiolitis, asma serangan berat, status asmatikus, ancaman gagal nafas dan gagal nafas, efusi pleura masif, memerlukan oksigenisasi intensif dan agresif.</p> <p>5) Sistem saraf : penurunan kesadaran yang disebabkan oleh infeksi saraf pusat meningitis dan encephalitis, enselopathi yang disebabkan gangguan metabolik dan gangguan elektrolit, cedera kepala, peningkatan TIK yang disebabkan infeksi SSP, SOL, perdarahan intrakranial, ancaman herniasi, status konfulsif dan status epileptikus.</p> <p>6) Sistem saluran cerna : perdarahan saluran cerna atas dan bawah yang masif, coma hepaticum, short bowel syndrome, NEC.</p> <p>7) Sistem endokrin : DKA, CAH dengan gangguan elektrolit.</p> <p>8) Hematologi : Hiperleukositosis, tumor lisis syndrome, keganasan dengan perdarahan</p> <p>9) Pasien yang memerlukan perawatan preoperatif dan postoperatif yang memerlukan resusitasi cairan dan elektrolit.</p> <p>10) Sistem ginjal dan saluran kemih : gagal ginjal dengan encelopati uremia, GNAPS dengan Krisis hipertensi</p> <p>11) Alergi dan imunologi : SLE dengan encelopalopati, HSP dengan perdarahan saluran cerna.</p> <p>12) Intoksikasi jengkol, makanan.</p> <p>13) Intoksikasi obat.</p> <p>14) Near drowning.</p> <p>15) Infeksi : DSS, Sepsis berat, syok septik</p> <p>16) Gizi buruk dengan ranatan dan syok, gangguan pernafasan (penyakit penyerta atau komplikasi)</p> <p>17) Pasien yang memerlukan nutrisi parental total atau parsial.</p> <p>c. NICU (Neonatal Intensive Care Unit) Bayi – bayi yang memerlukan terapi intensif :</p> <p>1) Prioritas 1 : didahulukan rawat NICU, dibandingkan yang memerlukan pantuan intensif</p>
--	--	--



2) Prioritas 2 : bayi sakit kritis atau terminal dengan prognosis yang jelek untuk sembuh

3) Prioritas 3 : penilaian objektif atas beratnya penyakit dan prognosis digunakan untuk menentukan prioritas pasien masuk NICU

Dokter NICU berwenang menentukan masuk atau tidaknya pasien untuk kasus – kasus atau perkecualian yang kurang atau tidak memenuhi kriteria seperti :

1) Brain death, kecuali dipersiapkan untuk donor organ

2) Untuk perawatan yang nyaman tapi pasien menolak life support

3) Vegetatif permanen

Pasien yang dirawat di ruang intensif akan dirawat oleh DPJP sesuai kebutuhan pelayanan pasien

1) Bila pasien yang dirawat di ruang intensif mengalami kondisi perbaikan/stabil pasien dapat dipindahkan ke ruang perawatan HCU atau ruang biasa dengan persetujuan DPJP. Bila pasien sudah sembuh, pasien dapat dipulangkan oleh DPJP.

2) Bila pasien meninggal, pasien dapat dibawa ke kamar mayat 30 menit setelah meninggalnya pasien

d. ICCU (Intensive Coronary Care Unit) :

1) Pasien dikirim dari IGD oleh dokter jaga yang sudah dikonsultasikan ke dokter spesialis kardiologi

2) Pasien dikirim dari poli rawat jalan kardiologi oleh dokter spesialis kardiologi dengan indikasi rawat inap ICCU

3) Pindahan dari ruang perawatan selain ruang ICCU yang mempunyai indikasi perawatan di ICCU berdasarkan jawaban konsultasi dan dokter spesialis kardiologi

4) Rujukan dari rumah sakit lain melalui IGD setelah dikonsultasikan ke dokter spesialis kardiologi

5) Memenuhi kriteria indikasi dan bersedia dirawat di ICCU

6) Indikasi pasien masuk CVCU

a) Sindroma Koroner Akut (SKA) tanpa atau dengan komplikasi dan mungkin disertai dengan penyakit lain

b) Syok Kardiogenik

c) Kegawatan irama jantung (Aritmia yang gawat yang mengancam jiwa)

- d) Gagal jantung dan oedema paru akut
- e) Kegawatan hipertensi disertai kegawatan kardiovaskuler
- f) Kegawatan penyakit jantung koongenital
- g) Kegawatan vaskuler
- h) Kegawatan kardiovaskuler yang lain (endokarditis, miokarditis, temponade jantung, trauma jantung)
- i) Penyakit jantung lain yang memerlukan pemantauan hemodinamik untuk evaluasi terapi

e. HCU (High Care Unit)

- 1) Tingkat Kesadaran
- 2) Fungsi pernafasan dan sirkulasi dengan interval waktu minimal 4 (empat) jam atau disesuaikan dengan keadaan pasien
- 3) Oksigenisasi dengan menggunakan oksimeter secara terus menerus
- 4) Keseimbangan cairan dengan interval waktu minimal 8 (delapan) jam atau disesuaikan dengan keadaan pasien
- 5) Sedangkan tindakan medik dan asuhan keperawatan yang dilakukan adalah : Bantuan Hidup Dasar / Basic Life Support (BHD/BLS) dan Bantuan Hidup Lanjut / Advanced Life Support (ALS):
  - a) Jalan nafas (airway) : membebaskan jalan nafas, bila perlu menggunakan nasopharingeal, dokter HCU juga harus mampu melakukan intubasi endotrakea bila di indikasikan dan segera memindahkan /merujuk pasien ke ICU
  - b) Pernafasan / ventilasi (breathing) : mampu melakukan bantuan nafas (breathing support) dengan bag – mask- valve.
  - c) Sirkulasi (Circulation) : resusitasi cairan tindakan defibrilasi, tindakan kompresi jantung luar
  - d) Terapi oksigen : memberikan oksigen sesuai kebutuhan pasien dengan berbagai alat pengalir oksigen, seperti : kanul nasal, sungkup muka sederhana, sungkup muka dengan reservoir, sungkup muka dengan katup dan sebagainya
- 6) Penggunaan obat – obatan untuk pemeliharaan / stabilisasi (obat inotropik, obat anti nyeri, obat aritmia jantung, obat – obatan yang bersifat vasoaktif, dan lain-lain)
- 7) Nutrisi internal atau nutrisi parenteral



		<p>campuran</p> <p>8) Fisioterapi sesuai dengan keadaan pasien</p> <p>9) Evaluasi seluruh tindakan dan pengobatan yang telah diberikan</p> <p>10) Bila diperlukan dapat dirujuk keatas fasilitas kesehatan yang lebih tinggi</p>
3.	JANGKA WAKTU	<p>1. &gt; 6 jam</p> <p>2. Sesuai dengan diagnosa dan kondisi pasien</p>
4.	BIAYA/TARIF	<p>1. Pasien umum : Sesuai Pergub Nomor 2 tahun 2019</p> <p>2. JKN/Jamkesda : Tidak dipungut biaya</p> <p>3. Asuransi lain : sesuai MOU</p>
5.	PRODUK LAYANAN	<p>1. ICU (Intensive Care Unit)</p> <p>2. CVCU (Cardio Vaskuler Care Unit)</p> <p>3. PICU/NICU (Pediatric Intensive Care Unit/Neonatal Intensive Care Unit)</p> <p>4. HCU (High Care Unit)</p>
6.	PENANGANAN PENGADUAN, SARAN DAN MASUKAN	<p>Instalasi Pengaduan Masyarakat</p> <p>1. Telp : 08117690117, 081277870222</p> <p>2. SMS/WA Pengaduan: 08117690117, 081277870222</p> <p>3. Email : <a href="mailto:pengaduanrsudaa@gmail.com">pengaduanrsudaa@gmail.com</a></p> <p>4. Kotak saran</p>

7.	DASAR HUKUM	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang – Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran</li> <li>2. Undang – Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik</li> <li>3. Undang – Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Undang – Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta kerja</li> <li>4. Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit sebagaimana telah diubah dengan undang-undang Nomor 11 tahun 2020 tentang Cipta Kerja</li> <li>5. Undang – Undang No. 36 tahun 2014 tentang Kesehatan</li> <li>6. Peraturan Pemerintah Nomor 96 tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang – Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik</li> <li>7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/Menkes/Per/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran</li> <li>8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit</li> <li>9. Peraturan Gubernur Riau No. 61 Tahun 2021 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintah Provinsi Riau</li> <li>10. Keputusan Gubernur Riau Nomor Kpts. 621/III/2022 Tanggal 11 Maret 2022 tentang Pemberhentian dan Pengangkatan Pejabat Pimpinan Tinggi Pratama di Lingkungan Pemerintah Provinsi Riau</li> </ol>
8.	SARANA DAN PRASARANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gedung Rawat Inap</li> <li>2. Ruang Pasien</li> <li>3. Ruang Jaga Perawat (Nurse Station)</li> <li>4. Ruang Kepala Ruang</li> <li>5. Ruang Dokter</li> <li>6. Ruang Diskusi</li> <li>7. Ruang Administrasi</li> <li>8. Ruang Ganti</li> <li>9. Ruang Obat</li> <li>10. Ruang Linen Bersih</li> <li>11. Ruang Alkes</li> <li>12. Ruang Linen Kotor</li> <li>13. Gudang</li> <li>14. Pantry Perawat</li> <li>15. Pantry Pasien</li> <li>16. Toilet</li> <li>17. Kamar Panel</li> <li>18. Tangga</li> <li>19. Lift</li> </ol>
9.	JUMLAH PELAKSANA	1. Perawat : 57 Orang
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempunyai kompetensi baik pendidikan maupun keterampilan di bidang profesi masing-masing</li> <li>2. Dapat berkomunikasi dengan baik, ramah dan</li> </ol>



		<p>santun</p> <p>3. Perawat mempunyai pelatihan keperawatan kritis (ICU dasar, ECG, Pelatihan jantung, BTCLS dan ACLS)</p>
11.	PENGAWASAN INTERNAL	Dilakukan 6 bulan sekali oleh atasan langsung
12.	JAMINAN PELAYANAN	Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO), serta didukung oleh petugas yang berkompeten dibidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun
13.	JAMINAN KEAMANAN KESELAMATAN PELAYANAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasi yang diberikan dijamin keabsahannya dan dapat dipertanggungjawabkan</li> <li>2. Pelayanan dilaksanakan diruangan kantor pemerintah dengan jaminan Keamanan dan keselamatan satuan standar sarana dan prasarana yang berlaku</li> </ol>
14.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini senantiasa dilakukan untuk perbaikan, menjaga dan meningkatkan kinerja pelayanan dan kualitas pelayanan publik.

## 9. STANDAR PELAYANAN INSTALASI PEMULASARAN JENAZAH

NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	PERSYARATAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk Forensik : Surat Permintaan Visum dari Penyidik.</li> <li>2. Untuk Penitipan/Pengawetan/Penyelenggaraan Jenazah : Surat Keterangan Kematian</li> </ol>
2.	SISTEM, MEKANISME DAN PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyidik mengantar jenazah disertai Surat Permintaan Visum.</li> <li>2. Pengantar jenazah atau Penyidik mengisi Surat penitipan jenazah.</li> <li>3. Dokter akan melakukan visum ,sesuai permintaan penyidik.</li> <li>4. Jenazah boleh dibawa pulang oleh keluarga sesuai SPO Instalasi Pemulasaran Jenazah.</li> <li>5. Bila belum ada keluarga ,maka dapat disimpan sementara di kulkas jenazah.</li> <li>6. Bila keluarga atau Penanggung jawab jenazah minta tolong dilakukan Pengawetan atau Penyelenggaraan jenazah , maka dilaksanakan sesuai SPO dan keyakinan agama masing masing.</li> </ol>
3.	JANGKA WAKTU	Pelayanan 24 jam
4.	BIAYA/TARIF	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sesuai Peraturan Gubernur Riau No.02 tahun 2019.</li> <li>2. Untuk bahan bahan kelengkapan jenazah seperti ; <ol style="list-style-type: none"> <li>a. kain kafan ,</li> <li>b. baju ,</li> <li>c. jas ,</li> <li>d. bahan pengawet ,</li> <li>e. peti jenazah</li> <li>f. dan lain lain,</li> </ol> menjadi tanggung jawab pihak keluarga menyediakannya. </li> <li>3. Tidak berlaku BPJS-KIS atau JAMKESDA.</li> </ol>
5.	PRODUK LAYANAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pelayanan Forensik (Visum Jenazah)</li> <li>2. Penitipan jenazah</li> <li>3. Pengawetan jenazah</li> <li>4. Penyelenggaraan jenazah</li> </ol>
6.	PENANGANAN PENGADUAN, SARAN DAN MASUKAN	<p>Instalasi Pengaduan Masyarakat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Telp : 08117690117, 081277870222</li> <li>2. SMS/WA Pengaduan: 08117690117, 081277870222</li> <li>3. Email : <a href="mailto:pengaduanrsudaa@gmail.com">pengaduanrsudaa@gmail.com</a></li> <li>4. Kotak saran</li> </ol>
7.	DASAR HUKUM	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang- Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran</li> </ol>



		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik</li> <li>3. Undang -undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Undang-undang Nomor 11 tahun 2020 tentang Cipta Kerja</li> <li>4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit sebagaimana telah diubah dengan Undang-undang Nomor 11 tahun 2020 tentang Cipta Kerja</li> <li>5. Undang-Undang No 36 Tahun 2014 tentang Kesehatan</li> <li>6. Peraturan Pemerintah nomor 96 tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik</li> <li>7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/menkes/Per/IX/2010 tentang standar Pelayanan Kedokteran</li> <li>8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit</li> <li>9. Peraturan Gubernur Riau No. 61 Tahun 2021 Tentang Kedudukan, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintah Provinsi Riau.</li> <li>10. Keputusan Gubernur Riau Nomor Kpts. 621/III/2022 Tanggal 11 Maret 2022 Tentang Pemberhentian Dan Pengangkatan Pejabat Pimpinan Tinggi Pratama Di Lingkungan Pemerintah Provinsi Riau;</li> </ol>
8.	SARANA DAN PRASANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ruang Pelayanan</li> <li>2. TV</li> <li>3. Ruang dan alat bermain</li> <li>4. Website</li> </ol>
9.,	JUMLAH PELAKSANA	Petugas : 4 orang
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempunyai kompetensi baik pendidikan maupun keterampilan di bidang profesi masing-masing.</li> <li>2. Dapat berkomunikasi dengan baik, ramah dan santun.</li> </ol>
11.	PENGAWASAN INTERNAL	Dilakukan 6 bulang sekali oleh atasan langsung
12.	JAMINAN PELAYANAN	Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO), serta didukung oleh Petugas yang berkompeten dibidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun.
13.	JAMINAN KEAMANAN KESELAMATAN PELAYANAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasi yang diberikan dijamin keabsahannya dan dapat dipertanggungjawabkan.</li> <li>2. Pelayanan dilaksanakan diruangan kantor pemerintah dengan jaminan keamanan dan keselamatan satuan standar sarana dan prasarana yang Berlaku.</li> </ol>
14.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini senantiasa dilakukan untuk perbaikan, menjaga dan meningkatkan kinerja pelayanan dan kualitas pelayanan publik.



## 10 STANDAR PELAYANAN FARMASI

NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	PERSYARATAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resep</li> <li>2. Karcis</li> <li>3. Hasil Pemeriksaan Penunjang</li> <li>4. Protokol Kemoterapi</li> </ol>
2.	SISTEM, MEKANISME DAN PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengantarkan resep ke Loker Penerimaan Depo Farmasi Rawat Jalan.</li> <li>b. Petugas Farmasi menerima resep dan memeriksa kelengkapan administrasi.</li> <li>c. Petugas Farmasi memberikan nomor karcis ke pasien, resep juga diberi nomor karcis,</li> <li>d. Resep diteruskan ke Bagian Verifikasi Resep.</li> <li>e. Petugas Verifikasi menelaah resep dan memeriksa riwayat pengobatan sebelumnya.</li> <li>f. Petugas Verifikasi meneruskan resep ke Petugas Pengambilan/Peracikan Obat.</li> <li>g. Petugas Pengambilan/Peracikan Obat menyiapkan obat sesuai hasil verifikasi resep.</li> <li>h. Petugas Pengambilan/Peracikan Obat meneruskan obat ke Petugas Pembuat Etiket.</li> <li>i. Petugas Pembuat Etiket menulis etiket dan mengemas obat sesuai instruksi dalam resep.</li> <li>j. Petugas Pembuat Etiket meneruskan obat yang telah dikemas ke Petugas Penyerahan Obat.</li> <li>k. Petugas Penyerahan Obat memeriksa kembali obat yang sudah dikemas &amp; memanggil pasien.</li> <li>l. Pasien menunjukkan nomor karcis, petugas farmasi memeriksa kesesuaian nomor karcis pasien dengan nomor karcis yang tertempel di resep.</li> <li>m. Petugas Farmasi menyerahkan obat kepada pasien disertai pemberian informasi terkait obat</li> </ol>
3.	JANGKA WAKTU	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Senin s.d Rabu : 08.00-16.00 WIB</li> <li>2. Kamis s.d Jum'at : 08.00-16.30 WIB</li> </ol>
4.	BIAYA/TARIF	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien Umum : sesuai Pergub Nomor 02 Tahun 2019</li> <li>2. Pasien BPJS/Jamkesmas : Tidak dipungut biaya</li> <li>3. Asuransi lain : sesuai MoU</li> </ol>
5.	PRODUK LAYANAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian obat pasien rawat jalan (kronis dan non-kronis)</li> <li>2. Pemberian obat pasien CAPD, obat program (TB, ARV, Hepatitis)</li> <li>3. Pemberian obat pasien onkologi rawat jalan</li> </ol>



6.	PENANGANAN PENGADUAN, SARAN DAN MASUKAN	<p>Instalasi Pengaduan Masyarakat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Telp : 08117690117, 081277870222</li> <li>2. SMS /WAPengaduan: 08117690117, 081277870222</li> <li>3. Email : <a href="mailto:pengaduansudaa@gmail.com">pengaduansudaa@gmail.com</a></li> </ol> <p>Kotak saran</p>
7.	DASAR HUKUM	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Pemerintah No. 51 Tahun 2009 Tentang Pekerjaan Kefarmasian.</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.HK.02.02/068 Tahun 2010 tentang Kewajiban Menggunakan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah.</li> <li>3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 3 Tahun 2015 tentang Peredaran, Penyimpanan, Pemusnahan, dan Pelaporan Narkotika, Psikotropika, dan Prekursor Farmasi.</li> <li>4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit.</li> <li>5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.</li> <li>6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.01.07/MENKES/6482/2021 tentang Formularium Nasional.</li> <li>7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.01.07/MENKES/1970/2022 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.</li> <li>8. HK.01.07/MENKES/6482/2021 tentang Formularium Nasional.</li> <li>9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.</li> <li>10. Keputusan Direktur RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau Nomor Kpts.111/I/2019 tentang Kebijakan Pelayanan Farmasi RSUD Arifin Achmad.</li> <li>11. Keputusan Direktur RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau Nomor: Kpts.188/RSUDFASMED/769 tentang Formularium RSUD Arifin Achmad Tahun 2022.</li> </ol>
8.	SARANA DAN PRASARANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Depo Farmasi Rawat Jalan berlokasi di Lantai G Gedung Utama RSUD Arifin Achmad, disamping Masjid Al-Mustasyifa.</li> <li>2. Depo Farmasi Rawat Jalan memiliki sarana-prasarana berupa ruangan yang terdiri daritempat penyimpanan obat, tempat penyiapan obat, tempat komputer verifikasi, loketpenerimaan dan penyerahan obat, rak</li> </ol>

		yang dimiliki adalah ruang tunggu yang cukup besar dan layar monitor yang menampilkan nomor antrian dan proses penyiapan obat.
9.	JUMLAH PELAKSANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoteker Penanggung Jawab Depo Farmasi Rawat Jalan = 1 orang</li> <li>2. Apoteker Pelaksana Pelayanan Rawat Jalan = 5 orang</li> <li>3. Tenaga Teknis Kefarmasian = 9 orang</li> <li>4. Asisten Tenaga Kefarmasian = 1 orang</li> <li>5. Tenaga Pekarya = 1 orang</li> </ol>
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sertifikat Kompetensi bagi Tenaga Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian.</li> <li>2. Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat izin Praktik (SIP) bagi Tenaga Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian.</li> </ol>
11.	PENGAWASAN INTERNAL	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Komite Mutu RS</li> <li>2. Sub Komite Keselamatan Pasien RS</li> <li>3. Komite Farmasi dan Terapi</li> <li>4. Bidang Fasilitas Pelayanan Medik</li> <li>5. Supervisi reguler oleh atasan</li> <li>6. SPI</li> </ol>
12.	JAMINAN PELAYANAN	Resep dapat dilayani bila memenuhi persyaratan administratif dan ketentuan dalam Formularium Nasional, Tarif INA CBGs dan Non INA-CBGs.
13.	JAMINAN KEAMANAN KESELAMATAN PELAYANAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mutu RS</li> <li>2. Patient Safety</li> <li>3. K3RS</li> <li>4. PPI</li> <li>5. Sekuriti RS.</li> </ol>
14.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penilaian Indikator Mutu Pelayanan (Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan , NonRacikan, dan Ketepatan Penyimpanan Obat High Alert.</li> <li>2. Pelaporan Kejadian Medication Error.</li> <li>3. Pelaporan Kinerja Instalasi Farmasi.</li> <li>4. Penilaian DP3/SKP untuk kinerja pegawai.</li> </ol>



## 11 STANDAR PELAYANAN INSTALASI PATOLOGI KLINIK

NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	PERSYARATAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien Umum               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Formulir Permintaan PK yang diisi lengkap</li> <li>b. Spesimen (darah, urin, feses, sputum, dan cairan tubuh) yang mempunyai identitas jelas.</li> <li>c. Hasil penunjang lain yaitu hasil patologi klinik sebelumnya.</li> </ol> </li> <li>2. Pasien BPJS               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulir Permintaan PK yang diisi lengkap.</li> <li>2. Resume Medik</li> <li>3. SEP</li> <li>4. Spesimen (darah, urin, feses, sputum dan cairan tubuh ) Hasil penunjang lain antara lain hasil patologi klinik sebelumnya.</li> </ol> </li> <li>3. Pasien Asuransi/Jaminan dari RS lain               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulir Permintaan PK yang diisi lengkap.</li> <li>2. Surat jaminan biaya pemeriksaan.</li> <li>3. Spesimen (darah, urin, feses, sputum, dan cairan tubuh ) yang mempunyai identitas jelas.</li> <li>4. Hasil penunjang lain antara lain hasil patologi klinik sebelumnya.</li> </ol> </li> </ol>
2.	SISTEM, MEKANISME DAN PROSEDUR	<p>Laboratorium Patologi Klinik terdiri dari :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laboratorium Sentral</li> <li>- Laboratorium 24 Jam</li> <li>- Bank Darah Rumah sakit (BDRS)</li> <li>- Laboratorium Biomolekuler</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Prosedur Pemeriksaan Laboratorium Rawat Jalan</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Dokter di poli klinik memilih pemeriksaan laboratorium kemudian membuat surat permintaan pemeriksaan laboratorium dan memberikannya kepada pasien.</li> <li>b. Pasien membawa surat permintaan pemeriksaan laboratorium dan menyerahkan kepada petugas administrasi</li> <li>c. Petugas administrasi menginput data pasien kedalam EMR dan menginput data pemeriksaan kedalam daftar pasien di komputer.</li> <li>d. Pasien Umum :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Petugas administrasi membuat nota tagihan( billing ) dan menyerahkannya kepada pasien kemudian pasien membayar biaya pemeriksaan, petugas kasir memberikan tanda lunas, kemudian pasien kembali untuk pengambilan sampel darah sesuai antrian.</li> <li>- Pasien BPJS menunjukkan lampiran SEP, blanko permintaan pemeriksaan, kemudian menunggu antrian pengambilan sampel darah.</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>

- e. Petugas sampling memanggil pasien untuk diambil spesimen di ruang sampling.
- f. Petugas sampling melakukan pengambilan sampel, memberi label, sample kemudian dikirim ke ruang pemeriksaan

## **2. Prosedur Pemeriksaan Laboratorium Pasien IGD / Rawat Inap**

- a. Dokter jaga ruang rawat inap dan IGD membuat permintaan pemeriksaan laboratorium Di lembar permintaan pemeriksaan laboratorium
- b. Perawat ruang rawat inap dan IGD mengambil sampel/spesimen, mencatat jam pengambilan pada lembar permintaan pemeriksaan lab, memberi label pada sample.
- c. Petugas ruang rawat inap dan IGD mengirim sampel ke laboratorium Patologi Klinik.
- d. Petugas administrasi menginput data pasien kedalam EMR dan menginput data pemeriksaan kedalam daftar pasien di komputer.
- e. Analis melakukan preparasi sampel, melakukan pemeriksaan spesimen, menganalisis hasil dan mengkonsultasikan ke Dokter jaga patologi klinik, hasil didokumentasikan di EMR .

## **3. Prosedur Pengambilan specimen**

### **1. Pengambilan Spesimen Rawat Jalan**

- a. Pengambilan spesimen dilakukan di ruang sampling laboratorium untuk pasien rawat jalan.
- b. Petugas administrasi memberikan formulir pemeriksaan kepada petugas sampling
- c. Petugas sampling memanggil pasien untuk diambil spesimen di ruang sampling.
- d. Pengambilan specimen dilakukan pada pasien dengan permintaan pemeriksaan yang ada di formulir pemeriksaan Patologi klinik.
- e. Petugas sampling melakukan pengambilan sampel, memberi label, sample kemudian dikirim ke ruang pemeriksaan.

### **2. Pengambilan Spesimen Rawat Inap dan IGD**

Pengambilan spesimen pasien rawat inap dan IGD diambil oleh Petugas ruangan masing-masing.



			<p><b>4. Prosedur Pemeriksaan Spesimen</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk pasien rawat jalan: Petugas sampling mengantarkan specimen dan formulir permintaan kemudian diantar keruang pemeriksaan</li> <li>2. Untuk pasien rawat inap dan IGD: Sampel dari ruangan diterima oleh petugas admin kemudian diantar keruang pemeriksaan</li> <li>3. ATLM Patologi klinik memproses specimen sesuai prosedur pemeriksaan</li> <li>4. ATLM di ruang pemeriksaan laboratorium melakukan preparasi sampel.</li> <li>5. ATLM menganalisis(memeriksa) spesimen, memvalidasi hasil dan mengkonsulkan</li> </ol> <p><b>5. Penyerahan Hasil Pemeriksaan</b></p> <p>Hasil pemeriksaan laboratorium sudah online ke EMR</p>
3.	JANGKA WAKTU		<p><b>1. Laboratorium Sentral</b>  Pelayanan pemeriksaan laboratorium dilayani setiap hari Senin sampai Jumat yaitu:  Senin - Rabu : 07.30 – 16.00 WIB  Kamis- Jumat : 07.30 – 16.30 WIB  Sabtu- Minggu : Tutup  Bila laboratorium Sentral tutup dilanjutkan dengan laboratorium 24 jam</p> <p><b>2. Laboratorium 24 jam dan BDRS</b>  Laboratorium RSUD Arifin Achmad melayani pemeriksaan Laboratorium 24 jam, yaitu Rawat Inap dan Unit Gawat Darurat.  Jadwal Pelayanan Laboratorium 24 jam dan BDRS :  Shift I (Pagi) : Jam 07.30 s.d. 14.00 WIB  Shift II (Siang) : Jam 14.00 s.d. 21.00 WIB  Shift III (Malam) : Jam 21.00 s.d. 07.30 WIB</p> <p><b>3. Laboratorium Biomolekuler</b>  Saat ini melayani pemeriksaan Viral Load program Kemenkes</p>

		<p>Untuk pemeriksaan Regular:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Darah rutin : 60 Menit</li> <li>Kimia darah :120 Menit</li> <li>Hemostasis : 90 Menit</li> <li>Imunoserologi :180 Menit</li> <li>Troponin :120 Menit</li> <li>AGDA :15 Menit</li> <li>Elektrolit :90 Menit</li> <li>Urinalisa :60 Menit</li> <li>Mikrobiologi (Sputum,pus, jaringan): 3 hari Kultur Darah : 5 hari</li> </ol> <p>Untuk pemeriksaan Cito:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Darah rutin :30 Menit</li> <li>Kimia darah :60 Menit</li> <li>Hemostasis :60 Menit</li> <li>Imunoserologi :120 Menit</li> <li>Troponin :120 Menit</li> <li>Analisis Gas Darah :15 Menit</li> <li>Elektrolit :60 Menit</li> <li>Urinalisa :30 Menit</li> </ol>
4.	BIAYA/TARIF	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien Umum: Sesuai Pergub Nomor 2 Tahun 2019</li> <li>JKN/Jamkesda : Tidak dipungut biaya</li> <li>Asuransi lain: sesuai MOU</li> </ol>
5.	PRODUK LAYANAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pelayanan Hematologi</li> <li>Pelayanan Kimia Klinik</li> <li>Pelayanan Imunoserologi</li> <li>Pelayanan Urinalisa</li> <li>Pelayanan Mikrobiologi</li> <li>Pelayanan BDRS</li> </ol>
6.	PENANGANAN PENGADUAN, SARAN DAN MASUKAN	<p>Instalasi Pengaduan Masyarakat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Telp : 08117690117, 081277870222</li> <li>SMS/WA Pengaduan: 08117690117, 081277870222</li> <li>Email : <a href="mailto:pengaduanrsudaa@gmail.com">pengaduanrsudaa@gmail.com</a></li> <li>Kotak saran</li> </ol>
7.	DASAR HUKUM	<ol style="list-style-type: none"> <li>UU no 25/2009 tentang Pelayanan Publik</li> </ol>



		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. UU no 37/2008 tentang Ombusman RI</li> <li>3. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 43 tahun 2013 tentang Cara Penyelenggaraan Laboratorium Klinik yang Baik.</li> <li>4. SK Direktur No Kpts.188/RSUD-SDM/310 tahun 2023 Tentang Perubahan Penunjukkan Kepala Instalasi Di Lingkungan RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau</li> <li>5. SK Direktur No Kpts.188/RSUD-FASMED/704 Tahun 2022 Tentang Kebijakan Pelayanan Instalasi Patologi Klinik</li> </ol>
8.	SARANA DAN PRASARANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gedung lab PK terletak didepan Radiologi dan dibelakang Laboratorium Patologi Anatomi, disamping mesjid RS dan satu gedung dengan Poliklinik Paru.</li> <li>2. Ruangan Instalasi Patologi Klinik memiliki beberapa ruangan yaitu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruang administrasi,</li> <li>- Ruang tunggu pasien,</li> <li>- Ruang kepala instalasi/ ruang dokter/ ruang rapat,</li> <li>- Ruang sampling,</li> <li>- Ruang pemeriksaan yaitu :</li> </ul> </li> <li>3. Mikrobiologi,</li> <li>4. Hematologi, Kimia klinik, Urin dan Imunoserologi dan Validasi hasil ( satu ruangan besar) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruang logistik</li> <li>- Ruang makan,</li> <li>- Ruang pantry,</li> <li>- Kamar mandi petugas dan kamar mandi pasien.</li> </ul> </li> <li>4. Instalasi Patologi Klinik memiliki peralatan yang memadai dan beberapa peralatan yang handal yaitualat Hematologi Analizer, Alat Flowcytometri, alat urinalisis, alat Imunoserologi, alat Kimia klinik, Hemostasis, Analisis gas darah dan Elektrolit.</li> </ol>
9,.	JUMLAH PELAKSANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokter Spesialis Patologi Klinik : 5 orang</li> <li>2. Dokter Spesialis Mikrobiologi : 1 orang</li> <li>3. Administrasi : 8 orang</li> <li>4. ATLM : 48 orang</li> <li>5. Pelaksana umum : 3 orang</li> </ol>
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	<p>A. Dokter</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendidikan Dokter Spesialis Patologi Klinik dan Spesialis Mikrobiologi</li> </ol>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>2. Sertifikat pelatihan terkait pemeriksaan Patologi klinik</li> <li>3. Mempunyai SPK dan Rincian Kewenangan Klinis</li> </ul> <p>B. ATLM</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pendidikan DIII dan DIV ATLM</li> <li>2. Sertifikat pelatihan teknis terkait pemeriksaan Patologi klinik</li> <li>3. Mempunyai SPK dan Rincian Kewenangan Klinis</li> </ul>
11.	PENGAWASAN INTERNAL		<ul style="list-style-type: none"> <li>1. DEWAS</li> <li>2. SPI</li> </ul>
12.	JAMINAN PELAYANAN		<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pemantapan Mutu Internal (PMI)</li> <li>2. Pemantapan Mutu Eksternal (PME)</li> </ul>
13.	JAMINAN KEAMANAN KESELAMATAN PELAYANAN		<ul style="list-style-type: none"> <li>1. K3RS</li> <li>2. Mutu RS</li> <li>3. Patient Safety</li> <li>4. PPI</li> <li>5. Tenaga Security RS</li> </ul>
14.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA		<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Penilaian Indikator Mutu Instalasi Patologi Klinis</li> <li>2. Penilaian SKP Pelaksana</li> <li>3. Penilaian IKI Pelaksana</li> <li>4. Penilaian DP3 Pelaksana</li> </ul>



## 12 STANDAR PELAYANAN INSTALASI PATOLOGI ANATOMI

NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	PERSYARATAN	<p>A. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulir Permintaan PA yang diisi lengkap</li> <li>2. Spesimen (cairan tubuh/ apusan/ bilasan/ sikatan/ jaringan VC/jaringan yang difiksasi larutan formalin buffer 10 % / slide /blok paraffin) yang mempunyai identitas jelas.</li> <li>3. Hasil penunjang lain antara lain hasil radiologi / laboratorium / hasil patologi anatomi sebelumnya.</li> <li>4. Memberikan kuitansi bukti pembayaran dari kasir.</li> </ol> <p>B. Pasien BPJS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulir Permintaan PA yang diisi lengkap.</li> <li>2. Resume Medik</li> <li>3. SEP</li> <li>4. Spesimen (cairan tubuh/ apusan/ bilasan/ sikatan/ jaringan VC/jaringan yang difiksasi larutan formalin buffer 10 % / slide /blok paraffin)</li> <li>5. Hasil penunjang lain antara lain hasil radiologi/laboratorium/hasil patologi anatomi sebelumnya.</li> </ol> <p>C. Pasien Asuransi/Jaminan dari RS lain</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulir Permintaan PA yang diisi lengkap.</li> <li>2. Surat jaminan biaya pemeriksaan</li> <li>3. Spesimen (cairan tubuh/ apusan/ bilasan/ sikatan/ jaringan VC/jaringan yang difiksasi larutan formalin buffer 10 % / slide /blok paraffin) yang mempunyai identitas jelas.</li> <li>4. Hasil penunjang lain antara lain hasil radiologi/laboratorium/hasil patologi anatomi sebelumnya.</li> </ol>
2.	SISTEM, MEKANISME DAN PROSEDUR	<p>A. Jadwal Pelayanan instalasi patologi anatomi :</p> <p>Hari Senin s/d Rabu : 07.30 wib – 16.00 wib          Hari Kamis &amp; Jumat : 07.30 wib – 16.30 wib          Hari Sabtu &amp; Minggu : Tutup</p> <p>B. Pendaftaran</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulir permintaan pemeriksaan, spesimen dan hasil penunjang yang dibutuhkan diserahkan ke loket pendaftaran patologi anatomi.</li> <li>2. Untuk pemeriksaan imunohistokimia dengan hasil PA dari rumahsakit/ laboratorium luar petugas administrasi membuat surat peminjaman slide dan blok parafin, diberikan kepada pasien/ pengantar pasien.</li> <li>3. Petugas administrasi menerima formulir permintaan pemeriksaan beserta spesimen dan melakukan identifikasi spesimen yang disesuaikan dengan formulir permintaan pemeriksaan</li> <li>4. Petugas administrasi menginput data pasien ke dalam EMR dan menginput data pemeriksaan ke dalam daftar pasien di komputer.</li> <li>5. Petugas administrasi memberikan kode nomor pemeriksaan PA pada spesimen dan formulir pemeriksaan.</li> <li>6. Petugas administrasi mengisi resume medik dan membuat invoice biaya pemeriksaan.</li> </ol>



		<p>7. Pada pasien umum dan pasien dengan jaminan dari RS lain, invoice biaya pemeriksaan diserahkan ke pasien/ pengantar pasien untuk dibayarkan/ diserahkan kekasir.</p> <p>8. Kuitansi bukti pembayaran diserahkan kembali ke petugas administrasi patologi anatomi.</p> <p>9. Petugas administrasi memberikan kertas pengambilan hasil kepada pasien/ pengantar pasien.</p> <p>C. Pengambilan spesimen</p> <p>1. Pengambilan spesimen dilakukan pada pasien dengan permintaan pemeriksaan FNAB.</p> <p>2. Formulir pemeriksaan FNAB beserta inform consent yang sudah ditandatangani pasien diserahkan oleh petugas administrasi ke petugas sitopatologi.</p> <p>3. ATLM sitopatologi memanggil pasien dan melakukan identifikasi pasien.</p> <p>4. Dokter spesialis patologi anatomi melakukan identifikasi pasien, anamnesa dan melakukan pengambilan spesimen FNAB sesuai prosedur.</p> <p>5. Petugas administrasi memberikan kertas pengambilan hasil kepada pasien/ pengantar pasien.</p> <p>D. Pemeriksaan Spesimen</p> <p>1. Petugas Administrasi/prakarya mengantarkan spesimen dan formulir permintaan ke bagian terkait sesuai dengan jenis pemeriksaan.</p> <p>2. ATLM patologi anatomi memproses spesimen sesuai prosedur pemeriksaan sehingga menjadi sediaan.</p> <p>3. Dokter spesialis patologi anatomi melakukan analisis sediaan spesimen dibawah mikroskop.</p> <p>4. Dokter spesialis patologi anatomi mengetik hasil di EMR, memprint dan menandatangani hasil patologi anatomi.</p> <p>5. Hasil diserahkan ke petugas administrasi</p> <p>E. Penyerahan Hasil Pemeriksaan</p> <p>1. Pasien atau pengantar pasien datang ke loket pendaftaran menyerahkan kertas pengambilan hasil patologi anatomi</p> <p>2. Petugas administrasi mencarikan hasil di tempat penyimpanan hasil sesuai kertas pengambilan hasil.</p> <p>3. Petugas administrasi melakukan identifikasi hasil pasien kepada yang mengambil hasil.</p> <p>4. Petugas administrasi menyerahkan hasil dan mencatat dibuku pengambilan hasil</p>
3.	JANGKA WAKTU	<p>1. Pemeriksaan Sitologi : 3 hari kerja</p> <p>2. Pemeriksaan Histologi : 7 hari kerja</p> <p>3. Pemeriksaan Imunohistokimia : 8 hari kerja</p> <p>4. Pemeriksaan Frozen Section : 30 menit.</p>
4.	BIAYA/TARIF	<p>1. Pasien Umum : Sesuai Pergub Nomor 2 Tahun 2019</p> <p>2. Pasien JKN/Jamkesda : Tidak dipungut biaya</p> <p>3. Asuransi/ Jaminan lain : Sesuai MoU</p>



5.	PRODUK LAYANAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan Sitologi</li> <li>2. Pemeriksaan Histologi</li> <li>3. Pemeriksaan Imunohistokimia</li> <li>4. Pemeriksaan Frozen Section</li> </ol>
6.	PENANGANAN PENGADUAN, SARAN DAN MASUKAN	<p>Instalasi Pengaduan Masyarakat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Telp : 08117690117, 081277870222</li> <li>2. SMS/WA Pengaduan: 08117690117, 081277870222</li> <li>3. Email : <a href="mailto:pengaduanrsudaa@gmail.com">pengaduanrsudaa@gmail.com</a></li> <li>4. Kotak saran</li> </ol>
7.	DASAR HUKUM	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. UU no 25/2009 tentang Pelayanan Publik</li> <li>2. UU no 37/2008 tentang Ombusman RI</li> <li>3. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 43 tahun 2013 tentang Cara Penyelenggaraan Laboratorium Klinik yang Baik.</li> <li>4. SK Direktur No Kpts.188/RSUD-SDM/310 tahun 2023 tentang perubahan penunjukkan kepala instalasi di Lingkungan RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau</li> <li>5. SK Direktur No Kpts.188/RSUD-FASMED/704 tahun 2022 tentang Kebijakan Pelayanan Instalasi Patologi Anatomi</li> </ol>
8.	SARANA DAN PRASARANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instalasi Patologi Anatomi berada dalam satu gedung dengan KSM Anestesi.</li> <li>2. Ruangan Instalasi Patologi memiliki beberapa ruangan yaitu ruang administrasi, ruang pertemuan, ruang kepala instalasi, ruang dokter, ruang fnab, ruangan sitopatologi, ruangan imunohistokimia, ruangan histopatologi, ruangan potong makros, ruangan arsip jaringan basah, ruangan arsip slide dan blok parafin, ruang gudang bhp dan reagensia. Instalasi patologi anatomi memiliki peralatan yang memadai dan beberapa peralatan yang handal yaitu alat tissue prosesing, embeding station, mikrotom semi automatic dan automatic, autostaining HE, bondmax Autostaining IHC, dan workstation grossing.</li> </ol>
9.	JUMLAH PELAKSANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokter Spesialis PA : 5 orang</li> <li>2. Administrasi : 3 orang</li> <li>3. ATLM : 10 orang</li> <li>4. Prakarya : 1 orang</li> </ol>
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	<p>A. Dokter</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendidikan Dokter Spesialis Patologi Anatomi</li> <li>2. Sertifikat pelatihan terkait pemeriksaan patologi anatomi</li> <li>3. Mempunyai SPK dan Rincian Kewenangan Klinis</li> </ol> <p>B. ATLM</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendidikan Minimal DIII Analis Laboratorium</li> <li>2. Sertifikat pelatihan teknis terkait pemeriksaan patologi anatomi</li> <li>3. Mempunyai SPK dan Rincian Kewenangan Klinis</li> </ol>
11.	PENGAWASAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. DEWAS</li> </ol>

		INTERNAL	2. SPI
12.	JAMINAN PELAYANAN		1. Pemantapan Mutu Internal (PMI) 2. Pemantapan Mutu Eksternal (PME)
13.	JAMINAN KEAMANAN KESELAMATAN PELAYANAN		1. K3RS 2. Mutu RS 3. Patient Safety 4. PPI 5. Tenaga Security RS
14.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA		1. Penilaian Indikator Mutu Unit Instalasi Patologi Anatomi 2. Penilaian SKP Pelaksana 3. Penilaian IKI Pelaksana 4. Penilaian DP3 Pelaksana



### 13. STANDAR PELAYANAN INSTALASI RADIOLOGI

NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	PERSYARATAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien BPJS-KIS/Jamkesda               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Formulir permintaan pemeriksaan radiologi dari dokter pengirim</li> <li>b. Lembar surat eligibilitas peserta (SEP)/ Surat Jaminan Pelayanan (SJP)</li> </ol> </li> <li>2. Pasien Umum/Pihak Ketiga/<i>Medical Check Up</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Formulir permintaan pemeriksaan radiologi dari dokter pengirim</li> <li>b. Surat jaminan pihak ketiga</li> <li>c. Bukti pembayaran dari kasir</li> </ol> </li> </ol>
2.	SISTEM, MEKANISME DAN PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan tanpa kontras</li> <li>2. Pemeriksaan dengan kontras               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Lakukan cek Ureum dan Kreatinin</li> <li>b. Puasa 4–10 jam (berdasarkan jenis pemeriksaan yang berlaku)</li> <li>c. Hindari merokok</li> <li>d. Datang sesuai jadwal yang ditentukan</li> <li>e. Mengikuti arahan dari petugas radiologi</li> </ol> </li> </ol>
3.	JANGKA WAKTU	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instalasi Radiologi IGD: Layanan 24 jam</li> <li>2. Instalasi Radiologi Sentral:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Senin s.d Kamis: 07.30 – 14.30 wib</li> <li>b. Jumat : 07.30 – 12.00 wib</li> <li>c. Sabtu : 07.30 – 13.00 wib</li> </ol> </li> </ol>
4.	BIAYA/TARIF	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien Umum: Sesuai Pergub Nomor 2 Tahun 2019</li> <li>2. JKN/Jamkesda : Tidak dipungut biaya</li> <li>3. Asuransi lain: sesuai MoU</li> </ol>
5.	PRODUK LAYANAN	Layanan Radiologi
6.	PENANGANAN PENGADUAN, SARAN DAN MASUKAN	Instalasi Pengaduan Masyarakat <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Telp : 08117690117, 081277870222</li> <li>2. SMS/WA Pengaduan: 08117690117, 081277870222</li> <li>3. Email : <a href="mailto:pengaduanrsudaa@gmail.com">pengaduanrsudaa@gmail.com</a></li> <li>4. Kotak saran</li> </ol>
7.	DASAR HUKUM	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang Undang Republik Indonesia nomor 44/2009 Tentang Rumah Sakit.</li> <li>2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 780 / MENKES/PER/VIII/2008 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Radiologi.</li> <li>3. Keputusan Menteri Nomor 1014/MENKES/SK/XI/2008,</li> </ol>

		<p>Tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik Di Sarana Pelayanan Kesehatan.</p> <p>4. Keputusan Menteri Nomor 375/MENKES/SK/III/2007, tentang Standar Profesi Radiografer.</p> <p>5. Keputusan Menteri Nomor 1250/MENKES/SK/XII/2009, tentang Pedoman Kendali Mutu ( Quality Control ) Peralatan Radiodiagnostik.</p>
8.	SARANA DAN PRASARANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. VILLA SISTEMI MEDICALI</li> <li>2. PHILIPS</li> <li>3. SHIMADZU</li> <li>4. SIEMENS</li> <li>5. CARESTREAM</li> <li>6. VILLA</li> <li>7. C – ARM PHILIPS</li> <li>8. CATH LAB SIEMENS</li> <li>9. Kursi</li> <li>10. C – ARM ZIEHM</li> <li>11. PHILLIPS MRI 1.5 T</li> </ol>
9.	JUMLAH PELAKSANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Radiolog : 5 orang</li> <li>2. Radiografer : 20 orang</li> <li>3. Fisikawan Medis : 2 orang</li> <li>4. Administrasi : 3 orang</li> <li>5. Perawat : 2 orang</li> <li>6. Pekarya : 1 orang</li> </ol>
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Radiolog : Strata II</li> <li>2. Radiografer : DIII dan DIV</li> <li>3. Fisikawan Medis : Strata I</li> <li>4. Administrasi : SMA dan Strata I</li> <li>5. Perawat : DIII dan Strata I</li> <li>6. Pekarya : Strata I</li> </ol>
11.	PENGAWASAN INTERNAL	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengawasan dilakukan setiap bulan</li> <li>2. Pelaksana pengawasan dilakukan oleh atasan langsung, SPI dan Dewan Pengawas.</li> </ol>
12.	JAMINAN PELAYANAN	Semua Keluhan/Pengaduan pasien akan ditanggapi dengan baik dalam waktu 2x24 jam oleh Instalasi Pengaduan Masyarakat



13.	JAMINAN KEAMANANAN KESELAMATAN PELAYANAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. K3RS</li> <li>2. Mutu RS</li> <li>3. Patient Safety</li> <li>4. PPI</li> <li>5. Tenaga Security RS</li> </ol>
14.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penilaian Indikator Mutu Unit Instalasi Radiologi</li> <li>2. Penilaian Indikator Kinerja Individu (IKI)</li> <li>3. Penilaian SKP Pegawai</li> <li>4. Penilaian SKP Tahunan</li> </ol>

#### 14 STANDAR PELAYANAN INSTALASI PENGADUAN MASYARAKAT

NO	KOMPONEN	Uraian
1.	PERSYARATAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengaduan secara lisan dan tertulis</li> <li>2. Identitas resmi pengadu (KTP/SIM)</li> </ol>
2.	SISTEM, MEKANISME DAN PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pelanggan menyampaikan aduan/keluhan secara lisan dan tertulis ke Instalasi Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat melalui Unit Pengaduan pasien ataupun melalui media sosial RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau.</li> <li>2. Unit Pengaduan pasien menerima dan mencatat aduan/keluhan pasien secara lengkap (Formulir Pengaduan Pasien)</li> <li>3. Petugas mengkonfirmasi dan menyelesaikan keluhan sesuai dengan sumber masalah atau bagian yang terkait.</li> <li>4. Pengarsipan dan rencana tindaklanjut di lakukan oleh unit Pengaduan Pasien instalasi komunikasi dan pelayanan Masyarakat.</li> <li>5. Unit Pengaduan Pasien mendistribusikan kebidang/Unit terkait melalui surat untuk dilakukan penelusuran dan penanganan lebih lanjut</li> <li>6. Penyampaian tanggapan kepada pelanggan yang menyampaikan aduan (bila perlu melibatkan bidang/Unit terkait)</li> </ol>
3.	JANGKA WAKTU	Pengaduan diselesaikan dalam waktu 2 x 24 jam
4.	BIAYA/TARIF	Tidak dipungut biaya
5.	PRODUK LAYANAN	Pelayanan Pengaduan Pasien/Masyarakat
6.	PENANGANAN PENGADUAN, SARAN DAN MASUKAN	Instalasi Pengaduan Masyarakat <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Telp : 08117690117, 081277870222</li> <li>2. Sms/Wa Pengaduan : 08117690117, 081277870222</li> <li>3. Email : <a href="mailto:pengaduanrsudaa@gmail.com">pengaduanrsudaa@gmail.com</a></li> <li>4. Kotak saran</li> <li>5. Media Sosial: Website RSUD Arifin Achmad (<a href="http://rsudarifinachmad.riau.go.id/">http://rsudarifinachmad.riau.go.id/</a>); , Instagram RSUD Arifin Achmad dan Facebook RSUD Arifin Achmad</li> </ol>
7.	DASAR HUKUM	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang - Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112. Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);</li> <li>2. Undang - Undang Nomor 37 Tahun 2008 tentang Ombusman RI;</li> <li>3. Undang – Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;</li> <li>4. Undang – Undang NO. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.</li> <li>5. Surat Keputusan Direktur RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau Nomor Kpts. 188/RSUD-YANMED/1020 tentang</li> </ol>



		<p>Maklumat Pelayanan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Standar Pelayanan Pengelolaan Pengaduan Masyarakat SK Direktur No.05/SK/SEKR/UM/RSUD/2009 tentang Pembentukan Unit Pengelola Penyelesaian Pasien Jamkesmas, Kamkesda, ASKES dan Pengaduan Masyarakat pada RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau;</li> <li>7. SK Direktur No. Kpts.188/RSUD-SDM/75 tentang Penunjukan Kepala Instalasi dilingkungan RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau</li> <li>8. SPO No. 002/28/SPO/XI/2022 tentang Penanganan Pengaduan Pasien/keluarga dilingkungan RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau</li> </ol>
8.	SARANA DAN PRASARANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ruang Unit Pengaduan Pasien Berada di Gedung Baru lantai Dasar/ Ground sebelah bank Riau</li> <li>2. Ruang Unit Pengaduan Pasien memiliki ruang penyelesaian Keluhan ( Handling Compliant) dan dilengkapi dengan sarana dan prasarana yang memadai</li> </ol>
9.	JUMLAH PELAKSANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sertifikat Pelatihan Leadership Manajemen Handling Compliant dalam pelayanan</li> <li>2. Basis dokter / Perawat / Nakes lainnya yang berkompeten</li> <li>3. Pendidikan minimal S1 (kesehatan)</li> </ol>
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. DEWAS</li> <li>2. SPI</li> <li>3. ADVOKAT /KONSULTAN</li> </ol>
11.	PENGAWASAN INTERNAL	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepala Instalasi : 1 orang</li> <li>2. kepala Unit : 1 orang</li> <li>3. Administrasi : 1 orang</li> <li>4. Staf : 3-5 orang</li> </ol>
12.	JAMINAN PELAYANAN	Semua Keluhan/Pengaduan pasien akan ditanggapi dengan baik dalam waktu 2x24 jam hari kerja
13.	JAMINAN KEAMANAN KESELAMATAN PELAYANAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. K3RS</li> <li>2. Mutu RS</li> <li>3. Patient Safety</li> <li>4. PPI</li> <li>5. Tenaga Security RS</li> </ol>

14.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	1. Penilaian Indikator Mutu Unit Pengaduan Pasien 2. Penilaian SKP Pelaksana 3. Penilaian DP3 Pegawai

Ditetapkan di : Pekanbaru

Pada tanggal : 10 Juli 2023

DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD

PROVINSI RIAU,



drg. WAN FAJRIATUL MAMNUNAH, Sp.KG

Pembina TK.I

NIP. 19780618 200903 2 001





PEMERINTAH PROVINSI RIAU  
**RSUD ARIFIN ACHMAD**

Jl. Diponegoro No. 2 Telp. (0761) - 23418, 21618, 21657, Fax (0761) - 20253  
Pekanbaru



**KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU  
NOMOR : Kpts.188/RSUD-YANMED/322**

**TENTANG**

**PEMBERLAKUAN MAKLUMAT PELAYANAN  
RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU**

**DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU**

Menimbang : a. bahwa merujuk ke Undang-Undang Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik setiap penyelenggara pelayanan publik wajib menyusun, menetapkan dan menerapkan Standar Pelayanan serta menetapkan Maklumat Pelayanan dengan memperhatikan kemampuan penyelenggara, kebutuhan masyarakat dan kondisi lingkungan;

b. bahwa Maklumat Pelayanan ini merupakan pemberitahuan dan salah satu bukti kesungguhan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat;

c. Bahwa berdasarkan pertimbangan huruf a dan b, maka Pemberlakuan Maklumat Pelayanan perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau.

Mengingat

1. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
2. Undang-Undang Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038)
3. Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang

Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072;

4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1438/Menkes/Per/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
5. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;
6. Keputusan Menteri Kesehatan RI No.129/Menkes/SK /II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
7. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
8. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1128 Tahun 2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;
9. Peraturan Gubernur Riau Nomor 61 Tahun 2021 Tentang Kedudukan, Sususnan Organisasi dan tata kerja perangkat daerah dilingkungan Pemerintah Provinsi Riau
10. Keputusan Gubernur Riau No. Kpts.305/II/2010 tanggal 25 Februari 2010 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Provinsi Riau sebagai Badan Layanan Umum;
11. Keputusan Gubernur Riau Nomor Kpts. 45/1/2020 tentang Pemberhentian dan Pengangkatan Pejabat Administrator dan Pengawas di Lingkungan Pemerintah Provinsi Riau;
12. Keputusan Gubernur Riau No. Kpts.621/III/2022 tanggal 11 Maret 2022 tentang Pengangkatan Pejabat Tinggi Pratama di Lingkungan Pemerintahan Provinsi Riau.



Lampiran 1 : Keputusan Direktur RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau  
Nomor : Kpts.188/RSUD-YANMED/322  
Tanggal : 11 Juli 2023  
Tentang : Pemberlakuan Maklumat Pelayanan RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau

PEMBERLAKUAN MAKLUMAT PELAYANAN  
RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU

Dengan ini, kami menyatakan sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai standar yang telah ditetapkan dan apabila tidak menempati janji ini, kami siap menerima sanksi sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Ditetapkan di : Pekanbaru  
Pada Tanggal : 11 Juli 2023

---

DIREKTUR,



**drg. WAN FAJRIATUL MAMNUNAH, Sp.KG**

Pembina TK.I

NIP. 19780618 200903 2 001