



PEMERINTAH KABUPATEN NAGAN RAYA  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN ISKANDAR MUDA**

Jl. Nasional (Meulaboh-Tapak Tuan) Km. 28,5 Ujong Patihah Kecamatan Kuala

Telepon: (0655) 7141059 Faximile: (0655) 7141060 Kode Pos : 23661

e-mail: rsudsim@gmail.com, rsudsim@naganrayakab.go.id - Website: <http://rsudsim.naganrayakab.go.id>

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
SULTAN ISKANDAR MUDA KABUPATEN NAGAN RAYA  
NOMOR : 800/ **38** /445/SK/I/2024

TENTANG

STANDAR PELAYANAN PUBLIK RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN  
ISKANDAR MUDA KABUPATEN NAGAN RAYA

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN ISKANDAR MUDA,

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 terkait dengan penyelenggaraan pelayanan, setiap penyelenggara pelayanan publik wajib menetapkan standar pelayanan;  
b. bahwa untuk memberikan acuan dalam penilaian ukuran kinerja dan kualitas penyelenggaraan pelayanan sebagaimana dimaksud pada huruf a, maka perlu ditetapkan standar pelayanan publik dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Iskandar Muda;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2002 tentang Pembentukan Kabupaten Aceh Barat daya, Kabupaten Gayo Lues, Kabupaten Aceh Jaya, kabupaten Nagan Raya, dan Kabupaten Aceh Tamiang di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam;  
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 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);  
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);  
5. Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587); sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 85, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);  
6. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik

- Indonesia Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5357);
7. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;
  8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;
  9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/ MENKES/ PER/ IX/ 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
  10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/ MENKES/ PER/ VIII/ 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
  11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/ Menkes/ SK/ II/ 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
  14. Qanun Kabupaten Nagan Raya Nomor 1 Tahun 2009 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Nagan Raya;
  16. Qanun Kabupaten Nagan Raya Nomor 1 Tahun 2017 tentang Penabalan Nama Rumah Sakit Umum Daerah Nagan Raya;
  17. Keputusan Bupati Nagan Raya Nomor 10 Tahun 2013 Tentang Penetapan Status Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) Rumah Sakit Umum Daerah Nagan Raya;
  18. Keputusan Bupati Nagan Raya Nomor 503/01/DPMPTSP/2018 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Iskandar Muda Kabupaten Nagan Raya.

### **MEMUTUSKAN**

- Menetapkan :
- KESATU** : KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN ISKANDAR MUDA TENTANG STANDAR PELAYANAN PUBLIK RUMAH SAKIT UMUM DAERAH RSUD SULTAN ISKANDAR MUDA KABUPATEN NAGAN RAYA
- KEDUA** : Standar Pelayanan Publik pada Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Iskandar Muda sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- KETIGA** : Standar Pelayanan sebagaimana dimaksud pada DIKTUM KESATU meliputi:
1. Standar Pelayanan Instalasi Gawat Darurat;
  2. Standar Pelayanan *Intensive Care Unit (ICU)*;
  3. Standar Pelayanan Instalasi Bedah Sentral (IBS);
  4. Standar Pelayanan Unit Pemulasaran Jenazah;
  5. Standar Pelayanan Unit Rekam Medis;
  6. Standar pelayanan farmasi
  7. Standar pelayanan unit tranfusi darah
  8. Standar pelayanan unit laboratorium
  9. Standar pelayanan unit Instalasi Gizi
  10. Standar Pelayanan Umum & Kepegawaian Tentang Penerbitan Surat Masuk ;
  11. Standar Pelayanan Umum & Kepegawaian Tentang Penerbitan Surat Keluar;

12. Standar Pelayanan Penerbitan Surat Izin Dan Selesai Penelitian Mahasiswa.
13. Standar pelayanan fisioterapi
14. Standar pelayanan unit radiologi
15. Standar Pelayanan Aduan Dan Keluhan

- KEEMPAT : Standar Pelayanan sebagaimana dimaksud pada DIKTUM KESATU sebagai pedoman bagi setiap pelaksana pelayanan public pada Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Iskandar Muda dan Masyarakat Pengguna Pelayanananan
- KELIMA : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di : Ujong Patihah  
Pada tanggal : 03 Januari 2024

DIREKTUR RSUD SULTAN ISKANDAR MUDA  
KABUPATEN NAGAN RAYA



dr. Hj. CUT YULIZA SUTIFA  
PEMBINA/IV.A  
NIP. 19890730 201503 2 007

Lampiran I : Keputusan Direktur RSUD Sultan Iskandar Muda Kabupaten Nagan Raya  
Tentang : Standar Pelayanan Publik Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Iskandar Muda Kabupaten Nagan Raya  
Nomor : 800/ /445/SK/VI/2023  
Tanggal : 26 Juni 2023

## 1. STANDAR PELAYANAN INSTALASI GAWAT DARURAT

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional;</li> <li>2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Profesi Kedokteran;</li> <li>3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;</li> <li>4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;</li> <li>5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 Tentang standar Tekhnis Pemeliharaan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;</li> <li>6. Perraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 0701/YANMED/RSKS/GDE/VII/1991 Tentang Pedoman pelayanan gawat Darurat.</li> <li>7. Qanun Kabupaten Nagan Raya Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Perangkat Daerah Kabupaten Nagan Raya;</li> <li>8. Qanun Kabupaten Nagan Raya Nomor 6 Tahun 2018 tentang Tarif Retribusi Jasa Umum Daerah Kabupaten Nagan Raya;</li> <li>9. Peraturan Bupati Nagan Raya Nomor 1 Tahun 2018 tentang Susunan Organisasi, dan Tata Kerja RSUD Kabupaten Nagan Raya.</li> </ol>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>Untuk semua Pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas Rumah Sakit yang terkait INSTALASI GAWAT DARURAT</li> <li>2. Untuk Kelengkapan Data Pasien yang akan berobat sebagai berikut; <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat I (Bila Ada)</li> <li>b. Kartu identitas diri (KTP, SIM, KARTU PELAJAR, PASPORT)</li> <li>c. Kartu Jaminan Kesehatan (BPJS, JAMSOSTEK )</li> </ol> </li> </ol>

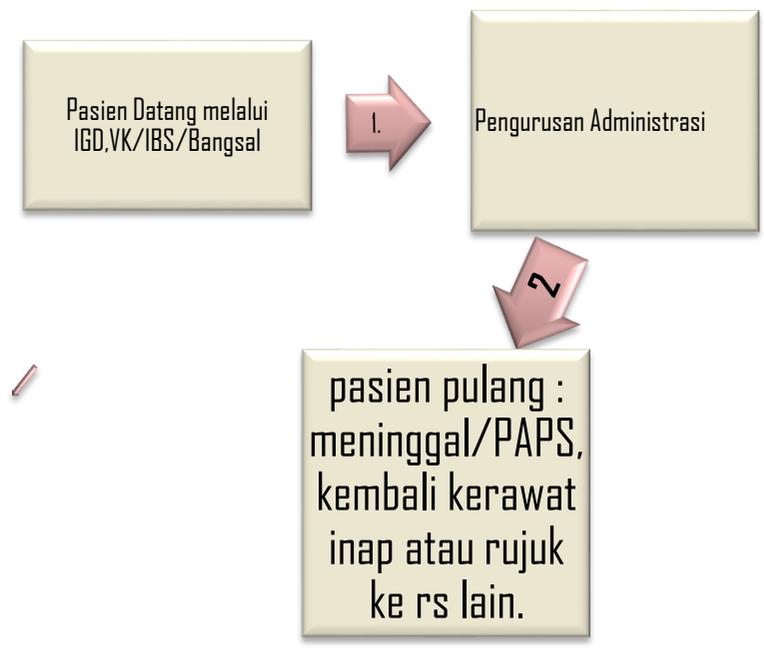
3.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	<pre> graph TD     A[Pasien Datang dan keluarga mendaftarkan] -- 1. --&gt; B[Pasien diperiksa Oleh Petugas Triage]     B -- 2. --&gt; C[Perawat dan Dokter melakukan Anamnesis terhadap pasien, sesuai kondisi pasien dan dikonsultasikan ke dokter spesialis, lab atau Radiologi]     C -- 3. --&gt; D[jika ada indikasi rawat inap maka pasien diarahkan ke poli admisi]     D -- 4. --&gt; A </pre>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien datang, di triage oleh petugas triage, Keluarga mendaftarkan pasien di bagian Administrasi.</li> <li>2. Pasien/atau keluarga menyerahkan Formulir Pendaftaran Yang sudah terisi dan kelengkapan persyaratan lainnya.</li> <li>3. Perawat dan Dokter IGD melakukan Anamnesis terhadap pasien.</li> <li>4. Sesuai dengan kondisi Pasien, Pasien dapat dikonsultasikan kepada Dokter Spesialis.</li> <li>5. Sesuai dengan Kondisi Pasien, Pasien dapat dilakukan pemeriksaan penunjang berupa Laboratorium, atau Radiologi. Bila ada Indikasi Rawat Inap pasien akan di daftarkan ke poli Admisi.</li> </ol>
4.	Jangka waktu penyelesaian	1. Waktu Tanggap pelayanan Dokter di IGD $\leq 5$ menit
5.	Biaya/tariff	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk Pasien Umum sesuai dengan Qanun Retribusi Daerah Kabupaten Nagan Raya Nomor 6 Tahun 2018</li> <li>2. Untuk Pasien BPJS, Sesuai Permenkes RI No.64 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.</li> </ol>
6.	Produk pelayanan	Layanan Gawat Darurat
7.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ruang Pendaftaran</li> <li>2. Ruang Triage</li> <li>3. Ruang Periksa</li> <li>4. Ruang Obserfasi</li> <li>5. Ruang Resusitasi</li> <li>6. Ruang Depo Obat IGD</li> </ol>

8.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokter Umum</li> <li>2. Perawat</li> <li>3. Bidan</li> <li>4. Farmasi</li> <li>5. Petugas Administrasi</li> <li>6. Petugas Non Medis</li> </ol>
9.	Pengawasan internal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supervisi atasan langsung;</li> <li>2. Di lakukan Oleh Satuan Pengawas Internal (SPI )</li> </ol>
<b>NO.</b>	<b>KOMPONEN</b>	<b>URAIAN</b>
10.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengaduan, saran, dan masukan dapat disampaikan secara tertulis melalui surat yang ditujukan kepada: <b>RSUD SIM Kabupaten Nagan Raya</b> Jln. Nasional Ujong fatihah Kabupaten Nagan Raya,</li> <li>2. Menyampaikan pengaduan, saran, dan masukan langsung melalui : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Email: <a href="mailto:rsudsim@naganrayakab.go.id">rsudsim@naganrayakab.go.id</a>, <a href="mailto:rsudsim@gmail.com">rsudsim@gmail.com</a></li> <li>• Telp: (0655) 7141059</li> <li>• Faks: (0655) 7141060</li> <li>• SMS/WhatsApp: 0822-7462-5825</li> <li>• Kotak saran</li> <li>• Petugas informasi dan pengaduan</li> <li>• Website: <a href="https://rsudsim.naganrayakab.go.id/">https://rsudsim.naganrayakab.go.id/</a></li> <li>• Instagram: <a href="https://www.instagram.com/rsud_sultaniskandarmuda/">https://www.instagram.com/rsud_sultaniskandarmuda/</a></li> </ul> </li> </ol>
11.	Jumlah pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokter Umum : 15 Orang</li> <li>2. Perawat : 34 Orang</li> <li>3. Bidan : 2 Orang</li> <li>4. Farmasi : -</li> <li>5. Petugas Administrasi : 2 Orang</li> <li>6. Petugas Non Medis : 4 Orang</li> </ol>
12.	Jaminan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adanya SPM</li> <li>2. Adanya SPO</li> <li>3. Sarana prasarana mendukung</li> <li>4. Kepastian Persyaratan</li> <li>5. Kepastian Biaya</li> <li>6. SDM yang Kompeten</li> <li>7. Akreditasi Tahun 2018 : Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 dan mendapatkan predikat lulus “Tingkat Pratama” Dari KARS</li> </ol>
13.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<p>Jaminan Keamanan : Pemenuhan Hak Pasien</p> <p>Jaminan Keselamatan : Pelaksanaan Pasien Safeti</p>

14.	Evaluasi kinerja Pelaksana	<p>Evaluasi Kinerja Pelayanan dilakukan melalui Evaluasi Standar Pelayanan Minimal RS dengan Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan menangani live saving Anak dan Dewasa di Gawat Darurat.</li> <li>2. Jam Pelayanan Gawat Darurat</li> <li>3. Pemberian Pelayanan Kegawatdaruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD</li> <li>4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana</li> <li>5. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat</li> <li>6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat.</li> <li>7. Kematian Pasien kurang dari 24 jam di Gawat Darurat</li> <li>8. Tidak adanya keharusan untuk membayar Uang muka.</li> </ol>
-----	----------------------------	---

## 2. STANDAR PELAYANAN *INTENSIVE CARE UNIT (ICU)*

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional;</li> <li>2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;</li> <li>3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan;</li> <li>4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;</li> <li>5. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1996 Tentang Tenaga Kesehatan;</li> <li>6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Tekhnis Pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah.</li> <li>7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;</li> <li>8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/menkes/per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;</li> <li>9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1778/Menkes/SK/XII/2010 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Intensif Care Unit;</li> <li>10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.</li> <li>11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 Tentang standar Tekhnis Pemeliharaan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;</li> </ol>

		<p>12. Qanun Kabupaten Nagan Raya Nomor 6 Tahun 2018 tentang Tarif Retribusi Jasa Umum RSUD Kabupaten Nagan Raya;</p> <p>13. Peraturan Bupati Nagan Raya Nomor 1 Tahun 2018 tentang Susunan Organisasi, dan Tata Kerja RSUD Kabupaten Nagan Raya.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>1. Pasien dari IGD/ ruang perawatan/ kamar Operasi BPJS, JKA dan Umum : Pasien dengan Indikasi Masuk ICU sesuai dengan kriteria Yang ditentukan</p>
3.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	 <pre> graph TD     A[Pasien Datang melalui IGD, VK/IBS/Bangsar] -- 1. --&gt; B[Pengurusan Administrasi]     B -- 2. --&gt; C[pasien pulang : meninggal/PAPS, kembali kerawat inap atau rujuk ke rs lain.] </pre>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokter penanggung jawab pasien yang berasal dari IGD/IBS/rawat inap berkonsultasi dengan dokter anastesi untuk meminta pertimbangan pasien yang membutuhkan perawatan ICU.</li> <li>2. Dokter Anastesi memberikan persetujuan masuk atau tidaknya pasien ke ICU berdasarkan penilaian keseluruhan aspek prioritas pasien. Aspek prioritas pasien meliputi : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Prioritas 1 : Pasien yang memerlukan alat bantu/memerlukan terapi intensif dan filtrasi.</li> <li>b. Prioritas 2 : Pasien yang perlu pemantauan terus menerus untuk mencegah penyulit lebih jauh yang fatal.</li> <li>c. Prioritas 3 : Untuk mengatasi kegawat sesaat pada pasien sakit kronis.</li> </ol> </li> <li>3. Jika Indikasi pasien membutuhkan perawatan Intensif pasien dapat segera masuk ICU.</li> <li>4. Setelah Pasien masuk ICU, Dokter Anastesi</li> </ol>

		<p>yang akan memberikan penanganan pasien selanjutnya.</p> <p>5. Jika kondisi memungkinkan pasien untuk pulang/rawat inap di bangsal/rujuk ke RS yang lebih tinggi, maka keluarga pasien segera mengurus Administrasi dengan perawat/petugas administrasi di ICU. Pengurusan administrasi pasien meliputi :</p> <p>a. Pasien Pulang Pasien dapat keluar dari ICU hanya pasien :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien Meninggal Dunia</li> <li>- Pulang atas permintaan sendiri</li> </ul> <p>b. Pasien Rawat inap di bangsal Setelah pasien memenuhi syarat perawatan di bangsal yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bila pasien tidak memerlukan lagi terapa secara Intensif/ gagal terapi secara Intensif dan berprognosa jelek.</li> <li>- Bila kemungkinan mendadak memerlukan tindakan intensif tidak ada.</li> <li>- Pasien Kronis yang tidak ada manfaatnya diterapi secara Intensif.</li> </ul> <p>c. Pasien rujuk ke Rumah Sakit yang lebih tinggi. Pasien Rujuk ke Rumah Sakit yang lebih tinggi dengan pertimbangan akan mendapatkan terapi lebih lanjut serta alat yang lebih tinggi tingkat kemampuannya.</p>
4.	Waktu pelayanan	Setiap hari (24 Jam)
5.	Biaya/tarif	<p>3. Untuk Pasien Umum sesuai dengan Qanun Retribusi Daerah Kabupaten Nagan Raya Nomor 6 Tahun 201</p> <p>1. Untuk Pasien BPJS , Sesuai Permenkes RI No.64 Tahun2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.</p>
6.	Produk pelayanan	<p>Pelayanan di ICU meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pelayanan Resusitasi Jantung Paru</li> <li>2. Pelayanan Pengelolaan Jalan Nafas, termasuk intubasi</li> <li>3. Pelayanan terapi Oksigen</li> <li>3. Pelayanan Pemantauan EKG, Pulse Oksimetri yang terus menerus</li> <li>4. Pelayanan pemberian Nutrisi Enteral dan Parenteral.</li> <li>5. Pelayanan Tunjangan Transportasi pasien gawat dengan Oksigenasi dan monitor haemodinamik.</li> <li>6. Pelayanan Fisioterapi dada.</li> </ol>

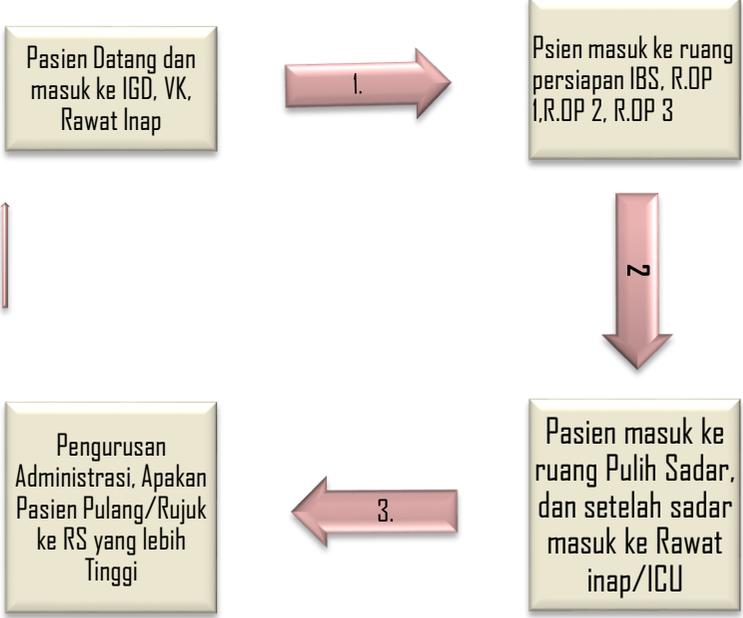
7.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	<p style="text-align: center;">RUANG :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kamar 1 : Bed</li> <li>2. Kamar 2 : Bed</li> <li>2. Ruang Isolasi : Bed</li> <li>3. Kamar Mandi</li> <li>4. Spoelhoek</li> <li>5. Ruang Obat</li> <li>6. Ruang Alat</li> <li>7. Ruang Linen bersih dan baju pasien</li> <li>8. Ruang Tunggu</li> <li>9. Ruang Istirahat Dokter/Perawat</li> </ol> <p style="text-align: center;">FASILITAS PERALATAN ICU</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ventilator</li> <li>2. Alat hisap lendir</li> <li>3. Peralatan Akses Vaskular</li> <li>4. Alat monitor Vena Sentral</li> <li>5. Alat monitor Tekanan darah, ECG, Saturasi Oksigen</li> <li>6. Suhu/ Termometer</li> <li>7. Defibrilator</li> <li>8. Alat pengatur suhu pasien</li> <li>9. Peralatan Drain Toraks</li> <li>10. Infus pump</li> <li>11. Syring Pump</li> <li>12. Alat portabel untuk Transportasi</li> <li>13. Lampu Untuk Tindakan.</li> </ol> <p style="text-align: center;">ALAT KEPERAWATAN DI ICU</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sentral monitor</li> <li>2. Alat ukur kelembaban udara di ruangan</li> <li>3. Trolley Emergency</li> <li>4. Jaction res</li> <li>5. Standar Infus</li> <li>6. Set Luka</li> <li>7. Trolley Tindakan</li> <li>8. Stetoscop</li> <li>9. Pen Ligt</li> <li>10. EKG 12 Lead</li> <li>11. Bag Valve Mask dewasa</li> <li>12. Bag Valve Mask Anak , dll</li> </ol>
8.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penanggung Jawab Ruang ICU</li> <li>2. Kepala Ruang ICU</li> <li>3. Wakil Ka Ruang ICU</li> <li>4. Perawat Pelaksana</li> <li>5. Petugas Administrasi</li> <li>6. Petugas Non Medis</li> </ol>
9.	Pengawasan internal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supervisi atasan langsung;</li> <li>2. Di lakukan Oleh Satuan Pengawas Internal ( SPI</li> </ol>

		)
10.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	<p>Pengaduan, saran, dan masukan dapat disampaikan secara tertulis melalui surat yang ditujukan kepada:</p> <p><b>RSUD SIM Kabupaten Nagan Raya</b>  Jln. Nasional Ujong fatihah KabupatenNagan Raya,</p> <p>Menyampaikan pengaduan, saran, dan masukan langsung melalui</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Email: <a href="mailto:rsudsim@naganrayakab.go.id">rsudsim@naganrayakab.go.id</a>, <a href="mailto:rsudsim@gmail.com">rsudsim@gmail.com</a></li> <li>• Telp: (0655) 7141059</li> <li>• Faks: (0655) 7141060</li> <li>• SMS/WhatsApp: 0822-7462-5825</li> <li>• Kotak saran</li> <li>• Petugas informasi dan pengaduan</li> <li>• Website: <a href="https://rsudsim.naganrayakab.go.id/">https://rsudsim.naganrayakab.go.id/</a></li> <li>• Instagram: <a href="https://www.instagram.com/rsud_sultaniskandarmuda/">https://www.instagram.com/rsud_sultaniskandarmuda/</a></li> </ul>
11.	Jumlah pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penanggung Jawab Ruang ICU : 1 Orang</li> <li>2. Kepala Ruang ICU : 1 Orang</li> <li>3. Wakil Ka Ruang ICU : 1 Orang</li> <li>4. Perawat Pelaksana : 14 Orang</li> <li>5. Petugas Administrasi : 2 Orang</li> <li>6. Petugas Non Medis : 2 Orang</li> </ol>
12.	Jaminan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adanya SPM</li> <li>2. Adanya SPO</li> <li>3. Sarana prasarana mendukung</li> <li>4. Kepastian Persyaratan</li> <li>5. Kepastian Biaya</li> <li>6. SDM yang Kompeten</li> <li>7. Akreditasi Tahun 2018 : Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 dan mendapatkan predikat lulus “ Tingkat Pratama” Dari KARS</li> </ol>
13.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<p>Jaminan Keamanan : Pemenuhan Hak Pasien</p> <p>Jaminan Keselamatan : Pelaksanaan Pasien Safe</p>
14.	Evaluasi kinerja Pelaksana	<p>Evaluasi Kinerja Pelayanan dilakukan melalui Evaluasi Standar Pelayanan Minimal RS dengan Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama, &lt; 72 jam</li> <li>2. Pemberi Pelayanan Unit Intensif : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Dokter Spesialis anastesi/ dokter spesl sesuai kasus</li> <li>b. Perawat SI dan D3 dgn sertifikat mahir ICU</li> </ol> </li> </ol>

		<p>c. Ketersediaan Tempat Tidur dengan Monitor/Ventilatr</p> <p>d. Kepatuhan Terhadap Hand Higiene</p> <p>e. Kejadian Infeksi Nasokomial</p> <p>f. Kepuasan Pelanggan.</p>
--	--	--

### 3. STANDAR PELAYANAN INSTALASI BEDAH SENTRAL (IBS)

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional;</li> <li>2. Undang-Undang Republik Indonesia Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;</li> <li>3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan;</li> <li>4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;</li> <li>5. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1996 Tentang Tenaga Kesehatan;</li> <li>6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Tekhnis Pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah.</li> <li>7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;</li> <li>8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/menkes/per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;</li> <li>9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 779/menkes/SK/VIII/2008 Tentang Standar Pelayanan Anastesi di Rumah Sakit;</li> <li>10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 Tentang standar Tekhnis Pemeliharaan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;</li> <li>11. Qanun Kabupaten Nagan Raya Nomor 6 Tahun 2018 tentang Tarif Retribusi Jasa Umum Daerah Kabupaten Nagan Raya;</li> <li>12. Peraturan Bupati Nagan Raya Nomor 1 Tahun 2018 tentang Susunan Organisasi, dan Tata Kerja RSUD Kabupaten Nagan Raya.</li> </ol>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>Untuk semua Pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas Rumah Sakit yang terkait ( IGD,VK, Ruang, Poli Klinik) Mendaftarkan Pasien Yang akan di Operasi terlebih dahulu ke IBS,</li> </ol>

		<p>2. Untuk Kelengkapan Data Pasien yang akan di Operasi adalah sebagai berikut;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Rekam Medis Pasien</li> <li><i>Inform Concern</i> (Surat pernyataan Operasi)</li> <li>Hasil Pemeriksaan Penunjang Lengkap</li> <li>Rekomendasi dari dokter Anastesi.</li> <li>Pasien diharuskan puasa minimal : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Liquid / air putih 2 jam</li> <li>- Teh / susu 4 Jam</li> <li>- Makanan Padat 6 Jam</li> </ul> </li> </ol>
3.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	 <pre> graph TD     A[Pasien Datang dan masuk ke IGD, VK, Rawat Inap] -- 1. --&gt; B[Psien masuk ke ruang persiapan IBS, R.OP 1, R.OP 2, R.OP 3]     B -- 2. --&gt; C[Pasien masuk ke ruang Pulih Sadar, dan setelah sadar masuk ke Rawat inap/ICU]     C -- 3. --&gt; D[Pengurusan Administrasi, Apakah Pasien Pulang/Rujuk ke RS yang lebih Tinggi]   </pre>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien dari IGD, Poliklinik, dan Ruangan yang akan dioperasi masuk ke Ruang Operasi.</li> <li>Petugas IBS mengecek kembali persiapan baik identitas pasien peralatan dari ruangan.</li> <li>Pasien di bawa masuk ke ruang operasi</li> <li>Selesai tindakan Pasien di bawa ke Ruang Pulih sadar.</li> <li>Setelah dari Ruang pulih sadar pasien di kirim kembali ke ruang rawat inap atau ICU bila ada indikasi.</li> </ol>
4.	Waktu pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>Operasi Elektif (direncanakan) pada jam kerja :        Senin- kamis : Pukul 08.00 – 16.00 wib        Jumat : Pukul 08.00 – 11.00 wib</li> <li>Operasi Emergency : 24 jam</li> </ol>
5.	Biaya/tarif	<ol style="list-style-type: none"> <li>Untuk Pasien Umum sesuai dengan Qanun Retribusi Daerah Kabupaten Nagan Raya Nomor 6 Tahun 2018</li> <li>Untuk Pasien BPJS , Sesuai Permenkes RI No.64 Tahun2016 Tentang Standar Tarif</li> </ol>

		Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
6.	Produk pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bedah Umum</li> <li>2. Bedah Obgyn (Obstetri ginekologi)</li> <li>3. Bedah THT</li> <li>4. Bedah Mata</li> <li>5. Bedah Paru</li> </ol>
7.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ruang Pendaftaran</li> <li>2. Ruang Pre OP/Ruang Persiapan</li> <li>3. Ruang Pemulihan Sadar</li> <li>4. Ruang Induksi</li> <li>5. Ruang Teater/Kamar operasi</li> <li>6. Ruang Depo Farmasi</li> <li>6. Ruang Istirahat Dokter/Perawat</li> </ol>
8.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokter Spesialis Bedah</li> <li>2. Dokter Spesialis Anastesi</li> <li>3. Dokter spesialis Obsgyn</li> <li>4. Dokter spesialis Mata</li> <li>5. Dokter spesialis Paru</li> <li>6. Dokter spesialis THT</li> <li>7. Perawat Pelaksana</li> <li>8. Perawat Anastesi</li> <li>9. Petugas Farmasi</li> <li>10. Petugas Administrasi</li> <li>11. Petugas Non Medis</li> </ol>
9.	Pengawasan internal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supervisi atasan langsung;</li> <li>2. Di lakukan Oleh Satuan Pengawas Internal ( SPI )</li> </ol>
10.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	<p>Pengaduan, saran, dan masukan dapat disampaikan secara tertulis melalui surat yang ditujukan kepada:</p> <p><b>RSUD SIM Kabupaten Nagan Raya</b>  Jln. Nasional Ujong fatihah KabupatenNagan Raya,  Menyampaikan pengaduan, saran, dan masukan langsung melalui</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Email: <a href="mailto:rsudsim@naganrayakab.go.id">rsudsim@naganrayakab.go.id</a>, <a href="mailto:rsudsim@gmail.com">rsudsim@gmail.com</a></li> <li>• Telp: (0655) 7141059</li> <li>• Faks: (0655) 7141060</li> <li>• SMS/WhatsApp: 0822-7462-5825</li> <li>• Kotak saran</li> <li>• Petugas informasi dan pengaduan</li> <li>• Website: <a href="https://rsudsim.naganrayakab.go.id/">https://rsudsim.naganrayakab.go.id/</a></li> <li>• Instagram: <a href="https://www.instagram.com/rsud_sultaniskandarmuda/">https://www.instagram.com/rsud_sultaniskandarmuda/</a></li> </ul>
11.	Jumlah pelaksana	1. Dokter Spesialis Bedah : 2 Orang

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Dokter Spesialis Anestesi : 1 Orang</li> <li>3. Dokter spesialis Obsgyn : 3 Orang</li> <li>4. Dokter spesialis Mata : 2 Orang</li> <li>5. Dokter spesialis Paru : 1 Orang</li> <li>6. Dokter spesialis THT : 1 Orang</li> <li>7. Perawat Pelaksana : 36 Orang</li> <li>8. Perawat Anestesi : 4 Orang</li> <li>9. Petugas Farmasi : 2 Orang</li> <li>10. Petugas Administrasi : 2 Orang</li> <li>11. Petugas Non Medis : 3 Orang</li> </ol>
12.	Jaminan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adanya SPM</li> <li>2. Adanya SPO</li> <li>3. Sarana prasarana mendukung</li> <li>4. Kepastian Persyaratan</li> <li>5. Kepastian Biaya</li> <li>6. SDM yang Kompeten</li> <li>7. Akreditasi Tahun 2018 : Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 dan mendapatkan predikat lulus “Tingkat Pratama” Dari KARS</li> </ol>
13.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<p>Jaminan Keamanan : Pemenuhan Hak Pasien</p> <p>Jaminan Keselamatan : Pelaksanaan Pasien Safeti</p>
14.	Evaluasi kinerja Pelaksana	<p>Evaluasi Kinerja Pelayanan dilakukan melalui Evaluasi Standar Pelayanan Minimal RS dengan Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu Tunggu Operasi Elektif</li> <li>2. Kejadian Kematian di meja Operasi</li> <li>3. Tidak adanya kejadian Operasi salah sisi</li> <li>4. Tidak adanya kejadian Operasi Salah Orang</li> <li>5. Tidak adanya Kejadian salah tindakan pada Operasi</li> <li>6. Tidak adanya Kejadian Ketinggalan benda asing pada tubuh pasien</li> <li>7. Komplikasi Anestesi karena overdosis, Reaksi anestesi dan salah penempatan Endotracheal Tube</li> </ol>

#### 4. STANDAR PELAYANAN UNIT PEMULASARAN JENAZAH

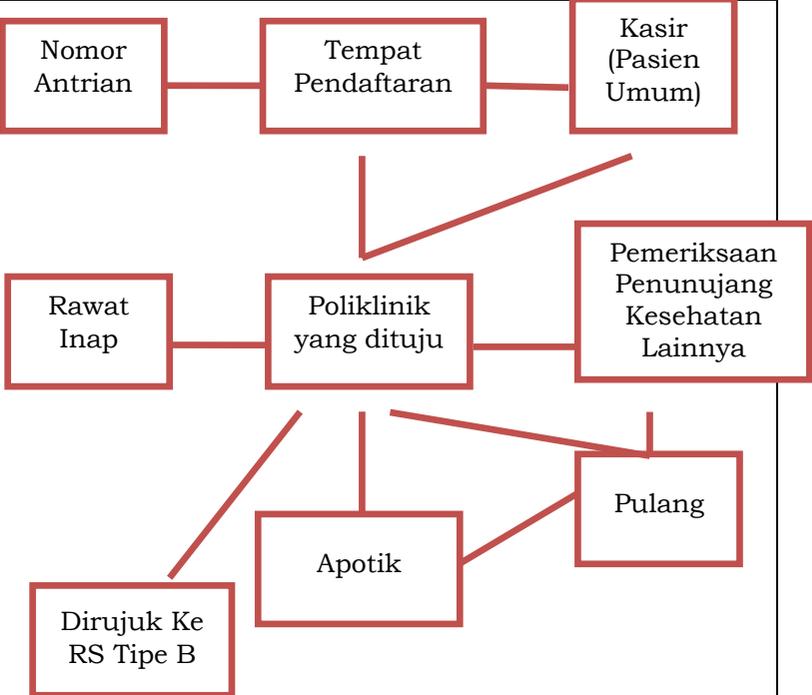
NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;</li> <li>2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;</li> <li>3. Keputusan menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor1204/MENKES/KES/SK/X/2004</li> </ol>

		<p>Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Undang Nomor 29 tahun 2004 Tentang Praktek kedokteran (Lembaga Negara tahn 2004 Nomor 116 ,Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431)</li> <li>5. Peraturan Mentri Kesehan Nomor 012 Tahun 2012 Tentang Akreditasi Rumah Sakit</li> </ol>
2.	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jenazah pasienrawat inap</li> <li>2. Jenazah pasien IGD</li> <li>3. Surat kematian</li> <li>4. Memberitaukan kepada keluarga jenazah tentang hal hal dan maksud tindkan yang akan dilakukan.</li> </ol>
3.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga atau penanggung jawab mengisi dan menandatangani surat permohonan yang sudah disediakan</li> <li>2. Keluaga atau penanggung jawab menyelesaikan administrasi / pembayaran jenazah</li> <li>3. Keluarga menyerahkan bukti penyelesaian administrasi kepada petugas kamar jenazah</li> <li>4. Keluarga menunggu di ruang tunggu kamar jenazah selama proses pemulasaran jenazah</li> <li>5. Jenazah dibawa pulang.</li> </ol>
4.	Jangka waktu penyelesaian	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jenazah Dewasa , Anak anak ,Bayi :30 menit</li> <li>2. Evaluasi dari kamar jenazah ke mobil jenazah : 15 menit</li> </ol>
5.	Biaya/tarif	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tarif pelayana BPJS berdasarkan INA CBG</li> <li>2. PERDA Tentang tarif pelayan pasien umum.</li> </ol>
6.	Produk pelayanan	Pelayanan kamar jenazah
7.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ruang visum</li> <li>2. Ruang tunggu</li> <li>3. Ruang administrasi</li> <li>4. Ruang pendingin</li> </ol>
8.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokter Umum</li> <li>2. Kepala Instalasi</li> <li>3. Perawat pelaksana</li> <li>4. Tenaga non medis bagian ADM</li> <li>5. Cleaning service</li> </ol>
9.	Pengawasan internal	Dilakukan oleh atasan langsung
10.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengaduan, saran, dan masukan dapat disampaikan secara tertulis melalui surat yang ditujukan kepada:  <b>RSUD SIM Kabupaten Nagan Raya</b>  Jln. Nasional Ujong fatihah KabupatenNagan Raya,</li> </ol>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Menyampaikan pengaduan, saran, dan masukan langsung melalui</li> </ol>

		Telepon : 0655- 7141059 Fax : 0655- 7141060 Email : rsudsim@naganrayakab.co.id
11.	Jumlah pelaksana	1. Dokter Umum 1 orang 2. Perawat pelaksana 3 orang 3. ADM 1 orang
12.	Jaminan pelayanan	1. Adanyakebijakan 2. Adanya SOP 3. Adanya Panduan 4. Kepastian persyaratan 5. Kepastian biaya 6. SDM yang kompeten dibidannya 7. Tersedianya sarana dan prasarana pendukung.
13.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yg sesuai dengan SOP serta didukung oleh petugas yg berkompoten dibidannya.
14.	Evaluasi kinerja Pelaksana	Evaluasi berdasarkan pengawasan atasan langsung terkait kinerja dan kedisiplinan.

## 5. STANDAR PELAYANAN UNIT REKAM MEDIS

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	1. Undang undang tenaga kesehatan Pasal 2 (Lembaran Negara tahun 1963 Nomor.78 ) 2. Peraturan pemerintah Nomor . 10 tahun 1966 tentang wajib simpan rahasia Kedokteran. 3. Peraturan pemerintah Nomor. 32 tahun 1966 tentang tenaga Rekam Medis 4. Undang undang Nomor 25 tahun 2009 tentang pelayanan publik 5. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 749a /Menkes/PER/XII/1989 Tentang pedoman penyelenggaraan Rekam Medis di Rumah Sakit. 6. Permenkes RI Nomor 575/MENKES/per/IX/1989 tentang persetujuan tindakan Medis.
2.	Persyaratan Pelayanan	a. Pasien membawa berkas sesuai dengan prosedur pelayanan. b. Pasien Jaminan : kartu KIS,ASKES,Surat rujukan dari Puskesmas /Klinik /Dokter pribadi / Antara Rumah Sakit setempat . c. Pasien Umum : Dapat langsung mendaftar dengan menunjukkan KTP.

3.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	 <pre> graph TD     A[Nomor Antrian] --&gt; B[Tempat Pendaftaran]     B --&gt; C[Kasir (Pasien Umum)]     B --&gt; D[Poliklinik yang dituju]     D --&gt; E[Rawat Inap]     D --&gt; F[Pemeriksaan Penunjang Kesehatan Lainnya]     D --&gt; G[Apotik]     G --&gt; H[Dirujuk Ke RS Tipe B]     G --&gt; I[Pulang]   </pre> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengambil nomor antrian</li> <li>2. Pasien ketempat pendaftaran menunggu antrian untuk pengambilan SEP</li> <li>3. Pasien menuju ke poliklinik yang dituju</li> <li>4. Pasien menunggu pemeriksaan dokter sesuai dengan nomor urut di poliklinik yang di tuju</li> <li>5. Setelah mendapatkan pelayanan pasien langsung keapotik untuk pengambilan obat</li> <li>6. Apabila pasien memerlukan perawatan lebih lanjut maka pasien dikirim ke ruang rawatan</li> </ol>
4.	Jangka waktu penyelesaian	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dalam melayani 1 pasien membutuhkan waktu 2 menit untuk melakukan registrasi</li> <li>2. Berkas pasien diantar ke poliklinik yg dituju membutuhkan waktu 2 menit.</li> </ol>
5.	Biaya/tarif	Pasien yg menggunakan Jaminan tidak dipungut biaya
6.	Produk pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyediakan data dan berkas pasien rawat jalan</li> <li>2. Menyediakan data dan berkas pasien rawat inap</li> </ol>
7.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	<p>Ruang ber-AC, meja, kursi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Komputer dengan akses internet</li> <li>- Printer</li> <li>- Tempat pendaftaran rawat jalan dan rawat inap</li> <li>- Tempat pengolahan data pasien rawat inap dan rawat jalan</li> <li>- Tempat pembuatan berkas Rekam Medis</li> <li>- Tempat penyimpanan berkas</li> <li>- Formulir Rekam Medis</li> <li>- Rak Arsip</li> </ul>
8.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SDM yang memiliki pengetahuan di Rekam medis</li> <li>2. Pendidikan D3 Rekam medis</li> <li>3. SDM yang memiliki ketrampilan komunikasi dan dapat menyampaikan informasi secara</li> </ol>

		<p>lengkap terbuka, bertanggung jawab, serta santun kepada pasien dan semua staf</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Dapat mengoperasikan komputer</li> <li>5. SMA hanya buat distribusi berkas Rekam Medis ke semua poli</li> </ol>
9.	Pengawasan internal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengawasan internal dilakukan oleh atasan langsung di unit kerja masing masing</li> <li>2. Pengawasan internal koordinator unit dilakukan oleh kepala instalasi rekam medis.</li> </ol>
10.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	<p>Pengaduan, saran, dan masukan dapat disampaikan secara tertulis melalui surat yang ditujukan kepada:</p> <p><b>Manajemen Rumah Sakit Sultan Iskandar Muda Kabupaten Nagan Raya</b>  Jln.nasional (melaboh-tapak tuan) ujong patihah kecamatan kuala KabupatenNagan Raya,</p>
		<p>Menyampaikan pengaduan, saran, dan masukan langsung melalui</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Email: <a href="mailto:rsudsim@naganrayakab.go.id">rsudsim@naganrayakab.go.id</a>, <a href="mailto:rsudsim@gmail.com">rsudsim@gmail.com</a></li> <li>• Telp: (0655) 7141059</li> <li>• Faks: (0655) 7141060</li> <li>• SMS/WhatsApp: 0822-7462-5825</li> <li>• Kotak saran</li> <li>• Petugas informasi dan pengaduan</li> <li>• Website: <a href="https://rsudsim.naganrayakab.go.id/">https://rsudsim.naganrayakab.go.id/</a></li> <li>• Instagram: <a href="https://www.instagram.com/rsud_sultanskandarmuda/">https://www.instagram.com/rsud_sultanskandarmuda/</a></li> </ul>
11.	Jumlah pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 orang kepala ruangan lulusan Rekam medis</li> <li>2. 4 orang Staf lulusan rekam medis</li> <li>3. 7 staf lulusan SKM</li> <li>4. 3 Orang staf lulusan SMA</li> </ol>
12.	Jaminan pelayanan	Data dan berkas Rekam Medis pasien diberikan dengan cepat, tepat, lengkap dan dapat dipertanggung jawabkan.
13.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Data dan berkas rekam medis yang diberika dijamin keabsahan dan kerahasiaan nya.
14.	Evaluasi kinerja Pelaksana	Evaluasi berdasarkan pengawasan atasan langsung terkait kinerja dan kedisiplinan.

## 6. STANDAR PELAYANAN FARMASI

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2006 tentang kesehatan</li> <li>2. Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;</li> <li>3. Undang-Undang Nomor 36 tentang Tenaga Kesehatan;</li> <li>2. Peraturan Pemerintah Nomor 72 tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan;</li> <li>3. Permenkes Nomor 34 tahun 2016 tentang Perubahan atas Permenkes no 58 tahun 2018 tentang Standar Kefarmasian di Rumah Sakit;</li> <li>4. Peraturan Pemerintah Nomor 101 tahun 2014 tentang Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun;</li> <li>5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 63 tahun 2014 tentang Pengadaan Obat Berdasarkan E-Catalog Elektronik(E-Catalogue);</li> <li>6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 33 tahun 2017 tentang Monitoring dan Evaluasi Terhadap Perencanaan,Pengadaan Berdasarkan Katalog Elektronik dan Pemakaian Obat;</li> <li>7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian diRumah Sakit;</li> <li>8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 tahun 2015 tentang Peredaran,Penyimpanan,Pemusnahan dan Pelaporan Narkotika,Psikotropika dan pekusor Farmasi;</li> <li>9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/659/2017 TENTANG Formularium Nasional;</li> <li>10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;</li> </ol>
2.	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persyaratan adminitrasi               <ol style="list-style-type: none"> <li>a.nama,umur,jenis kelamin,dan berat badan pasien</li> <li>b.nama dan paraf dokter</li> <li>c.tanggal resep</li> <li>d.ruangan/unit dasar resep</li> </ol> </li> <li>2. persyaratan farmasetik               <ol style="list-style-type: none"> <li>a.bentuk dan kekuatan obat</li> <li>b.dosis dan jumlah obat</li> <li>c.stabilitas dan ketersediaan</li> <li>d.aturan dan cara penggunaan</li> <li>e.inkompatibilitas(ketidak campuran obat)</li> </ol> </li> <li>3. persyaratan klinis               <ol style="list-style-type: none"> <li>a.ketepatan indikasi,dosis,dan waktu penggunaan obat</li> </ol> </li> </ol>

		<p>b.duplikasi pengobatan</p> <p>c.alergi,interaksi dan efek samping obat</p> <p>d.kontra indikasi</p> <p>e.efek adiktif</p>
3.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	<pre> graph TD     A[Pasien Mengantri obat di apotik dalam yang telah di input oleh petugas poli melalui aplikasi E Resep] --&gt; B[Resep diverifikasi oleh apoteker]     B --&gt; C[Jika da yang tidak jelas dikonfirmasi kembali kepada dokter penulis resep]     C --&gt; D[Setelah selesai konfirmasi]     D --&gt; E[Resep diserahkan kepda TTK untuk pengambilan obat]     E --&gt; F[Obat diberi label etiket]     F --&gt; G[Obat dicek kembali kelengkapannya oleh apoteker]     G --&gt; H[Obat dierahkan kepada pasien dengan memberikan informasi obat lengkapnya kepada pasien tentang penggunaan obat pasien]     H --&gt; I[Pasien pulang membawa obat]   </pre>

NO	KOMPONEN	URAIAN
4.	Jangka waktu penyelesaian	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Untuk pengerjaan obat jadi waktu pengerjaan 15 menit</li> <li>- Untuk pengerjaan obat racik waktu pengerjaan 30 menit</li> </ul>
5.	Biaya/tarif	BPJS
6.	Produk pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obat Jadi</li> <li>2. Obat Racik</li> </ol>

7.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ruang ber-AC, meja, kursi</li> <li>2. Komputer dengan akses internet</li> <li>3. Printer</li> <li>4. Rak obat</li> <li>5. Lemari es untuk obat</li> <li>6. Lemari obat</li> </ol>
8.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. SDM yang memiliki pengetahuan dan mengikuti pelatihan tentang kefarmasian</li> <li>b. Petugas farmasi wajib memiliki STR</li> </ol>
9.	Pengawasan internal	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Supervisi atasan langsung;</li> <li>3. Dilakukan sistem pengendalian internal</li> <li>4. Dilaksanakan secara terus menerus</li> </ol>
10.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	<p>Pengaduan, saran, dan masukan dapat disampaikan secara tertulis melalui surat yang ditujukan kepada:</p> <p><b>Rumah Sakit Umum Sultan Iskandar Muda</b>  Jln. Nasional (Meulaboh –Tapak Tuan)ujung Patihah kec,kuala, KabupatenNagan Raya,</p> <p>Menyampaikan pengaduan, saran, dan masukan langsung melalui</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Email: <a href="mailto:rsudsim@naganrayakab.go.id">rsudsim@naganrayakab.go.id</a>, <a href="mailto:rsudsim@gmail.com">rsudsim@gmail.com</a></li> <li>• Telp: (0655) 7141059</li> <li>• Faks: (0655) 7141060</li> <li>• SMS/WhatsApp: 0822-7462-5825</li> <li>• Kotak saran</li> <li>• Petugas informasi dan pengaduan</li> <li>• Website: <a href="https://rsudsim.naganrayakab.go.id/">https://rsudsim.naganrayakab.go.id/</a></li> <li>• Instagram: <a href="https://www.instagram.com/rsud_sultanskandarmuda/">https://www.instagram.com/rsud_sultanskandarmuda/</a></li> </ul>
11.	Jumlah pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepala ruangan 1</li> <li>2. Apotek <ol style="list-style-type: none"> <li>a.ttk 11</li> <li>b.admin 2</li> <li>c.porter 2</li> </ol> </li> <li>3. Depo igd <ol style="list-style-type: none"> <li>a.apoteker 1</li> <li>b.ttk 8</li> </ol> </li> <li>4. depo ok 4</li> <li>5. gudang farmasi</li> </ol>
12.	Jaminan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.waktu tunggu pelayanan obat tepat waktu</li> <li>2.penulisan resep sesuai formularium</li> <li>3.kepuasan pelanggan</li> </ol>

13.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
14.	Evaluasi kinerja Pelaksana	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 1 kali dalam setahun, kemudian dilakukan untuk peningkatan mutu pelayanan.

## 7. STANDAR PELAYANAN UNIT TRANFUSI DARAH

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2006 tentang kesehatan;</li> <li>2. Peraturan pemerintah Nomor 18 Tahun 1980 tentang Transfusi Darah;</li> <li>3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor :1178/Menkes/PERATURAN/X/1990 TENTANG Upaya Kesehatan di Bidang Transfusi Darah; or :1178/Menkes/Per/X/1990 tentang Upaya Kesehatan dibidang Pelayanan Medik;</li> <li>4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor:423/Menkes/SK/IV/2007 tentang Kebijakan Peningkatan Kualitas dan Akses Pelayanan Darah;</li> <li>5. Peraturan Pemerintah No.7 Tahun 2011 tentang Pelayanan Darah;</li> <li>6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 83 tahun 2014 tentang UTDRS,BDRS,dan jejaring Pelayanan Darah;</li> <li>7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 91 tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Transfusi Darah;</li> <li>8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 92 tahun 2015 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Program Kerjasama Antara Puskesmas ,Unit Transfusi Darah,dan Rumah Sakit Dalam Pelayanan Darah Untuk Menurunkan Angka Kematian Ibu;</li> <li>9. Surat Keputusan BPOM Nomor :10 Tahun 2017 tentang CPOB untuk UTD dan pusat plasmapheris;</li> </ol>
2.	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Setiap permintaan darah harus berdasarkan permintaan dokter;</li> <li>b. Pelayanan transfusi darah harus selalu berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien</li> <li>c. Dokter DPJP bertugas memutuskan pemberian,pengawasan dan pemeriksaan lebih lanjut</li> <li>d. Sebelum melakukan transfusi darah,pasien harus melalui serangkaian pemeriksaan kelayakan(golongan darah dan crossmatch)</li> </ol>

		<p>e. Pada pelaksanaan transfusi darah hendaknya dilaksanakan secara aman dan meminimalkan resiko transfusi</p> <p>f. Permintaan darah yang diajukan ke UTDRS harus ditulis dengan lengkap serta disertai sampel darah, ditandatangani oleh dokter yang merawat (DPJP), apabila tidak ada dokter yang merawat dapat diwakilkan dengan dokter jaga diruangan</p> <p>g. Setiap darah stok yang didapatkan dari donor sukarela wajib diganti dengan darah pengganti keluarga sesuai ketentuan yang berlaku</p>
3.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	<pre> graph TD     A[Rekrutmen donor] --&gt; B[Seleksi donor]     B --&gt; C[Pengambilan darah donor]     C --&gt; D[Pemeriksaan laboratorium darah : uji gol, darah donor, uji saring IMLTD, uji saring anti bodi donor]     D --&gt; E[Pengolahan komponen darah]     E --&gt; F[Penyimpanan darah di UTD]     F --&gt; G[Permintaan darah dari BDRS]     G --&gt; H[Distribusi darah dari UTD]     H --&gt; I[Pemeriksaan laboratorium darah : uji gol, darah pasien dan donor uji silang serasi, uji saring anti bodi pasien]     I --&gt; J[Pemberian darah kepada pasien]     J --&gt; K[Monitoring pasien selama proses transfusi]     K --&gt; L[Monitoring pasien pasca transfusi]     L --&gt; M[Evaluasi /audit proses transfusi] </pre> <p>The flowchart illustrates the following steps in the blood transfusion process:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Rekrutmen donor</li> <li>Seleksi donor</li> <li>Pengambilan darah donor</li> <li>Pemeriksaan laboratorium darah : uji gol, darah donor, uji saring IMLTD, uji saring anti bodi donor</li> <li>Pengolahan komponen darah</li> <li>Penyimpanan darah di UTD</li> <li>Permintaan darah dari BDRS</li> <li>Distribusi darah dari UTD</li> <li>Pemeriksaan laboratorium darah : uji gol, darah pasien dan donor uji silang serasi, uji saring anti bodi pasien</li> <li>Pemberian darah kepada pasien</li> <li>Monitoring pasien selama proses transfusi</li> <li>Monitoring pasien pasca transfusi</li> <li>Evaluasi /audit proses transfusi</li> </ol>

NO	KOMPONEN	URAIAN
4.	Jangka waktu penyelesaian	1. Untuk pengerjaan darah WB(whoole blood) membutuhkan waktu pengerjaan 1 jam 2. Untuk pengerjaan darah PRC(pachet red cell) membutuhkan waktu pengerjaan 1 x 24 jam,baru darah PRC bisa ditransfusikan
5.	Biaya/tarif	BPJS
6.	Produk pelayanan	1. Rekrutmen donor 2. Pengambilan darah donor 3. Pemeriksaan laboratorium darah :uji gol darah,uji saring IMLTD
7.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	a. Ruang ber-AC, meja, kursi Komputer dengan akses internet Printer a. Blood Bank b. Kursi pendonor
8.	Kompetensi Pelaksana	1. SDM yang memiliki pengetahuan dan mengikuti pelatihan dibidang transfusi darah yang diselenggarakan oleh palang merah indonesia dan pemerintah 2. Petugas UTDRS wajib memiliki STR
9.	Pengawasan internal	1. Supervisi atasan langsung; 2. Dilakukan sistem pengendalian internal 3. Dilaksanakan secara terus menerus
NO.	KOMPONEN	URAIAN
10.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	Pengaduan, saran, dan masukan dapat disampaikan secara tertulis melalui surat yang ditujukan kepada: <b>Rumah Sakit Umum Sultan Iskandar Muda</b> Jln. Nasional (Meulaboh –Tapak Tuan)ujung Patihah kec,kuala, KabupatenNagan Raya,  Menyampaikan pengaduan, saran, dan masukan langsung melalui <ul style="list-style-type: none"> <li>• Email: <a href="mailto:rsudsim@naganrayakab.go.id">rsudsim@naganrayakab.go.id</a>, <a href="mailto:rsudsim@gmail.com">rsudsim@gmail.com</a></li> <li>• Telp: (0655) 7141059</li> <li>• Faks: (0655) 7141060</li> <li>• SMS/WhatsApp: 0822-7462-5825</li> <li>• Kotak saran</li> <li>• Petugas informasi dan pengaduan</li> <li>• Website: <a href="https://rsudsim.naganrayakab.go.id/">https://rsudsim.naganrayakab.go.id/</a></li> <li>• Instagram: <a href="https://www.instagram.com/rsud_sultaniskandarmuda/">https://www.instagram.com/rsud_sultaniskandarmuda/</a></li> </ul>

11.	Jumlah pelaksana	1 (satu) kepala ruangan,2 (dua) admin,1 (satu)petugas amprahan,11 (sebelas) pelaksana UTDRS
12.	Jaminan pelayanan	Kebutuhan darah bagi setiap pelyanan transfusi terpenuhi
13.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Kejadian reaksi transfusi tidak terjadi
14.	Evaluasi kinerja Pelaksana	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 1 kali dalam setahun,kemudian dilakukan untukpeningkatan mutu pelayanan.

## 8. STANDAR PELAYANAN UNIT LABORATORIUM

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2006 tentang Kesehatan;</li> <li>2. Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit ;</li> <li>3. KMK No 364 tahun 2003 tentang Laboratorium Kesehatan;</li> <li>4. Permenkes No. 411 /MENKES/PER/III/2010 tentang Standar Nasional Pelayanan Laboratorium</li> <li>5. KMK No.370 tahun 2007 tentang Standar Profesi Ahli Teknlogi Laboratorium Kesehatan;</li> <li>6. KMK No.432 tahun 2007 tentang Pedoman Manajemen K3 di Rumah Sakit;</li> <li>7. KMK No.298 tahun 2008 tentang Pedoman Akreditasi Laboratorium di Rumah Sakit;</li> <li>8. KMK No.1087 tahun 2010 tentang K3 di Rumah Sakit;</li> </ol>
2.	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tahap pre-analitik <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pemahaman instruksi dan pengisian form laboratorium</li> <li>b. Persiapan penderita</li> <li>c. Persiapan alat</li> <li>d. Pengambilan sampel</li> <li>e. Penanganan awal dan transportasi sampel</li> </ol> </li> <li>2. Tahap analitik <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Peralatan laboratorium</li> <li>b. Metode pemriksaan</li> <li>c. Pemilihan reagensia</li> <li>d. Sumber daya manusia</li> </ol> </li> <li>3. Tahap pasca analitik <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Penulisan hasil pemeriksaan</li> </ol> </li> <li>4. Pelaporan insiden keselamatan pasien</li> <li>5. Analisis matriks grading resiko</li> </ol>

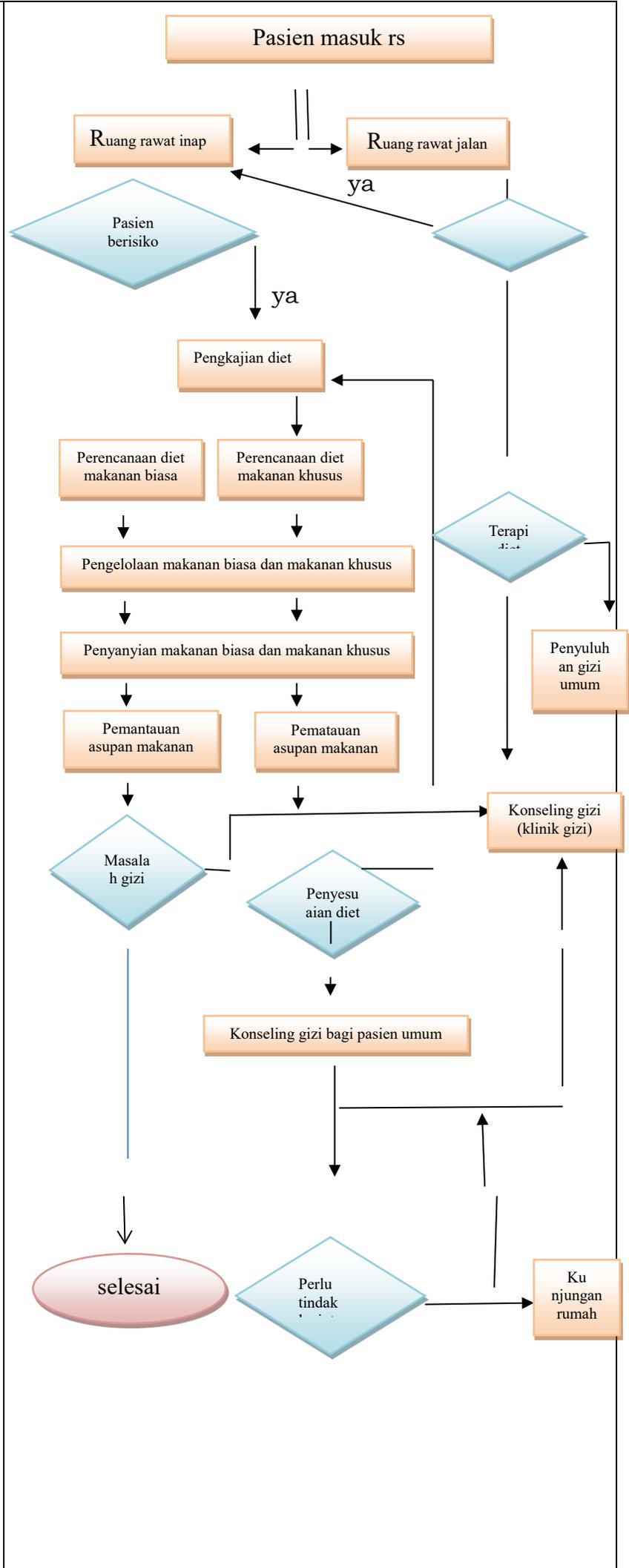
		6. Root cause analysis/RCA/Anlisis akar masalah
3.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	<pre> graph TD     PU[PASIEN UMUM] --&gt; RR[RUANG RESEPSIONIS]     PBPJS[PASIEN BPJS] --&gt; RR     RR --&gt; RS1[RUANG SAMPLING]     RS1 --&gt; RS2[RUANG SAMPLING]     RS2 --&gt; HL[HASIL LAB]     RS2 --&gt; L[1. RUANG KIMIA KLINIK 2. RUANG HEMATOLOGI 3. RUANG SERO/IMUNO 4. RUANG PARASITOLOGI 5. RUANG URINALISA] </pre>
NO	KOMPONEN	URAIAN
4.	Jangka waktu penyelesaian	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk pengerjaan darah rutin membutuhkan waktu pengerjaan 30 menit</li> <li>2. Untuk pengerjaan kimia klinik membutuhkan waktu pengerjaan 120 menit</li> </ol>
5.	Biaya/tarif	BPJS
6.	Produk pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan urine</li> <li>2. Pemeriksaan feces</li> <li>3. pemeriksaan cairan otak</li> <li>4. pemeriksaan transudat/eksudat</li> <li>5. pemeriksaan hematologi</li> <li>6. pemeriksaan imunologi klinik</li> <li>7. pemeriksaan mikrobiologi klinik</li> <li>8. pemeriksaan kimia klinik</li> <li>9. pemeriksaan faalklinik</li> </ol>
7.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ruang ber-AC, meja, kursi</li> <li>b. Komputer dengan akses internet</li> <li>c. Printer</li> <li>d. Alat kimiwa klinik</li> <li>e. Alat pemeriksaan darah rutin</li> <li>f. Mikroskop</li> <li>g. Kulkas pendingin</li> </ol>
8.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SDM yang terampil dan kompeten dalam pemeriksaan laborataorium</li> <li>2. Petugas ATLM wajib memiliki STR</li> </ol>
9.	Pengawasan internal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Supervisi atasan langsung;</li> <li>- Dilakukan sistem pengendalian internal</li> <li>- Dilaksanakan secara terus menerus</li> </ul>

NO.	KOMPONEN	URAIAN
10.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	<p>Pengaduan, saran, dan masukan dapat disampaikan secara tertulis melalui surat yang ditujukan kepada:</p> <p><b>Rumah Sakit Umum Sultan Iskandar Muda</b>  Jln. Nasional (Meulaboh –Tapak Tuan)ujung Patihah kec,kuala, KabupatenNagan Raya,</p> <p>Menyampaikan pengaduan, saran, dan masukan langsung melalui</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Email: <a href="mailto:rsudsim@naganrayakab.go.id">rsudsim@naganrayakab.go.id</a>, <a href="mailto:rsudsim@gmail.com">rsudsim@gmail.com</a></li> <li>• Telp: (0655) 7141059</li> <li>• Faks: (0655) 7141060</li> <li>• SMS/WhatsApp: 0822-7462-5825</li> <li>• Kotak saran</li> <li>• Petugas informasi dan pengaduan</li> <li>• Website: <a href="https://rsudsim.naganrayakab.go.id/">https://rsudsim.naganrayakab.go.id/</a></li> <li>• Instagram: <a href="https://www.instagram.com/rsud_sultaniskandarmuda/">https://www.instagram.com/rsud_sultaniskandarmuda/</a></li> </ul>
11.	Jumlah pelaksana	1 (satu) kepala ruangan,1 (satu) dokter patologi klinik,2 (dua) admin,1 (satu)petugas amprahan,17 (tujuh belas) pelaksana laboratorium.
12.	Jaminan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium tepat waktu</li> <li>2. pelaksana ekspetisi hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol>
13.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
14.	Evaluasi kinerja Pelaksana	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 1 kali dalam setahun kemudian dilakukan perbaikan untukpeningkatan mutu pelayanan.

## 9. STANDAR PELAYANAN UNIT INSTALASI GIZI

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	9. Undang-Undang No. 23 tahun 1993 tentang Kesehatan; 10. Undang-Undang No. 8 tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen; 11. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1333 tahun 1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit; 12. Keputusan Menteri Penertiban Aparatur Negara Nomor 23/KEP/M.PAN/4/2001 tentang Jabatan Fungsional Nutrisionis dan Angka Kredit;
2.	Persyaratan Pelayanan	a. Penegakan diagnosis gangguan gizi dan metabolisme zat gizi berdasarkan anamnesis, antropometri, gejala klinis, dan biokimia tubuh (laboratorium). b. Penyelenggaraan pengkajian dietetik dan pola makan berdasarkan anamnesis diet dan pola makan. c. Penentuan kebutuhan gizi sesuai keadaan pasien d. Penentuan bentuk pembelian bahan makanan, pemilihan bahan makanan, jumlah pemberian serta cara pengelolaan bahan makanan. e. Memberikan pelayanan dan penyuluhan gizi dan konseling gizi pada pasien dan keluarganya.

3. Sistem, mekanisme, dan prosedur



NO	KOMPONEN	URAIAN
4.	Jangka waktu penyelesaian	2. Untuk pengolahan waktu pengerjaan lebih kurang 90 menit. 3. Untuk penyajian waktu pengerjaan lebih kurang 30 menit. 4. Untuk distribusi waktu pengerjaan lebih kurang 60 menit.
5.	Biaya/tarif	BPJS
6.	Produk pelayanan	1. Makanan biasa 2. Makanan lunak 3. Makanan saring 4. Makanan cair 5. Makanan cair jernih 6. Makanan cair penuh 7. Makanan cair kental
7.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	a) Ruang ber-AC, meja, kursi b) Komputer dengan akses internet c) Printe d) Lemari penyimpanan bahan kering e) Lemari es penyimpanan bahan basah
8.	Kompetensi Pelaksana	1. SDM yang terampil dan kompeten dalam bidang penyelenggaraan makanan 2. SDM pengolahan bahan makanan
9.	Pengawasan internal	1. Supervisi atasan langsung 2. Dilakukan sistem pengendalian internal 3. Dilakukan sistem pengendalian internal 4. Dilaksanakan secara terus menerus
NO.	KOMPONEN	URAIAN
10.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	<p>Pengaduan, saran, dan masukan dapat disampaikan secara tertulis melalui surat yang ditujukan kepada:</p> <p><b>Rumah Sakit Umum Sultan Iskandar Muda</b>            Jln. Nasional (Meulaboh –Tapak Tuan)ujung Patihah kec,kuala, KabupatenNagan Raya,</p> <p>Menyampaikan pengaduan, saran, dan masukan langsung melalui</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Email: <a href="mailto:rsudsim@naganrayakab.go.id">rsudsim@naganrayakab.go.id</a>, <a href="mailto:rsudsim@gmail.com">rsudsim@gmail.com</a></li> <li>• Telp: (0655) 7141059</li> <li>• Faks: (0655) 7141060</li> <li>• SMS/WhatsApp: 0822-7462-5825</li> <li>• Kotak saran</li> <li>• Petugas informasi dan pengaduan</li> <li>• Website: <a href="https://rsudsim.naganrayakab.go.id/">https://rsudsim.naganrayakab.go.id/</a></li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Instagram:  <a href="https://www.instagram.com/rsud_sultanskandarmuda/">https://www.instagram.com/rsud_sultanskandarmuda/</a></li> </ul>
11.	Jumlah pelaksana	1 (satu) kepala ruangan,1 (satu) admin,9 (sembilan) petugas pencatatan diet pasien keruangan rawat inap ,1 (satu) petugas pemesanan bahan makanan,1 (satu) petugas penerimaan barang,1 (satu) petugas penanggung jawab gudang basah dan gudang kering,2 (dua) petugas pemantauan pengolahan,1 (satu) petugas pemantauan penyanyian,6 (enam) petugas masak.
12.	Jaminan pelayanan	ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien.
13.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
14.	Evaluasi kinerja Pelaksana	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 1 kali dalam setahun,kemudian dilakukan perbaikan untuk peningkatan mutu pelayanan.

#### 10. STANDAR PELAYANAN UMUM & KEPEGAWAIAN TENTANG PENERBITAN SURAT MASUK

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang – Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik</li> <li>2. Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan</li> <li>3. Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit</li> <li>4. Peraturan MENPAN No 22 Thn 2008 Tentang Pedoman Umum Tata Naskah Dinas</li> <li>5. PP No 90 Tahun 2010 Tentang Penyusunan Rencana Kerja &amp; Anggaran K/L;</li> <li>6. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh;</li> <li>7. Peraturan Bupati Nagan Raya Nomor 1 Tahun 2018 Tentang Susunan Organisasi, dan Tata Kerja RSUD Kabupaten Nagan Raya</li> </ol>

2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	<pre> graph TD     SM[Surat Masuk] -- 1. --&gt; AD[Agenda/ Disposisi]     AD -- 2. --&gt; M[\"mempelajari serta menindaklanjuti surat masuk sesuai disposisi surat untuk membalas surat/ menanggapi/ meneruskan\"]     M -- 3. --&gt; K[\"Kasubbag melaksanakan ke atasan langsung/ KTU/ Direktur\"]     K -- 4. --&gt; SM </pre>
3.	Standar Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bagian umum &amp; kepegawaian Setiap surat yang masuk tetap di agendakan terlebih dahulu atau di disposisi agar segala surat yang masuk tidak hilang dan untuk selanjutnya diteruskan ke bagian Tata usaha atau ke bagian lainnya atau ke direktur sesuai rekomendasi dari perihal surat ;</li> <li>2. Setelah surat tersebut sampai ke bagian tata usaha terlebih dahulu dipelajari untuk diteruskan ke direktur atau langsung ke bagian lainnya :</li> </ol>
4.	Jangka waktu penyelesaian	30 menit Tersedianya konsep/intruksi atasan langsung terkait penyelesaian disposisi pimpinan.
5.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> <li>a) Atk</li> <li>b) Komputer/ Laptop</li> <li>c) Buku Agenda</li> </ol>
6.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SDM yang memiliki pengetahuan di bidang administrasi dan surat menyurat;</li> <li>2. SDM yang memiliki keterampilan mengarsipkan surat dan informasi yang telah dilatih untuk informasi secara bertanggungjawab, teliti,serta santun kepada pihak-pihak yang membutuhkan.</li> </ol>
7.	Pengawasan internal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supervisi atasan langsung;</li> <li>2. Dilaksanakan secara terus menerus.</li> </ol>
8.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	1. Pengaduan, saran, dan masukan dapat disampaikan secara tertulis melalui surat yang ditujukan kepada:

		<p><b>RSUD Sultan Iskandar Muda</b>          Jln. Poros Utama Suka Makmue          KabupatenNagan Raya,</p> <p>2. Menyampaikan pengaduan, saran, dan masukan langsung melalui</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Email: <a href="mailto:rsudsim@naganrayakab.go.id">rsudsim@naganrayakab.go.id</a>,  <a href="mailto:rsudsim@gmail.com">rsudsim@gmail.com</a></li> <li>• Telp: (0655) 7141059</li> <li>• Faks: (0655) 7141060</li> <li>• SMS/WhatsApp: 0822-7462-5825</li> <li>• Kotak saran</li> <li>• Petugas informasi dan pengaduan</li> <li>• Website:  <a href="https://rsudsim.naganrayakab.go.id/">https://rsudsim.naganrayakab.go.id/</a></li> <li>• Instagram:  <a href="https://www.instagram.com/rsud_sultaniskandarmuda/">https://www.instagram.com/rsud_sultaniskandarmuda/</a></li> </ul>
9.	Jaminan pelayanan	informasi diberikan dengan cepat, tepat, lengkap, dan dapat dipertanggungjawabkan.
10.	Evaluasi kinerja Pelaksana	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 1 kali dalam satu tahun. Selanjutnya dilakukan tindakan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan.

#### 11. STANDAR PELAYANAN UMUM & KEPEGAWAIAN TENTANG PENERBITAN SURAT KELUAR

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang – Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik</li> <li>2. Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan</li> <li>3. Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit</li> <li>4. Peraturan MENPAN No 22 Thn 2008 Tentang Pedoman Umum Tata Naskah Dinas</li> <li>5. PP No 90 Tahun 2010 Tentang Penyusunan Rencana Kerja &amp; Anggaran K/L;</li> <li>6. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh;</li> <li>7. Peraturan Bupati Nagan Raya Nomor 1 Tahun 2018 Tentang Susunan Organisasi, dan Tata Kerja RSUD Kabupaten Nagan Raya</li> </ol>

2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	<pre> graph TD     SK[Surat Keluar] -- 1 --&gt; AP[Agenda/ Penomoran]     AP -- 2 --&gt; M[\"mempelajari oleh Kasubbag/ meneruskan ke KTU untuk di Tanda tangan Direktur\"]     M -- 3 --&gt; A[\"Arsip untuk pertinggal dan meneruskan ke dinas/badan//personal yang bersangkutan\"]     A -- 4 --&gt; SK </pre>
3.	Standar Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bagian umum &amp; kepegawaian mengenai surat keluar sebelum ditanda tangan oleh direktur terlebih dahulu dimasukan nomor agenda, selanjutnya dipelajari oleh kasubbag, KTU untuk diteruskan ke direktur ;</li> <li>2. Setelah ditanda tangan direktur turun lagi ke bagian umum &amp; kepegawaian</li> <li>3. Dickey untuk pertinggal dimasukan ke map arsip agar suatu saat dibutuhkan tertata rapi di arsip Umum &amp; kepegawian</li> <li>4. Mengantarkan dengan membawa buku agenda surat keluar kepada dinas/badan/lembaga/yang bersangkutan sesuai dengan isi dan perihal dari surat tersebut agar benar – benar sampai kepada tujuan dan standar pelayanan yang efektif</li> </ol>
4.	Jangka waktu penyelesaian	30 menit Tersedianya konsep/intruksi atasan langsung terkait penyelesaian disposisi pimpinan.
5.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Atk</li> <li>b. Komputer/ Laptop</li> <li>c. Buku Agenda</li> </ol>
6.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SDM yang memiliki pengetahuan di bidang administrasi dan surat menyurat;</li> <li>2. SDM yang memiliki keterampilan mengarsipkan surat dan informasi yang telah dilatih untuk informasi secara bertanggungjawab, teliti,serta santun kepada pihak-pihak yang membutuhkan.</li> </ol>
7.	Pengawasan internal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supervisi atasan langsung;</li> <li>2. Dilaksanakan secara terus menerus.</li> </ol>

8.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	<p>1. Pengaduan, saran, dan masukan dapat disampaikan secara tertulis melalui surat yang ditujukan kepada:</p> <p><b>RSUD Sultan Iskandar Muda</b>  Jln. Poros Utama Suka Makmue  KabupatenNagan Raya,</p> <p>2. Menyampaikan pengaduan, saran, dan masukan langsung melalui</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Email: <a href="mailto:rsudsim@naganrayakab.go.id">rsudsim@naganrayakab.go.id</a>, <a href="mailto:rsudsim@gmail.com">rsudsim@gmail.com</a></li> <li>• Telp: (0655) 7141059</li> <li>• Faks: (0655) 7141060</li> <li>• SMS/WhatsApp: 0822-7462-5825</li> <li>• Kotak saran</li> <li>• Petugas informasi dan pengaduan</li> <li>• Website: <a href="https://rsudsim.naganrayakab.go.id/">https://rsudsim.naganrayakab.go.id/</a></li> <li>• Instagram: <a href="https://www.instagram.com/rsud_sultanskandarmuda/">https://www.instagram.com/rsud_sultanskandarmuda/</a></li> </ul>
9.	Jaminan pelayanan	informasi diberikan dengan cepat, tepat, lengkap, dan dapat dipertanggungjawabkan.
NO.	KOMPONEN	URAIAN
10.	Evaluasi kinerja Pelaksana	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 1 kali dalam satu tahun. Selanjutnya dilakukan tindakan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan.

## 12. STANDAR PELAYANAN PENERBITAN SURAT IZIN DAN SELESAI PENELITIAN MAHASISWA

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<p>11. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh;</p> <p>12. Keputusan Presiden Nomor 23 Tahun 2017 Tentang Tim Pengendalian Inflasi Nasional;</p> <p>13. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 500.05.8135 Tentang Tim Pengendali Inflasi Daerah</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>a. Menyampaikan Tujuan Permintaan data;</p> <p>b. Data digunakan untuk keperluan dinas dan untuk memperlancar/ menunjang kegiatan pembangunan serta meningkatkan kesejahteraan masyarakat.</p>

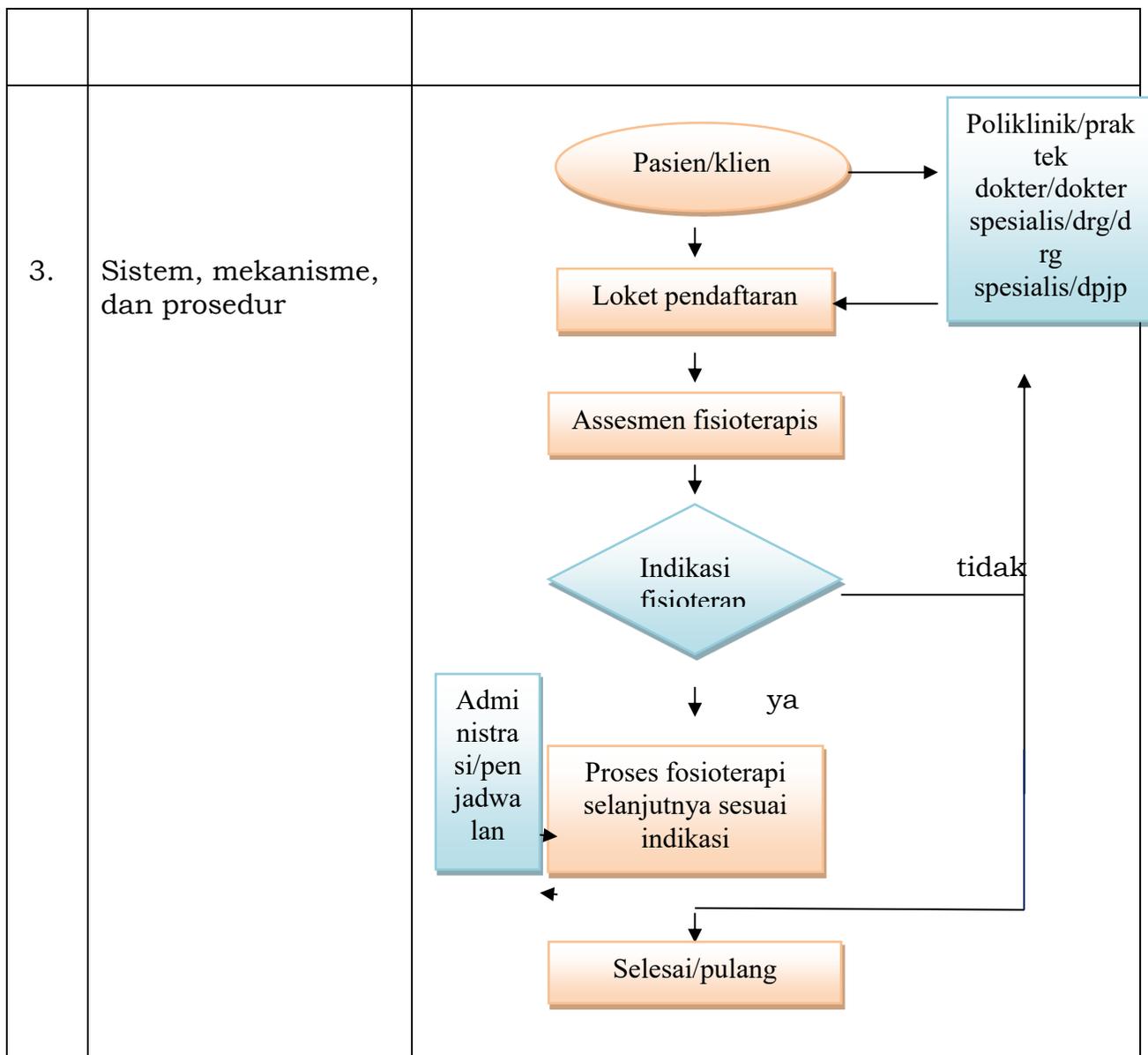
<p>3.</p>	<p>Sistem, mekanisme, dan prosedur</p>	<pre> graph TD     A[Pemohon/Mahasiswa/Pengguna layanan] -- 1. --&gt; B[Bidang Terkait Mengkaji dan Memberikan Izin Penelitian]     B -- 2. --&gt; C[Pegawai memberik data dan informasi]     C -- 3. --&gt; D[Bagian Umum dan Kepegawaian Menerbitkan Surat Izin Penelitian dan Surat Selesai Penelitian]     D -- 4. --&gt; A </pre>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mahasiswa mengajukan surat pengantar dari Kampus kepada Direktur/ Kabag Tata Usaha RSUD Sultan Iskandar Muda untuk melaksanakan penelitian/pengambilan data. Jika disetujui maka akan disposisi ke Kepala Bidang yang terkait dan jika tidak disetujui maka surat akan diarsipkan oleh Bagian Administras;</li> <li>2. Kabag Tata Usaha atau Kepala Bidang terkait akan mendisposisikan ke Bagian Umum dan Kepegawaian untuk membuat draf surat rekomendasi penelitian.</li> <li>3. Bagian Umum dan Kepegawaian draf surat Rekomendasi Penelitian diparaf oleh Kasubbag Umum lalu mendisposisi ke Kepala Bidang yang terkait untuk paraf persetujuan, dan setelahnya disisipkan ke Kabag Tata Usaha untuk ditandatangani;</li> <li>4. Surat Rekomendasi Penelitian diserahkan ke mahasiswa dengan catatan sebelum dan setelah melakukan penelitian mahasiswa wajib melaporkan penelitiannya ke Bidang yang terkait untuk dikaji ulang agar tidak melanggar kode etik;</li> <li>5. Selesai penelitian/pengambilan data, peneliti membawa formulir selesai pengambilan data yang ditanda tangani oleh Kepala Ruangan atau yang mewakili dari tempat penelitian untuk diterbitkan surat keterangan selesai penelitian;</li> </ol>

		<p>6. Bagian Umum dan Kepegawaian draf surat Keterangan selesai Penelitian diparaf oleh Kasubbag Umum lalu mendisposisi ke Kepala Bidang yang terkait untuk paraf persetujuan, dan setelahnya disisipkan ke Direktur/ Kabag Tata Usaha untuk ditandatangani;</p> <p>7. Mahasiswa mendapatkan surat keterangan selesai penelitian/pengambilan data yang ditandatangani.</p>
4.	Jangka waktu penyelesaian	Pemohon/masyarakat/ pengguna layanan menerima jawaban 2 hari sejak surat permohonan diterima oleh Bagian yang membidangi data dan informasi yang dibutuhkan.
5.	Biaya/tarif	Tidak dipungut biaya
6.	Produk pelayanan	Data yang diperlukan terkait bidang yang diperlukan baik secara lisan maupun tertulis.
7.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Komputer dengan akses internet</li> <li>- Printer</li> <li>- ATK</li> </ul>
8.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SDM yang memiliki pengetahuan di administrasi dan surat menyurat;</li> <li>2. SDM yang memiliki keterampilan mengelola data dan informasi yang telah dilatih untuk menyampaikan informasi secara lengkap, terbuka, bertanggungjawab, serta santun kepada pihak-pihak yang membutuhkan.</li> </ol>
9.	Pengawasan internal	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Supervisi atasan langsung;</li> <li>3. Dilaksanakan secara terus menerus.</li> </ol>
10.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	<p>Pengaduan, saran, dan masukan dapat disampaikan secara tertulis melalui surat yang ditujukan kepada:</p> <p><b>RSUD Sultan Iskandar Muda</b>  Jln. Poros Utama Suka Makmue  KabupatenNagan Raya,</p> <p>Menyampaikan pengaduan, saran, dan masukan langsung melalui</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Email: <a href="mailto:rsudsim@naganrayakab.go.id">rsudsim@naganrayakab.go.id</a>, <a href="mailto:rsudsim@gmail.com">rsudsim@gmail.com</a></li> <li>• Telp: (0655) 7141059</li> <li>• Faks: (0655) 7141060</li> <li>• SMS/WhatsApp: 0822-7462-5825</li> <li>• Kotak saran</li> <li>• Petugas informasi dan pengaduan</li> <li>• Website: <a href="https://rsudsim.naganrayakab.go.id/">https://rsudsim.naganrayakab.go.id/</a></li> <li>• Instagram: <a href="https://www.instagram.com/rsud_sultaniskandarmuda/">https://www.instagram.com/rsud_sultaniskandarmuda/</a></li> </ul>

11.	Jumlah pelaksana	2 (Dua) Kepala Sub Bagian, 2 (Dua) Kepala Seksi dan 1 (satu) orang Pegawai pada setiap sub Bagian yang membidangi data dan informasi yang dibutuhkan.
12.	Jaminan pelayanan	Data diberikan dengan cepat, tepat, lengkap, dan dapat dipertanggungjawabkan.
13.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Data dan informasi yang diberikan dijamin keabsahannya.
14.	Evaluasi kinerja Pelaksana	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 1 kali dalam satu tahun. Selanjutnya dilakukan tindakan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan.

### 13. STANDAR PELAYANAN FISIOTERAPI

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2006 tentang kesehatan;</li> <li>2. Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;</li> <li>3. Undang-Undang Nomor 36 tentang Tenaga Kesehatan;</li> <li>4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 376/MENKES/III/2007 Tentang Standar Profesi Fisiotherapi;</li> <li>5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 tahun 2013 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan;</li> <li>6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Fisioterapi;</li> </ol>
2.	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Assesmen pasien</li> <li>b. Penegakan diagnosis</li> <li>c. Perencanaan intervensi</li> <li>d. Intervensi</li> <li>e. Evaluasi</li> <li>f. Komunikasi dan evaluasi</li> <li>g. Dokumentasi</li> </ol>

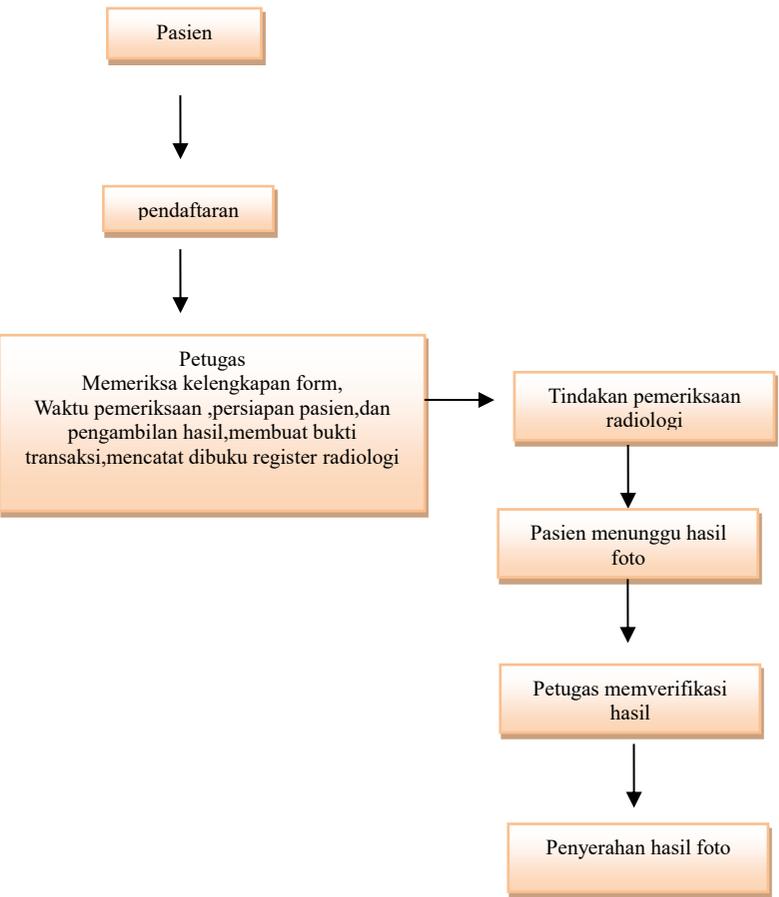


4.	Jangka waktu penyelesaian	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk pengerjaan pelayanan fisioterapi waktu pengerjaan 20 menit</li> <li>2. Untuk pengerjaan pelayanan fisioterapi pasien stroke (seluruh badan) waktu pengerjaan 60 menit</li> </ol>
5.	Biaya/tarif	BPJS
6.	Produk pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pelaksanaan fisioterapi dengan modalitas infra red ( IR )</li> <li>2. Pelaksanaan fisioterapi dengan modalitas TENS</li> <li>3. Pelaksanaan fisioterapi dengan modalitas SWD</li> <li>4. Pelaksanaan fisioterapi dengan modalitas MWD</li> <li>5. Pelaksanaan fisioterapi dengan modalitas ULTRA SOUND</li> <li>6. Pelaksanaan fisioterapi dengan metode terapi latihan</li> </ol>
7.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ruang ber-AC, meja, kursi</li> <li>b. Komputer dengan akses internet</li> <li>c. Printe</li> <li>d. Modalitas alat (infra red,tens,ultra soundswd dan mwd)</li> <li>e. Modalitas exxercise (treadmil,quadriceps exc,pulley exc,paralel bar</li> </ol>

8.	Kompetensi Pelaksana	1. SDM yang memiliki pengetahuan dan mengikuti pelatihan fisioterapis. Petugas fisioterapi wajib memiliki STR
9.	Pengawasan internal	3. Supervisi atasan langsung; 4. Dilakukan sistem pengendalian internal 5. Dilaksanakan secara terus menerus
<b>NO.</b>	<b>KOMPONEN</b>	<b>URAIAN</b>
10.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	Pengaduan, saran, dan masukan dapat disampaikan secara tertulis melalui surat yang ditujukan kepada: <b>Rumah Sakit Umum Sultan Iskandar Muda</b> Jln. Nasional (Meulaboh –Tapak Tuan)ujung Patihah kec,kuala, KabupatenNagan Raya,  1. Email: <a href="mailto:rsudsim@naganrayakab.go.id">rsudsim@naganrayakab.go.id</a> , <a href="mailto:rsudsim@gmail.com">rsudsim@gmail.com</a> 2. Telp: (0655) 7141059 3. Faks: (0655) 7141060 4. SMS/WhatsApp: 0822-7462-5825 5. Kotak saran 6. Petugas informasi dan pengaduan 7. Website: <a href="https://rsudsim.naganrayakab.go.id/">https://rsudsim.naganrayakab.go.id/</a> 8. Instagram: <a href="https://www.instagram.com/rsud_sultaniskan darmuda/">https://www.instagram.com/rsud_sultaniskan darmuda/</a>
11.	Jumlah pelaksana	2. Kepala ruangan 1 3. Pelaksana fisioteterapi 8
12.	Jaminan pelayanan	1. pasien dapat meneruskan program fisioterapi 2. kepuasan pelanggan
13.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan fisioterapi
14.	Evaluasi kinerja Pelaksana	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 1 kali dalam setahun,kemudian dilakukan untukpeningkatan mutu pelayanan.

#### 14. STANDAR PELAYANAN UNIT RADIOLOGI

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan;</li> <li>2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit</li> <li>3. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1997 tentang Ketenaga Nukliran;</li> <li>4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 780/MENKES/PER/VIII/2008 tentang Penyelenggaraan Pelayan Radiologi;</li> <li>5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1014/MENKES/SK/2008 tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik di Sarana Pelayanan Kesehatan;</li> <li>6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 375/MENKES/PER/SK/III/2007 tentang Profesi Radiografer;</li> <li>7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1250/Menkes/SK/VII/2009 tentang Pedoman Kendali Mutu (<i>Quality Control</i>) Peralatan Radiodiagnostik;</li> <li>8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;</li> </ol>
2.	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan BNO-IVP               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien dewasa                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien membuat perjanjian dengan petugas radiologi untuk pemeriksaan BNO-IVP</li> <li>- Pasien melakukan pemeriksaan ureum dan kreatinin diinstalasi Laboratorium</li> <li>- 2 (dua ) hari sebelum pemeriksaan ,pasien dianjurkan untuk makan makanan lunak(rendah serat),seperti bubur kecap,bubur sumsum dan susu</li> <li>- 1 (satu) hari sebelum pemriksaan ,pada pukul 20.00 (delapan malam) pasien minum dulkolak 2 tablet,kemudian pada pukul 21.00 (sembilan malam) pasien minum kembali dulkolak 2 tablet dan 1 dulkolak kapsul melalui anus esok pagi nya</li> <li>- 10 (sepuluh) jam sebelum pemeriksaan pasien makan terakhir</li> <li>- Setelah itu pasien puasa sampai pemeriksaan dilakukan</li> <li>- Sebelum pemeriksaan,pasien disarankan untuk tidak merokok ataupun banyak bicara</li> <li>- Pasien dianjurkan buang air kecil/besar sebelum pemeriksaan dilakukan</li> <li>- Pasien datang pukul 09.00 untuk pendaftaran dan pemeriksaan</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>

		<p>b. Pasien anak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien membuat perjanjian dengan petugas radiologi untuk pemeriksaan BNO-IVP</li> <li>- Pasien melakukan pemeriksaan ureum dan kreatinin diinstalasi laboratorium</li> <li>- Persiapan pemeriksaan BNO-IVP pada anak &lt; 12 tahun. <ul style="list-style-type: none"> <li>1.pasien diberi pencahar sesuai yang diresepkan /direkomendasikan oleh dokter</li> <li>2.pasien puasa 4-6 jam sebelum pemeriksaan</li> </ul> </li> <li>- pasien pemeriksaan BNO-IVP pada anak umur &gt;12 Tahun mengikuti persiapan BNO-IVP pada orang Dewasa</li> </ul> <p>2. Persiapan pemeriksaan Appendicogram</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien rawat jalan dijelaskan secara lisan dan tertulis mengenai pemeriksaan,cara meminum obat dan waktu pemeriksaan.</li> <li>b. Untuk pasien rawat inap petugas memberi penjelasan secara lisan dan tertulis mengenai pemeriksaan cara meminum obat dan waktu pemeriksaan</li> <li>c. Obat yang diminum adalah cairan Barium Sulfat (Dewasa : BaSO<sub>4</sub> 100 gram + air sebanyak lebih kurang 200 ml,Anak :BaSO<sub>4</sub> 50 gram + air sebanyak lebih kurang 150 ml).</li> <li>d. Untuk pasien dewasa pemeriksaan dilakukan 9-11 jam setelah minum cairan BaSO<sub>4</sub>.</li> </ol>
3.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	 <pre> graph TD     A[Pasien] --&gt; B[pendaftaran]     B --&gt; C[Petugas Memeriksa kelengkapan form, Waktu pemeriksaan ,persiapan pasien,dan pengambilan hasil,membuat bukti transaksi,mencatat dibuku register radiologi]     C --&gt; D[Tindakan pemeriksaan radiologi]     D --&gt; E[Pasien menunggu hasil foto]     E --&gt; F[Petugas memverifikasi hasil]     F --&gt; G[Penyerahan hasil foto] </pre>

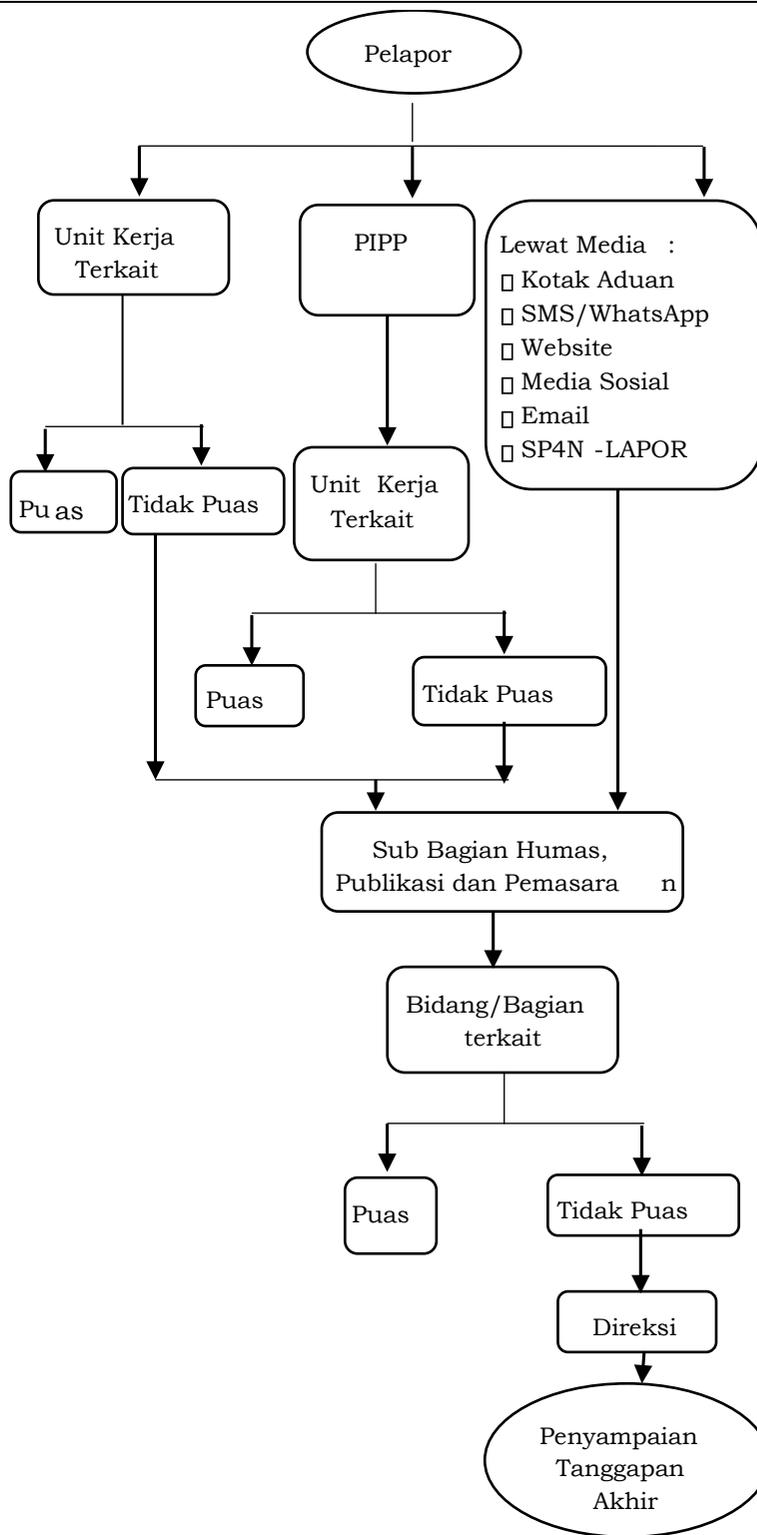
NO	KOMPONEN	URAIAN
4.	Jangka waktu penyelesaian	Waktu tunggu hasil foto < 3 jam
5.	Biaya/tarif	BPJS
6.	Produk pelayanan	1. Foto thorak 2. Pemeriksaan BNO-IVP 3. Pemeriksaan <i>Appendcogram</i>
7.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	a. Ruang ber-AC, meja, kursi b. Komputer c. Printer d. X- ray konvesional e. Dental X Ray f. Tempat tidur periksa
8.	Kompetensi Pelaksana	1. Petugas yang memiliki kualifikasi pendidikan dan pengalaman yang memadai serta memperoleh / memiliki kewenangan untuk melaksanakan kegiatan dibidang yang menjadi tugas atau tanggung jawab nya. 2. Petugas Radiografer wajib memiliki STR
9.	Pengawasan internal	1. Supervisi atasan langsung 2. Dilakukan sistem pengendalian internal 3. Dilaksanakan secara terus menerus
NO.	KOMPONEN	URAIAN
10.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	<p>Pengaduan, saran, dan masukan dapat disampaikan secara tertulis melalui surat yang ditujukan kepada:</p> <p><b>Rumah Sakit Umum Sultan Iskandar Muda</b> Jln. Nasional (Meulaboh –Tapak Tuan)ujung Patihah kec,kuala, KabupatenNagan Raya.</p> <p>Menyampaikan pengaduan, saran, dan masukan langsung melalui</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Email: <a href="mailto:rsudsim@naganrayakab.go.id">rsudsim@naganrayakab.go.id</a>, <a href="mailto:rsudsim@gmail.com">rsudsim@gmail.com</a></li> <li>• Telp: (0655) 7141059</li> <li>• Faks: (0655) 7141060</li> <li>• SMS/WhatsApp: 0822-7462-5825</li> <li>• Kotak saran</li> <li>• Petugas informasi dan pengaduan</li> <li>• Website: <a href="https://rsudsim.naganrayakab.go.id/">https://rsudsim.naganrayakab.go.id/</a></li> <li>• Instagram: <a href="https://www.instagram.com/rsud_sultanskandarmuda/">https://www.instagram.com/rsud_sultanskandarmuda/</a></li> </ul>

11.	Jumlah pelaksana	1 (satu) kepala ruangan,1 (satu) admin,1 (satu)perawat,13 (tiga belas) pelaksana radiografer.
12.	Jaminan pelayanan	1.Waktu tunggu hasil pelayanan hasil foto tepat waktu 2.Kepuasan pelanggan terpenuhi
13.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Tidak terjadinya kegagalan pelayanan foto rontgen
14.	Evaluasi kinerja Pelaksana	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 1 kali dalam setahun sekali,kemudian dilakukan perbaikan untuk peningkatan mutu pelayanan.

#### **15. STANDAR PELAYANAN ADUAN DAN KELUHAN**

<b>NO</b>	<b>KOMPONEN</b>	<b>URAIAN</b>
<b>PENYAMPAIAN LAYANAN</b>		
1.	Persyaratan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pengaduan secara lisan maupun tertulis.</li> <li>▪ Identitas resmi pengadu.</li> </ul>

2. Sistem, mekanisme, dan prosedur



Keterangan:

1. Pelanggan menyampaikan pengaduan, bisa melalui: a. Unit Terkait:

- 1) Pelanggan menyampaikan aduan/ keluhan ke unit terkait.
- 2) Petugas mengkonfirmasi dan menyelesaikan aduan/keluhan sesuai sebab masalah, kemudian mengarsipkan di laporan aduan.
- 3) Jika pelanggan tidak puas, unit melaporkan ke Bidang/Bagian Terkait untuk membuat tanggapan/tindak lanjut.
- 4) Jika pelanggan masih belum puas maka aduan/keluhan akan disampaikan ke direksi untuk mendapat tanggapan akhir.
- 5) Penyampaian tanggapan akhir terhadap pelapor.

b. Petugas Aduan:

- 1) Pelanggan menyampaikan keluhan ke petugas pengaduan pelanggan (Customer Care).
- 2) Petugas mengkonfirmasi dan menyelesaikan aduan/keluhan sesuai sebab masalah.
- 3) Pengarsipan laporan aduan/keluhan dan Rencana Tindak Lanjut di Sub Bagian Humas, Publikasi, dan Pemasaran.
- 4) Pengaduan didistribusikan ke bidang terkait untuk dilakukan penelusuran/ penanganan lebih lanjut.
- 5) Penyampaian tanggapan akhir terhadap pelapor.

c. Lewat Media:

- 1) Pelanggan menyampaikan keluhan lewat media seperti Kotak Aduan, SMS/WhatsApp, Website, Media Sosial, Email, SP4N LAPOR.

		<p>2) Sub Bagian Humas, Publikasi dan Pemasaran mengarsip dan meneruskan laporan aduan/keluhan dengan Bidang Terkait.</p> <p>3) Bidang terkait melakukan penelusuran/penanganan lebih lanjut dan membuat tanggapan/tindak lanjut.</p> <p>4) Jika pelanggan masih belum puas maka aduan/keluhan akan disampaikan ke direksi untuk mendapat tanggapan akhir.</p> <p>5) Penyampaian tanggapan akhir terhadap pelapor.</p>
3.	Jangka Waktu pelayanan	<p>1. Pengaduan langsung di unit kerja dan lewat media dilayani dalam 24 jam.</p> <p>2. Pengaduan di petugas aduan dilayani: Senin- Jumat sesuai jam pelayanan.</p> <p>3. Sesuai jenis pengaduan berdasarkan grading:</p> <p>a. Grading Merah maksimal dilaksanakan 1x24 (satu kali duapuluh empat) jam.</p> <p>b. Grading kuning maksimal dilaksanakan 3 (tiga) hari kerja.</p> <p>c. Grading hijau maksimal dilaksanakan 7 (tujuh) hari kerja.</p>
4.	Biaya /tarif	Tidak ada biaya/tarif (Rp 0,-)
5.	Produk Pelayanan	Pelayanan Pengaduan Masyarakat
6.	Penanganan Pengaduan. Saran dan Masukan/Apresiasi	<p>Menyampaikan pengaduan, saran, dan masukan langsung melalui</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Email: <a href="mailto:rsudsim@naganrayakab.go.id">rsudsim@naganrayakab.go.id</a>, <a href="mailto:rsudsim@gmail.com">rsudsim@gmail.com</a></li> <li>• Telp: (0655) 7141059</li> <li>• Faks: (0655) 7141060</li> <li>• SMS/WhatsApp: 0822-7462-5825</li> <li>• Kotak saran</li> <li>• Petugas informasi dan pengaduan</li> <li>• Website: <a href="https://rsudsim.naganrayakab.go.id/">https://rsudsim.naganrayakab.go.id/</a></li> <li>• Instagram: <a href="https://www.instagram.com/rsud_sultaniskandarmuda/">https://www.instagram.com/rsud_sultaniskandarmuda/</a></li> </ul>
<b>PENGELOLAAN PELAYANAN</b>		
1.	Dasar Hukum	<p>1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.</p> <p>2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.</p> <p>3. Peraturan Presiden Nomor 76 Tahun 2013 Tentang Pengelolaan Pengaduan Pelayanan Publik.</p>

		4. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.
2.	Sarana dan Prasarana, dan/atau Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Komputer;</li> <li>2. Formulir Pengaduan Masyarakat (langsung);</li> <li>3. Kotak saran;</li> <li>4. Alat Tulis Kantor;</li> <li>5. Meja dan Kursi;</li> <li>6. Printer;</li> <li>7. Telepon;</li> <li>8. Lemari/Kabinet Penyimpan.</li> </ol>
3.	Kompetensi Pelaksana	Minimal D3 dan memiliki kemampuan dan keterampilan khusus dalam hal penanganan pengaduan.
4.	Pengawasan Internal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wakil Direktur Administrasi, Umum, dan Keuangan</li> <li>• Atasan Langsung</li> <li>• Komite Mutu</li> <li>• Satuan Pengawas Internal (SPI)</li> </ul>
5.	Jumlah Pelaksana	2 (dua) orang
6.	Jaminan Pelayanan	Melaksanakan Pelayanan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Data pasien dijaga kerahasiaannya</li> <li>2. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh Petugas Keamanan (Satpam) RSUD.</li> </ol>
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 2 (satu) kali dalam satu tahun. Selanjutnya dilakukan tindakan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan kinerja pelayanan.

DIREKTUR RSUD SULTAN ISKANDAR MUDA  
KABUPATEN NAGAN RAYA



dr. Hj. CUT YULIZA SUTIFA  
Pembina/IV.a

NIP. 19890730 201503 2 007