



**KEPUTUSAN DIREKTUR UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH PURI HUSADA TEMBILAHAN
NOMOR : Kpts.187.4/RSUD-AU/2026/168**

TENTANG

**STANDAR PELAYANAN DI LINGKUNGAN UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PURI HUSADA TEMBILAHAN
TAHUN 2026**

**DIREKTUR UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PURI HUSADA**

- Menimbang :**
- a. bahwa dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan pelayanan publik yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, terukur, transparan, dan akuntabel sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, perlu menetapkan Standar Pelayanan pada Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan
 - b. bahwa Standar Pelayanan merupakan pedoman dalam penyelenggaraan pelayanan publik serta tolok ukur yang dipergunakan sebagai acuan penilaian kualitas pelayanan dan kewajiban penyelenggara kepada masyarakat;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Direktur Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan tentang Standar Pelayanan di Lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan.
- Mengingat :**
1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
 3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023;
 4. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
 5. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;
 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan :
- KESATU : Menetapkan Standar Pelayanan di Lingkungan Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan.
- KEDUA : Standar Pelayanan sebagaimana dimaksud pada Diktum KESATU wajib dilaksanakan oleh seluruh pegawai Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan sebagai pedoman dalam penyelenggaraan pelayanan publik.
- KETIGA : Standar Pelayanan digunakan sebagai dasar penilaian kinerja pelayanan, evaluasi, pengawasan, dan peningkatan mutu pelayanan.
- KEEMPAT : Segala biaya yang timbul sebagai akibat ditetapkannya Keputusan ini dibebankan pada anggaran Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan.
- KELIMA : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan, dengan ketentuan apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Tembilahan
Pada Tanggal 18 Mei 2026



Direktur UPTD RSUD
Puri Husada Tembilahan

dr. Firman Nurdiansah, M.Ked, Sp.THT-KL, M.M
Pembina (IV/a)
NIP. 198203102014121003

1. Standar Pelayanan Gawat Darurat

1	Jenis pelayanan	:	Pelayanan Gawat Darurat
2	Dasar hukum	:	a. Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit c. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023; d. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; e. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan; f. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit; g. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
3	Persyaratan	:	a. Kartu identitas /KTP/ KK b. Surat pengantar bila diperlukan c. Surat rujukan bila diperlukan
4	Prosedur	:	a. Pasien datang b. Triage level 1-4 (zona merah, kuning hijau, dan hitam) c. Melakukan pendaftaran di loket pendaftaran d. Pemeriksaan oleh petugas IGD (Dokter Umum, Dokter spesialis, Dokter gigi) e. Melakukan tindakan medis sesuai dengan indikasi f. Pemeriksaan penunjang (laboratorium, EKG, Rontgent, dll jika diperlukan) g. Pemberian Terapi sesuai kondisi (IUVF, oksigen, dan obat) h. Pasien masuk rumah sakit (rawat inap) pasien keluar rumah sakit (pulang) dan meninggal dibawa ke kamar jenazah

5	Jangka Waktu Penyelesain	:	Respon pemeriksaan pasien oleh petugas dokter dan perawat. - zona merah yakni 0-5 menit (zero minute respon) - zona kuning ≤ 30 menit - zona hijau ≤ 60 menit - zona hitam DOA (Dead On Arrival), dan DOE (Dead On Emergency)
6	Biaya/Tarif	:	- Pasien BPJS menggunakan tarif INA CBG's - Pasien umum sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Indragiri Hilir Nomor 04 Tahun 2024
7	Pengelolaan Pengaduan	:	Unit Pengaduan RSUD Puri Husada HP. 08117511009 Staff pengaduan 2 org WULANDA ANGGRAINI RISA YANTI, S.Pd YENNI GUSVITA DEWI, SKM Pengaduan diterima melalui : Langsung ke ruang unit pengaduan, Telp, SMS, Aplikasi lapor dan kotak saran Kategori pengaduan : - Biaya - Obat - Administrasi - Pelayanan - Fasilitas - Antrian - Informasi - Rujukan - Attitude - Tindakan Medis
8	Sarana prasarana/fasilitas		Sarana Pra Sarana Gawat darurat - zona merah (2 Bed) - zona kuning (Trauma 2 bed, Non Trauma 2) - zona hijau (Trauma 2 bed, Non Trauma 2) - Ruang Tindakan (2 bed) - Brankar 7 - Kursi Roda 3 - Ners station 1 - Fasilitas medis (oksigen central, oksigen

		tabung, monitor, EKG, SpO2, Nebulizer, Vainviwer, Lampu sorot emergency, Tensi meter, Stetoskop, Timbangan, Standar Infus) Perlengkapan penunjang - Loket pendaftaran - Linen - AC - Dll
9	Kompetensi pelaksana	A. Tenaga Kesehatan : - Tenga Medis Dokter (Dokter Spesialis, Dokter Umum, Dokter Gigi) - Tenaga Perawat atau bidan (Perawat ahli, dan perawat terampil, bidan ahli dan bidan terampil) B. Tenaga Kesehatan Lainnya : - Analisis/TL Medis (Teknologi laboratorium medis) - Farmasi - Radiografer C. Tenaga Non Kesehatan - Administrasi (sarjana dan SMA sederajat) - Petugas Medical Record - TP (Transfer Pasien) - Satpam - Cleaning Servis - Supir Ambulance
10	Pengawasan Internal	Monitoring dan evaluasi Supervisi sesuai tupoksi, MPP/ case manager
11	Jumlah Pelaksana	Ka.UPF (Dokter Spesialis 1 orang) Dokter Umum (18 orang) Kepala Ruangan (1 orang) Ka. Tim (1 orang) PJ SHIP IGD (4 orang) Perawat Asosiasi, (PA 15 orang) Transfer Pasien (TP 11 orang) Administrasi (15 orang) Cleaning Servis (2 orang) Supir Ambulance (5 orang)
12	Jaminan pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pelanggan secara berkelanjutan
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Pelayanan mengutamakan mutu dan keselamatan pelanggan baik internal maupun

			eksternal 2. Pengelolaan mutu dan keselamatan pelanggan dilakukan sesuai dengan standar mutu dan keselamatan rawat inap yang ditetapkan rumah sakit
14	Evaluasi kinerja pelayanan		1. Evaluasi penerapan standar pelayanan dilaksanakan minimal 2x setahun 2. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan, dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pelanggan (internal maupun eksternal)

** Waktu yang tertera dalam standar ini sangat bergantung dengan kondisi pasien*

**Penanganan di IGD berdasarkan tingkat kegawatan*

2. Standar Pelayanan Rawat Jalan

1	Jenis pelayanan	:	Pelayanan Rawat Jalan
2	Dasar hukum	:	a. Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit c. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023; d. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; e. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan; f. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit; g. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
3	Persyaratan	:	a. Kartu identitas /KTP/KK b. Surat rujukan bila diperlukan c. Surat Kontrol bila diperlukan
4	Prosedur	:	a. Validasi data pasien (surat rujukan/surat kontrol, KTP/KK) b. Pengambilan nomor antrian/Daftar Online c. Verifikasi sidik jari pasien d. Menunggu pemanggilan pada poliklinik yang di tuju e. Dilakukan anamnesis oleh perawat atau bidan f. Pemeriksaan oleh dokter spesialis/DPJP g. Dilakukan tindakan dan pemeriksaan penunjang (laboratorium/radiologi/EKG) jika diperlukan h. Pemberian terapi atau resep obat (Melalui sistem online) i. Penyelesaian administrasi / pembayaran di kasir j. Pengambilan obat di farmasi/apotik k. Pasien pulang / pasien dirawat / dirujuk

5	Jangka Waktu Penyelesaian	:	≤ 60 menit
6	Biaya/Tarif	:	a. Pasien BPJS menggunakan tarif INA CBG's b. Pasien umum sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Indragiri Hilir Nomor 04 Tahun 2024
7	Produk Pelayanan		a. Poliklinik Penyakit Dalam b. Poliklinik Kebidanan dan Kandungan c. Poliklinik Jiwa d. Poliklinik Geriatri e. Poliklinik Bedah Syaraf f. Poliklinik Bedah g. Poliklinik Anak h. Poliklinik Stunting i. Poliklinik Gigi Dan Mulut j. Poliklinik Neurologi k. Poliklinik Mata l. Poliklinik Jantung dan Pembuluh Darah m. Poliklinik Kulit dan Kelamin n. Poliklinih Bedah Mulut o. Poliklinik Telinga, Hidung dan Tenggorokan p. Poliklinik Akupuntur q. Poliklinik MCU
8	Pengelolaan Pengaduan	:	Unit Pengaduan RSUD Puri Husada HP. 08117511009 Staff pengaduan 2 org WULANDA ANGGRAINI RISA YANTI, S.Pd YENNI GUSVITA DEWI, SKM Pengaduan diterima melalui : Langsung ke ruang unit pengaduan, Telp, SMS, Aplikasi lapor dan kotak saran Kategori pengaduan : 1. Biaya 2. Obat 3. Administrasi 4. Pelayanan 5. Fasilitas 6. Antrian 7. Informasi 8. Rujukan 9. Attitude 10. Tindakan Medis

9	Sarana prasarana/fasilitas	Sarana Prasarana Pelayanan Keperawatan Setiap Poliklinik mempunyai : - Bed pasien - Meja konsul dan kursi petugas - Kursi tunggu pasien - Komputer - Brankar - Kursi roda Sarana medis : - USG - Stetoskop - Tensi meter - Timbangan - EKG - Dental unit - Gynecology Examination Table - ENT Examination Unit (Unit Pemeriksaan THT) - Echocardiography - Treadmill test Sarana Penunjang : - Loket pendaftaran - Loket pemeriksaan laboratorium - Loket Pembayaran - Apotik - Ruang Admisi - Play Room (Ruang bermain anak) - Kursi tunggu pasien
10	Kompetensi pelaksana	A. Tenaga Kesehatan : - Tenga Medis Dokter (Dokter Spesialis, Dokter Umum, Dokter Gigi) - Tenaga Perawat atau bidan (Perawat ahli, dan perawat terampil, bidan ahli dan bidan terampil) B. Tenaga Kesehatan Lainnya : - Analisis/TL Medis (Teknologi laboratorium medis) - Farmasi - Radiografer C. Tenaga Non Kesehatan - Administrasi (sarjana dan SMA sederajat) - Petugas Medical Record - TP (Transfer Pasien)

			i. Satpam j. Cleaning Servis k. Supir Ambulance
11	Pengawasan Internal		Monitoring dan evaluasi Supervisi sesuai tupoksi, MPP/ case manager
12	Jumlah Pelaksana		Dokter umum (5 orang) Dokter gigi umum (2 orang) Dokter spesialis (23 orang) Bidan (6 orang) Perawat (32 orang) Cleaning Service (1 orang)
13	Jaminan pelayanan		Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pelanggan secara berkesinambungan
14	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan		1. Pelayanan mengutamakan mutu dan keselamatan pelanggan baik internal maupun eksternal 2. Pengelolaan mutu dan keselamatan pelanggan dilakukan sesuai dengan standar mutu dan keselamatan rawat inap yang ditetapkan rumah sakit
15	Evaluasi kinerja pelayanan		1. Evaluasi penerapan standar pelayanan dilaksanakan minimal 2x setahun 2. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan, dilakukan sebagai Upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pelanggan (internal maupun eksternal)

** Waktu yang tertera dalam standar ini sangat bergantung dengan kondisi pasien*

3. Standar Pelayanan Rawat Inap

1	Jenis pelayanan	:	Pelayanan Rawat Inap
2	Dasar hukum	:	a. Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit c. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023; d. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; e. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan; f. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit; g. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
3	Persyaratan	:	a. Kartu identitas /KTP/KK b. Surat pengantar bila diperlukan c. Surat rujukan bila diperlukan
4	Prosedur	:	a. Dokter menetapkan indikasi rawat inap b. Administrasi rawat inap (verifikasi identitas pasien, persetujuan umum/general consent, jaminan pembiayaan/ asuransi / umum. c. Penentuan kelas perawatan atau kamar rawatan (kesediaan tempat tidur diruangan, penempatan sesuai kondisi klinis/isolasi kalau diperlukan d. Serah terima pasien keruang perawatan (handover) e. Transfer/antar pasien sesuai kondisi (rawat inap biasa/ICU/CVCU/HCU) f. Assesment awal rawat inap (dokter, perawat/bidan/farmasi/laboratorium/rehabilitasi g. Pelayanan selama dirawat (terapi medis, keperawatan, pemeriksaan penunjang, edukasi pasien dan keluarga, pencegahan dan pengendalian infeksi) h. Evaluasi harian oleh DPJP i. Pasien dinyatakan boleh pulang dari Rumah Sakit oleh DPJP j. Dokter menulis resep dan melengkapi berkas rekam

			medis pasien (Discharge Planning) : Resume medis, resep obat, edukasi, dan surat control ulang) k. Perawat menyerahkan berkas rekam medis ke bagian administrasi l. Petugas administrasi mengecek kelengkapan persyaratan administrasi pasien m. Petugas administrasi memanggil keluarga pasien untuk pengurusan pasien pulang n. Perawat melakukan edukasi persiapan pulang kepada pasien/keluarga pasien o. Perawat melepaskan peralatan medis (seperti infus, kateter, NGT dan lainnya) dan gelang identitas pasien p. Pasien pulang diantar oleh petugas dari ruang rawatan ke pintu keluar rumah sakit
5	Jangka waktu penyelesaian	:	Jam visite dokter setiap hari mulai jam 7.30 s.d jam 14.00
6	Biaya/Tarif	:	a. Pasien BPJS menggunakan tarif INA CBG b. Pasien umum sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Indragiri Hilir Nomor 04 Tahun 2024
7	Produk Pelayanan		a. Ruang Perawatan Bedah b. Ruang Perawatan Penyakit Dalam c. Ruang Perawatan Neurologi d. Ruang Perawatan VIP e. Ruang Perawatan Kebidanan f. Ruang Perawatan Perinatologi g. Ruang Perawatan Anak h. Ruang Perawatan Jiwa i. Ruang Perawatan Paru j. Ruang Perawatan ICU k. Ruang Perawatan CVCU l. Ruang Perawatan Jantung
8	Pengelolaan Pengaduan	:	Unit Pengelola Penanganan Pengaduan Masyarakat Terpadu HP. 08117511009 Staff pengaduan 2 org WULANDA ANGGRAINI RISA YANTI, S.Pd YENNI GUSVITA DEWI, SKM Pengaduan diterima melalui : Langsung ke ruang unit pengaduan, Telp, SMS, Aplikasi lapor dan kotak saran Kategori pengaduan :

		1. Biaya 2. Obat 3. Administrasi 4. Pelayanan 5. Fasilitas 6. Antrian 7. Informasi 8. Rujukan 9. Attitude 10. Tindakan Medis
9	Sarana prasarana/fasilitas	Sarana Prasarana Pelayanan Keperawatan a. Ruang Perawatan Bedah (42 Bed) b. Ruang Perawatan Penyakit Dalam (36 Bed) c. Ruang Perawatan Neurologi (30 Bed) d. Ruang Perawatan VIP (10 Bed) e. Ruang Perawatan Kebidanan (28 Bed) f. Ruang Perawatan Perinatologi (3 Bed) g. Ruang Perawatan NICU (13 Bed) h. Ruang Perawatan Anak (33 Bed) i. Ruang Perawatan PICU (4 Bed) j. Ruang Perawatan Jiwa (7 Bed) k. Ruang Perawatan Paru (26 Bed) l. Ruang Perawatan ICU (6 Bed) m. Ruang Perawatan CVCU (4 Bed) n. Ruang Perawatan Jantung (7 Bed)
10	Kompetensi pelaksana	A. Tenaga Kesehatan : a. Tenaga Medis Dokter (Dokter Spesialis, Dokter Umum) b. Tenaga Perawat atau bidan (Perawat ahli, dan perawat terampil, bidan ahli dan bidan terampil) B. Tenaga Kesehatan Lainnya : a. Analis/TL Medis (Teknologi laboratorium medis) b. Farmasi c. Radiografer d. Fisioterapi e. Nutrisi C. Tenaga Non Kesehatan a. Administrasi (sarjana dan SMA sederajat) b. Petugas Medical Record c. TP (Transfer Pasien) d. Satpam e. Cleaning Servis f. Supir Ambulance

11	Pengawasan Internal	Monitoring dan evaluasi Supervisi sesuai tupoksi
12	Jumlah Pelaksana	1. Perawat S1+ profesi (77 orang) 2. Perawat Keterampilan/D3 (43 orang) 3. Bidan D4/S1 profesi (14 orang) 4. Bidan Keterampilan /D3 (61 orang)
13	Jaminan pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pelanggan secara berkesinambungan
14	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	1. Pelayanan mengutamakan mutu dan keselamatan pelanggan baik internal maupun eksternal 2. Pengelolaan mutu dan keselamatan pelanggan dilakukan sesuai dengan standar mutu dan keselamatan rawat inap yang ditetapkan rumah sakit
15	Evaluasi kinerja pelayanan	1. Evaluasi penerapan standar pelayanan dilaksanakan minimal 2x setahun 2. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan, dilakukan sebagai Upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pelanggan (internal maupun eksternal)

** Waktu yang tertera dalam standar ini sangat bergantung dengan kondisi pasien dan ketersediaan kamar*

4. Standar Pelayanan Kamar Operasi (Bedah Elektif)

1	Jenis pelayanan	:	Pelayanan Kamar Bedah (Bedah elektif)
2	Dasar hukum	:	a. Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit c. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023; d. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; e. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan; f. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit; g. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
3	Persyaratan	:	a. Surat perintah rawat inap b. Formulir persetujuan tindakan pembedahan /operasi c. Formulir persetujuan pembiusan/sedasi d. Ada hasil foto rontgen dan laboratorium dan EKG
4	Prosedur	:	a. Menerima pasien dari Ruang Rawat Inap/IGD b. Pasien menunggu diruang tunggu kamar operasi, menunggu urutan sesuai jadwal c. Verifikasi berkas oleh petugas Kamar Operasi d. Dilakukan anamnesa assessment ulang oleh perawat OK (identifikasi pasien) e. Pasien masuk ke ruang Tindakan operasi, persiapan anastesi f. Tindakan operasi dilakukan oleh operator sesuai jenis penyakit g. Setelah Tindakan operasi pasien dipindahkan ke ruang pemulihan (Recovery Room) ± 15 menit-1 jam

			h. Pasien dipindahkan ke ruang rawat inap atau ICU
5	Jangka waktu penyelesaian	:	a. Waktu tunggu operasi elektif pasien rawat inap ≤ 2 hari
6	Biaya/Tarif	:	a. Pasien BPJS menggunakan tarif INA CBG's b. Pasien umum sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Indragiri Hilir Nomor 04 Tahun 2024
7	Pengelolaan Pengaduan	:	Unit Pengaduan RSUD Puri Husada HP. 08117511009 Staff pengaduan 2 org WULANDA ANGGRAINI RISA YANTI, S.Pd YENNI GUSVITA DEWI, SKM Pengaduan diterima melalui : Langsung ke ruang unit pengaduan, Telp, SMS, Aplikasi lapor dan kotak saran Kategori pengaduan : 1. Biaya 2. Obat 3. Administrasi 4. Pelayanan 5. Fasilitas 6. Antrian 7. Informasi 8. Rujukan 9. Attitude 10. Tindakan Medis
8	Sarana prasarana/fasilitas		5 kamar bedah, 5 meja operasi
9	Kompetensi pelaksana		a. Tenaga dokter spesialis/operator b. Perawat bedah c. Penata anastesi
10	Pengawasan Internal		a. Monitoring dan Evaluasi b. Supervisi seferajat dan tenaga yang sudah terlatih
11	Jumlah Pelaksana		31 orang terdiri dari: a. Perawat Kamar Bedah (20 orang) b. Penata Anestesi (11 orang) c. Keuangan/ administrasi (1orang) d. Transfer Pasien (2 orang) e. Cleaning Servis (2 orang)

12	Jaminan pelayanan		Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan		a. Data medis pasien dijaga kerahasiannya b. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien c. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) RS
14	Evaluasi kinerja pelayanan		a. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun b. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien

**Waktu yang tertera dalam standar ini sangat bergantung dengan kondisi pasien dan ketersediaan kamar*

5. Standar Pelayanan Kamar Operasi (Bedah Emergensi)

1	Jenis pelayanan	:	Pelayanan Kamar Bedah (Bedah emergensi)
2	Dasar hukum	:	a. Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit c. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023; d. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; e. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan; f. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit; g. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
3	Persyaratan	:	a. Formulir persetujuan tindakan pembedahan/operasi b. Formulir persetujuan pembiusan/sedasi c. Ada hasil foto rontgen dan laboratorium/EKG
4	Prosedur	:	a. Pasien di IGD atau ruang rawat inap yang dinyatakan perlu dilakukan operasi segera oleh DPJP b. Pendaftaran operasi pasien c. Konsultasi anastesi dan bedah oleh dokter jaga d. Pasien diantar ke Kamar Operasi oleh Petugas e. Verifikasi berkas oleh petugas Kamar Operasi f. Dilakukan anamnesis oleh petugas g. Pasien masuk ke ruang Tindakan operasi h. Persiapan anastesi

			i. Tindakan operasi oleh operator sesuai keadaan pasien j. Setelah Tindakan operasi pasien dipindahkan ke ruang pemulihan (Recovery Room) k. Pasien dipindahkan ke ruang rawat inap atau ICU
5	Jangka Waktu Penyelesaian	:	Waktu tunggu operasi emergensi ≤ 30 menit (prosedur c s/d e)
6	Biaya/Tarif	:	a. Pasien BPJS menggunakan tarif INA CBG's b. Pasien umum sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Indragiri Hilir Nomor 04 Tahun 2024
7	Pengelolaan Pengaduan	:	Unit Pengaduan RSUD Puri Husada HP. 08117511009 Staff pengaduan 2 org WULANDA ANGGRAINI RISA YANTI, S.Pd YENNI GUSVITA DEWI, SKM Pengaduan diterima melalui : Langsung ke ruang unit pengaduan, Telp, SMS, Aplikasi lapor dan kotak saran Kategori pengaduan : 1. Biaya 2. Obat 3. Administrasi 4. Pelayanan 5. Fasilitas 6. Antrian 7. Informasi 8. Rujukan 9. Attitude 10. Tindakan Medis
8	Sarana prasarana/fasilitas		5 kamar bedah, 5 meja operasi
9	Kompetensi pelaksana		a. Tenaga dokter spesialis/operator b. Perawat bedah c. Penata anastesi
10	Pengawasan Internal		a. Monitoring dan Evaluasi

			b. Supervisi seferajat dan tenaga yang sudah terlatih
11	Jumlah Pelaksana		31 orang terdiri dari: a. Perawat Kamar Bedah (20 orang) b. Penata Anestesi (11 orang) c. Keuangan/ administrasi (1orang) d. Transfer Pasien (2 orang) e. Cleaning Servis (2 orang)
12	Jaminan pelayanan		Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan		a. Data medis pasien dijaga kerahasiannya b. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien c. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) RS
14	Evaluasi kinerja pelayanan		a. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun b. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien

** Waktu yang tertera dalam standar ini sangat bergantung dengan kondisi pasien*

6. Standar Pelayanan Hemodialisa

1	Jenis pelayanan	:	Pelayanan Hemodialisa
2	Dasar hukum	:	a. Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit c. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023; d. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; e. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan; f. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit; g. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
3	Persyaratan	:	a. Kartu identitas /KTP/KK b. Surat pengantar bila diperlukan c. Surat rujukan bila diperlukan d. Hasil laboratorium e. Inform consent tindakan HD
4	Prosedur	:	a. Menerima pasien rawat inap/rawat jalan dan IGD sesuai jadwal yang ditentukan b. Melakukan Pendaftaran HD ke petugas admin c. Melakukan persiapan HD dengan pengukuran hemodinamik, priming HD dan akses vascular d. Dokter melakukan pemeriksaan fisik kepada pasien e. Proses HD dan monitoring f. Terminasi tindakan HD dan evaluasi pasien g. Pasien diperbolehkan pulang (keluar rumah sakit) atau dilakukan rawat inap (pasien masuk rumah sakit)
5	Jangka waktu penyelesaian	:	Waktu tunggu pelayanan hemodialisa ≤ 6 jam yang terdiri dari; a. Persiapan pelaksanaan HD : 30 menit b. Proses pelaksanaan HD : 5 jam c. Evaluasi post HD : 30 menit
6	Biaya/Tarif	:	a. Pasien BPJS menggunakan tarif INA CBG's

		b. Pasien umum sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Indragiri Hilir Nomor 04 Tahun 2024
7	Pengelolaan Pengaduan	: Unit Pengaduan RSUD Puri Husada HP. 08117511009 Staff pengaduan 2 org WULANDA ANGGRAINI RISA YANTI, S.Pd YENNI GUSVITA DEWI, SKM Pengaduan diterima melalui : Langsung ke ruang unit pengaduan, Telp, SMS, Aplikasi lapor dan kotak saran Kategori pengaduan : 1. Biaya 2. Obat 3. Administrasi 4. Pelayanan 5. Fasilitas 6. Antrian 7. Informasi 8. Rujukan 9. Attitude 10. Tindakan Medis
	Sarana prasarana/fasilitas	a. Bed (15) b. Mesin HD 18 (Aktif 15, Cadangan 3) c. Meja tindakan (17) d. Nurse station (2) e. TV (4) f. AC (12) g. Trolley emergency (1) h. Monitoring bed (1) i. Syringe pump (1) j. EKG (1) k. Oksigen tabung (4) Sarana penunjang a. Kursi tunggu pasien b. Komputer dan printer (1) c. Kursi roda (1)
	Kompetensi pelaksana	a. Dokter spesialis b. Dokter umum c. Perawat ahli d. Perawat terampil
	Pengawasan Internal	a. Monitoring dan Evaluasi

			b. Supervisi seferajat dan tenaga yang sudah terlatih
	Jumlah Pelaksana		a. Dokter spesialis (1 orang bersertifikat) b. Dokter umum (2 orang bersertifikat) c. Perawat ahli 7 orang (2 bersertifikat) d. Perawat terampil 8 orang (4 bersertifikat) e. Cleaning Servis (2 orang)
	Jaminan pelayanan		Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien
	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan		a. Data medis pasien dijaga kerahasiannya b. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien c. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) RS
	Evaluasi kinerja pelayanan		a. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun b. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien

** Waktu yang tertera dalam standar ini sangat bergantung dengan kondisi pasien*

7. Standar Pelayanan Radiologi

1	Jenis pelayanan	:	Pelayanan Radiologi
2	Dasar hukum	:	a. Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit c. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023; d. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; e. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan; f. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit; g. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
3	Persyaratan	:	Formulir permintaan radiologi dari dokter (IGD, Poliklinik dan rawat inap)
4	Prosedur	:	a. Pasien datang ke ruang Radiologi b. Menyerahkan formulir permintaan pemeriksaan radiologi dari dokter c. Petugas melakukan verifikasi order permintaan radiologi d. Pelaksanaan pemeriksaan radiologi e. Pembacaan hasil oleh dokter spesialis radiologi f. Petugas menyerahkan hasil radiologi sesuai identitas pasien
5	Jangka waktu penyelesaian	:	a. Emergensi 30 menit b. Non-emergensi ≤ 3 jam – 24 jam
6	Biaya/Tarif	:	a. Pasien BPJS menggunakan tarif INA CBG's b. Pasien umum sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Indragiri Hilir Nomor 04 Tahun 2024
7	Pengelolaan Pengaduan	:	Unit Pengaduan RSUD Puri Husada HP. 08117511009 Staff pengaduan 2 org WULANDA ANGGRAINI RISA YANTI, S.Pd YENNI GUSVITA DEWI, SKM

		Pengaduan diterima melalui : Langsung ke ruang unit pengaduan, Telp, SMS, Aplikasi lapor dan kotak saran Kategori pengaduan : 1. Biaya 2. Obat 3. Administrasi 4. Pelayanan 5. Fasilitas 6. Antrian 7. Informasi 8. Rujukan 9. Attitude 10. Tindakan Medis
	Sarana prasarana/fasilitas	a. Mesin rontgent (1 unit) b. USG (1 Sarana penunjang a. Kursi tunggu pasien b. Komputer dan printer (1) c. Kursi roda (1)
	Kompetensi pelaksana	a. Dokter spesialis b. Radiografer c. Perawat Ahli
	Pengawasan Internal	a. Monitoring dan Evaluasi b. Supervisi seferajat dan tenaga yang sudah terlatih
	Jumlah Pelaksana	a. Dokter spesialis (1 orang bersertifikat) b. Radiografer (D.III 12 Orang) c. Radiografer (D.IV 1 Orang) d. Perawat Ahli (Ners 1 orang) e. Administrasi (1 orang) f. Cleaning Servis (1 orang)
	Jaminan pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien
	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	a. Data medis pasien dijaga kerahasiannya b. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien c. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) RS
	Evaluasi kinerja pelayanan	a. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun b. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan

			dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien
--	--	--	--

** Waktu yang tertera dalam standar ini sangat bergantung dengan kondisi pasien*

8. Standar Pelayanan Patologi Klinik

1	Jenis pelayanan	:	Patologi Klinik
2	Dasar hukum	:	a. Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit c. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023; d. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; e. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan; f. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit; g. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
3	Persyaratan	:	Formulir permintaan pemeriksaan laboratorium dari dokter
4	Prosedur	:	a. Menyerahkan formulir permintaan pemeriksaan laboratorium dari dokter b. Petugas melakukan verifikasi permintaan laboratorium c. Pelaksanaan pemeriksaan laboratorium d. Pembacaan hasil oleh dokter spesialis patologi klinik e. Petugas menyerahkan hasil laboratorium sesuai identitas pasien
5	Jangka waktu penyelesaian	:	a. CITO $\leq$ 30 menit b. Elektif hematologi : <120menit c. Elektif Kimia klinik : <120 menit d. Elektif imunoserologi <120 menit
6	Biaya/Tarif	:	a. Pasien BPJS menggunakan tarif INA CBG's b. Pasien umum sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Indragiri Hilir Nomor 04 Tahun 2024
7	Pengelolaan Pengaduan	:	Unit Pengaduan RSUD Puri Husada HP. 08117511009 Staff pengaduan 2 org WULANDA ANGGRAINI RISA YANTI, S.Pd YENNI GUSVITA DEWI, SKM

		Pengaduan diterima melalui : Langsung ke ruang unit pengaduan, Telp, SMS, Aplikasi lapor, Kategori pengaduan : 1. Biaya 2. Obat 3. Administrasi 4. Pelayanan 5. Fasilitas 6. Antrian 7. Informasi 8. Rujukan 9. Attitude 10. Tindakan Medis
	Sarana prasarana/fasilitas	Tempat tidur pasien AC Lemari Arsip Besar Meja 1/2 Biro Kursi Kerja Putar Roller Blind Kursi Plastik Kitchen Set Tempat Tissue Kipas Angin Dinding Tong Sampah Infeksius Touch Soap Dispenser P.C Unit Printer
	Kompetensi pelaksana	a. Dokter Spesialis Patologi Klinik. b. Analis Kesehatan/Teknologi Laboratorium Medik (ATLM). c. Perawat atau petugas pengambil darah (phlebotomist) sesuai kewenangan. d. Tenaga administrasi.
	Pengawasan Internal	a. Monitoring dan Evaluasi b. Supervisi seferajat dan tenaga yang sudah terlatih
	Jumlah Pelaksana	a. Dokter spesialis Patologi Klinik (1 orang) b. Analis Kesehatan/Teknologi Laboratorium Medik (ATLM). c. Perawat atau petugas pengambil darah (phlebotomist) sesuai kewenangan.

			d. Tenaga administrasi.
	Jaminan pelayanan		Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien
	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan		a. Data medis pasien dijaga kerahasiannya b. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien c. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) RS
	Evaluasi kinerja pelayanan		a. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun b. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien

** Waktu yang tertera dalam standar ini sangat bergantung dengan kondisi pasien*

9. Standar Pelayanan Farmasi Rawat Jalan

1	Jenis pelayanan	:	Waktu tunggu pelayanan obat rawat jalan
2	Dasar hukum	:	a. Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit c. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023; d. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; e. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan; f. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit; g. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
3	Persyaratan	:	Resep dari klinik rawat jalan
4	Prosedur	:	a. Petugas menyerahkan resep kepada pasien diarahkan sesuai administrasi pasien b. Pasien menyerahkan resep dari dokter ke petugas farmasi di Apotek Rawat Jalan c. Petugas melakukan verifikasi resep dan persyaratan administrasi d. Petugas menyiapkan obat dan BMHP sesuai resep e. Petugas melakukan verifikasi, menyerahkan obat dan BMHP serta pemberian informasi obat kepada pasien
5	Jangka waktu penyelesaian	:	≤ 60 menit
6	Biaya/Tarif	:	a. Pasien BPJS menggunakan tarif INA CBG's
7	Pengelolaan Pengaduan	:	Unit Pengaduan RSUD Puri Husada HP. 08117511009 Staff pengaduan 2 org WULANDA ANGGRAINI RISA YANTI, S.Pd

		YENNI GUSVITA DEWI, SKM Pengaduan diterima melalui : Langsung ke ruang unit pengaduan, Telp, SMS, Aplikasi lapor dan kotak saran Kategori pengaduan : 1. Biaya 2. Obat 3. Administrasi 4. Pelayanan 5. Fasilitas 6. Antrian 7. Informasi 8. Rujukan 9. Attitude 10. Tindakan Medis
	Sarana prasarana/fasilitas	
	Kompetensi pelaksana	a. Apoteker b. Asisten apoteker
	Pengawasan Internal	a. Monitoring dan Evaluasi b. Supervisi seferajat dan tenaga yang sudah terlatih
	Jumlah Pelaksana	a. Apoteker (11 orang) b. Asisten apoteker (4 orang) c. Administrasi (5 orang) d. Cleaning Service (1 orang)
	Jaminan pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien
	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	a. Data medis pasien dijaga kerahasiannya b. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien c. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) RS
	Evaluasi kinerja pelayanan	a. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun b. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien

** Waktu yang tertera dalam standar ini sangat bergantung dengan kondisi pasien*

10. Standar Pelayanan Farmasi Rawat Inap

1	Jenis pelayanan	:	Farmasi Rawat Inap
2	Dasar hukum	:	a. Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit c. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023; d. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; e. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan; f. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit; g. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
3	Persyaratan	:	Resep dari rawat inap
4	Prosedur	:	a. Penulisan Resep (E-Prescribing) melalui aplikasi SimRS (Kanza) b. Resep tiap-tiap ruangan yang telah di entry masuk ke aplikasi menu Farmasi c. Petugas apotik membuka daftar resep dokter rawat inap untuk mengecek resep yang sudah masuk untuk divalidasi per-resep d. Setelah divalidasi lalu dilakukan Skrining resep e. Dilakukan pembuatan etiket secara manual f. Dilakukan Dispensing obat dan BMHP yang tertulis dalam E-resep untuk resep non racikan, untuk obat racikan diserahkan kebagian Coumpounding untuk dilakukan pencampuran obat g. Dilakukan Double check / Checking akhir untuk memastikan agar obat tidak terjadi kesalahan selama dispensing dan coumpounding sebelum obat didistribusikan ke ruangan h. Obat yang telah dicek ditulis didalam buku ekspedisi i. Transpoter akan mengantar obat ke ruangan perawatan

			j. Setelah diruangan obat dilakukan pengecekan Kembali oleh perawat dan tanda tangan pada buku ekspedisi sebagai bukti tanda terima.
5	Jangka waktu penyelesaian	:	≤ 60 menit
6	Biaya/Tarif	:	Pasien BPJS menggunakan tarif INA CBG's
7	Pengelolaan Pengaduan	:	Unit Pengaduan RSUD Puri Husada HP. 08117511009 Staff pengaduan 2 org WULANDA ANGGRAINI RISA YANTI, S.Pd YENNI GUSVITA DEWI, SKM Pengaduan diterima melalui : Langsung ke ruang unit pengaduan, Telp, SMS, Aplikasi lapor dan kotak saran Kategori pengaduan : 1. Biaya 2. Obat 3. Administrasi 4. Pelayanan 5. Fasilitas 6. Antrian 7. Informasi 8. Rujukan 9. Attitude 10. Tindakan Medis
	Sarana prasarana/fasilitas		AC (5) Dispenser (1) Hp Senter (1) Kulkas (1) Komputer (5) Kursi Lipat (2) Kursi Pelastik Biru (2) Kursi Pelastik Hijau (4) Kursi Tunggu Besi (2) Lemari Besi Obat (2) Lemari Narkotik (1) Lemari Pendingin Showcase (1) Meja Kerja (10) Printer (2) Rak Obat Kayu (5)

	Kompetensi pelaksana		a. Apoteker b. Asisten Apoteker c. Administrasi d. Transpoter (Pengantar Obat)
	Pengawasan Internal		
	Jumlah Pelaksana		Apoteker (4 orang) Asisten Apoteker (9 orang) Administrasi (3 orang) Transpoter/Pengantar Obat (1 orang)
	Jaminan pelayanan		Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien
	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan		a. Data medis pasien dijaga kerahasiannya b. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien c. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) RS
	Evaluasi kinerja pelayanan		a. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun b. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien

** Waktu yang tertera dalam standar ini sangat bergantung dengan kondisi pasien*

11. Standar Pelayanan Intensive care Unit (ICU)

1	Jenis pelayanan	:	Pelayanan Intensive Care Unit
2	Dasar hukum	:	a. Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit c. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023; d. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; e. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan; f. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit; g. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
3	Persyaratan	:	a. Kartu identitas /KTP/KK b. Surat pengantar bila diperlukan c. Surat rujukan bila diperlukan
4	Prosedur	:	a. Penentuan indikasi pasien alih rawat keruang ICU oleh dokter DPJP b. Petuga ruang rawat inap menghubungi ruangan ICU untuk kesediaan bed ICU c. Persiapan petugas ICU untuk menerima pasien dari ruang rawat inap d. Diruangan ICU tindakan : - Serah terima dari unit (rawat inap, kamar operasi/IGD) - Identifikasi pasien (assesment ulang) - Pemeriksaan dan pencatatan kondisi awal masuk pasien (pemeriksaan tanda-tanda vital saturasi oksigen, tingkat kesadaran, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium/penunjang lainnya bila diperlukan) - Pemberian terapi intesif sesuai advis

			DPJP/dokter anastesi (pemasangan monitor jantung, ventilator jika diperlukan, dan pemberian terapi obat-obat lainnya) e. Pemantauan berkelanjutan (pemantauan selama 24 jam, evaluasi respon terhadap terapi yang diberikan dan perubahan kondisi segera ditangani oleh tim ICU) f. Komunikasi dengan keluarga pasien tentang kondisi perkembangan pasien selama dirawat serta tanda tangan inform consent setiap tindakan yang dilakukan jika diperlukan g. Pemindahan pasien/pasien keluar ICU (jika kondisi pasien stabil pasien alih rawat inap, jika kondisi memburuk akan dilakukan tindakan selanjutnya)
5	Jangka waktu penyelesaian	:	Jam visite dokter setiap hari mulai jam 7.30 s.d jam 14.00
6	Biaya/Tarif	:	a. Pasien BPJS menggunakan tarif INA CBG b. Pasien umum sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Indragiri Hilir Nomor 04 Tahun 2024
7	Produk Pelayanan		a. Ruang Perawatan Bedah b. Ruang Perawatan Penyakit Dalam c. Ruang Perawatan Neurologi d. Ruang Perawatan VIP e. Ruang Perawatan Kebidanan f. Ruang Perawatan Perinatologi g. Ruang Perawatan Anak h. Ruang Perawatan Jiwa i. Ruang Perawatan Paru
8	Pengelolaan Pengaduan	:	Unit Pengelola Penanganan Pengaduan Masyarakat Terpadu HP. 08117511009 Staff pengaduan 2 org WULANDA ANGGRAINI RISA YANTI, S.Pd YENNI GUSVITA DEWI, SKM Pengaduan diterima melalui : Langsung ke ruang unit pengaduan, Telp, SMS, Aplikasi lapor dan kotak saran Kategori pengaduan : 1. Biaya 2. Obat

		3. Administrasi 4. Pelayanan 5. Fasilitas 6. Antrian 7. Informasi 8. Rujukan 9. Attitude 10. Tindakan Medis
9	Sarana prasarana/fasilitas	a. Bed 6 (5 bed biasa, 1 bed isolasi) b. Ventilator (5) c. Ventilator portable (2) d. EKG (1) e. Bed side Monitor (6) f. Trolly emergency (1) g. Oksigen central (4) h. Oksigen tabung (2) i. Syringe pump j. Infused pump Sarana penunjang a. Computer (1) b. Ners station (1) c. AC Portable (2) d. AC dinding (3) e. Kursi roda (1)
10	Kompetensi pelaksana	A. Tenaga Kesehatan : a. Tenaga Medis Dokter (Dokter Spesialis, Dokter Umum) b. Tenaga Perawat atau bidan (Perawat ahli, dan perawat terampil, bidan ahli dan bidan terampil) B. Tenaga Kesehatan Lainnya : a. Analis/TL Medis (Teknologi laboratorium medis) b. Farmasi c. Radiografer d. Fisioterapi e. Nutrisi C. Tenaga Non Kesehatan a. Administrasi (sarjana dan SMA sederajat) b. Petugas Medical Record c. TP (Transfer Pasien) d. Cleaning Servis
11	Pengawasan Internal	1. Monitoring dan evaluasi 2. Supervisi sesuai tupoksi
12	Jumlah Pelaksana	a. Dokter spesialis anastesi (2orang)

			b. Dokter umum (2 orang) c. Perawat ahli (9 orang bersertifikat BTCLS) d. Perawat Terampil (7 orang bersertifikat BTCLS) e. Administrasi (1 orang) f. Cleaning Servis (1 orang)
13	Jaminan pelayanan		Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pelanggan secara berkesinambungan
14	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan		a. Pelayanan mengutamakan mutu dan keselamatan pelanggan baik internal maupun eksternal b. Pengelolaan mutu dan keselamatan pelanggan dilakukan sesuai dengan standar mutu dan keselamatan rawat inap yang ditetapkan rumah sakit
15	Evaluasi kinerja pelayanan		a. Evaluasi penerapan standar pelayanan dilaksanakan minimal 2x setahun b. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan, dilakukan sebagai Upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pelanggan (internal maupun eksternal)

** Waktu yang tertera dalam standar ini sangat bergantung dengan kondisi pasien*

12. Standar Pelayanan Cardiovascular Care Unit (CVCU)

1	Jenis pelayanan	:	Pelayanan Cardiovascular Care Unit
2	Dasar hukum	:	a. Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit c. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023; d. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; e. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan; f. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit; g. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
3	Persyaratan	:	a. Kartu identitas /KTP/KK b. Surat pengantar bila diperlukan c. Surat rujukan bila diperlukan
4	Prosedur	:	a. Pasien berasal dari IGD, Cath Lab, ICU, ruang operasi, ruang rawat inap, atau rujukan. b. Dokter melakukan asesmen dan menetapkan indikasi masuk CVCU. c. Pasien dilakukan identifikasi sesuai sasaran keselamatan pasien. d. Perawat melakukan asesmen awal dan pemasangan monitoring. e. DPJP menetapkan rencana terapi. f. Monitoring pasien dilakukan selama 24 jam. g. Pemeriksaan penunjang dilakukan sesuai indikasi. h. Pasien dipindahkan ke ruang rawat inap apabila kondisi stabil atau dirujuk bila memerlukan pelayanan yang lebih tinggi.
5	Jangka waktu penyelesaian	:	Jam visite dokter setiap hari mulai jam 7.30 s.d jam 14.00
6	Biaya/Tarif	:	a. Pasien BPJS menggunakan tarif INA CBG b. Pasien umum sesuai Peraturan Daerah Kabupaten

			Indragiri Hilir Nomor 04 Tahun 2024
7	Produk Pelayanan		a. Perawatan intensif pasien penyakit jantung. b. Monitoring EKG kontinu. c. Penanganan ROSC (Return of Spontaneous Circulation d. Perawatan CVC e. Terapi Trombolitik f. Suction
8	Pengelolaan Pengaduan	:	Unit Pengelola Penanganan Pengaduan Masyarakat Terpadu HP. 08117511009 Staff pengaduan 2 org WULANDA ANGGRAINI RISA YANTI, S.Pd YENNI GUSVITA DEWI, SKM Pengaduan diterima melalui : Langsung ke ruang unit pengaduan, Telp, SMS, Aplikasi lapor dan kotak saran Kategori pengaduan : 1. Biaya 2. Obat 3. Administrasi 4. Pelayanan 5. Fasilitas 6. Antrian 7. Informasi 8. Rujukan 9. Attitude 10. Tindakan Medis
9	Sarana prasarana/fasilitas		a. Tempat tidur elektrik. b. Bedside monitor multiparameter. c. Monitor EKG. d. Defibrillator. e. Ventilator. f. Infusion pump. g. Syringe pump. h. Central oxygen. i. Suction. j. Crash cart lengkap. k. ECG 12 Lead. l. Portable X-Ray. m. Alat pemeriksaan tanda vital. n. Alat emergency airway. o. Troli tindakan.

			p. APD sesuai standar. q. Sistem rekam medis.
10	Kompetensi pelaksana		A. Tenaga Kesehatan : a. Tenaga Medis Dokter (Dokter Spesialis, Dokter Umum) b. Tenaga Perawat atau bidan (Perawat ahli, dan perawat terampil, bidan ahli dan bidan terampil) B. Tenaga Kesehatan Lainnya : a. Analis/TL Medis (Teknologi laboratorium medis) b. Farmasi c. Radiografer d. Fisioterapi e. Nutrisi C. Tenaga Non Kesehatan a. Administrasi (sarjana dan SMA sederajat) b. Petugas Medical Record c. TP (Transfer Pasien) d. Cleaning Servis
11	Pengawasan Internal		1. Monitoring dan evaluasi 2. Supervisi sesuai tupoksi
12	Jumlah Pelaksana		a. Dokter spesialis anastesi (1 orang) b. Dokter umum (2 orang) c. Perawat ahli (5 orang bersertifikat) d. Administrasi (1 orang) e. Cleaning Servis (1 orang)
13	Jaminan pelayanan		Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pelanggan secara berkesinambungan
14	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan		a. Pelayanan mengutamakan mutu dan keselamatan pelanggan baik internal maupun eksternal b. Pengelolaan mutu dan keselamatan pelanggan dilakukan sesuai dengan standar mutu dan keselamatan rawat inap yang ditetapkan rumah sakit
15	Evaluasi kinerja pelayanan		a. Evaluasi penerapan standar pelayanan dilaksanakan minimal 2x setahun b. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan, dilakukan sebagai Upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pelanggan (internal maupun eksternal)

** Waktu yang tertera dalam standar ini sangat bergantung dengan kondisi pasien*

13. Standar Pelayanan Instalasi Gizi

1	Jenis pelayanan	:	Pelayanan gizi Rumah Sakit
2	Dasar hukum	:	a. Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit c. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023; d. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; e. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan; f. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit; g. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
3	Persyaratan	:	a. Kartu identitas /KTP/KK b. Surat pengantar bila diperlukan c. Surat rujukan bila diperlukan
4	Prosedur	:	a. Pasien melakukan pendaftaran di rumah sakit dan mendapatkan pelayanan pada unit rawat jalan atau rawat inap. b. Pada pasien rawat inap, perawat melakukan skrining gizi awal paling lambat 24 jam setelah pasien masuk rumah sakit. c. Pasien yang berisiko mengalami masalah gizi dirujuk kepada ahli gizi untuk dilakukan asesmen gizi secara komprehensif. d. Ahli gizi melakukan asesmen gizi meliputi pengkajian data antropometri, biokimia, klinis, riwayat makan, serta faktor lain yang memengaruhi status gizi pasien. e. Berdasarkan hasil asesmen, ahli gizi menetapkan diagnosis gizi dan menyusun intervensi gizi sesuai dengan kondisi pasien. f. Ahli gizi menentukan jenis diet, kebutuhan zat gizi, serta memberikan edukasi dan konseling gizi

			kepada pasien dan/atau keluarga. g. Preskripsi diet disampaikan kepada Instalasi Gizi sebagai dasar penyelenggaraan makanan pasien. h. Instalasi Gizi melaksanakan perencanaan menu, pengadaan bahan makanan, pengolahan, pemorsian, dan pendistribusian makanan sesuai dengan diet yang telah ditetapkan. i. Makanan didistribusikan kepada pasien sesuai jadwal makan dan ketentuan diet yang berlaku. j. Ahli gizi melakukan monitoring dan evaluasi terhadap asupan makan, kepatuhan diet, perubahan status gizi, dan perkembangan kondisi pasien selama menjalani perawatan. k. Apabila terdapat perubahan kondisi klinis pasien, dilakukan penyesuaian intervensi gizi dan jenis diet berdasarkan hasil evaluasi serta instruksi Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP). l. Sebelum pasien pulang, ahli gizi memberikan edukasi mengenai pengaturan pola makan di rumah, anjuran diet lanjutan, dan jadwal kontrol apabila diperlukan. m. Seluruh kegiatan pelayanan gizi didokumentasikan dalam rekam medis sebagai bagian dari kesinambungan pelayanan dan peningkatan mutu pelayanan rumah sakit.
5	Jangka waktu penyelesaian	:	Jam visite dokter setiap hari mulai jam 7.30 s.d jam 14.00
6	Biaya/Tarif	:	a. Pasien BPJS menggunakan tarif INA CBG b. Pasien umum sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Indragiri Hilir Nomor 04 Tahun 2024
7	Produk Pelayanan		a. Skrining gizi. b. Asesmen gizi. c. Diagnosis gizi. d. Intervensi gizi. e. Monitoring dan evaluasi gizi. f. Konseling dan edukasi gizi. g. Penyusunan menu diet. h. Penyediaan makanan pasien. i. Konsultasi gizi rawat inap dan rawat jalan. j. Pelayanan diet khusus (DM, ginjal, jantung, rendah garam, tinggi protein, enteral, dan lainnya).
8	Pengelolaan Pengaduan	:	Unit Pengelola Penanganan Pengaduan Masyarakat Terpadu HP. 08117511009

		Staff pengaduan 2 org WULANDA ANGGRAINI RISA YANTI, S.Pd YENNI GUSVITA DEWI, SKM Pengaduan diterima melalui : Langsung ke ruang unit pengaduan, Telp, SMS, Aplikasi lapor dan kotak saran Kategori pengaduan : 1. Biaya 2. Obat 3. Administrasi 4. Pelayanan 5. Fasilitas 6. Antrian 7. Informasi 8. Rujukan 9. Attitude 10. Tindakan Medis
9	Sarana prasarana/fasilitas	a. Instalasi dapur gizi. b. Ruang administrasi. c. Gudang bahan makanan. d. Ruang penyimpanan bahan makanan kering. e. Cold storage/chiller/freezer. f. Komputer dan SIMRS. g. Peralatan memasak. h. Troli distribusi makanan. i. Peralatan makan pasien. j. APD petugas.
10	Kompetensi pelaksana	a. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP). b. Ahli Gizi/Nutrisi. c. Tenaga Teknik Kefarmasian (untuk koordinasi nutrisi parenteral bila diperlukan). d. Pramusaji. e. Juru masak. f. Petugas distribusi makanan. g. Sanitarian (pengawasan higiene sanitasi makanan). Tenaga Non Kesehatan a. Administrasi (sarjana dan SMA sederajat) b. Cleaning Servis
11	Pengawasan Internal	1. Monitoring dan evaluasi 2. Supervisi sesuai tupoksi
12	Jumlah Pelaksana	a. S1 Nutrisi (4 orang) b. DIV Nutrisi (1 orang) c. DIII Nutrisi (6 orang)

13	Jaminan pelayanan		Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pelanggan secara berkesinambungan
14	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan		a. Pelayanan mengutamakan mutu dan keselamatan pelanggan baik internal maupun eksternal b. Pengelolaan mutu dan keselamatan pelanggan dilakukan sesuai dengan standar mutu dan keselamatan rawat inap yang ditetapkan rumah sakit
15	Evaluasi kinerja pelayanan		a. Evaluasi penerapan standar pelayanan dilaksanakan minimal 2x setahun b. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan, dilakukan sebagai Upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pelanggan (internal maupun eksternal)

** Waktu yang tertera dalam standar ini sangat bergantung dengan kondisi pasien*

14. Standar Pelayanan Computed Tomography (CT Scan)

1	Jenis pelayanan	:	Pelayanan Computed Tomography
2	Dasar hukum	:	a. Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit c. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023; d. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; e. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan; f. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit; g. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
3	Persyaratan	:	a. Surat permintaan pemeriksaan CT Scan dari dokter. b. Identitas pasien lengkap. c. Informed consent untuk pemeriksaan dengan media kontras (bila diperlukan). d. Hasil pemeriksaan fungsi ginjal (ureum/kreatinin atau eGFR) sesuai indikasi penggunaan media kontras. Pasien mengikuti persiapan sesuai jenis pemeriksaan (misalnya puasa bila diperlukan).
4	Prosedur	:	a. Pasien melakukan pendaftaran. b. Verifikasi identitas pasien dan surat permintaan pemeriksaan. c. Skrining keamanan pasien (riwayat alergi kontras, kehamilan, fungsi ginjal, penggunaan metformin bila relevan). d. Edukasi mengenai prosedur pemeriksaan. e. Pemasangan akses intravena bila menggunakan media kontras. f. Pemeriksaan CT Scan oleh radiografer sesuai protokol. g. Interpretasi hasil oleh Dokter Spesialis Radiologi.

			h. Hasil pemeriksaan didokumentasikan dalam rekam medis dan disampaikan kepada DPJP. i. Pasien dipersilakan pulang atau kembali ke ruang perawatan.
5	Jangka waktu penyelesaian	:	Jam visite dokter setiap hari mulai jam 7.30 s.d jam 14.00
6	Biaya/Tarif	:	a. Pasien BPJS menggunakan tarif INA CBG b. Pasien umum sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Indragiri Hilir Nomor 04 Tahun 2024
7	Produk Pelayanan		CT Scan Kepala. a. CT Scan Thoraks. b. CT Scan Abdomen. c. CT Scan Pelvis. d. CT Scan Tulang Belakang. e. CT Scan Ekstremitas. f. CT Scan Leher. g. CT Scan Sinus Paranasal. h. CT Scan dengan dan tanpa media kontras. i. Interpretasi hasil oleh Dokter Spesialis Radiologi.
8	Pengelolaan Pengaduan	:	Unit Pengelola Penanganan Pengaduan Masyarakat Terpadu HP. 08117511009 Staff pengaduan 2 org WULANDA ANGGRAINI RISA YANTI, S.Pd YENNI GUSVITA DEWI, SKM Pengaduan diterima melalui : Langsung ke ruang unit pengaduan, Telp, SMS, Aplikasi lapor dan kotak saran Kategori pengaduan : 1. Biaya 2. Obat 3. Administrasi 4. Pelayanan 5. Fasilitas 6. Antrian 7. Informasi 8. Rujukan 9. Attitude 10. Tindakan Medis
9	Sarana prasarana/fasilitas		a. Ruang CT Scan dengan pelindung radiasi. b. Unit CT Scan. c. Injector media kontras.

			d. Monitor pasien. e. Tabung oksigen. f. Emergency trolley. g. Suction. h. UPS dan genset. i. Alat Pelindung Diri (APD). j. Alat pelindung radiasi (lead apron, thyroid shield).
10	Kompetensi pelaksana		a. Dokter Spesialis Radiologi. b. Radiografer yang memiliki STR dan kompetensi CT Scan. c. Perawat (bila diperlukan). d. Petugas administrasi. e. Fisikawan Medis (sesuai kebutuhan dan regulasi). f. Petugas Proteksi Radiasi (PPR) sesuai ketentuan.
11	Pengawasan Internal		1. Monitoring dan evaluasi 2. Supervisi sesuai tupoksi
12	Jumlah Pelaksana		a. Perawat ahli (1 orang bersertifikat) b. Cleaning Servis (1 orang)
13	Jaminan pelayanan		Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pelanggan secara berkesinambungan
14	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan		a. Pelayanan mengutamakan mutu dan keselamatan pelanggan baik internal maupun eksternal b. Pengelolaan mutu dan keselamatan pelanggan dilakukan sesuai dengan standar mutu dan keselamatan rawat inap yang ditetapkan rumah sakit
15	Evaluasi kinerja pelayanan		a. Evaluasi penerapan standar pelayanan dilaksanakan minimal 2x setahun b. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan, dilakukan sebagai Upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pelanggan (internal maupun eksternal)

** Waktu yang tertera dalam standar ini sangat bergantung dengan kondisi pasien*

15. Standar Pelayanan Catheterization Laboratory (CathLab)

1	Jenis pelayanan	:	Pelayanan Catheterization Laboratory (CathLab)
2	Dasar hukum	:	a. Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit c. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023; d. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; e. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan; f. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit; g. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
3	Persyaratan	:	a. Surat pengantar/permintaan tindakan dari Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP). b. Indikasi medis untuk tindakan Cath Lab. c. Identitas pasien lengkap. d. Informed consent tindakan. e. Hasil pemeriksaan penunjang sesuai indikasi (laboratorium, EKG, ekokardiografi, dan lainnya). f. Hasil fungsi ginjal bila menggunakan media kontras. g. Pasien telah menjalani asesmen pra-tindakan.
4	Prosedur	:	
5	Jangka waktu penyelesaian	:	Jam visite dokter setiap hari mulai jam 7.30 s.d jam 14.00
6	Biaya/Tarif	:	a. Pasien BPJS menggunakan tarif INA CBG b. Pasien umum sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Indragiri Hilir Nomor 04 Tahun 2024
7	Produk Pelayanan		
8	Pengelolaan Pengaduan	:	Unit Pengelola Penanganan Pengaduan Masyarakat Terpadu HP. 08117511009 Staff pengaduan 2 org

		WULANDA ANGGRAINI RISA YANTI, S.Pd YENNI GUSVITA DEWI, SKM Pengaduan diterima melalui : Langsung ke ruang unit pengaduan, Telp, SMS, Aplikasi lapor dan kotak saran Kategori pengaduan : 1. Biaya 2. Obat 3. Administrasi 4. Pelayanan 5. Fasilitas 6. Antrian 7. Informasi 8. Rujukan 9. Attitude 10. Tindakan Medis
9	Sarana prasarana/fasilitas	a. Ruang Cath Lab berstandar. b. Mesin Digital Angiography/DSA. c. Patient monitor multiparameter. d. Defibrillator. e. Ventilator. f. Injector media kontras. g. Infusion pump dan syringe pump. h. Crash cart lengkap. i. Oksigen sentral dan suction. j. Lead apron, thyroid shield, lead glasses. k. Peralatan kateterisasi dan intervensi. l. Sistem PACS/RIS dan SIMRS. m. Recovery room atau akses ke CVCU/ICCU.
10	Kompetensi pelaksana	a. Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah konsultan/intervensi. b. Dokter anestesi (sesuai kebutuhan tindakan). c. Perawat Cath Lab bersertifikat. d. Radiografer. e. Petugas Proteksi Radiasi (PPR). f. Fisikawan Medis (sesuai regulasi). g. Tenaga teknis elektromedis. h. Petugas administrasi.
11	Pengawasan Internal	1. Monitoring dan evaluasi 2. Supervisi sesuai tupoksi
12	Jumlah Pelaksana	a. Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah konsultan/intervensi. b. Dokter anestesi (sesuai kebutuhan tindakan). c. Perawat Cath Lab bersertifikat. d. Radiografer. e. Petugas Proteksi Radiasi (PPR).

			f. Fisikawan Medis (sesuai regulasi). g. Tenaga teknis elektromedis. h. Petugas administrasi.
13	Jaminan pelayanan		Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pelanggan secara berkesinambungan
14	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan		a. Pelayanan mengutamakan mutu dan keselamatan pelanggan baik internal maupun eksternal b. Pengelolaan mutu dan keselamatan pelanggan dilakukan sesuai dengan standar mutu dan keselamatan rawat inap yang ditetapkan rumah sakit
15	Evaluasi kinerja pelayanan		a. Evaluasi penerapan standar pelayanan dilaksanakan minimal 2x setahun b. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan, dilakukan sebagai Upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pelanggan (internal maupun eksternal)

** Waktu yang tertera dalam standar ini sangat bergantung dengan kondisi pasien*

16. Standar Pelayanan Fisioterapi

1	Jenis pelayanan	:	Pelayanan Fisioterapi
2	Dasar hukum	:	a. Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit c. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023; d. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; e. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan; f. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit; g. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
3	Persyaratan	:	a. Pasien memiliki surat rujukan atau permintaan fisioterapi dari Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP). b. Identitas pasien lengkap. c. Rekam medis tersedia. d. Membawa hasil pemeriksaan penunjang bila diperlukan (misalnya foto rontgen, CT Scan, MRI).
4	Prosedur	:	RAWAT JALAN 1. Pasien yang mengalami/berpotensi mengalami gangguan gerak dan fungsi tubuh datang dapat melakukan pendaftaran secara langsung, atau melalui rujukan dari tenaga medis di poliklinik pada fasilitas pelayanan kesehatan setempat/ Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP), atau dari praktik mandiri (dengan membawa surat rujukan fisioterapi dengan mengisi Formulir Rujukan Masuk Pelayanan Fisioterapi). 2. Setelah pendaftaran, petugas mengarahkan pasien ke bagian pelayanan fisioterapi (sesuai

		dengan tingkat fasilitas pelayanan kesehatan) untuk mendapatkan proses fisioterapi yang dilakukan oleh fisioterapis. 3. Sebelum melakukan Assesmen atau intervensi Fisioterapis harus memberikan informasi persetujuan tindakan pelayanan Fisioterapi (Formulir Informed Consent Pelayanan Fisioterapi). 4. Asesmen awal diperlukan untuk menemukan indikasi atau tidaknya program fisioterapi atau untuk mengarahkan kebutuhan fisioterapi yang tepat sesuai dengan kekhususannya (Formulir Asesmen Pasien/Klien Fisioterapi). Apabila tidak ditemukan indikasi, fisioterapis mengarahkan/merujuk pada tenaga kesehatan yang tepat/mengembalikan kepada perujuk secara tertulis (Formulir Rujukan Keluar Pelayanan Fisioterapi) Apabila ditemukan indikasi awal maka selanjutnya dilakukan proses sesuai prosedur fisioterapi. Setelah pasien menjalani rangkaian proses fisioterapi/intervensi yang dicatat dalam Formulir Intervensi dan Monitoring Fisioterapi dan penyelesaian administrasinya, pasien dapat pulang atau kembali kepada dokter/dokter gigi/DPJP/pengirim sebelumnya disertai pengantar catatan klinis/resume dari fisioterapis (Formulir Catatan Klinis/Resume Fisioterapi) yang bertanggung jawab (dapat disertai rekomendasi). 5. Rencana / program (6-12 kali fisioterapi) pasien dikembalikan/konsulkan kembali oleh petugas kepada dokter yang merujuk. RAWAT INAP 1. DPJP/Dokter Perujuk membuat rujukan/permintaan secara tertulis kepada bagian fisioterapi/fisioterapis (Formulir Rujukan Masuk Pelayanan Fisioterapi). Selanjutnya petugas ruangan menyampaikan informasi rujukan kepada fisioterapis bersangkutan/bagian
--	--	--

			pelayanan fisioterapi untuk diregistrasi dan ditindaklanjuti. 2. Sebelum melakukan Asesmen atau intervensi Fisioterapis harus memberikan informasi persetujuan tindakan pelayanan Fisioterapi (Formulir Informed Consent Pelayanan Fisioterapi). 3. Selanjutnya fisioterapis dapat melakukan asesmen awal untuk menemukan indikasi (Formulir Asesmen Pasien/Klien Fisioterapi). Apabila tidak ditemukan indikasi, fisioterapis secara tertulis menyampaikan kepada DPJP/Dokter yang merujuk (Formulir Rujukan Keluar Pelayanan Fisioterapi). 4. Apabila ditemukan indikasi, maka dapat langsung dilakukan proses fisioterapi selanjutnya sesuai prosedur fisioterapi, termasuk menentukan tujuan/target, intervensi maupun episode pelayanan fisioterapinya, serta rencana evaluasinya. Dalam proses tersebut, secara berkala fisioterapis menyampaikan informasi perkembangan secara tertulis dalam rekam medic (Formulir Intervensi dan Monitoring Fisioterapi). 5. Setelah program fisioterapi selesai, fisioterapis merujuk kembali kepada Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)/Dokter yang merujuk dengan disertai catatan klinis fisioterapi termasuk rekomendasi apabila diperlukan dengan mempertimbangkan keberlanjutan program fisioterapi pasien setelah selesai perawatan di rumah sakit (Formulir Catatan Klinis/Resume Fisioterapi). 6. Seluruh proses fisioterapi dicatat dalam rekam medik yang telah disediakan, termasuk administrasi keuangan.
5	Jangka waktu penyelesaian	:	Jam visite dokter setiap hari mulai jam 7.30 s.d jam 14.00
6	Biaya/Tarif	:	a. Pasien BPJS menggunakan tarif INA CBG b. Pasien umum sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Indragiri Hilir Nomor 04 Tahun 2024
7	Produk Pelayanan		a. Asesmen fisioterapi. b. Terapi latihan (exercise therapy). c. Terapi manual.

			d. Terapi infrared. e. Rehabilitasi neurologi. f. Rehabilitasi muskuloskeletal. g. Rehabilitasi kardiopulmoner. h. Fisioterapi pediatrik. i. Latihan berjalan (gait training). j. Edukasi pasien dan keluarga. k. Program latihan mandiri (home program).
8	Pengelolaan Pengaduan	:	Unit Pengelola Penanganan Pengaduan Masyarakat Terpadu HP. 08117511009 Staff pengaduan 2 org WULANDA ANGGRAINI RISA YANTI, S.Pd YENNI GUSVITA DEWI, SKM Pengaduan diterima melalui : Langsung ke ruang unit pengaduan, Telp, SMS, Aplikasi lapor dan kotak saran Kategori pengaduan : 1. Biaya 2. Obat 3. Administrasi 4. Pelayanan 5. Fasilitas 6. Antrian 7. Informasi 8. Rujukan 9. Attitude 10. Tindakan Medis
9	Sarana prasarana/fasilitas		a. Ruang fisioterapi. b. Bed terapi. c. Theraband. d. Dumbbell. e. Infrared Therapy. f. Komputer dan SIMRS. g. APD petugas.
10	Kompetensi pelaksana		a. Fisioterapis yang memiliki STR dan SIP yang masih berlaku - b.
11	Pengawasan Internal		1. Monitoring dan evaluasi 2. Supervisi sesuai tupoksi
12	Jumlah Pelaksana		a. S1+Profesi Fisioterapi (6 Orang)

		b. D3 Okupasi Terapi (1 Orang) c. D3 Fisioterapi (4 orang)
13	Jaminan pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pelanggan secara berkesinambungan
14	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	c. Pelayanan mengutamakan mutu dan keselamatan pelanggan baik internal maupun eksternal d. Pengelolaan mutu dan keselamatan pelanggan dilakukan sesuai dengan standar mutu dan keselamatan rawat inap yang ditetapkan rumah sakit
15	Evaluasi kinerja pelayanan	c. Evaluasi penerapan standar pelayanan dilaksanakan minimal 2x setahun d. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan, dilakukan sebagai Upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pelanggan (internal maupun eksternal)

Waktu yang tertera dalam standar ini sangat bergantung dengan kondisi pasien

Direktur UPTD RSUD
Puri Husada Tembilahan,

dr. Firman Nurdiansah, M.Ked, Sp.THT-KL, M.M
Pembina (IV/a)
NIP. 198203102014121003