



**RSUD MEURAXA
KOTA BANDA ACEH**



**STANDAR PELAYANAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
MEURAXA KOTA BANDA ACEH
TAHUN 2026**



PEMERINTAH KOTA BANDA ACEH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MEURAXA

Jl. Soekarno-Hatta, Banda Raya, Banda Aceh (23238)
Telp./Faks. (0651) 43097/ 43095 Email: rsum@bandaacehkota.go.id
Website: <http://rsum.bandaacehkota.go.id>



BISMILLAAHIRRAHMAANIRRAHIIM

**KEPUTUSAN
DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MEURAXA
KOTA BANDA ACEH**

NOMOR : 445 / 5990 / 2026

T E N T A N G

**STANDAR PELAYANAN PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MEURAXA
KOTA BANDA ACEH**

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MEURAXA KOTA BANDA ACEH,

- Menimbang : a. bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh, maka dipandang perlu menetapkan Standar Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu ditetapkan dalam suatu Keputusan.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh;
2. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik;
5. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
6. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan;
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2026 tentang Penyesuaian Pidana;
9. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 15 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1519/MENKES/SK/X/2010 tentang Penetapan Kelas Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Milik Pemerintah Kota Banda Aceh Provinsi Aceh;
11. Peraturan Walikota Banda Aceh Nomor 33 Tahun 2015 tentang Pola Tata Kelola RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Walikota Banda Aceh Nomor 83 Tahun 2018 tentang Perubahan Peraturan Walikota Banda Aceh Nomor 09 Tahun 2024 tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh;
12. Peraturan

12. Peraturan Walikota Banda Aceh Nomor 7 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Walikota Banda Aceh Nomor 16 Tahun 2020 tentang Perubahan Atas Peraturan Walikota Banda Aceh Nomor 7 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh;
13. Peraturan Walikota Banda Aceh Nomor 71 Tahun 2016 tentang Susunan, Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MEURAXA KOTA BANDA ACEH TENTANG STANDAR PELAYANAN PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MEURAXA KOTA BANDA ACEH.

KESATU : Menetapkan Standar Pelayanan (SP) pada Unit Organisasi Kerja pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh, sebagaimana tercantum pada Lampiran Keputusan ini.

KEDUA : Standar Pelayanan dimaksud dalam Diktum Kesatu merupakan implementasi dari Pelaksanaan tugas dan fungsi Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh, yang bersifat perumusan kebijakan, regulasi, pengendalian dan pengawasan, yang meliputi:

1. Standar Pelayanan Gawat Darurat;
2. Standar Pelayanan Rawat Jalan;
3. Standar Pelayanan Rawat Inap;
4. Standar Pelayanan Bedah;
5. Standar Pelayanan Persalinan dan Perinatologi;
6. Standar Pelayanan Intensif;
7. Standar Pelayanan Radiologi;
8. Standar Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik;
9. Standar Pelayanan Rehabilitasi Medik;
10. Standar Pelayanan Farmasi;
11. Standar Pelayanan Gizi;
12. Standar Pelayanan Transfusi Darah;
13. Standar Pelayanan Rekam Medis;
14. Standar Pelayanan Pengelolaan Limbah;
15. Standar Pelayanan Administrasi dan Manajemen;
16. Standar Pelayanan Ambulans/ Kereta Jenazah;
17. Standar Pelayanan Pemulasaran Jenazah;
18. Standar Pelayanan Laundry;
19. Standar Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit; dan
20. Standar Pelayanan Pencegahan Pengendalian Infeksi;

KETIGA

- KETIGA : Standar Pelayanan sebagaimana dalam Lampiran Peraturan ini, digunakan sebagai pedoman dalam penilaian ukuran kualitas dan kinerja pelayanan bagi penyelenggara, pelaksana, masyarakat maupun aparat pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan publik.
- KEEMPAT : Surat Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila terdapat kekeliruan dalam penetapan ini, akan diadakan perubahan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Banda Aceh

Pada tanggal : 01 September 2026 M
19 Rabi'ul Awal 1448 H

Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa
Kota Banda Aceh,



Chiralda, M. Kes
Pembina Tk.I/IVb

NIP. 19720210 200112 2 004

STANDAR PELAYANAN GAWAT DARURAT

NO	KOMPONEN	URAIAN
SERVICE POINT		
1.	Persyaratan	1. Kartu Identitas : KTP dan KK; 2. Kartu Jaminan : BPJS; 3. Surat keterangan kecelakaan dari Kepolisian (Pasien yang mengalami kecelakaan); 4. Persyaratan tersebut dilengkapi dalam waktu 3 x 24 jam hari kerja (bagi pasien yang dirawat inap).
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Pasien turun di tempat turun pasien dibantu perawat dan sekuriti 2. Pasien melalui triase masuk ke ruang IGD dan segera dilakukan pemeriksaan oleh dokter dan perawat; 3. Keluarga pasien mendaftarkan pasien ke bagian Rekam Medik untuk mendapatkan status pasien; 4. Bila pasien tidak sadar, maka pemeriksaan pasien dilakukan secara allo anamnesa; 5. Dokter IGD akan mengkonsultasikan kepada Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP); 6. Petugas medis akan mempersiapkan pasien untuk rencana pemeriksaan penunjang/lanjutan bila diperlukan; 7. Pasien yang memerlukan perawatan lebih lanjut maka pasien dipindahkan ke rawat inap setelah distabilisasi/observasi; 8. Pembayaran pasien dilakukan setelah pelayanan tindakan pada pasien selesai bagi pasien umum; 9. Pasien diputuskan pulang berobat jalan, dirawat atau rujuk.
3.	Jangka waktu pelayanan	1. ≤ 5 menit
4.	Biaya / Tarif	Berdasarkan : a. Permenkes RI nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan. b. Sesuai Tarif INA-CBGs, NCC KEMENKES (Pasien UHC/JKA). a. Peraturan walikota nomor 14 tahun 2015 tentang tarif pelayanan rumah sakit umum daerah kota Banda aceh.
5.	Produk layanan	Pelayanan Kegawatdaruratan.
6.	Penanganan pengaduan, saran dan masukan / apresiasi	Pengaduan dilakukan melalui : a. Kotak saran; b. Email : rsum@bandaacehkota.go.id; c. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (Standar Prosedur Operasional Pengelolaan Pengaduan).
MANUFACTURING		
1.	Dasar Hukum	• Undang undang No. 17 tahun 2023 tentang Kesehatan. a. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan.
2.	Sarana dan prasana, dan / atau fasilitas	a. 23 Tempat Tidur; b. Peralatan Medis sesuai standar; c. Ruang Tunggu; d. Tempat turun pasien e. Ruang Triase f. Ruang Resusitasi g. Ruang Tindakan h. Ruang Observasi i. Ruang Isolasi j. Ruang Ganti Petugas k. Ruang Sentral Perawat. l. Ruang Kepala Instalasi m. Ruang Dekontaminasi n. Kasir o. Gudang BHP p. Apotik; q. Rekam Medis. r. Laboratorium. s. Radiologi. t. Kamar mandi petugas. u. Kamar mandi pasien. v. Tempat Parkir Ambulan.

3.	Kompetensi pelaksana	➤ Dokter Umum terlatih gawat darurat ➤ Perawat Terlatih gawat darurat; - Tenaga Administrasi.
4.	Pengawasan internal	➤ Supervisi atasan langsung; ➤ Pengawasan oleh Satuan Pengawas Internal; - Sistem Pengendalian Internal Pemerintah(SPIP).
5.	Jumlah pelaksana	➤ Dokter Umum : 25 Orang; ➤ Perawat : 40 Orang; - Tenaga Administrasi: 5 Orang.
6.	Jaminan Pelayanan	Memberikan kepastian pelayanan dilaksanakan sesuai dengan syarat pelayanan.
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Pedoman keselamatan & keamanan pasien.
8.	Evaluasi kinerja pelaksana	Evaluasi dilakukan setiap bulan dalam bentuk : 1. Sasaran Kinerja Pegawai; 2. Sesuai dengan pelaporan indikator mutu.

STANDAR PELAYANAN RAWAT JALAN

NO	KOMPONEN	URAIAN
SERVICE POINT		
1.	Persyaratan	1. Pasien umum : ➤ Membawa KTP / KK dan Akte Kelahiran; ➤ Bukti Kwitansi Pembayaran dari Kasir. 2. Pasien dengan jaminan JKN : ➤ Surat Rujukan / Surat Kontrol Ulang; ➤ Membawa KTP / KK dan Akte Kelahiran; ➤ Membawa Surat Elegibilitas Pasien (SEP) dari Rekam Medik.
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Petugas di unit pelayanan akan melihat kunjungan pasien ke bagiannya masing-masing di system SIMRS. 2. Petugas di unit pelayanan akan menerima SEP dan surat rujukan / surat kontrol / resume medis pasien yang. 3. Petugas di unit pelayanan memberikan pelayanan kesehatan bagi pasien sesuai dengan jam pendaftarannya. 4. Petugas medis baik dokter atau perawat poliklinik harus memastikan bahwa semua hasil pemeriksaan kesehatan mulai dari anamnesa, tindakan, diagnose, therapy, maupun penunjang harus benar-benar dicatat/ dientry kedalam system komputer. 5. Apakah pasien perlu dirujuk ke unit pelayanan penunjang yang lain? 6. Jika Ya, maka petugas harus memilih mentransfer pasien disistem ke unit pelayanan yang dituju. 7. Jika tidak, maka pasien/keluarganya dipersilahkan mengambil obat di bagian farmasi. 8. Bagi pasien umum, maka petugas akan mengarahkan pasien untuk dapat menyelesaikan administrasi pembayaran di loket kasir. 9. Setelah mendapat pelayanan yang cukup dari poliklinik, ada beberapa kemungkinan dari setiap pasien : a. Pasien boleh langsung pulang. Pasien diberi Surat Kontrol oleh petugas poliklinik untuk datang kembali pada hari dan tanggal yang telah ditetapkan. Kepada pasien yang diminta datang kembali, harus lapor kembali ke tempat pendaftaran pasien. b. Pasien dirujuk / dikirim ke rumah sakit lain. Untuk pasien yang harus dirujuk, dokter yang merujuk membuat surat rujukan yang berisi alasan pasien harus dirujuk, bisa berupa diagnosa, tindakan medis, ataupun tindakan penunjang lainnya. c. Pasien Dirawat Untuk pasien yang dirawat, Dokter membuat surat pengantar rawatan. Jika pasien yang harus dirawat maka pasien / keluarga pasien membuat rekam medisnya dibagian admission center.
3.	Jangka waktu pelayanan	≤ 60 menit.
4.	Biaya / Tarif	Berdasarkan : a. Permenkes RI nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan; b. Sesuai Tarif INA-CBGs, NCC KEMENKES (Pasien UHC / JKA).
5.	Produk layanan	1. Poli Penyakit Dalam; 2. Poli Penyakit Dalam Konsultan Ginjal dan Hipertensi; 3. Poli Penyakit Dalam Konsultan Gastroentero Hepatologi; 4. Poli Penyakit Dalam Konsultan Jantung dan Pembuluh Darah; 5. Poli Bedah Umum 6. Poli Urologi; 7. Poli Bedah Ortopedi; 8. Poli Bedah Konsultan Subspesialis Bedah Vaskular Dan Endovaskular; 9. Poli Bedah Thorax Kardiak Vaskular; 10.Poli Bedah Saraf; 11.Poli Bedah Plastik; 12.Poli Bedah Konsultasi Onkologi; 13.Poli Anak;

		14.Poli Kandungan Dan Kebidanan; 15.Poli Mata; 16.Poli Syaraf; 17.Poli THT-KL; 18.Poli Jantung Dan Pembuluh Darah; 19.Poli Paru; 20.Poli Kulit Dan Kelamin; 21.Instalasi Rehab Medik; 22.Poli Gizi Klinik; 23.Poli Manajemen Nyeri; 24.Poli Anestesi 25.Poli Kesehatan Jiwa; 26.Poli Gigi; 27.Poli Bedah Mulut; 28.Poli Psikologi; 29.Poli MCU/ KIR; 30.Poli VCT; 31.Poli DOTS.
6.	Penanganan pengaduan, saran dan masukan / apresiasi	Pengaduan dilakukan melalui : a. Kotak saran; b. Email : rsum@bandaacehkota.go.id ; c. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (Standar Prosedur Operasional Pengelolaan Pengaduan).
MANUFACTURING		
1.	Dasar Hukum	a. UU No 29 th 2004 tentang Praktik Kedokteran; b. UU No 36 th 2009 Tentang Kesehatan; c. UU No 44 th 2009 Tentang Rumah Sakit; d. Peraturan Pemerintah No 32 th 1996 Tentang Tenaga Kesehatan; e. PMK No 512/Menkes/Per/IV/2007 Tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran.
2.	Sarana dan prasana, dan / atau fasilitas	a. 15 Poliklinik; b. Ruang Tunggu pasien; c. Peralatan Medis Sesuai Standar.
3.	Kompetensi pelaksana	➤ Dokter Spesialis; ➤ Perawat; ➤ Bidan; ➤ Tenaga Administrasi. ➤ Perawat Gigi
4.	Pengawasan internal	➤ Supervisi atasan langsung; ➤ Pengawasan oleh Satuan Pengawas Internal; ➤ Sistem Pengendalian Internal Pemerintah(SPIP).
5.	Jumlah pelaksana	➤ Dokter Spesialis : 72 Orang; ➤ Perawat : 26 Orang; ➤ Bidan : 20 Orang; ➤ Tenaga Administrasi Rawat Jalan : 1 Orang. ➤ Perawat Gigi : 6 Orang ➤ Refraksionis : 4 Orang ➤
6.	Jaminan Pelayanan	Memberikan kepastian pelayanan dilaksanakan sesuai standar.
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Pedoman keselamatan & keamanan pasien.
8.	Evaluasi kinerja pelaksana	Evaluasi dilakukan setiap bulan dalam bentuk : 1. Sasaran Kinerja Pegawai; 2. Sesuai dengan pelaporan indikator mutu.

STANDAR PELAYANAN RAWAT INAP

NO	KOMPONEN	URAIAN
SERVICE POINT		
1.	Persyaratan	1. Pasien Rawat Jalan : ➤ Surat Pengantar rawat inap dari dokter spesialis; ➤ Membawa Surat Elegibilitas Pasien (SEP) dari Rekam Medik; ➤ Kelengkapan berkas Rekam Medis (Form RM). 2. Pasien IGD : ➤ Instruksi dari dokter yang bertugas di IGD; ➤ Membawa Surat Elegibilitas Pasien (SEP) dari Rekam Medik; ➤ Kelengkapan berkas Rekam Medis (Form RM).
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Petugas IGD atau poliklinik menelpon ke ruang rawat inap sesuai dengan jaminan pasien dan diagnosa dokter; 2. Pasien dari poliklinik membuat SEP kartu rawat inap di admisi rawat inap di loket pendaftaran rawat jalan. 3. Pasien poliklinik ke ruang rawat inap membawa SEP Rawat Inap ke ruang perawatan yang telah diberitahukan oleh petugas poliklinik; 4. Pasien IGD diantar oleh petugas ke ruang rawat inap; 5. Petugas rawat inap menerima penyerahan pasien rawatan baik dari IGD maupun dari poliklinik; 6. Petugas ruangan melakukan pemeriksaan awal rawat inap; 7. Petugas ruangan melaporkan pasien tersebut kepada DPJP; 8. Petugas Pemberi Asuhan melakukan asuhan medis dan keperawatan selama pasien dirawat; 9. Menyiapkan tindakan operasi (bila memerlukan tindakan operasi); 10. Petugas mencatat perkembangan pasien di lembar rekam medis; 11. Petugas menyiapkan perencanaan pulang pasien; 12. Jika pasien sudah dinyatakan boleh pulang atau PAPS atau rujuk atau meninggal, petugas membuat biling bagi pasien umum; 13. Keluarga melakukan pembayaran ke kasir dan mendapatkan bukti pembayaran dari kasir; 14. Keluarga menyerahkan bukti pembayaran ke petugas ruang rawat inap; 15. Petugas memberikan edukasi tentang rencana perawatan lanjutan di rumah, obat yang harus diminum dan surat control kepada pasien dan keluarga; 16. Petugas mengantarkan pasien sampai pintu keluar ruang rawat inap; 17. Pasien yang dirujuk ke rumah sakit lain akan diantar ambulan dan didampingi petugas rumah sakit; 18. Pasien meninggal akan diserahterimakan ke petugas pemulasaraan jenazah dengan disaksikan keluarga untuk perawatan lebih lanjut.
3.	Jangka waktu pelayanan	24 Jam, (7 Hari / Minggu).
4.	Biaya / Tarif	Berdasarkan : a. Permenkes RI nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan; b. Sesuai Tarif INA-CBGs, NCC KEMENKES (Pasien UHC / JKA).
5.	Produk layanan	Pelayanan Rawat Inap.
6.	Penanganan pengaduan, saran dan masukan / apresiasi	Pengaduan dilakukan melalui : a. Kotak saran; b. Email : rsum@bandaacehkota.go.id; c. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (Standar Prosedur Operasional Pengelolaan Pengaduan).

MANUFACTURING		
1.	Dasar Hukum	a. UU No 29 th 2004 tentang Praktik Kedokteran; b. UU No 36 th 2009 Tentang Kesehatan; c. UU No 44 th 2009 Tentang Rumah Sakit; d. Peraturan Pemerintah No 32 th 1996 Tentang Tenaga Kesehatan; e. PMK No 512/Menkes/Per/IV/2007 Tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran.
2.	Sarana dan prasana, dan / atau fasilitas	a. 28 Ruang Rawat Inap; b. 319 Tempat Tidur.
3.	Kompetensi pelaksana	➤ Dokter Spesialis (DPJP); ➤ Perawat.; ➤ Bidan; ➤ Tenaga Administrasi.
4.	Pengawasan internal	➤ Supervisi atasan langsung; ➤ Pengawasan oleh Satuan Pengawas Internal; ➤ Sistem Pengendalian Internal Pemerintah(SPIP).
5.	Jumlah pelaksana	➤ Dokter Spesialis : 72 Orang; ➤ Perawat : 381 Orang; ➤ Bidan : 52 Orang; ➤ Tenaga Administrasi : 20 Orang.
6.	Jaminan Pelayanan	Memberikan pelayanan yang komprehensif dan paripurna.
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Pedoman keselamatan & keamanan pasien.
8.	Evaluasi kinerja pelaksana	Evaluasi dilakukan setiap bulan dalam bentuk : 1. Sasaran Kinerja Pegawai; 2. Sesuai dengan pelaporan indikator mutu.

STANDAR PELAYANAN BEDAH

NO	KOMPONEN	URAIAN
SERVICE POINT		
1.	Persyaratan	1. KTP; 2. Kartu BPJS; 3. Surat Rujukan; 4. Surat persetujuan Tindakan.
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Pasien dari IGD, Ponsek dan ruangan yang akan dioperasi masuk keruang persiapan operasi; 2. Perawat kamar terima IBS mengecek kelengkapan pasien sesuai dengan daftar calon operasi pada daftar cek list pasien peri operatif diantaranya: identitas pasien, Inform consent, penandaan daerah operasi, posisi pasien ,pemeriksaan penunjang,diagnose, tindakan, DPJP, dokter anestesi persiapan darah dll; 3. Apabila sudah lengkap ganti pakaian pasien dengan pakaian khusus untuk dalam kamar operasi (jaga privasi pasien); 4. Perawat ruangan dan perawat kamar terima IBS menandatangani format serah terima yang sudah dicek; 5. Pasien diistirahatkan diruangan premedikasi; 6. Pasien dibawa masuk ke ruang operasi; 7. Selesai operasi, perawat jaga kamar bedah menghubungi perawat jaga rawat inap dan menjelaskan keadaan pasien setelah dilakukan operasi / tindakan; 8. Petugas melakukan serah terima pasien dan kelengkapan lainnya pada perawat ruangan yang menjemput; 9. Perawat ruangan yang menjemput pasien harus menanda tangani bukti serah terima pasien; 10.Setelah dari ruang pulih sadar pasien dikirim kembali ke ruang rawat inap atau ICU bila ada indikasi.
3.	Jangka waktu pelayanan	1. Operasi Elektif : 2. Senin s/d Jum'at : 3. Operasi Emergency (Cyto) : 24 Jam.
4.	Biaya / Tarif	Berdasarkan : b. Permenkes RI nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan; c. Sesuai Tarif INA-CBGs, NCC KEMENKES (Pasien UHC / JKA).
5.	Produk layanan	1. Pelayanan jenis tindakan operasi berdasarkan spesialisasi yaitu: a. Bedah Mata (SEC); b. Bedah Urologi; c. Bedah Plastik; d. Obstetri & Ginekologi; e. Bedah Syaraf; f. Bedah Orthopaedi; g. Bedah THT; h. Bedah Anak; i. Bedah Umum; j. Bedah Digestive; k. Bedah Thorak dan Vaskuler. 2. Pelayanan penjadwalan operasi elektif. 3. Pelayanan penjadwalan operasi emergensi. 4. Pelayanan Cyto. 5. Pelayanan ODC. 6. Pelayanan perioperatif.
6.	Penanganan pengaduan, saran dan masukan / apresiasi	Pengaduan dilakukan melalui : a. Kotak saran; b. Email : rsum@bandaacehkota.go.id; c. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (Standar Prosedur Operasional Pengelolaan Pengaduan).
MANUFACTURING		
1.	Dasar Hukum	a. Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan; b. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah

		Sakit; c. Undang-undang Nomor 29 tahun 2009 tentang Praktek Kedokteran; d. Fatwa DSN MUI No. 107/DSN MUI/X/2016 tentang Pelayanan Syariah Kesehatan; e. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan Kerja; f. Keputusan Presiden RI Nomor 22 Tahun 1993 Tentang Penyakit Yang Timbul Karena Hubungan Kerja; g. Fatwa Dewan Syariah Nasional – Majelis Ulama Indonesia Nomor : 107/DSN-MUI/X/2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit Berdasarkan Prinsip Syariah.
2.	Sarana dan prasana, dan / atau fasilitas	Standar Ruangan : 1. Ruang Bedah 2. Ruang untuk cuci tangan (<i>scrub</i>) 3. Ruang Persiapan 4. Ruang Pemulihan (<i>Recovery Room/ RR</i>) 5. Ruang Penerimaan Pasien (Ruang Serah Terima) 6. Ruang Penyimpanan <i>Instrument</i> 7. Ruang Dekontaminasi 8. Ruang untuk ganti pakaian 9. Ruang istirahat (makan minum) dokter, perawat, dan penunjang 10. Ruang diskusi (kuliah / pendidikan) 11. Ruang Administrasi 12. Gudang 13. Ruang tunggu 14. Ruang Ibadah keluarga Pasien 15. Spoelhof/slopsink 16. Kamar mandi/WC/Toilet 17. Selasar bersih 18. Mushala 19. Selasar kotor Standar Peralatan : 1. Peralatan Medis Umum 2. Peralatan medis khusus 3. Peralatan Non Medis 4. Peralatan di Ruang Anestesi/Induksi 5. Peralatan di ruang pemulihan 6. Alat rumah tangga 7. Alat ukur
3.	Kompetensi pelaksana	➤ Dokter Spesialis 1. Bedah Umum 2. Bedah Anak 3. Bedah Plastik 4. Bedah Orthopedi dan traumatologi 5. Bedah Urologi 6. Bedah Saraf 7. Bedah digestif 8. Obsetri dan ginekologi 9. Bedah thoraks dan kardiovaskuler 10. Bedah Onkologi 11. Bedah vaskuler 12. Bedah Mulut 13. Mata 14. THT-BKL 15. Paru 16. Anestesi ➤ Perawat Kamar Operasi; ➤ Perawat Anastesi; ➤ Farmasi; ➤ CSSD; ➤ Tenaga Administrasi.
4.	Pengawasan internal	➤ Supervisi atasan langsung; ➤ Pengawasan oleh Satuan Pengawas Internal; ➤ Sistem Pengendalian Internal Pemerintah (SPIP).
5.	Jumlah pelaksana	➤ Dokter Spesialis : 39 Orang; ➤ Perawat Kamar Operasi: 36 Orang; ➤ Perawat Anastesi : 19 Orang; ➤ Tenaga Administrasi : 2 Orang.

6.	Jaminan Pelayanan	Memberikan pelayanan bedah sesuai standar.
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Pedoman keselamatan & keamanan pasien.
8.	Evaluasi kinerja pelaksana	Evaluasi dilakukan setiap bulan dalam bentuk : 1. Sasaran Kinerja Pegawai; 2. Sesuai dengan pelaporan indikator mutu.

STANDAR PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

NO	KOMPONEN	URAIAN
SERVICE POINT		
1.	Persyaratan	1. Pasien datang sendiri dan/atau bersama pendamping; 2. Pasien membawa persyaratan : membawa KTP, kartu berobat (jika ada), kartu jaminan kesehatan : KIS/ BPJS (jika ada). Buku KIA; 3. Pasien membawa keperluan persalinan.
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Pasien hamil diantar ke kamar bersalin; 2. Keluarga pasien mendaftar di loket pendaftaran dengan membawa persyaratan yang diperlukan; 3. Petugas melakukan pemeriksaan kepada pasien; 4. Petugas melakukan pemantauan kemajuan persalinan; 5. Petugas melakukan pertolongan persalinan kepada pasien; 6. Petugas melakukan pemantauan post-partum, apabila ada kedaruratan maka dihubungi DPJP untuk dilakukan emergency; 7. Petugas memberikan edukasi kepada ibu post- partum dan keluarganya; 8. Setelah bayi lahir dimasukkan di ruang perawatan bayi.
3.	Jangka waktu pelayanan	Pelayanan 24 Jam.
4.	Biaya / Tarif	Berdasarkan : 1. Perwal Kota Banda Aceh Nomor : 14 Tahun 2015 Tentang Tarif Pelayanan Kesehatan.
5.	Produk layanan	1. Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal Fisiologis. 2. Pelayanan kesehatan Maternal dan Neonatal dengan risiko tinggi : Masa antenatal, Masa intranatal dan Masa Post Natal Masa nifas. 3. Pelayanan Kesehatan Neonatal. 4. Pelayanan Ginekologis. 5. Perawatan Khusus / High Care Unit dan Transfusi Darah.
6.	Penanganan pengaduan, saran dan masukan / apresiasi	Pengaduan dilakukan melalui : a. Kotak saran; b. Email : rsum@bandaacehkota.go.id; c. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (Standar Prosedur Operasional Pengelolaan Pengaduan).
MANUFACTURING		
1.	Dasar Hukum	a. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit. b. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. c. Peraturan Pemerintah No 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan. d. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor. 340/Menkes/PER/III/2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit. e. Kepmenkes. RI No. 1045/Menkes/Per/ XI/2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan. f. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1051/MENKES/SK/XI/2008 Tentang Pedoman Penyelenggaraan / Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 Jam Di Rumah Sakit. g. Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. h. Pedoman Rumah Sakit Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 Jam Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2007.

2.	Sarana dan prasana, dan / atau fasilitas	Ruangan : 1. Pojok PONEK IGD 2. Ruang bersalin 3. Ruang Kebidanan 4. Ruang Perinatologi 5. Ruang NICU 6. Pojok Laktasi 7. Ruang Imunisasi 8. Poli Kebidanan dan Kandungan Peralatan : 1. Kotak Resusitasi 2. Incubator : 4 buah 3. Infant warmer : 1 buah 4. Ekstraktor vakum : 2 buah 5. Monitor denyut jantung/pernapasan : 1 buah 6. Foetal dopler : 1 buah 7. Set section sesaria : 2 buah 8. Pulse oxymeter neonates : 1 buah 9. Syringe pump : 1 buah 10. Tabung oksigen (mobile) : 1 buah 11. Lampu tindakan : 1 buah.
3.	Kompetensi pelaksana	➤ Dokter Spesialis Obgyn; ➤ Bidan D-4 ➤ Bidan D-3
4.	Pengawasan internal	➤ Supervisi atasan langsung; ➤ Pengawasan oleh Satuan Pengawas Internal; ➤ Sistem Pengendalian Internal Pemerintah (SPIP).
5.	Jumlah pelaksana	➤ Dokter Spesialis Obgyn : 1 Orang; ➤ Bidan D-4 : 1 Orang ➤ Bidan D-3 : 11 Orang
6.	Jaminan Pelayanan	➤ Pasien mendapatkan pelayanan sesuai standar operasional prosedur (SOP) yang telah ditetapkan dan diberikan oleh petugas yang berkompeten; ➤ Dilakukan oleh Dokter Spesialis Obgyn serta konsultasi dokter Spesialis lainnya bila diperlukan; ➤ Dokter Spesialis visite setiap hari kerja dimulai dari jam 08.00 s/d 14.00 WIB.
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	➤ Alat medis terkalibrasi setiap tahun; ➤ Pembayaran melalui kasir; ➤ Produk pelayanan dijamin dengan catatan rekam medik rumah sakit serta ditanda tangani oleh petugas pemberi layanan; ➤ Sesuai dengan pedoman keselamatan pasien.
8.	Evaluasi kinerja pelaksana	Evaluasi Standar Pelayanan dan Evaluasi Kinerja dilakukan minimal 1 (Satu) kali dalam setahun.

STANDAR PELAYANAN INTENSIF

NO	KOMPONEN	URAIAN
SERVICE POINT		
1.	Persyaratan	Memenuhi kriteria masuk ruang intensif.
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	Tata Cara Transfer Pasien ke Ruang Intensive adalah : 1. DPJP menginstruksikan pasien untuk dipindahkan ke ruangan ICU, ICCU, NICU, dan PICU. 2. Pasien yang masuk ke Ruang Intensif harus sesuai dengan kriteria masuk Ruang Intensif. 3. Dokter jaga menghubungi dokter Anastesi untuk pasien yang akan masuk ke ICU, serta menghubungi dokter ruangan untuk pasien yang akan masuk ke ICCU, NICU, dan PICU. 4. Perawat menghubungi ruang yang dituju dan memastikan bahwa ruang rawat tersebut sudah siap untuk menerima pasien. 5. Menjelaskan pada pasien dan keluarga tentang rencana pemindahan pasien dan kesiapan ruangan yang dituju. 6. Keluarga pasien menandatangani form masuk ruang intensive di ruang intensive bagi pasien yang akan di rawat ruang intensive. 7. Menjelaskan pada pasien dan keluarga bahwa pasien akan didampingi perawat dan atau dokter selama proses pemindahan. 8. Petugas mengirim pasien dan melakukan serah terima pasien dengan perawat ruangan yang dituju berdasarkan form perpindahan pasien. Tata Cara Transfer Pasien Ruang Intensive ke ruang rawatan adalah : 1. DPJP memeriksa kondisi dan keadaan umum pasien. 2. DPJP menginformasikan kepada dokter umum di Intensif, kepada pasien dan atau keluarganya, bahwa dari hasil pemeriksaan dan penilaian keadaan penyakit pasien, perawatan di Unit Intensif sudah selesai dan atau manfaatnya kecil. 3. Pasien yang keluar ke Ruang Intensif harus sesuai dengan kriteria keluar Ruang Intensif. 4. Perawat menghubungi ruang rawat yang dituju dan menjelaskan kondisi pasien secara singkat. 5. DPJP Intensif atau dokter umum mengisi formulir transfer pasien dan menandatangani surat transfer tersebut. 6. Dokter Umum menulis resume pasien keluar dari intensif dengan jelas dan lengkap tentang diagnosa dan tindakan yang dilakukan terhadap pasien selama dirawat di Intensif. 7. Bagian administrasi Unit Intensif menaikan biling rawat inap, mengirim ke kasir rawat inap dan memindahkan ke ruang rawat yang dituju. 8. Perawat Unit Intensif menulis di buku perpindahan pasien dengan lengkap, yaitu identitas pasien, hasil pemeriksaan penunjang, SEP, dan lembaran Flowsheet Intensif. Perawat Unit Intensif menghubungi ruang rawat untuk konfirmasi tempat kembali dan mengantarkan pasien ke ruang rawat yang dituju. 9. Dalam memindahkan pasien dari Intensive ke ruang rawat, semua berkas pasien dibawa, yaitu, Flowsheet, buku rawatan, hasil pemeriksaan penunjang dan obat-obatan pasien yang masih digunakan oleh pasien. 10. Selama dalam proses transfer, perawat harus mengawasi kondisi dan keadaan pasien. 11. Setiba di ruang rawat perawat Intensif melakukan serah terima pasien, obat-obatan dan berkas pasien pada perawat ruang rawat. 12. Pasien dipindahkan ke tempat tidur ruang rawat. 13. Perawat ruang rawat menandatangani buku pindah pasien dan formulir transfer pasien antar ruangan. 14. Perawat ruang Intensif kembali ke ruang Intensif. 15. Pasien membaik , pindah ke ruang rawat inap 16. Pasien pulang.

		17. Bila pasien perlu penanganan lebih lanjut pasien akan di rujuk ke RS yang lain. 18. Pasien meninggal.
3.	Jangka waktu pelayanan	24 Jam, (7 Hari / Minggu).
4.	Biaya / Tarif	Berdasarkan : a. Permenkes RI nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan; b. Sesuai Tarif INA-CBGs, NCC KEMENKES (Pasien UHC / JKA).
5.	Produk layanan	Pelayanan Intensif Care.
6.	Penanganan pengaduan, saran dan masukan / apresiasi	Pengaduan dilakukan melalui : a. Kotak saran; b. Email : rsum@bandaacehkota.go.id ; c. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (Standar Prosedur Operasional Pengelolaan Pengaduan).
MANUFACTURING		
1.	Dasar Hukum	a. UU no. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan; b. UU no. 22 tahun 1999 tentang Otonomi Daerah; c. UU no. 25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Pusat dan Daerah; d. UU no. 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah Pusat dan Propinsi; e. UU no. 8 tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen; f. UU no. 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran; g. PP no. 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan; h. Keputusan Menteri Kesehatan no.1778 tahun 2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan ICU di Rumah Sakit; i. Peraturan Menteri Kesehatan no.269 tahun 2010 tentang Rekam Medis; j. Peraturan Menteri Kesehatan no.290 tahun 2010 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.
2.	Sarana dan prasana, dan / atau fasilitas	Fasilitas : 1. Ruang Ganti / Loker 2. Ruang Perawat 3. Ruang Kepala Perawat 4. Ruang Dokter 5. Daerah Rawat Pasien ICU 6. Central Monitorig / Nurse station 7. Gudang alat medis 8. Gudang bersih 9. Gudang kotor / Spoelhook 10. Ruang tunggu keluarga pasien 11. Ruang Administrasi 12. Janitor / R. Cleaning Service 13. Toilet (petugas dan pengunjung) 14. Ruang Penyimpanan silinder /gasmedik 15. Ruang Parkir brankar.
3.	Kompetensi pelaksana	➤ Dokter Spesialis (DPJP); ➤ Perawat ➤ Bidan
4.	Pengawasan internal	➤ Supervisi atasan langsung; ➤ Pengawasan oleh Satuan Pengawas Internal; ➤ Sistem Pengendalian Internal Pemerintah(SPIP).
5.	Jumlah pelaksana	➤ Dokter Spesialis : 70 Orang; ➤ Perawat: 74 Orang.
6.	Jaminan Pelayanan	Memberikan pelayanan yang komprehensif dan paripurna.
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Pedoman keselamatan & keamanan pasien.
8.	Evaluasi kinerja pelaksana	Evaluasi dilakukan setiap bulan dalam bentuk : 1. Sasaran Kinerja Pegawai; 2. Sesuai dengan pelaporan indikator mutu.

STANDAR PELAYANAN RADIOLOGI

NO	KOMPONEN	URAIAN
SERVICE POINT		
1.	Persyaratan	1. Pasien BPJS a. Surat pengantar pemeriksaan radiologi dari dokter pengirim; b. Lembar Surat Eligibilitas Peserta (SEP); 2. Pasien Umum / <i>Medical Check UP</i>; a. Surat pengantar pemeriksaan radiologi dari dokter pengirim; b. Bukti pembayaran dari kasir.
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Pasien IGD : ➤ Pasien di bawa ke instalasi radiologi dengan membawa surat pengantar pemeriksaan radiologi lengkap dengan identitas pasien; ➤ Data pasien dimasukkan pada aplikasi SIMRS dan buku register radiologi; ➤ Pasien dilakukan pemotretan / pemeriksaan yang lainnya; ➤ Petugas memberikan hasil rontgen / hasil pemeriksaan lainnya ke petugas IGD. 2. Pasien Rawat Inap : ➤ Pasien di bawa ke instalasi radiologi dengan membawa surat pengantar pemeriksaan radiologi lengkap dengan identitas pasien; ➤ Data pasien dimasukkan pada aplikasi SIMRS dan buku register radiologi; ➤ Pasien dilakukan pemotretan / pemeriksaan yang lainnya; ➤ Petugas memberikan hasil rontgen / hasil pemeriksaan lainnya ke perawat rawat inap. ➤ Pasien kembali ke ruang rawat inap. 3. Pasien Rawat Jalan : ➤ Pasien membawa surat pengantar rontgen ke bagian loket radiologi; ➤ Data pasien dimasukkan ke aplikasi SIMRS dan buku register radiologi; ➤ Pasien dilakukan pemeriksaan sesuai permintaan dokter; ➤ Petugas memberitahukan kapan hasil pemeriksaan diambil dengan memberikan bukti pengambilan hasil.
3.	Jangka waktu pelayanan	1. Pemeriksaan CT. Scan : Jam 2. Pemeriksaan USG : Jam 3. Pemeriksaan Rontgen : Jam 4. Pemeriksaan Panoramic : Jam
4.	Biaya / Tarif	Sesuai Ketentuan yang berlaku - Untuk tarif BPJS akan diklaim pada akhir bulan; - Untuk tarif pasien umum sesuai ketentuan yang berlaku.
5.	Produk layanan	1. CT. Scan; 2. USG; 3. Rontgen; 4. Panoramic. 5. Mammografi
6.	Penanganan pengaduan, saran dan masukan / apresiasi	1. Pengaduan, saran, dan masukan dapat disampaikan secara tertulis melalui surat yang ditujukan kepada: Direktur RSUD Meuraxa, Kota Banda Aceh Jln. Soekarno - Hatta, Gampong Mibo, Kecamatan Banda Raya, Kota Banda Aceh; 2. Menyampaikan pengaduan, saran, dan masukan langsung melalui : Telepon : 0651- 43097 Fax : 0651- 43095 Email : rsum@bandaacehkota.go.id Website : Http: // rsum.bandaacehkot.go.id.

MANUFACTURING		
1.	Dasar Hukum	a. UU No 29 th 2004 tentang Praktik Kedokteran; b. UU No 36 th 2009 Tentang Kesehatan; c. UU No 44 th 2009 Tentang Rumah Sakit; d. Peraturan Pemerintah No 32 th 1996 Tentang Tenaga Kesehatan; e. PMK No 512/Menkes/Per/IV/2007 Tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran.
2.	Sarana dan prasana, dan / atau fasilitas	Sarana : 1. Loker Tempat Pendaftaran Pasien 2. Ruang USG 3. Ruang Konsultasi 4. Ruang Ganti : 2 kamar 5. Kamar Gelap 6. Ruang Radiologi : 2 kamar 7. Ruang Operator 8. Ruang Istirahat Staf 9. Toilet : 2 kamar 10. Gudang Fasilitas : 1. CT Scan (1 Unit) 2. DR X-Ray (1 Unit) 3. Apron (3 Unit) 4. Emergensi kit 5. Viwing box (2 Unit) 6. Kamar gelap (2 Unit) 7. Sarung tangan Pb (2 Unit) 8. Kaca mata PB (2 Unit) 9. Tabung O2 (1 Unit) 10. Standar infuse (1 Unit) 11. Trolley Obat Emergency (1 Unit)
3.	Kompetensi pelaksana	➤ Dokter Spesialis (DPJP); ➤ Tenaga Radiologi; ➤ Tenaga Administrasi.
4.	Pengawasan internal	➤ Supervisi atasan langsung; ➤ Pengawasan oleh Satuan Pengawas Internal; ➤ Sistem Pengendalian Internal Pemerintah (SPIP).
5.	Jumlah pelaksana	➤ Dokter Spesialis : 2 Orang; ➤ Tenaga Radiologi : 23 Orang; ➤ Tenaga Administrasi : 2 Orang
6.	Jaminan Pelayanan	Tindakan pelayanan pemeriksaan Radiologi oleh Instalasi Radiologi dilakukan dengan cepat, tepat, lengkap, dan dapat dipertanggung jawabkan.
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Tindakan pelayanan pemeriksaan Radiologi oleh Instalasi Radiologi yang diberikan dijamin keabsahannya.
8.	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.

STANDAR PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

NO	KOMPONEN	URAIAN
SERVICE POINT		
1.	Persyaratan	1. Persyaratan umum : a. Pasien sudah terdaftar di sistim rekam medik rumah sakit sesuai dengan jaminan perawatan masing-masing; b. Untuk Pasien rawat jalan; pasien datang langsung ke Laboratorium dengan membawa formulir permintaan pemeriksaan yang telah diisi lengkap dan berkas jaminan yang sesuai dengan jaminan yang dipakai; c. Untuk pasien rawat inap; Sampel pemeriksaan dikirim ke laboratorium oleh petugas ruangan beserta formulir permintaan yang telah diisi lengkap. 2. Persyaratan khusus:sesuai dengan jenis pemeriksaan yang akan dilakukan, seperti puasa,tidak minum obat-obatan, tidak pada saat haid untuk pemeriksaan Urine Lengkap (UL).
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Intalasi Gawat Darurat (IGD) : ➤ Petugas IGD menyerahkan sampel ke laboratorium atau petugas laboratorium mengambil sampel darah pasien di IGD; ➤ Petugas administrasi memasukkan data pemeriksaan laboratorium pasien di aplikasi SIMRS; ➤ Petugas laboratorium melakukan pemeriksaan sampel; ➤ Hasil pemeriksaan pasien IGD diambil oleh petugas IGD di laboratorium IGD. 2. Rawat Jalan : ➤ Pasien rawat jalan melakukan pendaftaran di bagian administrasi laboratorium sesuai dengan persyaratan yang berlaku; ➤ Petugas administrasi memasukkan data pemeriksaan laboratorium pasien di aplikasi SIMRS; ➤ Pasien masuk ke ruang sampling untuk pengambilan sampel oleh petugas laboratorium; ➤ Pasien menunggu hasil pemeriksaan yang biasa di tempat yang telah disediakan di depan laboratorium; ➤ Apabila pemeriksaannya lengkap pasien diberi kertas bukti pengambilan hasil yang telah tertera dikertas tersebut; 3. Rawat Inap : ➤ Petugas laboratorium keliling mengambil sampel pada jam – jam tertentu / petugas ruang rawat inap mengirimkan sampel pemeriksaan ke laboratorium; ➤ Petugas administrasi laboratorium melakukan registrasi sesuai dengan surat pengantar pemeriksaan laboratorium dari sampel pasien; ➤ Petugas laboratorium melakukan pemeriksaan sampel; ➤ Hasil pemeriksaan diberikan kepada petugas administrasi laboratorium untuk dimasukkan ke aplikasi SIMRS; ➤ Setelah pemeriksaan selesai , hasil pemeriksaan di periksa oleh dr spesialis patologi klinik; ➤ Hasil pemeriksaan di ambil oleh masing – masing ruang rawat inap.
3.	Jangka waktu pelayanan	➤ Pemeriksaan Cyto : 60 Menit; ➤ Pemeriksaan Tidak Cyto : 60 Menit; ➤ Pemeriksaan Biasa : 140 Menit; ➤ Pemeriksaan Khusus : ± 24 Jam (Dibaca oleh dokter spesialis patologi klinik.
4.	Biaya / Tarif	Berdasarkan : a. Permenkes RI nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan; b. Sesuai Tarif INA-CBGs, NCC KEMENKES (Pasien UHC / JKA).

5.	Produk layanan	1. Pemeriksaan Hematologi : ➤ Pemeriksaannya antara lain Hematologi Rutin, Hematologi lengkap, golongan darah, analisa darah tepi, HB-elektroforesa, Hitung Retikulosit, Hitung Eosinofil, Hitung trombosit, Agregasi Trombosit dan hemostasis lengkap. 2. Pemeriksaan Kimia Klinik ➤ Pemeriksaannya antara lain: Glukosa darah, Faal hati, Faal Ginjal, Faal Jantung, Analisa lipid, Elektrolit, Analisa Gas Darah. 3. Pemeriksaan Klinik Rutin ➤ Pemeriksaan yang membutuhkan bahan urin antara lain : Urine rutin, Urine lengkap, Tes kehamilan, Drug tes dan Feses Rutin. 4. Pemeriksaan Imunologi dan Serologi ➤ Pemeriksaannya antara lain: HbsAg, Anti HBs, Anti HCV, Anti HAV, Anti HIV, NS1, IgG IgM Anti Dengue, Pemeriksaan Salmonella / Widal Test, Asto, Rheumatoid Factor(RF), CRP, TPHA, VDRL, T3, T4, TSH, FT4 dan FT3. 5. Pemeriksaan Mikrobiologi ➤ Pemeriksaannya antara lain: Pewarnaan Gram, Jamur, Swab, Kultur Sensitifitas dan BTA
6.	Penanganan pengaduan, saran dan masukan / apresiasi	Pengaduan dilakukan melalui : a. Kotak saran; b. Email : rsum@bandaacehkota.go.id; c. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (Standar Prosedur Operasional Pengelolaan Pengaduan).
MANUFACTURING		
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Unadang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan; 2. Peraturan pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 493/Menkes/Per/VI/2009 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan; 4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 298/Menkes/SK/III/2008 tentang Pedoman Akreditasi Laboratorium Kesehatan; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 657/Menkes/Per/VIII/2009 tentang Pengiriman dan Penggunaan Spesimen Klinik, Materi Biologik dan Muatan Informasinya; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 658/Menkes/Per/VIII/2009 tentang Jejaring Laboratorium Diagnosis Penyakit Infeksi New Emerging dan Re-Emerging; 7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 835/Menkes/PSK/IX/2009 tentang Pedoman Keselamatan dan Keamanan Laboratorium Mikrobiologik dan Biomedik.
2.	Sarana dan prasana, dan / atau fasilitas	a. Ruang Pendaftaran; b. Ruang Tunggu; c. Ruang Sampling / Ruang Pengambilan Sampel; d. Ruang Pra Analitik / Penerimaan Sampel; e. Ruang Pemeriksaan Patologi Klinik & Imunoserologi; f. Ruang Pemeriksaan Bank Darah Rumah Sakit (BDRS); g. Ruang Penyimpanan Reagen & Bahan Habis Pakai (BHP); h. Ruang Penyimpanan Darah; i. peralatan pemeriksaan patologi klinik & imunoserologi, Mikrobiologi dan BDRS; j. Refrigerator; k. Blood Bank Refrigerator; l. Freezer - 20°C. Fasilitas : 1. Sismex Xn 1000 (Hematology 5 diff 1 buah) 2. Sismex XP 100 (Hematology 3 diff 1 buah) 3. Chemical Analyzer BT-3500 (Kimia Klinik 1 buah) 4. Chemical Analyzer Easy Ra (Kimia Klinik 1 buah)

		5. Electrolit Analyzer Biolite 2000 (Kimia Klinik 1 buah) 6. Electrolit Analyzer Nova (Electrolit darah 1 buah) 7. Hemostasis Ca-50 (Hemostasis 1 buah) 8. Urine Analyzer Combostik 300 M (Urinalisa 1 buah) 9. Centrifuge Rotina (Sentrifugasi 1 buah) 10. HbA1C (Kontrol Gula darah 1 buah) 11. Accu-Check (Gula darah 8 buah)
3.	Kompetensi pelaksana	➤ Dokter Spesialis Patologi Klinik; ➤ Analis Laboratorium; ➤ Tenaga Administrasi.
4.	Pengawasan internal	➤ Supervisi atasan langsung; ➤ Pengawasan oleh Satuan Pengawas Internal; ➤ Sistem Pengendalian Internal Pemerintah (SPIP).
5.	Jumlah pelaksana	➤ Dokter Spesialis Patologi Klinik : 3 Orang; ➤ Analis Laboratorium : 23 Orang; ➤ Tenaga Administrasi : 2 Orang.
6.	Jaminan Pelayanan	➤ Pendaftaran dengan menyerahkan blanko permintaan pemeriksaan laboratorium beserta jaminan bila diperlukan; ➤ Pengambilan sampel berdasarkan urutan antrian dan sebelum tindakan dilakukan pencocokan identitas nama dan tanggal lahir serta pasien menandatangani informed consent; ➤ Pra analitik laboratorium dilakukan dengan pengecekan kualitas & kuantitas sampel serta dilampiri blanko permintaan pemeriksaan laboratorium; ➤ Pemeriksaan laboratorium klinik dilakukan bila alat memenuhi Persyaratan Quality Control harian; ➤ Sampel memenuhi persyaratan kualitas dan kuantitas sampel; ➤ Hasil diserahkan pasien sesuai dengan nama dan tanggal lahir.
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Pedoman keselamatan & keamanan pasien.
8.	Evaluasi kinerja pelaksana	Evaluasi dilakukan setiap bulan dalam bentuk : 1. Sasaran Kinerja Pegawai; 2. Sesuai dengan pelaporan indikator mutu.

STANDAR PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

NO	KOMPONEN	URAIAN
SERVICE POINT		
1.	Persyaratan	- Pasien rawat jalan ; ➤ Surat pengantar dari poliklinik; ➤ Surat Elegibilitas Pasien (SEP). - Pasien Rawat Inap; ➤ Surat pengantar dari ruang rawat inap.
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	- Pasien rawat jalan : ➤ Pasien membawa surat pengantar dan SEP ke bagian administrasi rehab medik; ➤ Pasien kemudian diperiksa oleh dr spesialis rehab medik; ➤ Pasien di dampingi petugas melakukan terapi sesuai dengan instruksi dokter spesialis rehab medik; ➤ Setelah melakukan terapi pasien di beri surat control ulang jikalau pasien ada melanjutkan terapi kembali; ➤ Kemudian pasien pulang. - Pasien Rawat Inap ➤ Petugas rehab medik pergi ke ruang rawat inap setelah mendapatkan instruksi dari dokter spesialis rehab medic bahwasanya ada pasien yang akan di lakukan terapi; ➤ Petugas rehab medic melakukan terapi kepada pasien rawat inap.
3.	Jangka waktu pelayanan	- Pelayanan rawat jalan : ➤ Konsultasi Dokter : ➤ Latihan / Terapi : - Pelayanan rawat Inap : ➤ Konsultasi Dokter : ➤ Latihan / Terapi :
4.	Biaya / Tarif	Sesuai Ketentuan yang berlaku : - Untuk tarif BPJS akan diklaim pada akhir bulan; - Untuk tarif pasien umum sesuai ketentuan yang berlaku.
5.	Produk layanan	- Pelayanan Fisioterapi; - Pelayanan Terapi Wicara; - Pelayanan Terapi Okupasi (terapi kerja); - Pelayanan Ortosis Prostetis.
6.	Penanganan pengaduan, saran dan masukan / apresiasi	- Pengaduan, saran, dan masukan dapat disampaikan secara tertulis melalui surat yang ditujukan kepada: Direktur RSUD Meuraxa, Kota Banda Aceh Jln. Soekarno - Hatta, Gampong Mibo, Kecamatan Banda Raya, Kota Banda Aceh; - Menyampaikan pengaduan, saran, dan masukan langsung melalui : Telepon : 0651- 43097 Fax : 0651- 43095 Email : rsum@bandaacehkota.go.id Website : Http:// rsum.bandaacehkot.go.id.
MANUFACTURING		
1.	Dasar Hukum	- UU No 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran; - UU no 4 tahun 1997 tentang Penyandang Cacat; - UU No 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan; - UU no 23 tahun 1992 tentang Kesehatan; - UU No 6 tahun 1974 tentnag Kesejahteraan Sosial Penyandang Cacat; - Peraturan Menteri Kesehatan RI No 104 Tahun 1999 tentang Rehabilitasi Medik; - Kepmenkes No 378 tahun 2008 tentang Pedoman Pelayanan Rehabilitasi Medik di Rumah Sakit; - Peraturan Menteri Kesehatan RI No 585 Tahun 1989 tentang Persetujuan Tindakan Medik; - Peraturan Menteri Kesehatan RI No 159 b Tahun 1988 tentang Rumah Sakit;

		10.Kepmenkes No. 1363 Tahun 2001 tentang Registrasi dan Izin Praktik Fisioterapis; 11.Kepmenkes No. 1333 Tahun 1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit; 12.Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Fisioterapi.
2.	Sarana dan prasana, dan / atau fasilitas	Sarana : 1. Ruang Administrasi / Kantor. 2. Ruang Kepala Instalasi. 3. Ruang Dokter. 4. Ruang Tindakan : 2 kamar. 5. Ruang Latihan. 6. Ruang Tunggu Pasien. 7. Gudang. Prasarana : ➤ Alat Fisioterapi Fasilitas sebagai berikut : ➤ 4 buah meja; ➤ 9 buah kursi pegawai ➤ 4 buah kursi tunggu pasien; ➤ 3 buah kursi kayu panjang untuk latihan pasien; ➤ 1 buah pesawat telephone; ➤ 1 buah komputer; ➤ 1 buah printer; ➤ 2 buah filling kabinet; ➤ 2 buah lemari arsip besar; ➤ 5 buah AC.
3.	Kompetensi pelaksana	➤ Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik; ➤ Tenaga Fisioterapi; ➤ Tenaga Administrasi .
4.	Pengawasan internal	➤ Supervisi atasan langsung; ➤ Pengawasan oleh Satuan Pengawas Internal; ➤ Sistem Pengendalian Internal Pemerintah(SPIP).
5.	Jumlah pelaksana	➤ Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik : 2 Orang; ➤ Tenaga Fisioterapi : 21 Orang; ➤ Tenaga Administrasi : 1 Orang.
6.	Jaminan Pelayanan	Tindakan pelayanan pemeriksaan Rehab Medik oleh Instalasi Rehab Medik dilakukan dengan cepat, tepat, lengkap, dan dapat dipertanggung jawabkan.
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Tindakan pelayanan pemeriksaan Rehab Medik oleh Instalasi Rehab Medik yang diberikan dijamin keabsahannya.
8.	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.

STANDAR PELAYANAN FARMASI

NO	KOMPONEN	URAIAN
SERVICE POINT		
1.	Persyaratan	Resep dari poliklinik/IGD/ruang rawat inap RSUD Meuraxa sesuai Identitas pasien (nama dan tanggal lahir).
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. IGD ➤ Resep ditulis oleh dokter secara manual pada lembar resep atau secara elektronik dalam Sistem Informasi Rumah Sakit (SIM RS); ➤ Pasien / keluarga pasien memberikan resep obat ke depo farmasi IGD; ➤ Petugas depo farmasi IGD menyiapkan obat pasien. ➤ Petugas depo farmasi IGD memanggil nama pasien sesuai prosedur identifikasi pasien. ➤ Pada saat menyerahkan obat, petugas depo farmasi IGD mengecek kembali kesesuaian obat yang akan diserahkan dengan resep, meliputi : a. Nama obat b. Nama pasien c. Dosis obat d. Aturan pemakaian obat e. Cara pemberian obat f. Waktu pemberian obat ➤ Petugas depo farmasi IGD mendokumentasikan kegiatan tersebut. 2. Rawat Jalan : ➤ Petugas depo farmasi telah menyiapkan obat yang akan diserahkan ke pasien. ➤ Petugas depo farmasi memanggil nama pasien sesuai prosedur identifikasi pasien dan memeriksa kartu berobat yang dibawa oleh pasien. ➤ Pada saat menyerahkan obat, petugas depo farmasi mengecek kembali kesesuaian obat yang akan diserahkan dengan resep, meliputi : g. Nama obat h. Nama pasien i. Dosis obat j. Aturan pemakaian obat k. Cara pemberian obat l. Waktu pemberian obat ➤ Jika resep lebih dari satu obat, maka petugas depo farmasi melakukan penyerahan obat mulai dari obat yang paling atas/ paling depan urut kebawah dan seterusnya untuk memudahkan pengecekan saat penyerahan obat. ➤ Petugas depo farmasi membubuhkan paraf dan nama setelah selesai menyerahkan obat kepada pasien. ➤ Petugas depo farmasi mendokumentasikan kegiatan tersebut. 3. Rawat Inap : ➤ Perawat ruang rawat inap mengentri data obat pasien rawatan dalam aplikasi SIMRS. ➤ Petugas depo farmasi Ranap menyiapkan obat pasien sesuai dengan ruang rawat inap. ➤ Perawat ruang rawat inap mengambil obat pasien ke depo rawat inap setelah mengkonfirmasi ke depo tersebut bahwasanya obat tersebut bisa diambil. ➤ Perawat ruang rawat inap membubuhkan paraf di buku pengambilan obat sesuai dengan nama pasien dan ruang rawat inap yang diambil. ➤ Petugas depo farmasi IGD mendokumentasikan kegiatan tersebut.
3.	Jangka waktu pelayanan	1. Rawat Jalan : ➤ Pelayanan Obat Jadi : ➤ Pelayanan Obat Racikan :

		2. IGD : ➤ Pelayanan Obat Jadi : ➤ Pelayanan Obat Racikan : 3. Rawat Inap : ➤ Pelayanan Obat Jadi : ➤ Pelayanan Obat Racikan :
4.	Biaya / Tarif	Berdasarkan : - Permenkes RI nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan - Sesuai Tarif INA-CBGs, NCC KEMENKES (Pasien UHC / JKA).
5.	Produk layanan	Obat dengan kebenaran pasien, obat, dosis, aturan pakai, dan waktu pemberian dengan Informasi obat.
6.	Penanganan pengaduan, saran dan masukan / apresiasi	Pengaduan dilakukan melalui : - Kotak saran; - Email : rsum@bandaacehkota.go.id; - Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (Standar Prosedur Operasional Pengelolaan Pengaduan).
MANUFACTURING		
1.	Dasar Hukum	- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan - Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit; - Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan; - Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan; - Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian; - Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit; dan - Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
2.	Sarana dan prasana, dan / atau fasilitas	Ruangan : - Ruang kantor/administrasi. - Ruang penyimpanan. - Ruang distribusi/pelayanan. - Ruang konsultasi/konseling obat. - Ruang Pelayanan Informasi Obat (PIO). - Ruang produksi. - Ruang arsip dokumen. Peralatan : - Peralatan untuk penyimpanan, peracikan dan pembuatan obat baik non steril maupun steril/aseptik. - Peralatan kantor untuk administrasi dan arsip. - Kepustakaan yang memadai untuk melaksanakan pelayanan informasi obat. - Lemari penyimpanan khusus untuk narkotika. - Lemari pendingin dan AC untuk obat yang termolabil. - Penerangan, sarana air, ventilasi, dan sistem pembuangan limbah yang baik. - Alarm.
3.	Kompetensi pelaksana	- S2 Apoteker - S1 Apoteker - D3 Apoteker - Tenaga Administrasi - Pramu
4.	Pengawasan internal	➤ Supervisi atasan langsung ➤ Pengawasan oleh Satuan Pengawas Internal ➤ Sistem Pengendalian Internal Pemerintah (SPIP).

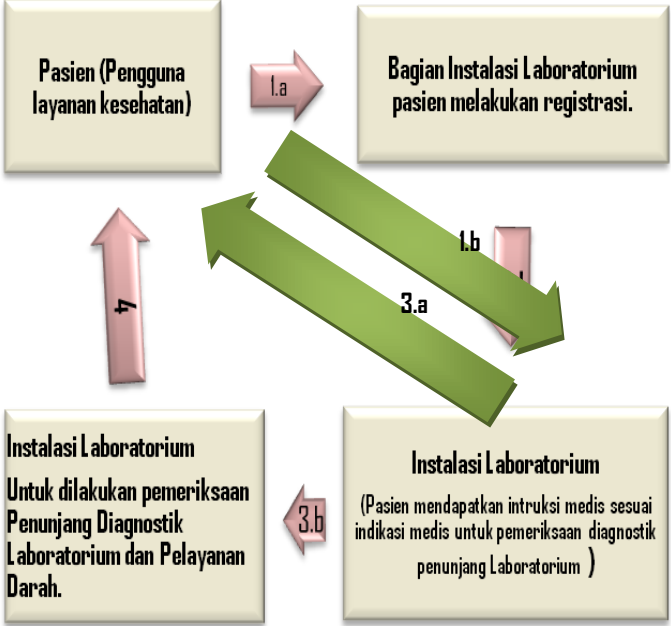
5.	Jumlah pelaksana	➤ S2 Apoteker : Orang; ➤ S1 Apoteker : Orang; ➤ D3 Apoteker : Orang; ➤ Tenaga Administrasi : Orang; ➤ Pramur : 1 orang.
6.	Jaminan Pelayanan	➤ Pelayanan Resep akan dilayani dengan pemeriksaan silang berlapis 4 lapis; ➤ Pelayanan Resep pada yang membutuhkan kewaspadaan tinggi dilakukan pengecekan ganda; ➤ Penyerahan obat diberikan dengan Informasi Obat; ➤ Obat disimpan sesuai dengan stabilitas obat.
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Pedoman keselamatan & keamanan pasien.
8.	Evaluasi kinerja pelaksana	Evaluasi dilakukan setiap bulan dalam bentuk : 1. Sasaran Kinerja Pegawai; 2. Sesuai dengan pelaporan indikator mutu.

STANDAR PELAYANAN GIZI

NO	KOMPONEN	URAIAN
SERVICE POINT		
1.	Persyaratan	Menyediakan makanan yang berkualitas sesuai kebutuhan gizi, biaya, aman, dan dapat diterima oleh konsumen guna mencapai status gizi yang optimal.
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	PASIEN RAWAT JALAN RAWAT INAP KONSULTASI RAWAT JALAN ANTROPOMETRI PERHITUNGAN ZAT GIZI PEMESANAN DIET KE UNIT GIZI PENYAJIAN DAN PENDISTRIBUSIAN PENCATATAN DATA PARA REKAM MEDIS MONITORING DATA EVALUASI (SESUAI KEBUTUHAN) BAGI PASIEN BERDIET KHUSUS SEBELUM PULANG DILAKUKAN KONSULTASI GIZI KONTROL GIZI RAWAT JALAN
3.	Jangka waktu pelayanan	≤ 5 Jam.
4.	Biaya / Tarif	Sesuai Ketentuan yang berlaku - Untuk tarif BPJS akan diklaim pada akhir bulan; - Untuk tarif pasien umum sesuai ketentuan yang berlaku..
5.	Produk layanan	1. Produksi dan Distribusi Makanan : ➤ Melakukan Penyajian dan Pendistribusian Makanan Pasien ➤ Melakukan Kegiatan Pencatatan, Pelaporan dan Evaluasi Makan 2. Pelayanan Gizi Ruang Rawat Inap 3. Pelayanan Gizi Ruang Rawat Jalan
6.	Penanganan pengaduan, saran dan masukan / apresiasi	1. Pengaduan, saran, dan masukan dapat disampaikan secara tertulis melalui surat yang ditujukan kepada:

		Direktur RSUD Meuraxa, Kota Banda Aceh Jln. Soekarno - Hatta, Gampong Mibo, Kecamatan Banda Raya, Kota Banda Aceh; 2. Menyampaikan pengaduan, saran, dan masukan langsung melalui : Telepon : 0651- 43097; Fax : 0651- 43095; Email : rsum@bandaacehkota.go.id; Website : Http: // rsum.bandaacehkot.go.id.
MANUFACTURING		
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang RI Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang RI Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit; 3. Undang-Undang RI Nomor 8 tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen; 4. Peraturan Pemerintah RI Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan; 5. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tanggal 6 Februari 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 6. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 374/Menkes/SK/III/2007 tanggal 27 Maret 2007 tentang Standar Profesi Gizi; 7. Panduan Pelayanan Gizi Rumah Sakit (PGRS) Kementerian Kesehatan RI tahun 2013; 8. Pedoman Penyelenggaraan Tim Terapi Gizi Rumah Sakit Tahun 2009; 9. Pedoman Teknis Pengelolaan Makanan dan Pencegahan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Tahun 1996.
2.	Sarana dan prasana, dan / atau fasilitas	Standar Fasilitas 1. Ruang Konsultasi Gizi. 2. Fasilitas di Ruang Penyelenggaraan Makanan. a) Fasilitas Ruang Penyelenggaraan Makanan Yang Ada di Instalasi Gizi RSUD Meuraxa; b) Pendistribusian Makanan; c) Tempat Pencucian dan Penyimpanan Alat; d) Tempat Pembuangan Sampah; e) Ruang Pengawas.
3.	Kompetensi pelaksana	1. S1 Gizi 2. Petugas Masak 3. Petugas Persiapan 4. Pramusaji
4.	Pengawasan internal	1. Supervisi atasan langsung : - Wadir pelayanan medis; - Kepala bidang penunjang medis; - Kepala seksi penunjang non medis. 2. Dilakukan system pengendalian internal oleh SPI RSUD Meuraxa; 3. Dilakukan system pengendalian internal pemerintah dan pengawasan fungsional oleh inspektorat; 4. Dilaksanakan secara terus menerus.
5.	Jumlah pelaksana	➤ Tenaga Gizi : 2 Orang ➤ Petugas masak : 8 Orang ➤ Pramusaji : 6 Orang
6.	Jaminan Pelayanan	Penyelenggaraan makanan yang sesuai dengan kebutuhan gizi pasien.
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Tindakan penyelenggaran makanan menjamin ketersediaan makanan yang bersih dan sesuai dengan kebutuhan gizi pasien.
8.	Evaluasi kinerja pelaksana	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 2 kali dalam satu tahun. Selanjutnya dilakukan tindakan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan.

STANDAR PELAYANAN TRANFUSI DARAH

NO	KOMPONEN	URAIAN
SERVICE POINT		
1.	Persyaratan	1. Pasien sudah terdaftar di sistem rekam medik rumah sakit sesuai dengan jaminan perawatan masing-masing; 2. Untuk pasien rawat inap; Sampel pemeriksaan dikirim ke bank darah oleh petugas ruangan beserta formulir permintaan yang telah diisi lengkap.
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	<pre>graph TD; A[Pasien (Pengguna layanan kesehatan)] -- 1.a --> B[Bagian Instalasi Laboratorium pasien melakukan registrasi.]; B -- 1.b --> C[Instalasi Laboratorium (Pasien mendapatkan intruksi medis sesuai indikasi medis untuk pemeriksaan diagnostik penunjang Laboratorium)]; C -- 3.b --> D[Instalasi Laboratorium Untuk dilakukan pemeriksaan Penunjang Diagnostik Laboratorium dan Pelayanan Darah.]; D -- 3.a --> B; D -- 4 --> A;</pre> 1. Permintaan darah pasien dengan SPGDT yang dilayani di Bank darah Instalasi Laboratorium: a. Permintaan darah yang dilayani di Bank darah Instalasi Laboratorium adalah Whole Blood (WB) dan Pack Red Cell (PRC); b. Bank Darah Instalasi Laboratorium melayani permintaan darah pasien Umum (tunai), dan BPJS; c. Permintaan umum dan BPJS oleh UTD PMI Banda Aceh; dan d. Permintaan komponen darah di RSUD Meuraxa kepada UTD PMI Banda Aceh. 2. Prosedur Pelayanan Permintaan darah di Bank Darah: a. Pengambilan contoh darah pasien dilaksanakan oleh petugas, perawat atau dokter yang merawat sebanyak 3 ml dengan anti koagulan Natrium Sitras 3,8 %, dan dihomogenkan; b. Perbandingan darah dengan antikoagulan adalah 9:1; c. Surat permintaan darah dan contoh darah diserahkan kepada petugas di bank darah; d. Pasien atau keluarganya diberikan surat bukti pesanan darah, golongan darah dan jumlah darah yang dipesan; e. Contoh darah diperiksa golongan darahnya; f. Dilakukan uji cocok serasi (<i>cross macth</i>) antara darah resipien dengan stok darah yang ada di bank darah; g. Darah yang telah selesai dilakukan uji cocok serasi diserahkan kepada petugas IGD, perawat, dokter atau keluarga pasien dengan SPGDT oleh petugas bank darah; dan a. Data pasien dan jenis permintaan darah dicatat pada buku register bank darah, meliputi: a) Identitas pasien (nama, jenis kelamin, umur); b) Tempat perawatan pasien (IGD); c) Nomor rekam medik;

		d) Status cara bayar pasien (BPJS/ Umum); e) Nama dokter yang meminta darah; f) Tanggal dan waktu permintaan darah; g) Waktu pengambilan specimen; h) Diagnosis atau keterangan klinik; dan i) Data pasien dan permintaan darah di-entrikan ke <i>Billing System</i> .
3.	Jangka waktu pelayanan	≤ 140 Menit <i>Cross Metching</i> .
4.	Biaya / Tarif	Sesuai Ketentuan yang berlaku : - Untuk tarif BPJS akan diklaim pada akhir bulan; - Untuk tarif pasien umum sesuai ketentuan yang berlaku.
5.	Produk layanan	Pelayanan pemeriksaan Laboratorium sesuai indikasi medis yang dikirimkan oleh dokter pengirim antara lain: 1. Pemeriksaan Laboratorium Diagnostik sesuai indikasi; 2. Hasil Pemeriksaan Laboratorium dan <i>Ekspertise</i> .
6.	Penanganan pengaduan, saran dan masukan / apresiasi	1. Pengaduan, saran, dan masukan dapat disampaikan secara tertulis melalui surat yang ditujukan kepada: Direktur RSUD Meuraxa, Kota Banda Aceh Jln. Soekarno - Hatta, Gampong Mibo, Kecamatan Banda Raya, Kota Banda Aceh; 2. Menyampaikan pengaduan, saran, dan masukan langsung melalui : Telepon : 0651- 43097; Fax : 0651- 43095; Email : rsum@bandaacehkota.go.id ; Website : Http: // rsum.bandaacehkot.go.id.

MANUFACTURING

1.	Dasar Hukum	1. UU No 36 th 2009 Tentang Kesehatan; 2. Peraturan Pemerintah No 18 Thun 1980 tentang Transfusi Darah; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 478/Menkes/Peraturan/X/1990 tentang Upaya Kesehatan di Bidang Transfusi Darah; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1178/Menkes/Per/X/1990 tentang Upaya Kesehatan Swasta di Bidang Pelayanan Medik; 5. Kepmenkes No 423/Menkes/SK/IV/2007 tentang Kebijakan Peningkatan Kualitas dan Akses Pelayanan Darah; 6. Keputusan Dirjen Pelayanan Medik No 1147/Yanmed/RSKS/1991 tentang Petunjuk Pelaksanaan Upaya Kesehatan di Bidang Transfusi Darah.
2.	Sarana dan prasana, dan / atau fasilitas	1. Inkubator (Oven); 2. Multi Fungtional Mixer; 3. Ruang pemeriksaan; 4. Ruang pendaftaran; 5. Komputer dan Akses Internet; dan 6. Printer. Fasilitas : ➤ Mikroskop Olympus CX 21 (1 Unit); ➤ Blood Bank Refrigerator (1 Unit); ➤ Centrifuge Rotanta 460 R (1 Unit); ➤ Lab. Incubator (1 Unit); ➤ ID-Incubator 37 SII (1 Unit); ➤ ID-Centrifuge 12 SII (1 Unit); ➤ Thermosealer GZR-III (1 Unit); ➤ Plasma Extraktor.
3.	Kompetensi pelaksana	➤ Dokter Spesialis Patologi Klinik; ➤ Tenaga Laboratorium.

4.	Pengawasan internal	➤ Supervisi atasan langsung; ➤ Dilakukan sistem pengendalian internal pemerintah dan pengawasan fungsional oleh inspektorat; ➤ Dilaksanakan secara terus menerus.
5.	Jumlah pelaksana	➤ Dokter Spesialis Patologi Klinik : 1 Orang; ➤ Tenaga Laboratorium : 19 Orang.
6.	Jaminan Pelayanan	Tindakan pelayanan pemeriksaan Laboratorium dianogstik oleh instalasi Laboratorium dilakukan dengan cepat, tepat, lengkap, dan dapat dipertanggung jawabkan.
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Tindakan pelayanan pemeriksaan Laboratorium dianogstik oleh instalasi Laboratorium yang diberikan dijamin keabsahannya.
8.	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.

STANDAR PELAYANAN REKAM MEDIS

NO	KOMPONEN	URAIAN
SERVICE POINT		
1.	Persyaratan	a. Surat Keputusan Direktur tentang : 1. Pengorganisasian Instalasi Rekam Medik; 2. Proses kredensial (Kredentialing) masing-masing Profesi. b. Persiapan Pendaftaran : ➤ Kartu BPJS/ KTP (pasien umum).
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	A. Pendaftaran Rawat Jalan (Registrasi) a. Sebelum melakukan registrasi, pasien wajib melalui proses verifikasi/ pemeriksaan kelengkapan berkas yang dilakukan oleh petugas yang bertugas, lalu pasien mengambil nomor antrian; b. Pasien datang di bagian loket registrasi sesuai dengan nomor antrian yang telah dipanggil dan diterima oleh petugas pendaftaran; c. Petugas menanyakan apakah pasien tersebut merupakan pasien baru (pasien yang baru pertama kali berkunjung, tidak membawa kartu berobat dan kehilangan kartu) atau pasien lama; Jika pasien tersebut adalah pasien baru, maka petugas pendaftaran mendaftarkan pasien sebagai berikut : 1) Petugas pendaftaran mengentri secara lengkap kedalam SIMRS data rekam medis penerimaan pasien baru dengan mewawancarai pasien tersebut sesuai dengan kartu identitasnya. 2) Nomor rekam medis secara otomatis akan keluar, maka system akan membaca pendaftaran tersebut sesuai dengan poliklinik yang akan dikunjungi Pasien. 3) Petugas pendaftaran mencetak KIB (Kartu Identitas Berobat) lalu petugas pendaftaran menyerahkan KIB tersebut kepada pasien. 4) Kartu Identitas Berobat (KIB) yang diberikan kepada pasien ini berlaku seumur hidup dan dapat digunakan pada seluruh pelayanan di RSUD Meuraxa Banda Aceh baik untuk rawat jalan maupun rawat inap dan IGD. 5) Pasien memperlihatkan kelengkapan surat-surat bila ada, antara lain : ➤ Surat rujukan ➤ Kartu kepesertaan jaminan asuransi ➤ KTP atau KK 6) Petugas mencetak surat jaminan (SEP) sebagai bukti layanan. 7) Petugas mengarahkan pasien untuk langsung menuju kepoliklinik / unit pelayanan yang dimaksud. Jika pasien tersebut adalah pasien lama, maka petugas pendaftaran mendaftarkan pasien sebagai berikut : 1) Petugas menerima dan meneliti kartu identitas berobat pasien. 2) Petugas pendaftaran mendaftarkan pasien sesuai dengan pelayanan yang akan dituju dengan mewawancarai pasien tersebut. 3) Petugas membuat Surat Ejibilitas Pelayanan (SEP) berdasarkan jenis asuransi pasien. 4) Petugas mengarahkan pasien yang telah mendaftar untuk menuju poliklinik sesuai yang dimaksud oleh pasien. Jika pasien tersebut adalah pasien Umum, maka setelah petugas melakukan proses pendaftaran selanjutnya pasien diarahkan untuk membayar ke loket Kasir.

		B. Pelayanan Pendaftaran Rawat Inap (Admission) 1. Keluarga / pengantar pasien datang ke admission center dengan membawa surat pengantar rawat inap dari dokter IGD atau dokter Poliklinik. 2. Petugas rekam medis menyampaikan informasi dan persetujuan umum (general consent) untuk menerima pelayanan kesehatan kepada keluarga / pengantar pasien dan kemudian ditandatangani oleh keluarga / pengantar pasien. 3. Petugas admission menyampaikan tentang peraturan & tata tertib serta edukasi pasien rawat inap di RS dan kemudian ditandatangani oleh keluarga / pengantar pasien. 4. Petugas admission mencetak gelang identitas pasien. 5. Petugas admission memberikan berkas rekam medis rawat inap kepada keluarga pasien. C. Pelayanan Pendaftaran Gawat Darurat 1. Petugas triase menerima pasien dan melakukan pemilahan (triase) berdasarkan kategori kegawat daruratan 2. Setelah dilakukan anamnesa, pemeriksaan dan penatalaksanaan terhadap pasien, baru dilakukan penyelesaian proses administrasi. 3. Keluarga/ pengantar pasien melakukan registrasi di ruang pendaftaran pasien IGD. 4. Petugas pendaftaran menyapa pasien/ keluarga dengan senyum dan memberi salam. 5. Petugas meminta identitas pasien seperti KTP/ KK dan kartu BPJS, kemudian petugas mengecek apakah sudah ada data sebelumnya, apabila belum petugas mengentry dan menginput data ke SIMRS. 6. Petugas rekam medis mengisi form IGD dengan identitas pasien antara lain : no cm, nama, jenis kelamin, tanggal lahir, tanggal masuk dan jam registrasi. 7. Apabila pasien tidak membawa apa- apa untuk kelengkapan administrasi maka pasien dianggap pasien umum. 8. Petugas TPP IGD memberikan penjelasan kepada keluarga/ pengantar pasien mengenai Hak dan kewajiban pasien, keadaan/ fasilitas yang ada serta edukasi pengurusan jaminan kesehatan jika pasien peserta JKN atau Asuransi kesehatan lainnya. 9. Setelah mendapatkan penjelasan tentang hak dan kewajiban maka petugas TPP IGD memberikan form general consent untuk ditanda tangani pada keluarga / pengantar pasien. 10. Petugas TPP IGD menyerahkan berkas rekam medis IGD ke keluarga / pengantar pasien. 11. Setelah pasien mendapat pelayanan, ada beberapa kemungkinan untuk setiap pasien, dirawat, dirujuk atau observasi di IGD. 12. Dokter atau perawat wajib mengisi form IGD yang memuat jam kedatangan pasien, jam triage, kondisi pasien dan tindak lanjut asuhan pelayanan terhadap pasien. 13. Bila pasien dinyatakan dirawat maka keluarga / pengantar pasien membawa surat pengantar rawat inap untuk dibuatkan status rawat inap di admission center.
3.	Jangka waktu pelayanan	➤ Pendaftaran Online / mandiri mulai di buka 1 hari sebelumnya; ➤ Senin s/d Jum'at adalah Jam 07.30 s/d 16.00 WIB.
4.	Biaya / Tarif	Berdasarkan : a. Permenkes RI nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan; b. Sesuai Tarif INA-CBGs, NCC KEMENKES (Pasien UHC / JKA).

5.	Produk layanan	Hasil pelayanan pendaftaran : ➤ KIB (Kartu Identitas Berobat); ➤ Formulir General Consent; ➤ Admission Note (Surat Perintah rawat inap); ➤ SEP Rawat Jalan; ➤ SEP Rawat Inap.
6.	Penanganan pengaduan, saran dan masukan / apresiasi	Pengaduan dilakukan melalui : a. Kotak saran; b. Email : rsum@bandaacehkota.go.id ; c. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (Standar Prosedur Operasional Pengelolaan Pengaduan).
MANUFACTURING		
1.	Dasar Hukum	1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis; 2. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan; 3. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran; 4. Peraturan pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 Tentang Tenaga Kesehatan; 5. Peraturan pemerintah Nomor 10 Tahun 1966 Tentang Wajib simpan rahasia Kedokteran; 6. UU No 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik (KIP); 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indoneisa Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah sakit; 8. KEPMENKES No.436/TH. 1993 Tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit dan Pelayanan Medis; 9. KEPMENKES No.377/Menkes/SK/III/TH.2007 Tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan.
2.	Sarana dan prasana, dan / atau fasilitas	a. 3 Tempat Pendaftaran Lengkap Sarana Prasarana : • IGD; • Rawat Jalan; • Rawat Inap. b. Pendaftaran Rawat Jalan terdiri dari : • Loker 1 s/d 5 untuk pendaftaran pasien kunjungan baru/lama, dan umum; • loker 6 dan 7 untuk pendaftaran pasien anak-anak, pasien manula, disabilitas, dan wanita hamil. c. Fasilitas : • Roll' opack (4 Set); • Rak besi baut (4 Set); • Filling cabinet (2 Set); • Meja Kerja (10 Buah); • Kursi Lipat (10 Buah); • Kursi busa (7 Buah); • Komputer (13 Set); • Printer LQ-2190 (5 Buah); • Printer L310 (1 Buah); • Printer L220 (1 Buah); • Printer Laser Jet 3050 (2 Buah); • Mesin Cetak Gelang (6 Buah); • AC (4 Buah); • Telepon (2 Buah).
3.	Kompetensi pelaksana	➤ S1 Rekam Medis; ➤ D3 Rekam Medis; ➤ SMA.
4.	Pengawasan internal	➤ Supervisi atasan langsung ➤ Pengawasan oleh Satuan Pengawas Internal ➤ Sistem Pengendalian Internal Pemerintah(SPIP)
5.	Jumlah pelaksana	➤ S1 Rekam Medis : 8 Orang ➤ D3 Rekam Medis : 29 Orang ➤ SMA : 2 Orang

6.	Jaminan Pelayanan	➤ Setiap pasien yang akan mendapatkan pelayanan medis, penunjang medis akan terdaftar di pendaftaran pasien; ➤ Pelayanan dilayani apabila memenuhi persyaratan dan dilakukan sesuai waktu pelayanan; ➤ Pelayanan diberikan sesuai urutan (no antrian) kecuali IGD sesuai dengan kegawatdaruratan.
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	➤ Sesuai dengan pedoman keselamatan pasien; ➤ Setiap pasien yang akan mendapatkan pelayanan medis, penunjang medis akan terdaftar di pendaftaran pasien.
8.	Evaluasi kinerja pelaksana	Evaluasi dilakukan setiap bulan dalam bentuk : 1. Sasaran Kinerja Pegawai; 2. Sesuai dengan pelaporan indikator mutu.

STANDAR PELAYANAN PENGELOLAAN LIMBAH

NO	KOMPONEN	URAIAN
SERVICE POINT		
1.	Persyaratan	1. Pemisahan tempat sampah di setiap ruangan; 2. Tempat sampah di bagi menjadi 2 (dua) Jenis,yaitu : sampah medis dan non medis; 3. Trolly Pengangkut sampah; 4. Perlengkapan APD (sepatu boot, masker,Handscoon).
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Pengelolaan Limbah Cair ➤ Limbah medis cair harus dikumpulkan dalam kontainer yang sesuai dengan karakteristik bahan kimia dan radiologi, volume dan prosedur penanganan dan penyimpanannya; ➤ Saluran pembuangan limbah harus menggunakan sistem saluran tertutup, kedap air dan limbah harus mengalir dengan lancar, serta terpisah dengan saluran air hujan; ➤ Rumah sakit harus memiliki instalasi pengolahan air limbah cair sendiri atau bersama-sama secara kolektif dengan bangunan disekitarnya yang memenuhi persyaratan teknis, apabila belum atau tidak terjangkau sistem pengolahan air limbah perkotaan; ➤ Perlu dipasang alat pengatur debit limbah cair untuk mengetahui debit air limbah yang dihasilkan; ➤ Air limbah dari dapur harus dilengkapi dengan penangkap lemak dan saluran air limbah harus dilengkapi/ditutup dengan grill; ➤ Air limbah yang dari laboratorium harus diolah di Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) harus dikelola sesuai dengan ketentuan yang berlaku melalui kerja sama dengan pihak lain atau pihak berwenang; ➤ Frekuensi pemeriksaan kualitas air limbah cair (effluent) dilakukan setiap bulan sekali dan swapantau minimal 3 bulan sekali uji petik sesuai dengan ketentuan yang berlaku; ➤ Rumah sakit yang menghasilkan limbah cair yang mengandung atau terkena zat radioaktif,pengelolaannya dilakukan sesuai dengan ketentuan BATAN; ➤ Parameter radioaktif diberlakukan bagi rumah sakit sesuai dengan bahan radioaktif yang dipergunakan oleh rumah sakit yang dipergunakan oleh rumah sakit yang bersangkutan. 2. Pengelolaan Limbah Tajam a) Pengumpulan Limbah Tajam ➤ Semua ruang rawat inap, IGD, poli, Laboratorium, dan Ruang Operasi di Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh penghasil Limbah tajam disediakan kotak safety box berwarna kuning; ➤ Kegiatan pelayanan medis setelah menggunakan benda tajam berupa jarum suntik dari semua ruangan, IGD, Laboraturium, poli dan Ruang Operasi di Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh, harus dibuang kedalam safety box bewarna kuning; ➤ Bila isi sampah tiga perempat dari safety box sudah terisi, kemudian safety box diangkat petugas pembersih ruangan (CS), kemudian safety box dibawa ke insenerator untuk dimusnakan. b) Pengangkutan limbah Tajam ➤ Safety box dibawa oleh petugas Cleaning Service dalam keadaan tertutup rapat; ➤ Petugas Cleaning Service wajib memakai APD saat pengangkutan dilakukan; ➤ Petugas membawa safety box tersebut ke tempat pemusnahan yaitu incinerator c) Pemusnahan Limbah Tajam ➤ Limbah tajam diangkut oleh tenaga cleaning service ketempat incinerator; ➤ Di ruang incenerator petugas pembakar limbah infeksius melakukan penimbangan limbah sebelum

		dimasukkan ke tungku pembakaran; ➤ Petugas mencatat pada kertas pembakaran limbah medis infeksius; ➤ Pembakaran limbah infeksius pada suhu 1000-1200°C; ➤ Abu bekas pembakaran dikumpulkan ke bak penampung yang berlokasi di belakang gedung incenerator. 3. Pengelolaan Limbah B3 a) Identifikasi Jenis Limbah (Padat, cair atau gas) Sedangkan limbah medis padat terdiri dari benda tajam, limbah infeksius, limbah patologi, limbah farmasi. b) Pemisahan Limbah sesuai jenisnya; ➤ Limbah infeksius : limbah yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh masukan ke dalam plastik warna kuning. Contoh : sampel laboratorium, limbah patologis (jaringan, organ, bagian dari tubuh, otopsi, cairan tubuh, produk darah yang terdiri dari serum, plasma, trombosit dan lainlain) pempers dianggap limbah infeksius bila bekas pakai pasien infeksi saluran cerna, menstruasi dan pasien dengan infeksi yang ditransmisikan lewat darah atau cairan tubuh lainnya. ➤ Limbah non infeksius : limbah yang tidak terkontaminasi darah dan cairan tubuh, masukkan ke dalam kantong plastik berwarna hitam. ➤ Limbah benda tajam : limbah yang memiliki permukaan tajam, masukkan kedalam wadah tahan tusuk dan air. Contoh : jarum, spuit, dan benda yang berpermukaan tajam lainnya. ➤ Limbah cair : segera dibuang ketempat pembuangan/pojok limbah cair (spoelhock). c) Wadah tempat penampungan sementara limbah infeksius : Harus tertutup, mudah dibuka dengan menggunakan pedal kaki, bersih, tidak boleh di letakkan di bawah tempat tidur, ikat kantong plastik limbah jika sudah terisi $\frac{3}{4}$ penuh. d) Pengangkutan Limbah diangkut menggunakan troli/ gerobak khusus yang kuat, tertutup dan mudah dibersihkan, tidak boleh tercecer, petugas menggunakan APD ketika mengangkut limbah. e) Tempat penampungan limbah sementara : ➤ Tempatkan limbah dalam kantongplastik dan ikat dengan kuat. ➤ Setiap hari limbah diangkat dari ruangan minimal 2 kali sehari pada pagi dan siang hari ➤ Gunakan APD ketika menangani limbah ➤ TPS harus dijaga kebersihannya f) Pengolahan limbah : ➤ Limbah infeksius dibawa ke tempat pembuangan akhir (TPA) ➤ Limbah non infeksius dibawa ke tempat pembuangan sementara (TPS) dan akan di bawa oleh Dinas Kebersihan Kota, 2 kali dalam seminggu. ➤ Limbah infeksius dan benda tajam dimusnahkan dengan insenerator, limbah cair dibuang ke spoelhock. g) Penanganan limbah benda tajam/ pecahan kaca : ➤ Jangan menekuk atau mematahkan benda tajam ➤ Jangan meletakkan limbah benda tajam sembarang tempat ➤ Segera buang limbah benda tajam ke wadah yang tersedia tahan tusuk dan tahan air dan tidak bisa dibuka lagi.Selalu dibuang sendiri oleh si pemakai ➤ Tidak menyarungkan kembali jarum suntik habis pakai (recapping) ➤ Bila menangani limbah pecahan kaca gunakan sarung tangan rumah tangga ➤ Wadah penampungan limbah benda tajam : • Tahan bocor dan tahan tusukan • Harus mempunyai pegangan yang dapat di jinjing dengan satu tangan
--	--	---

		• Mempunyai penutup yang tidak dapat dibuka lagi • Ditutup dan diganti setelah $\frac{3}{4}$ bagian terisi dengan limbah
3.	Jangka waktu pelayanan	Limbah dibawa oleh DLHK.
4.	Biaya / Tarif	-
5.	Produk layanan	1. Pengelolaan Limbah Padat Rumah Sakit. 2. Pengelolaan Limbah Cair Rumah Sakit.
6.	Penanganan pengaduan, saran dan masukan / apresiasi	Pengaduan dilakukan melalui : a. Kotak saran; b. Email : rsum@bandaacehkota.go.id ; c. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (Standar Prosedur Operasional Pengelolaan Pengaduan).

MANUFACTURING

1.	Dasar Hukum	a. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit b. Undang-undang No. 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup c. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan d. Peraturan Pemerintah Nomor 82 Tahun 2001 tentang Pengelolaan Kualitas Air dan Pengendalian Pencemaran Air e. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 1999 tentang Pengelolaan Limbah B3 f. Keputusan Menteri Lingkungan Hidup Republik Indonesia Nomor 58 Tahun 1995 tentang Baku Mutu Limbah Cair Bagi Kegiatan Rumah Sakit g. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.875/Menkes/SK/PER/VII/2001 tentang penyusunan upaya pengelolaan lingkungan dan upaya pemantauan lingkungan h. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.876/Menkes/SK/PER/VII/2001 tentang pedoman teknis analisis dampak kesehatan lingkungan i. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.1204/Menkes/SK/PER/XI/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit j. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 715 / MENKES / SK / V / 2003 tentang persyaratan higiene sanitasi jasaboga k. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1335/MENKES/SK/X/2002 tentang standar operasional pengambilan dan pengukuran sampel kualitas udara ruangan di rumah sakit l. Peraturan Pemerintah RI No.20 tahun 1990 tentang pengendalian pencemaran air m. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 416/ MENKES/PER/IX/1990 tentang syarat – syarat dan pengawasan kualitas air n. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.986 / MENKES / PER / 1992 tentang fasilitas sanitasi rumah sakit o. Keputusan Menteri Lingkungan Hidup Republik Indonesia No.53 tahun 1999 tentang baku mutu air buangan rumah sakit p. Keputusan Menteri Lingkungan Hidup Nomor Kep-13 / MENLH / 12 / 1995 tentang Baku Mutu Emisi Sumber Tidak Bergerak q. Keputusan Menteri Negara Kependudukan dan Lingkungan Hidup No.Kep.02 / MENKLH / I / 1998 tentang air r. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 907 tahun 2002 tentang syarat – syarat pengawasan kualitas air minum s. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.373/Menkes/SK/PER/III/2007 tentang Standar Profesi
----	-------------	--

		Sanitarian t. Pedoman Sanitasi Rumah Sakit di Indonesia, Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2002 u. Pedoman Pemeliharaan Instalasi Pengolahan Limbah Cair, Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 1993.
2.	Sarana dan prasana, dan / atau fasilitas	Sarana : 1. Mesin IPAL dengan sistem water treatment 2. Mesin Insenerator 3. Mesin Air Induk 5 Bar sebanyak 2 buah 4. Saringan Air (Sand Filter) sebanyak 12 buah 5. TPA sampah Non Medis 6. Gudang Barang dan alat : 2 ruang 7. Kamar Mandi dan WC : 164 buah 8. Mesin potong rumput : 2 buah 9. Reservoar : 2 buah 10. Gerobak sorong : 1 buah 11. Mesin pompa air : 3 Buah 12. Mesin pompa air celup : 1 buah 13. Sumur Bor : 1 buah 14. Mesin sedot lumpur : 1 buah 15. Tong Sampah Medis 16. Tong sampah non medis
3.	Kompetensi pelaksana	➤ SKM; ➤ D4 Kesehatan Lingkungan; ➤ D3 Kesehatan Lingkungan. ➤ SMA ➤ Cleaning Service
4.	Pengawasan internal	➤ Supervisi atasan langsung; ➤ Pengawasan oleh Satuan Pengawas Internal; ➤ Sistem Pengendalian Internal Pemerintah (SPIP).
5.	Jumlah pelaksana	➤ SKM : 2 Orang; ➤ D4 Kesehatan Lingkungan : 4 Orang; ➤ D3 Kesehatan Lingkungan : 2 Orang; ➤ SMA : 4 Orang ➤ Cleaning Service : 67 Orang.
6.	Jaminan Pelayanan	Kebersihan di tempat penampungan limbah padat.
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Bebas dari binatang pengerat.
8.	Evaluasi kinerja pelaksana	Evaluasi dilakukan setiap bulan dalam bentuk : 1. Sasaran Kinerja Pegawai; 2. Sesuai dengan pelaporan indikator mutu.

STANDAR PELAYANAN ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

NO	KOMPONEN	URAIAN
SERVICE POINT		
1.	Persyaratan	1. Pasien datang sendiri dan/atau bersama pendamping (keluarga); 2. Pasien membawa persyaratan : membawa KTP, kartu berobat (jika ada), dan hasil diagnosa dari dokter.
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	Pegawai Umum / Instansi Eksternal ↓ Permintaan Pelayanan ↓ Proses Surat Keterangan Dokter 1. Pasien datang ke RSUD Meuraxa dengan membawa kartu berobat untuk mendaftarkan diri ke Poliklinik sesuai dengan diagnosa penyakit pasien. 2. Petugas/ Pasien membawa hasil pemeriksaan/ resume medik dari Poliklinik ke Subbagian Tata Usaha 3. Surat Keterangan Dokter diberikan Kepada Pasien dengan masa istirahat/ sakit lebih dari 3 (tiga) hari. 4. Subbagian Tata Usaha menerima dan memproses Surat Keterangan Dokter tersebut sesuai dengan hasil pemeriksaan/ resume medik dari Poliklinik. 5. Surat yang telah selesai selanjutnya diberi nomor urut pada buku agenda Surat Keterangan Poliklinik. 6. Kemudian dilakukan pengecekan kembali kebenaran Surat Keterangan Dokter diparaf oleh Kepala Subbagian Tata Usaha untuk kemudian ditandatangani oleh Dokter yang bersangkutan. 7. Surat Keterangan Dokter selanjutnya digandakan, dibubuhi Cap atau stempel RSUD Meuraxa dan surat berdasarkan nomor urut sesuai dengan bulan dan tahunnya. 8. Surat Keterangan Dokter yang sudah diproses di Subbagian Tata Usaha diambil kembali oleh petugas yang bersangkutan atau yang mengusulkannya. 9. Khusus bagi pasien umum yang mengurus Surat Keterangan Dokter syarat pengambilan Surat Keterangan Dokter harus melampirkan tanda bukti pembayaran lunas dari kasir kepada petugas Subbagian Tata Usaha.

		c. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (Standar Prosedur Operasional Pengelolaan Pengaduan).
MANUFACTURING		
1.	Dasar Hukum	1. PP 23 Tahun 2005 tentang pengelolaan Badan Layanan Umum; 2. UU No. 43 Tahun 2009 Tentang Kearsipan; 3. UU RI No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Masyarakat; 4. Undang - undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit; 5. PP No. 28 Tahun 2012 Tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 43 Tahun 2009 Tentang Kearsipan; 6. PP Nomor 34 Tahun 1979 Tentang Penyusutan Arsip; 7. PMK Nomor 120 Tahun 2007 Tentang Penatausahaan Barang Milik Negara 8. Permenpan No. 80 Tahun 2012 Tentang Pedoman Tata Naskah Dinas 9. Peraturan Gubernur Aceh Nomor :19 Tahun 2011 tentang pedoman Tata Kearsipan Aceh. 10.Peraturan Walikota Banda Aceh Nomor 25 Tahun 2012 tentang Tata Naskah Dinas di Lingkungan Pemerintah Kota Banda Aceh. 11.Peraturan Walikota Banda Aceh Nomor 33 Tahun 2015 tentang Pola Tata Kelola RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Walikota Banda Aceh Nomor 83 Tahun 2018 tentang Perubahan Peraturan Walikota Banda Aceh Nomor 33 Tahun 2015 tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh; 12.Peraturan Walikota Banda Aceh Nomor 7 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh; 13.Peraturan Walikota Banda Aceh Nomor 71 Tahun 2016 tentang Susunan, Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh.
2.	Sarana dan prasana, dan / atau fasilitas	a. Alat Tulis Kantor; b. Perangkat Komputer dan Internet; c. Meja Kerja; d. Lemari Arsip.
3.	Kompetensi pelaksana	a. S2 b. S1 Komputer; c. SMA
4.	Pengawasan internal	➤ Supervisi atasan langsung; ➤ Pengawasan oleh Satuan Pengawas Internal; ➤ Sistem Pengendalian Internal Pemerintah(SPIP).
5.	Jumlah pelaksana	➤ S2 : 1 Orang ➤ S1 : 3 Orang; ➤ SMA : 1 Orang.
6.	Jaminan Pelayanan	Pasien mendapatkan pelayanan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP).
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas dan prodak layanan yang sesuai dengan SPO serta didukung oleh petugas yang berkompeten dibidang tugasnya dengan perilaku pelayan yang berintegritas.
8.	Evaluasi kinerja pelaksana	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 1 kali dalam 1 tahun, selanjutnya dilakukan tindakan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan.

STANDAR PELAYANAN AMBULANS

NO	KOMPONEN	URAIAN
SERVICE POINT		
1.	Persyaratan	1. Pelayanan Ambulance untuk rujuk ke rumah sakit lain. 2. Pelayanan Ambulance siaga untuk acara tertentu. 3. Pelayanan Ambulance jenazah untuk memfasilitasi permintaan mengantar jenazah.
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Merujuk pasien dengan <i>ambulance</i>: ➤ Perawat ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) / rawat inap menelpon operator rumah sakit; ➤ Operator rumah sakit menelpon petugas <i>ambulance</i> untuk memberitahukan ada pasien yang akan dirujuk; ➤ Petugas <i>ambulance</i> mempersiapkan <i>ambulance</i>; ➤ Petugas <i>ambulance</i> menjemput pasien yang akan dirujuk; ➤ Pasien yang dirujuk ke rumah sakit yang dituju dengan didampingi dokter terlatih/ perawat terlatih serta membawa surat rujukan (sesuai dengan kondisi klinis pasien); ➤ Selama proses rujukan kondisi pasien dimonitor terus menerus. Kondisi pasien dicatat pada lembar pemantauan pasien dan disatukan dengan rekam medis pasien; ➤ Petugas yang mengantar melakukan timbang terima setelah sampai di rumah sakit rujukan; ➤ Petugas menyerahkan rekam medis dan lembar pemantauan pasien selama proses rujukan kepada rumah sakit yang dituju; ➤ Petugas kemudian kembali ke rumah sakit. 2. Pengambilan darah ke Palang Merah Indonesia (PMI): ➤ Petugas bank darah menelpon petugas operator rumah sakit; ➤ Petugas operator rumah sakit menelpon petugas <i>ambulance</i>; ➤ Petugas <i>ambulance</i> mengambil box darah di ruang Bank Darah Rumah Sakit (BDRS); ➤ Petugas <i>ambulance</i> mengambil darah ke PMI Kota Banda Aceh; ➤ Petugas <i>ambulance</i> kembali ke rumah sakit; ➤ Petugas <i>ambulance</i> memberikan box darah kembali kepada petugas BDRS. 3. Pemulangan jenazah : ➤ Petugas pemulasaran jenazah menghubungi petugas operator rumah sakit; ➤ Petugas operator menghubungi petugas <i>ambulance</i>; ➤ Petugas <i>ambulance</i> mempersiapkan Surat Perintah Tugas (SPT) dan Surat Perintah Perjalanan Dinas (SPPD) pemulangan jenazah dari rumah sakit; ➤ Petugas <i>ambulance</i> menjemput jenazah di ruang pemulasaran jenazah; ➤ Petugas <i>ambulance</i> mengantar jenazah ke rumah duka; ➤ Petugas <i>ambulance</i> menyerahkan jenazah kepada keluarga; ➤ Kepala desa menandatangani Surat Keterangan Meninggal dari rumah sakit dan SPPD (bagi jenazah ke luar kota); ➤ Petugas <i>ambulance</i> kembali ke rumah sakit dan menyerahkan administrasi ke Instalasi <i>Ambulance</i> Dan Pemulasaran Jenazah.
3.	Jangka waktu pelayanan	≤ 120 menit.
4.	Biaya / Tarif	Sesuai Ketentuan yang berlaku - Untuk tarif BPJS akan diklaim pada akhir bulan; - Untuk tarif pasien umum sesuai ketentuan yang berlaku.

5.	Produk layanan	1. Merujuk pasien ke rumah sakit lain. 2. Pengambilan darah ke PMI. 3. Pemulangan Jenazah.
6.	Penanganan pengaduan, saran dan masukan / apresiasi	Pengaduan dilakukan melalui : a. Kotak saran; b. Email : rsum@bandaacehkota.go.id; c. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (Standar Prosedur Operasional Pengelolaan Pengaduan).
MANUFACTURING		
1.	Dasar Hukum	1. Undang – Undang No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 2. Undang – Undang No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 3. Undang – Undang No.22 Tahun 2009 tentang Lalu Lintas. 4. Undang – Undang No.29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran. 5. PP No.44 tahun 1993 tentang kendaraan dan pengemudi. 6. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No.0701 / YANMED / RSKS / GDE / VII / 1991 Tentang Pedoman Pelayanan Gawat Darurat.
2.	Sarana dan prasana, dan / atau fasilitas	➤ Ambulance Transport. ➤ Ambulance Jenazah.
3.	Kompetensi pelaksana	➤ Kepala Instalasi Ambulans; ➤ Sopir Ambulans; ➤ Tenaga Administrasi.
4.	Pengawasan internal	➤ Supervisi atasan langsung; ➤ Pengawasan oleh Satuan Pengawas Internal; ➤ Sistem Pengendalian Internal Pemerintah(SPIP).
5.	Jumlah pelaksana	➤ Kepala Instalasi : 1 Orang; ➤ Sopir : 15 Orang; ➤ Tenaga Administrasi : 1 orang.
6.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan Ambulance dilakukan dengan cepat, aman dan dapat dipertanggung jawabkan.
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Tindakan pelayanan Ambulance oleh instalasi Pemotoran yang diberikan dijamin keabsahannya.
8.	Evaluasi kinerja pelaksana	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 1 kali dalam 1 tahun, selanjutnya dilakukan tindakan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan.

STANDAR PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH

NO	KOMPONEN	URAIAN
SERVICE POINT		
1.	Persyaratan	1. Keluarga membayar biaya administrasi pemulasaran jenazah sesuai dengan tarif yang ditentukan oleh perwal dan menyelesaikan persyaratan administrasi pelayanan di kasir. 2. Jenazah dibawa ke ruang pemandian jenazah. 3. Surat Keterangan Kematian. 4. Diantarkan oleh ambulance Rumah sakit apabila jenazah berKTP aceh dan memiliki BPJS.
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Menjemput jenazah dari ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) dan rawat inap : ➤ Operator Rumah Sakit menghubungi petugas kamar jenazah dan petugas <i>ambulance</i> untuk memberitahukan ada pasien meninggal; ➤ Petugas kamar jenazah datang ke ruangan yang dimaksud; ➤ Perawat ruang IGD atau rawat inap memberikan Surat Keterangan Kematian kepada petugas kamar jenazah; ➤ Petugas mengangkat jenazah dan meletakkan jenazah di atas brankar; ➤ Petugas membawa jenazah ke kamar jenazah dan didampingi oleh keluarga; ➤ Petugas kamar jenazah mengisi no.Surat Kematian, form berita acara serah terima jenazah dan memberikan kepada keluarga; ➤ Petugas kamar jenazah, petugas <i>ambulance</i> dan keluarga membawa jenazah masuk kedalam <i>ambulance</i>.
3.	Jangka waktu pelayanan	24 jam
4.	Biaya / Tarif	Berdasarkan : 1. Perwal Kota Banda Aceh Nomor : 14 Tahun 2015 Tentang Tarif Pelayanan Kesehatan.
5.	Produk layanan	Pelayanan antara lain: 1. Memandikan jenazah; 2. Mengkafani Jenazah; 3. Menshalatkan jenazah; 4. Mengantarkan Jenazah; 5. Menguburkan Jenazah.
6.	Penanganan pengaduan, saran dan masukan / apresiasi	Pengaduan dilakukan melalui : a. Kotak saran; b. Email : rsum@bandaacehkota.go.id; c. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (Standar Prosedur Operasional Pengelolaan Pengaduan).
MANUFACTURING		
1.	Dasar Hukum	1. Undang – Undang No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 2. Undang – Undang No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 3. Undang – Undang No.29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran.
2.	Sarana dan prasana, dan / atau fasilitas	1. Perlengkapan Jenazah; 2. Ruang pemandian jenazah; 3. Komputer dan Akses Internet; 4. Printer; 5. Ambulance jenazah.
3.	Kompetensi pelaksana	➤ Kepala Instalasi; ➤ Tenaga Pemulasaraan Jenazah; ➤ Tenaga Administrasi.
4.	Pengawasan internal	➤ Supervisi atasan langsung; ➤ Pengawasan oleh Satuan Pengawas Internal; ➤ Sistem Pengendalian Internal Pemerintah(SPIP).
5.	Jumlah pelaksana	➤ Kepala Instalasi : 1 Orang; ➤ Tenaga Pemulasaraan Jenazah : 8 orang; ➤ Tenaga Administrasi : 1 orang.
6.	Jaminan Pelayanan	Tindakan pemulasaraan jenazah oleh instalasi pemulasaraan jenazah dilakukan dengan cepat, tepat, lengkap, dan dapat dipertanggung jawabkan.
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Tindakan pelayanan pemeriksaan pemulasaraan jenazah oleh instalasi pemulasaraan yang diberikan dijamin keabsahannya.
8.	Evaluasi kinerja pelaksana	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 1 kali dalam 1 tahun, selanjutnya dilakukan tindakan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan.

STANDAR PELAYANAN LAUNDRY

NO	KOMPONEN	URAIAN
SERVICE POINT		
1.	Persyaratan	Buku serah terima linen
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Prosedur untuk linen kotor infeksius : ➤ Biasakan mencuci tangan higienis dengan sabun 10-15 detik sebelum dan sesudah melakukan pekerjaan. ➤ Gunakan APD : Sarung tangan , Masker dan Apron. ➤ Persiapkan alat dan bahan : sikat, sprayer, ember dengan tulisan linen infeksius ➤ Lipat bagian yang terinfeksi di bagian dalam lalu masukan linen kotor infeksius ke dalam ember tertutup dan bawa ke ruang cuci ➤ Noda darah atau feses dibuang ke dalam baskom, basahkan dengan air dalam sprayer dan masukan ke dalam plastic transparan dengan memisahkan linen warna dan linen putih (kantong linen infeksius). Sampah tercampur seperti jarum suntik tempatkan pada wadah penampungan jarum suntik ➤ Lakukan penutupan kantung ➤ Bawa linen kotor ke ruang tempat linen kotor dan siap diambil oleh petugas Laundry 2. Prodesur untuk linen kotor non infeksius ➤ Biasakan mencuci tangan higienis dengan sabun 10-15 detik sebelum dan sesudah melakukan pekerjaan. ➤ Gunakan APD : Sarung tangan , Masker dan Apron ➤ Persiapkan alat dan bahan : sikat, spayer, ember dengan tulisan linen non infeksius, kantong linen non infeksius ➤ Lipat bagian yang terkena noda di bagian dalam lalu masukan linen kotor ke dalam ember tertutup dan bawa ke ruang tempat linen kotor dan siap di ambil oleh petugas Laundry 3. PENANGANAN DAN PENGAMBILAN LINEN INFEKSIUS DAN NON INFEKSIUS DI RUANG RAWAT INAP DAN POLI KLINIK ➤ Petugas rawat inap dan poli klinik sudah memisahkan linen kotor infeksius (plastik Kuning) dan linen non infeksius (plastik Hitam); ➤ Buanglah terlebih dahulu kotoran seperti feses sebelum dimasukkan ke dalam plastik Kuning; ➤ Jika terdapat darah, maka lembabkan dengan air dengan cara menyemprot ke area linen yang terkontaminasi darah; ➤ Petugas linen mengambil linen infeksius dan non infeksius ke ruangan rawat inap dan poli klinik jam 07.30 pagi; ➤ Petugas linen mengambil linen disaksikan oleh perawat ruangan; ➤ Petugas linen memasukkan plastik Kuning dan plastik Hitam tersebut ke dalam trolly kotor untuk dibawa ke Laundry. 4. PENANGANAN LINEN INFEKSIUS DI OK ➤ Petugas OK sudah memisahkan linen infeksius ke dalam plastik kuning; ➤ Buanglah terlebih dahulu kotoran seperti feses sebelum dimasukkan ke dalam plastik kuning; ➤ Jika terdapat darah, maka lembabkan dengan air, dengan cara menyemprot ke daerah linen yang terkontaminasi darah ➤ Jika terdapat sisa jaringan, maka sisa jaringan dimasukkan kedalam plastik infeksius; ➤ Jangan meletakkan linen di lantai; ➤ Linen infeksius diletakkan dalam tempat infeksius.
3.	Jangka waktu pelayanan	≤ 5 jam.
4.	Biaya / Tarif	-

5.	Produk layanan	1. Pengambilan linen kotor dan prosedur pencatatan; 2. Pemilahan dan penimbangan linen kotor; 3. Pencucian; 4. Pengeringan; 5. Penyetrikaan; 6. Pelipatan; 7. Penyimpanan; 8. Pendistribusian; 9. Penggantian linen rusak.
6.	Penanganan pengaduan, saran dan masukan / apresiasi	Pengaduan dilakukan melalui : a. Kotak saran; b. Email : rsum@bandaacehkota.go.id; c. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (Standar Prosedur Operasional Pengelolaan Pengaduan).
MANUFACTURING		
1.	Dasar Hukum	1. UU Nomor 23 Tahun 1992 Tentang kesehatan; 2. UU Nomor 23 Tahun 1997 Tentang pengelolaan lingkungan; 3. UU Nomor 1 Tahun 1970 Tentang keselamatan kerja; 4. PP Nomor 89/1999 Tentang perubahan PP No 18 Tahun 1999 tentang pengelolaan limbah berbahaya dan beracun; 5. PP Nomor 20 Tahun 1990 tentang pencemaran air; 6. PP Nomor 27 Tahun 1990 tentang AMDAL; 7. PMK RI Nomor 472/MENKES/Peraturan/ V / 1996 Tentang penggunaan bahan berbahaya bagi kesehatan; 8. PMK Nomor 416/MENKES/PER/IX/1992 Tentang penyediaan air bersih dan air minum; 9. PMK Nomor 986/MENKES/PER/IX/1992 Tentang penyehatan lingkungan rumah sakit; 10. PMK Nomor 007/MENKES/PER/IX/2019 Tentang penyehatan lingkungan Rumah Sakit; 11. Kepmen LH Nomor 58/MENLH/12/1999 Tentang baku mutu air limbah cair bagi kegiatan Rumah Sakit; 12. Pedoman sanitasi Rumah Sakit di Indonesia tahun 1992 Tentang pengelolaan linen; 13. Buku pedoman infeksi nosokomial tahun 2001; 14. Standar pelayanan Rumah Sakit tahun 1999; 15. Buku pedoman manajemen linen Rumah Sakit tahun 2004; 16. Fatwa Dewan Syariah Nasional – Majelis Ulama Indonesia Nomor: 107/DSN-MUI/X/2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit Berdasarkan Prinsip Syariah; 17. Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Nomor : 445/210/2018 tanggal 02 Juli 2018 tentang Kebijakan Pelayanan Laundry di Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh.
2.	Sarana dan prasana, dan / atau fasilitas	1. Sarana Fisik ➤ Ruang Penerimaan, Pemisahan dan Pencucian Linen ➤ Gudang Penyimpan BHP ➤ Ruang Menjemur ➤ Ruang Penyetrikaan ➤ Ruang Penyimpan Linen ➤ Ruang Kepala ➤ Ruang Rehat Staf ➤ Ruang Ganti Staf 2. Prasarana ➤ Prasarana Listrik ➤ Prasarana Air 3. Peralatan dan Bahan Pencucian ➤ Mesin cuci ➤ Mesin pengering ➤ Mesin penyetrika ➤ Bahan kimia yang sering digunakan secara umum terdiri dari : • Alkali • Detergen • Emulsifier • Cholorine Bleach

		• Softener • BC-Fres
3.	Kompetensi pelaksana	➤ Kepala Instalasi; ➤ Tenaga linen.
4.	Pengawasan internal	➤ Supervisi atasan langsung; ➤ Pengawasan oleh Satuan Pengawas Internal; ➤ Sistem Pengendalian Internal Pemerintah (SPIP).
5.	Jumlah pelaksana	➤ Kepala Instalasi : 1 Orang; ➤ Tenaga linen : 9 Orang.
6.	Jaminan Pelayanan	1. Adanya SPO; 2. Sarana Prasarana yang mendukung; 3. SDM yang berkompetensi di bidang Laundry.
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Di wujudkan dalam kualitas dan layanan produk layanan yang sesuai dengan standar operasional prosedur serta di dukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayan yang berintegritas.
8.	Evaluasi kinerja pelaksana	Evaluasi kinerja di lakukan melalui : a. Evaluasi Standar pelayanan minimal; b. Evaluasi berdasarkan pengawasan atasan langsung terkait kinerja dan kedisiplinan.

STANDAR PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

NO	KOMPONEN	URAIAN
SERVICE POINT		
1.	Persyaratan	Laporan / informasi kerusakan sarana dan prasarana dari unit / ruang / instalasi.
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	PELAYANAN IPSRS ➤ Laporan kerusakan/permohonan perbaikan ditujukan ke IPSRS dengan mengisi blangko laporan dan ditanda tangani penanggungjawab Bagian/Ruang/Instalasi atau lewat panggilan telepon di nomor 157. ➤ IPSRS menerima laporan kerusakan/ permohonan perbaikan ➤ Kepala IPSRS mengeluarkan surat tugas pemeliharaan/ perbaikan kepada petugas teknisi. ➤ Petugas teknisi mengerjakan perbaikan/ pemeliharaan. ➤ Petugas teknisi, dalam surat tugas mengisi tanggal, laporan dan hasil perbaikan/ pemeliharaan dan ditandatangani oleh Kepala IPSRS. ➤ Apabila perbaikan/ pemeliharaan diluar kemampuan teknis IPSRS, petugas teknisi penerima surat tugas mengisi saran pada blangko perbaikan dan selanjutnya dibuat laporan tindak lanjut.
3.	Jangka waktu pelayanan	a. Petugas Non Shift Senin-Jumat : Pukul 08.00 -16.45 WIB; b. Shift Pagi : Pukul 08.00 -14.00 WIB; c. Shift Siang : Pukul 14.00 - 20.00 WIB; d. Shift Malam : Pukul 20.00 – 08.00 WIB.
4.	Biaya / Tarif	-
5.	Produk layanan	Pelayanan Pemeliharaan dan Perbaikan Peralatan Medik dan Non Medik.
6.	Penanganan pengaduan, saran dan masukan / apresiasi	Pemohon dapat menyampaikan pengaduan melalui : a. Telepon dengan laporan tertulis menyusul; b. Langsung laporan ke IPSRS dengan membawa blanko laporan kerusakan.
MANUFACTURING		
1.	Dasar Hukum	1. Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang nomor 44 tahun 2009, tentang Rumah Sakit. 3. Permenkes nomor : 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit. 4. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 983/SK/ MENKES/XI/92, rumah sakit mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. 5. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 1041/MENKES/SK/XI 2008 Tentang Standar Pelayanan di Sarana Pelayanan kesehatan. 6. Buku Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Rumah Sakit Departemen Kesehatan RI Tahun 2008. 7. Fatwa Dewan Syariah Nasional – Majelis Ulama Indonesia no: 107 /DSN-MUI/X/2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit Berdasarkan Prinsip Syariah. 8. Keputusan DSN-MUI Nomor 13/DSN-MUI/III/2017 tentang Standar dan Instrumen Sertifikasi Rumah Sakit Syariah. 9. Nota Kesepahaman antara DSN-MUI dengan Majelis Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia (MUKISI) tentang Kerjasama dalam Rangka Sertifikasi Rumah Sakit Syariah Nomor U-174/DSN-MUI/III/2017 dan Nomor 20/PP-MUKISI/III/2017 tanggal 21 Maret 2017.
2.	Sarana dan prasana, dan / atau fasilitas	1. Peralatan Utility ➤ Genset 2 unit kapasitas 500 KVA dan 400KVA ➤ Boiler 2 unit ➤ Pompa Deepweel 2 unit ➤ Lift 6 unit, 2 unit berlokasi digedung IGD, 2 unit di gedung rawat inap Albayan dan 2 unit di gedung rawat Intensif

		➤ Instalasi Gas Medis 2. Standar Fasilitas ➤ Peralatan kerja ○ Peralatan Administrasi ○ Peralatan Teknik
3.	Kompetensi pelaksana	➤ D-3 Elektromedik; ➤ Tehknisi Alkes SLTA.
4.	Pengawasan internal	➤ Supervisi atasan langsung; ➤ Pengawasan oleh Satuan Pengawas Internal; ➤ Sistem Pengendalian Internal Pemerintah (SPIP).
5.	Jumlah pelaksana	➤ Tenaga Elektromedis : 6 Orang; ➤ SLTA sederajat : 9 Orang.
6.	Jaminan Pelayanan	1. Dalam melaksanakan kegiatan menggunakan Panduan Mutu, Dokumen SOP dan Instruksi Kerja; 2. Dilakukan Audit Internal dan Eksternal sistem manajemen mutu; 3. Dilakukan pemeliharaan rutin terhadap sarana prasarana pendukung.
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Jaminan keamanan dan keselamatan dapat berupa : - Pengawasan lingkungan dengan CCTV; - Penyediaan alat pengaman kerja seperti tabung pemadam kebakaran, kotak P3K - Sistem pengamanan jaringan komputer.
8.	Evaluasi kinerja pelaksana	Survey Kepuasan User : 1. Prevalensi jumlah aduan; 2. Rapat Tinjauan Manajemen; 3. Laporan bulanan pelaksanaan pelayanan; 4. Laporan bulanan pencapaian sasaran mutu.

STANDAR PELAYANAN PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

NO	KOMPONEN	URAIAN
SERVICE POINT		
1.	Persyaratan	1. Didapatkan kejadian Infeksi; 2. Ditemukan tanda dan gejala infeksi; 3. Pasien terpasang alat invasive atau mendapatkan tindakan operatif.
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Bila ada kasus infeksi pada pasien, yang bertugas melaporkan kepada IPCN; 2. IPCN menindak lanjuti laporan infeksi atau KLB dengan mendatangi ruangan untuk mengkaji pasien yang terkena infeksi; 3. IPCN memberikan saran kepada petugas untuk melakukan tindakan penanganan terhadap kasus yang dijumpai; 4. IPCN melakukan koordinasi dengan pihak-pihak terkait dalam menangani kejadian infeksi; 5. IPCN melakukan edukasi pasien dan pengunjung untuk tindakan pencegahan; 6. IPCN melaporkan kejadian kepada Ketua Komite untuk menentukan tindak lanjut pencegahan kejadian infeksi berikutnya dan rekomendasi; 7. Laporan disampaikan kepada Direktur dan Kepala bidang pelayanan medis dan keperawatan; 8. Rekomendasi disampaikan kepada ruangan yang ditemukan kejadian infeksi.
3.	Jangka waktu pelayanan	3 Hari.
4.	Biaya / Tarif	-
5.	Produk layanan	Laporan Angka Kejadian Infeksi.
6.	Penanganan pengaduan, saran dan masukan / apresiasi	Pengaduan dilakukan melalui : a. Petugas : Ns. Rachmawati, S. Kep; b. Alamat : Sekretariat PPI RSUD Meuraxa Jl. Soekarno-Hatta, Banda Raya, Banda Aceh (23238); c. Email : http://rsum.bandaacehkota.go.id; d. Langsung Pelayanan <i>Customer Service</i> (Standar Prosedur Operasional Pengelolaan Pengaduan).
MANUFACTURING		
1.	Dasar Hukum	a. Undang -Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan; b. Undang -Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit; c. Undang -Undang Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.
2.	Sarana dan prasana, dan / atau fasilitas	1. Komputer; 2. Jaringan internet; 3. Form monitoring.
3.	Kompetensi pelaksana	➤ Perawat dengan pendidikan minimal Diploma III Keperawatan; ➤ Mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar PPI dan IPCN; ➤ Memiliki pengalaman sebagai Kepala Ruangan atau setara.
4.	Pengawasan internal	➤ Supervisi Ketua Komite; ➤ Pengawasan oleh Satuan Pengawas Internal; ➤ Sistem Pengendalian Internal Pemerintah(SPIP).
5.	Jumlah pelaksana	Perawat : 3 orang.
6.	Jaminan Pelayanan	Angka kejadian infeksi berada di bawah nilai standar pelayanan minimal yang di tetapkan kemenkes.
7.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Pedoman keselamatan & keamanan pasien.
8.	Evaluasi kinerja pelaksana	Evaluasi dilakukan setiap 3 bulan dalam bentuk : 1. Laporan Triwulan; 2. Laporan Tahunan.



RSUD MEURAXA
BANDA ACEH



PEMERINTAH KOTA BANDA ACEH **RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MEURAXA**

Jl. Soekarno-Hatta, Banda Raya, Banda Aceh (23238) 

@RSUDMOFFICIAL



@RSUDMOFFICIAL



RSUDMOFFICIAL



0651 - 43097



rsum@bandaacehkota.go.id



<http://rsum.bandaacehkota.go.id>

