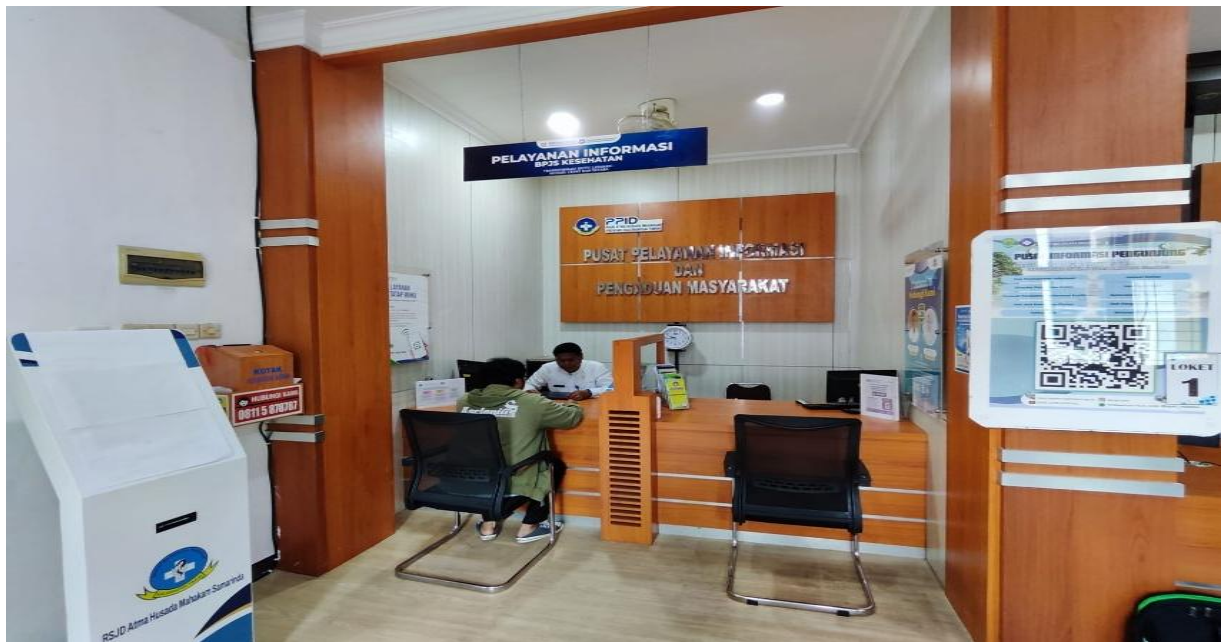




PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM
Jalan Kakap No.23 Samarinda 75115 Telp. (0541) 743364 Fax. 741035
Laman : <http://rsjdahm.kaltimprov.go.id> Pos-el : rsjdahm@gmail.com

SARANA PRASARANA PENDUKUNG PELAYANAN INFORMASI
PPID RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM

1. RUANG / LOKET INFORMASI DAN PENGADUAN / SKM



2. BUKU REGISTER PERMINTAAN INFORMASI (KOMPUTERISASI)

3. BUKU REGISTER KEBERATAN INFORMASI (KOMPUTERISASI)

PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM
Jalan Kakap No.23 Samarinda 75115 Telp. (0541) 743364 Fax. 741035
Laman: <http://rsjdm.kaltimprov.go.id> E-mail: rsjdm@gmail.com

REGISTER KEBERATAN

No	Tanggal	Nama	Alamat	Nomor Kontak	Pekerjaan	Informasi yang diminta	Tujuan Pengajuan Informasi	Alasan Penolakan					Hari dan Tanggal	Biaya & Cara Penyelesaian
								Alasan Penolakan	Alasan Penolakan	Alasan Penolakan	Alasan Penolakan	Alasan Penolakan		
1	16 Jan 2025	Arisa Zetrisya	Publik Komendari Kalimantan Timur	Publik Komendari Kalimantan Timur	Staf	Informasi yang diminta	Informasi yang diminta						16 Jan 2025	Rp.500.000,00
2	16 Jan 2025	Amanda R. Aisyah	Publik Komendari Kalimantan Timur	Publik Komendari Kalimantan Timur	Staf	Informasi yang diminta	Informasi yang diminta						16 Jan 2025	Rp.500.000,00
3	16 Jan 2025	Wahyuni Hening Hui	Publik Komendari Kalimantan Timur	Publik Komendari Kalimantan Timur	Staf	Informasi yang diminta	Informasi yang diminta						16 Jan 2025	Rp.500.000,00
4	16 Jan 2025	Hadi Hui	Publik Komendari Kalimantan Timur	Publik Komendari Kalimantan Timur	Staf	Informasi yang diminta	Informasi yang diminta						16 Jan 2025	Rp.500.000,00
5	16 Jan 2025	Devi Madiya	Publik Komendari Kalimantan Timur	Publik Komendari Kalimantan Timur	Staf	Informasi yang diminta	Informasi yang diminta						16 Jan 2025	Rp.500.000,00

4. TELEPHONE



5. FORMULIR – FORMULIR

a. Formulir Permintaan Informasi dan Permintaan Salinan

PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
DINAS KESEHATAN
RUHSA SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM
Jalan Patah No 23 Samarinda, 75155 Telp. (0541) 743354 Fax. 741035
Laman : rsjw@kalimantan.go.id Pbx e- : rsjw@kalimantan.go.id

FORMULIR PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK

Nama _____
Alamat _____
Pekerjaan _____
Nomor Telepon/E-mail _____
Rincian Informasi yang dibutuhkan (berikan secara jelas dan terperinci) _____

Cara Mendapatkannya: ☐ Melalui/Mencakupi dokumen/Mencatat
☐ Mendapatkan salinan informasi

Cara Mendapatkan Salinan Informasi: ☐ Mengambil langsung
☐ Pos
☐ Email
☐ Faksimil

Samarinda, _____

Petugas Pelayanan Informasi (Petugas) _____ Pembaca _____

(Nama dan Tanda Tangan) _____ (Nama dan Tanda Tangan) _____

Keterangan:
*Dasar yang berlaku adalah sesuai peraturan permohonan informasi publik
**Poin salah satu dengan membuat tanda (*)

PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
DINAS KESEHATAN
RUHSA SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM
Jalan Patah No 23 Samarinda, 75155 Telp. (0541) 743354 Fax. 741035
Laman : rsjw@kalimantan.go.id Pbx e- : rsjw@kalimantan.go.id

FORMULIR PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK

Nama _____
Alamat _____
Pekerjaan _____
Nomor Telepon/E-mail _____
Rincian Informasi yang dibutuhkan (berikan secara jelas dan terperinci) _____

Cara Mendapatkannya: ☐ Melalui/Mencakupi dokumen/Mencatat
☐ Mendapatkan salinan informasi

Cara Mendapatkan Salinan Informasi: ☐ Mengambil langsung
☐ Pos
☐ Email
☐ Faksimil

Samarinda, _____

Petugas Pelayanan Informasi (Petugas) _____ Pembaca _____

(Nama dan Tanda Tangan) _____ (Nama dan Tanda Tangan) _____

Keterangan:
*Dasar yang berlaku adalah sesuai peraturan permohonan informasi publik
**Poin salah satu dengan membuat tanda (*)

RUHSA SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM
DINAS KESEHATAN
RUHSA SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM
Jalan Patah No 23 Samarinda, 75155 Telp. (0541) 743354 Fax. 741035
Laman : rsjw@kalimantan.go.id Pbx e- : rsjw@kalimantan.go.id

FORMULIR PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK

Nama _____
Alamat _____
Pekerjaan _____
Nomor Telepon/E-mail _____
Rincian Informasi yang dibutuhkan (berikan secara jelas dan terperinci) _____

Cara Mendapatkannya: ☐ Melalui/Mencakupi dokumen/Mencatat
☐ Mendapatkan salinan informasi

Cara Mendapatkan Salinan Informasi: ☐ Mengambil langsung
☐ Pos
☐ Email
☐ Faksimil

Samarinda, _____

Petugas Pelayanan Informasi (Petugas) _____ Pembaca _____

(Nama dan Tanda Tangan) _____ (Nama dan Tanda Tangan) _____

Keterangan:
*Dasar yang berlaku adalah sesuai peraturan permohonan informasi publik
**Poin salah satu dengan membuat tanda (*)

b. Formulir Pemberitahuan Tertulis, Surat Keterangan Ketidاكلengkan Permintaan Informasi Publik dan Surat Keputusan Tentang Penolakan

PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM
Jalan : Kalap No.23 Samarinda 75115 Telp. (0541) 743354 Fax. 741035
Laman : npdahn.kaltimprov.go.id Pwa-el : npdahn@gmail.com

PEMBERITAHUAN TERTULIS

Berdasarkan permintaan informasi pada tanggal bulan tahun dengan nomor pendaftaran* Kami menyampaikan kepada Saudara/i:

Nama
Alamat
Nomor Telepon/E-mail

Pemberitahuan sebagai berikut:

No.	Hal - hal terkait Informasi Publik	Keterangan
1.	Penggunaan Informasi Publik**	☐ Kami ☐ Bukan Publik lain, Yaitu:
2.	Bentuk fisik yang tersedia***	☐ Softcopy (bermaksud rekaman)
3.	Biaya yang dibutuhkan ****	☐ Pengiriman Rp. x = Rp. ☐ Pengiriman Rp. ☐ Lain-lain Rp. Jumlah Rp.
4.	Waktu penyelesaian	Belum
5.	Penjelasan penghilangan / pengubahan informasi yang diminta***** (tambahkan kertas bila perlu)	

B. Informasi tidak dapat diberikan karena**
☐ Informasi yang diminta belum diketahui
☐ Informasi yang diminta belum didokumentasikan
Penyediaan informasi yang belum didokumentasikan dilakukan dalam jangka waktu

Samarinda,

Pejabat Pengelola Informasi dan Dokumentasi (PPID)

Keterangan:
* Nama & Tanda Tangan
** Ditujukan sesuai dengan nomor pendaftaran pada formulir permohonan
*** Pihak yang satu dengan nomor tanda (*)
**** Biaya pelayanan (ditentukan oleh Badan) ditambah biaya pengiriman (dikawatir dan pns) sesuai dengan standar biaya yang telah ditetapkan
***** Jika ada pengubahan informasi dalam waktu dokumen, maka diberikan alasan penghilangannya
***** Ditujukan dengan keterangan waktu yang jelas untuk memperoleh informasi yang diminta

PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM
Jalan : Kalap No.23 Samarinda 75115 Telp. (0541) 743354 Fax. 741035
Laman : npdahn.kaltimprov.go.id Pwa-el : npdahn@gmail.com

SURAT KETERANGAN KETIDاكلengkan PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK

No Pendaftaran*

Nama Pelapor
Alamat
No Telepon / E-mail

Rincian informasi yang dibutuhkan

Bahwa berdasarkan permintaan informasi publik dan dokumen yang kami terima, maka PPID menerangkan bahwa informasi yang diminta adalah Tidak lengkap, mohon untuk segera melengkapi dokumen tersebut yakni

Selanjutnya waktu untuk melengkapi dokumen tersebut paling lama 3 (tiga) hari sejak surat keterangan tidak lengkap diterima.

Samarinda,

Pejabat Pengelola Informasi dan Dokumentasi (PPID)

Keterangan:
* Ditujukan dengan berdasarkan nomor registrasi permohonan informasi Publik.

PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM
Jalan : Kalap No.23 Samarinda 75115 Telp. (0541) 743354 Fax. 741035
Laman : npdahn.kaltimprov.go.id Pwa-el : npdahn@gmail.com

SURAT KEPUTUSAN PPID TENTANG PENOLAKAN PERMINTAAN

No. Pendaftaran: *

Nama
Alamat
Nomor Telepon/E-mail
Rincian informasi yang dibutuhkan

PPID menerangkan bahwa informasi yang diminta adalah:

INFORMASI YANG DISEJALAKAN

Penggunaan informasi didasarkan pada dasar:
☐ Pasal 17 huruf UU Keterbukaan Informasi Publik**
☐ Pasal Undang - undang

Bahwa berdasarkan Pasal-Pasal diatas, maka informasi tersebut dapat menimbulkan konsekuensi sebagai berikut:

Dengan demikian menyatakan bahwa:

PERMINTAAN INFORMASI DITOLAK

Jika Pemohon Informasi keberatan atas penolakan ini maka Pemohon Informasi dapat mengajukan keberatan kepada pejabat PPID sebanyak-banyaknya 30 (tiga puluh) hari kerja sejak menerima Surat Keputusan ini.

Samarinda,

Pejabat Pengelola Informasi dan Dokumentasi (PPID)

Nama & Tanda tangan

Keterangan:
** Ditujukan dengan berdasarkan nomor registrasi permohonan Informasi Publik
*** Ditujukan dengan berdasarkan pasal-pasal pada Pasal 17 huruf 4 - 1 UU KP
**** Ditujukan dengan Pasal 17 huruf 1 UU KP, dan UU KP yang berlaku sejak dengan penyesuaian dengan undang-undang lain yang mengakibatkan informasi yang diminta tersebut (sebelum dan dan setelah undang-undang)
***** Ditujukan dengan berdasarkan pasal-pasal yang berlaku sejak waktu pemberitahuan telah disampaikan oleh pejabat PPID dan Penolakan ini

c. Formulir Pengajuan Keberatan

PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM
Jalan : Kalap No.23 Samarinda 75115 Telp. (0541) 743354 Fax. 741035
Laman : npdahn.kaltimprov.go.id Pwa-el : npdahn@gmail.com

PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK

A. INFORMASI PENGAJU KEBERATAN

Nomor Registrasi Keberatan (dijadi pelengkap*)
Nomor Pendaftaran Permintaan Informasi
Tujuan Penggunaan Informasi
Identitas Pemohon
Nama
Alamat
Pekerjaan
Nomor Telepon
Identitas Kuasa Pemohon**
Nama
Alamat
Nomor Telepon

B. ALASAN PENGAJUAN KEBERATAN***

☐ a. Permohonan Informasi tidak dapat
☐ b. Informasi tersebut tidak disediakan
☐ c. Permintaan Informasi tidak dianggap
☐ d. Permintaan Informasi dianggap tidak sebagaimana yang diminta
☐ e. Permintaan Informasi tidak dipenuhi
☐ f. Biaya yang dikenakan tidak wajar
☐ g. Informasi yang disampaikan melebihi jangka waktu yang ditentukan

C. KASUS POSISI (tambahkan kertas bila perlu)

D. HARI / TANGGAL TANGGAPAN ATAS KEBERATAN AKAN DIBERIKAN : (tanggal), (bulan), (tahun) (dijadi pelengkap)****

Demiikian keberatan ini saya sampaikan, atas perhatian dan tanggapannya, saya ucapkan terima kasih.

Samarinda,

Mengetahui,

Pelugas Informasi (Pemohon Keberatan)

Penguji keberatan

Nama & Tanda tangan

Nama & Tanda tangan

Keterangan:
* Nomor registrasi keberatan diisi berdasarkan buku registrasi keberatan
** Identitas Kuasa pemohon diisi jika ada kuasa pemohonnya dan melampirkan Surat Kuasa
*** Ditujukan dengan Pasal 33 UU KP, dan UU KP yang berlaku sejak dengan penyesuaian dengan undang-undang lain yang mengakibatkan informasi yang diminta tersebut (sebelum dan dan setelah undang-undang)
**** Ditujukan dengan ketentuan jangka waktu dalam UU KP
***** Tanggal dan dengan tanggal diterimanya pengajuan keberatan yaitu sejak keberatan dinyatakan lengkap sesuai dengan buku registrasi pengajuan keberatan
***** Dalam hal keberatan diajukan secara langsung, maka formulir keberatan juga ditandatangani oleh pelugas yang menerima pengajuan keberatan

PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM
Jalan : Kalap No.23 Samarinda 75115 Telp. (0541) 743354 Fax. 741035
Laman : npdahn.kaltimprov.go.id Pwa-el : npdahn@gmail.com

PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK

A. INFORMASI PENGAJU KEBERATAN

Nomor Registrasi Keberatan (dijadi pelengkap*)
Nomor Pendaftaran Permintaan Informasi
Tujuan Penggunaan Informasi
Identitas Pemohon
Nama
Alamat
Pekerjaan
Nomor Telepon
Identitas Kuasa Pemohon**
Nama
Alamat
Nomor Telepon

B. ALASAN PENGAJUAN KEBERATAN***

☐ a. Permohonan Informasi tidak dapat
☐ b. Informasi tersebut tidak disediakan
☐ c. Permintaan Informasi tidak dianggap
☐ d. Permintaan Informasi dianggap tidak sebagaimana yang diminta
☐ e. Permintaan Informasi tidak dipenuhi
☐ f. Biaya yang dikenakan tidak wajar
☐ g. Informasi yang disampaikan melebihi jangka waktu yang ditentukan

C. KASUS POSISI (tambahkan kertas bila perlu)

D. HARI / TANGGAL TANGGAPAN ATAS KEBERATAN AKAN DIBERIKAN : (tanggal), (bulan), (tahun) (dijadi pelengkap)****

Demiikian keberatan ini saya sampaikan, atas perhatian dan tanggapannya, saya ucapkan terima kasih.

Samarinda,

Mengetahui,

Pelugas Informasi (Pemohon Keberatan)

Penguji keberatan

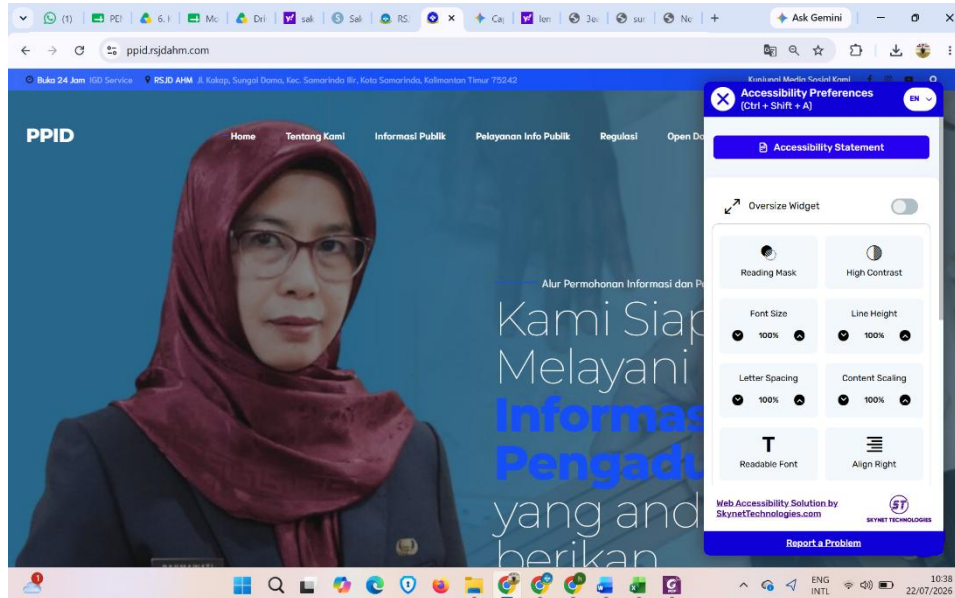
Nama & Tanda tangan

Nama & Tanda tangan

Keterangan:
* Nomor registrasi keberatan diisi berdasarkan buku registrasi keberatan
** Identitas Kuasa pemohon diisi jika ada kuasa pemohonnya dan melampirkan Surat Kuasa
*** Ditujukan dengan Pasal 33 UU KP, dan UU KP yang berlaku sejak dengan penyesuaian dengan undang-undang lain yang mengakibatkan informasi yang diminta tersebut (sebelum dan dan setelah undang-undang)
**** Ditujukan dengan ketentuan jangka waktu dalam UU KP
***** Tanggal dan dengan tanggal diterimanya pengajuan keberatan yaitu sejak keberatan dinyatakan lengkap sesuai dengan buku registrasi pengajuan keberatan
***** Dalam hal keberatan diajukan secara langsung, maka formulir keberatan juga ditandatangani oleh pelugas yang menerima pengajuan keberatan

6. SARANA PRASARANA BAGI PENYANDANG DISABILITAS

a. Aksesibilitas Preferences Pada Web PPID



b. SK Penerjemah Bahasa Isyarat

KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM
NOMOR 100.3.32411/RSJ.D-AHM/11/01/2025
TENTANG
PENETAPAN PENTERJEMAH BAHASA DAERAH DAN BAHASA ISYARAT
PADA RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM
DIREKTUR RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM

Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang ramah dan inklusif, khususnya bagi pasien atau keluarga pasien yang menggunakan bahasa daerah maupun bahasa isyarat, diperlukan adanya penterjemah yang kompeten;
b. bahwa untuk melaksanakan hal tersebut pada huruf a, perlu menetapkan penterjemah bahasa daerah dan bahasa isyarat di lingkungan Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam;
c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan b, perlu menetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
2. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
3. Peraturan Gubernur Kalimantan Timur Nomor 22 Tahun 2023 tentang Pembentukan, Kedeudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi, Urutan Tugas Dan Tata Kerja Rumah Sakit Daerah Pada Dinas Kesehatan.

MEMUTUSKAN

Menetapkan :
KESATU : MENETAPKAN NAMA-NAMA YANG TERcantum DALAM LAMPIRAN KEPUTUSAN INI SEBAGAI PENTERJEMAH BAHASA DAERAH DAN PENTERJEMAH BAHASA ISYARAT DI LINGKUNGAN RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM.
KEDUA : Penterjemah sebagaimana dimaksud pada Diktum KESATU bertugas:
1. Membantu komunikasi antara tenaga kesehatan dan pasien/keluarga pasien yang menggunakan bahasa daerah atau bahasa isyarat;
2. Menjaga kerahasiaan seluruh informasi yang diterjemahkan sesuai kode etik pelayanan publik dan kesehatan;

Jalan Kibang No.23 Samarinda 75115 Telp. (0541) 743284 Fax. 741035
Email : raphana.kaltimang.go.id / rapha.st@rphm.com

Lampiran
Keputusan Direktur
Nomor : 100.3.32411/RSJ.D-AHM/11/01/2025
Tentang
Penetapan Penterjemah Bahasa Daerah Dan Bahasa Isyarat

DAFTAR PENETAPAN PENTERJEMAH BAHASA DAERAH DAN BAHASA ISYARAT
PADA RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM

No	Nama	Penterjemah Bahasa	Keterangan
1.	Ibatan Kettersamaan Anak Tuli Samarinda	Isyarat	MOU
2.	dr. Dini Adriyanti	Inggris	
3.	Utiyati Ambit	Dayak	
4.	Ns. Eko Rianto, S.Kep	Jawa	
5.	Mira Wati, A.Md.Kep	Kutai	
6.	Ruth Deasy Nua Evalina, A.Md. Kep	Batak	
7.	Ns. Rina Herawati, S.Kep	Madura	
8.	Novi Wulandari, A.Md.Kep	Toraja	
9.	Wade Homelika, A.Md.Kep	Kriton	
10.	Ns. Haryanti, S. Kep	Banjar	
11.	Misranayah, A.Md.Kep	Bugis	

Ditetapkan di Samarinda
Pada tanggal 01 Juli 2025
Direktur,


dr. Indah Puspitasari, MARS
Pembinu Utama Muda (IV/c)
NIP. 196705301998032003