



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 212/MENKES/SK/II/2007**

TENTANG

**STANDAR PELAYANAN MINIMUM
RUMAH SAKIT JIWA DR.RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG**

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang : bahwa untuk memenuhi ketentuan Pasal 3 huruf e dan Pasal 8 Peraturan Menteri Keuangan Nomor 07/PMK.02/2006, sebagai Satuan Kerja Instansi Pemerintah Menerapkan PPK-BLU, perlu menetapkan Standar Pelayanan Minimum Rumah Sakit Jiwa Dr.Radjiman Wediodiningrat Lawang dengan Keputusan Menteri Kesehatan;

- Mengingat :**
1. Undang – Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembar Negara Nomor 3495);
 2. Undang – Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembar Negara Nomor 4431);
 3. Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembar Negara Nomor 3637);
 4. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembar Negara Nomor 4502);
 5. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimum (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembar Negara Nomor 4585);
 6. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 07/pmk.02/2006 tentang Persyaratan Administrasi Dalam Rangka Pengusulan dan Penetapan Satuan Kerja Instansi Pemerintah Untuk Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan :**
- Kesatu :** **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMUM RUMAH SAKIT JIWA - DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG .**
- Kedua :** Standar Pelayanan Minimum dimaksud Diktum Kesatu sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini.
- Ketiga :** Standar Pelayanan Minimum dimaksud Diktum Kedua agar digunakan sebagai acuan oleh Rumah Sakit dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
- Keempat :** Kepala Dinas Kesehatan Propinsi dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan pembinaan dan pengawasan pelaksanaan keputusan ini dengan mengikutsertakan organisasi profesi terkait sesuai tugas dan fungsi masing-masing.
- Kelima :** Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

**Ditetapkan di JAKARTA
Pada Tanggal 20 Februari 2007**



MENTERI KESEHATAN,

DR. DR. SITI FADILAH SUPARI, Sp.JP (K)



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

**Lampiran
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 212/MENKES/SK/II/2007
Tanggal : 20 Februari 2007**

BAB I GAMBARAN UMUM RSJ. RADJIMAN WEDIODINGRAT LAWANG

I.1. Sejarah Rumah Sakit Jiwa Radjiman Wediodingrat

Rumah Sakit Jiwa Lawang dibuka secara resmi pada tanggal 23 Juni 1902. Pengerjaan mendirikan rumah sakit ini dimulai tahun 1884 berdasarkan Surat Keputusan Kerajaan Belanda tertanggal 20 Desember 1865 No.100. Sebelum Rumah Sakit Jiwa Lawang dibuka, perawatan pasien mental diserahkan kepada Dinas kesehatan Tentara (Militaire Gezondheids Dienst).

Dalam rangka memperlancar penyaluran pasien ke masyarakat Hulshoff Pol mengajukan rencana perluasan Rumah Sakit Jiwa kepada Departemen Van Onderwijs en Eeredienst. Dimana pada tahun 1909 jumlah pasien mencapai 1.171 dan usaha-usaha perluasan rumah sakit untuk dapat menampung pasien amat mendesak. Pada waktu itu beratus-ratus pasien mental masih dititipkan di beberapa penjara sebelum dikirim ke rumah sakit jiwa. Dalam kurun waktu 1905-1906 tercatat salah seorang dokter Indonesia pertama yang bekerja di Rumah Sakit Jiwa Lawang adalah Dr. KRT. Radjiman Wediodiningrat, yang bersama-sama Dr. Soetomo melancarkan pergerakan bangsa pertama yaitu Boedi Oetomo. Pada saat itu Dr. KRT. Radjiman Wedio diningrat telah mengembangkan pendekatan terapi alternatif dengan pendekatan " Rassen Psychologie ".

Usaha perluasan mendapat ijin, dengan pembangunan anex. Rumah Sakit Jiwa Lawang di desa Suko, terletak lebih kurang 1 km ke arah timur di lereng kaki pegunungan Bromo (Tengger).

Antara tahun 1929-1935 kedua RSJ tersebut, Rumah Sakit Jiwa Lawang dan RSJ - anex Suko ditangani oleh 7 orang dokter dan seorang profesor wanita, dengan kapasitas tempat tidur masing-masing 1.200 tempat tidur. Pada waktu itu RSJ.Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dikembangkan menjadi pusat penelitian otak. Tahun 1940 jumlah pasien mencapai 3.400 dan pada tahun 1941 meningkat menjadi 4.200 oleh karena harus menampung pengungsian pasien dari koloni di Jawa Timur. Usaha pengadaan fasilitas rumah



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

sakit dan rumah perawatan (Doorganghuizen) merupakan suatu perkembangan yang penting dalam dunia psikiatri. Untuk meningkatkan pelayanan perawatan pasien di Rumah Sakit Jiwa Lawang, pada waktu itu mulai diadakan kegiatan terapi kerja dan bermacam-macam persiapan untuk usaha hiburan.

Dalam upaya memperlancar penyaluran pasien mental ke masyarakat, sejak tahun 1926 Rumah Sakit Jiwa Lawang mengantarkan kembali pasien yang sudah tenang ke desanya. Disusul dengan konsep Doorganghuizen yang diajukan oleh Travaglino. Bagi pasien yang mengalami defek/kronis dan sudah tenang, ditampung pada koloni pertanian (Werkenrichtingen).

Dalam kurun waktu 1942-1945, Rumah Sakit Jiwa Lawang mengalami penurunan pelayanan, karena kurangnya sarana perawatan dan adanya penyakit menular, jumlah pasien menurun sampai 800 orang. Tahun 1947 jumlah pasien : 1.200 orang, gabungan antara anex Suko dan Rumah Sakit Jiwa Lawang. Pada tahun 1950-1966 Rumah Sakit Jiwa Lawang menerima pengungsian pasien dari RSJ Pulau Laut (Kalimantan Selatan) sebanyak 120 pasien dan 40 orang pegawai..

Urutan nama-nama direktur Rumah Sakit Jiwa Lawang hingga sekarang adalah : (1) Dr. Lykes; (2) Dr. Hulsof Pol; (3) Dr. Travaglino; (4) Dr. Tumbelaka, (5) Dr. Thounissen; (6) Dr. Van Andel; (7) Dr. Prins; (8) Dr. J.A. Latumenten; (9) Prof. Dr. HRM. Soejoenoes; (10) Dr. Sjaifoel Anwar; (11) Dr. Lichveld; (12) Dr. R.M. Dhirdjosoegondo; (13) Dr. Harjoto; (14) Dr. Basuki Hidajat; (15) Prof. Dr. R. Moeljono Notosoedirdjo, MPH; (16) Dr. Rusman, SpKJ; (17) Dr. G. Pandu Setiawan, SpKJ; (18) Dr. Eko Susanto Marsoeki, SpKJ.

Dalam kurun waktu 1966 sampai dengan sekarang, mulai terjadi beberapa pengembangan pengobatan dan perawatan pasien gangguan jiwa baik pada Unit Rawat Inap, maupun Rawat Jalan dan Keswamas. Pengembangan unit penunjang medik berupa pemeriksaan laboratorium(drug monitoring), radio diagnostik, elektromedik. Sejak tahun 1978, susunan organisasi dan tata kerja Rumah Sakit Jiwa Pusat Lawang diatur oleh SK. Menkes RI. No. 135/Men.Kes/SK/IV/1978.

Sejak tahun 1999 Rumah Sakit Jiwa Pusat Lawang telah terakreditasi untuk lima pelayanan yaitu Pelayanan Medis, Administrasi dan Manajemen, Keperawatan, Rekam Medis dan Pelayanan Gawat Darurat.

Dengan adanya SK Akreditasi tersebut susunan organisasi dan tata kerja Rumah Sakit Jiwa Pusat Lawang masih tetap berdasarkan SK Menkes RI. No.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

135/Men.Kes/SK/IV/1978 yang telah dimodifikasi dengan beberapa pengembangan seperti adanya Komite Medik, SPI, Panitia Akreditasi, Tim Diklat.

Pada tahun 1998-2005 telah dibangun 3 gedung utama berlantai tiga untuk mendukung terwujudnya sistem pelayanan terpadu. Dengan tersedianya fasilitas tersebut diatas, maka kebutuhan pasien dan masyarakat terhadap pelayanan serta akses informasi dapat lebih cepat dan efisien.

Disamping peningkatan sarana fisik tersebut juga diikuti dengan peningkatan kualitas SDM melalui program pendidikan berkelanjutan dan penyelenggaraan berbagai training, termasuk penyelenggaraan penelitian pelayanan kesehatan jiwa.

Kerjasama dengan institusi pasangan baik pada tingkat SLTA, D3 maupun S1 (Keperawatan, Psikologi, Kedokteran dan disiplin ilmu lainnya) dalam pelaksanaan studi lapangan maupun penelitian ilmiah terus ditingkatkan. Upaya promosi dibidang Keswa dilakukan dengan penyuluhan, seminar pada tingkat regional maupun nasional serta mengikuti beberapa event Internasional.

Dalam perkembangannya pelayanan kesehatan tidak hanya menangani gangguan mental, tetapi juga melayani kasus umum sederhana, kasus narkoba, pemeriksaan psikologi, gigi, laboratorium, radiologi, dan lain-lain.

Dengan beberapa upaya peningkatan pelayanan yang telah dilakukan, pada usianya yang ke 100 (satu abad) beberapa kendala masih dihadapi seperti kondisi bangunan yang sudah tua, sistem pendukung seperti saluran pipa air, salasar antar ruangan yang kurang berfungsi optimal. Namun demikian kondisi lingkungan, halaman antar ruangan yang luas, sisa lahan yang masih luas merupakan aset yang dapat dikembangkan serta mendukung pelayanan perawatan gangguan mental yang profesional sesuai dengan tuntutan masyarakat.

Bertepatan dengan HUT ke 100 Rumah Sakit Jiwa Pusat Lawang pada tanggal 23 Juni 2002 oleh Bapak Menteri Kesehatan RI (Dr. A. Sujudi, MPA) telah diresmikan pergantian nama dari *Rumah Sakit Jiwa Pusat Lawang* menjadi *RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang*.

Pada bulan Januari 2005 RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang berhasil memperoleh Sertifikat ISO 9001:2000 dalam bidang Manajemen dan Pelayanan RSJ dan Keswamas.

I.2. Dasar Hukum penyusunan Standar Pelayanan Minimum.

1. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Nomor 100 Tahun 1992 Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495).



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

2. Undang-undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Nomor 47 Tahun 2003 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4286).
3. Undang-undang Nomor 19 Tahun 2003 tentang Badan Usaha Milik Negara (Lembaran Negara Nomor 70 Tahun 2003 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4297).
4. Undang-undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Nomor 5 Tahun 2004 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4355).
5. UU No. 28 tahun 1999, tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas KKN.
6. PP No. 106 tahun 2000 tentang Pengelolaan Pertanggungjawaban keuangan dalam Pelaksanaan Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan.
7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502).
8. Inpres 7 tahun 1999, tentang Akuntabilitas Instansi Pemerintah.
9. Kepmenkes No. 135/1978 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.
10. Kepmenkes No.1277 tahun 2001 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Depkes.

I.3. VISI

Menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan Jiwa yang unggul, mandiri dan terpercaya dalam rangka membuat rakyat sehat

I.4. MISI

- a. Mewujudkan pelayanan kesehatan jiwa yang prima melalui pendekatan multi disiplin, secara holistik dan komprehensif .
- b. Meningkatkan upaya pencegahan dan penanggulangan gangguan jiwa dan masalah psikososial di masyarakat melalui jejaring pelayanan kesehatan jiwa.
- c. Mewujudkan sistem manajemen RS yang efisien dan dinamis serta didukung oleh SDM, sarana prasarana dengan kualitas dan kuantitas sesuai standard.
- d. Menyediakan dan mengembangkan fasilitas pendidikan, pelatihan, dan penelitian dalam bidang pelayanan kesehatan jiwa.
- e. Mewujudkan sistem manajemen keuangan dan pengelolaan sumber daya secara efisien, transparan dan akuntabel.

I.5. TUJUAN

- a. Mewujudkan peningkatan volume usaha dan pangsa pasar untuk menjamin pertumbuhan jangka panjang
- b. Mewujudkan kepuasan pelanggan melalui perbaikan mutu pelayanan secara terus menerus
- c. Mewujudkan produktifitas SDM, melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- d. Mewujudkan jejaring pelayanan melalui kerjasama lintas sektor dan peran serta masyarakat
- e. Mewujudkan tingkat kesejahteraan karyawan yang memadai seiring dengan pertumbuhan organisasi yang makin transparan
- f. Mengupayakan efisiensi di segala bidang

I.6. BUDAYA ORGANISASI

- Berpikir kreatif dan inovatif.
- Bersikap cepat tanggap.
- Bertindak tepat dan produktif

I.7. MOTTO

P : Profesional, adalah modal ku

A : Anda puas, adalah tekad ku

S : Sejahtera bersama, adalah tujuan ku

1. Klasifikasi Rumah Sakit Jiwa

Klasifikasi Rumah sakit jiwa Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang sekarang

No	Jabatan
1	Instalasi gawat darurat umum
2	6 Unit Pelayanan jiwa Spesialistik
3	8 Unit Pelaksana Fungsional (termasuk IGD psikiatri dan ruang elektromedik)
4	Pimpinan: Direktur + 1-2 Wadir
5	Instalasi Penunjang Medik: gizi, farmasi, laboratorium, rekam Medik, radiologi, linen dan sterilisasi
6	Poliklinik Gigi
7	Ruang gaduh gelisah/isolasi
8	4 pelayanan spesialis dasar



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

BAB II PELAYANAN RUMAH SAKIT JIWA

A. Pelayanan Kesehatan Jiwa Spesialistik

Pelayanan kesehatan jiwa spesialistik meliputi 6 pelayanan yaitu:

1. Klinik Spesialis untuk gangguan mental organik (geriatri, NAPZA, epilepsi) (F00-F10)
2. Klinik Spesialis untuk gangguan Skizofrenia, dan Gangguan Suasana Perasaan (mood [Afektif]) (F20 – F30)
3. Klinik Spesialis Untuk gangguan Neurotik, Psikosomatik dan kelompoknya (F40-F60)
4. Klinik Spesialis Untuk gangguan Retardasi Mental (F70)
5. Klinik Spesialis Untuk gangguan Kesehatan Jiwa Anak dan Remaja (F80-F90)
6. Klinik Spesialis Untuk kesehatan jiwa masyarakat (pengembangan kepribadian, tes jurusan, SDM, pembinaan kesehatan jiwa pada sarana kesehatan lain)

Pelayanan Klinik Spesialis untuk Gangguan Mental Organik

Pelayanan klinik spesialis untuk gangguan jiwa usia lanjut pelayanan gangguan seperti yang ada dalam PPDGJ III F00-F10 yaitu Geriatri, NAPZA, Epilepsi, dan gangguan jiwa lain yang disebabkan gangguan medik umum.

Kriteria	Ruang Lingkup
Jenis pelayanan	<p><u>Geriatri</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Diagnosis dan penanggulangan gangguan pada penyakit Alzheimer, Demensia Vaskular, Demensia pada penyakit lain▪ Edukasi dan pelatihan bagi <i>care givers</i>▪ <i>Asuhan keperawatan</i>▪ <i>Terapi modalitas lansia</i>▪ <i>Psikoterapi</i>▪ <i>Senam sendi tulang, senam otak dan latihan khusus</i>▪ <i>MMSE + depresi tes</i> <p><u>Narkoba</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Deteksi dini narkoba▪ Penanggulangan Gejala Putus Obat dan ketergantungan▪ Program pemulihan Ketergantungan NAPZA, terdiri dari : (<i>apa aja? bedanya antara kelas A dan B</i>)?<ul style="list-style-type: none">- Detoksifikasi- Program rawat inap/residential Program- Re-entry program dan aftercare program <p><u>Epilepsi</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Diagnosis dan penanggulangan epilepsi tanpa gangguan jiwa, meliputi: Edukasi (keluarga) dan Psikoterapi (pasien)▪ Diagnosis dan penanggulangan epilepsi dengan gangguan jiwa meliputi: Edukasi (keluarga) dan Psikoterapi (pasien) <p><u>Gangguan jiwa lain yang disebabkan oleh gangguan medik umum</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Diagnosis dan penanggulangan gangguan jiwa lain▪ Sistem rujukan kepada rumah sakit yang terkait <p><u>Pemeliharaan fisik</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Diagnosis dan penanggulangan penyakit fisik▪ Pearwatan diare



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Kriteria	Ruang Lingkup
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perawatan KP, Bronkitis, Asma ▪ Perawatan Febris, Typoid ▪ Perawatan Ulkus decubitus, luka ▪ Manajemen krisis <ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan pasca stroke • Sistem rujukan <p><u>Pemeliharaan Peny Gigi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnosis dan penanggulangan/pencegahan penyakit gigi <p><u>Laboratorium</u></p> <p><u>Fisioterapi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Senam Otak ▪ Senam sendi tulang
Tenaga	Dokter Spesialis Jiwa Dokter umum yang telah ditatar dalam penyalahgunaan NAPZA Dokter Spesialis Anestesi, Dokter Spesialis Neurologi, Dokter spesialis penyakit dalam, THT, Radiologi, Jantung, Bedah Dokter gigi Analis Kesehatan Ocupasi terapi fisioterapis <i>Social workers</i> Konselor Trainers Psikologi klinik Perawat / Perawat gigi/Perawat terlatih UGD bidan Tenaga radiology
Sarana	Poliklinik jiwa Poliklinik spesialisasi lain Ruang detoksikasi/ruang tindakan Klinik konseling Ruang perawatan / rehabilitasi Ruang observasi Ruang isolasi Bed obsgin Bidan kit Klinik gigi Ruang Laborat Klinik Fisioterapi Klosed duduk Kamar mandi khusus lansia
Peralatan	Stetoskop + tensimeter Examination table Examination lamp Tabung oksigen dan kanul nasal Tiang Infus dan infus set Peralatan fiksasi Dental Set Spektrofotometer Hematologi Urin Analisa Mikroskop EKG Pasien monitor Kursi Roda, Alat Bantu jalan (Pararel bar, Walker, Tripod, tongkat,



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Kriteria	Ruang Lingkup
	Kuadripot/krek Pols teller Termometre Bedah minor setNGT Kondom kateter + urine bag + polykateter) Slim sueger Wing needle Abbocath Spalk Handscoen Masker Sterilisator Urinal,pispot Bengkok Light charge,emergency lamp Gunting verband Wwz Brandcard,nebulizer,emergency set matras Ultrasound Diatermi Tempat tidur berkaki pendek dan berpagar Hand Role pada tempat yang dilewati pasien Alat latihan fisik (termasuk alat bertani) Alat permainan dan Olahraga lansia Alat Stimulasi/persepsi(elektronik, gambar dll) Tabung oksigen dan kanule Peralatan pemeriksaan fisik lain(reflek hamer, timbanganBB, Spatel lidah)

Pelayanan Klinik Spesialis untuk Gangguan Kesehatan Skizofrenia, dan Gangguan Suasana Perasaan (mood [afektif])

Pelayanan klinik spesialis untuk gangguan kesehatan skizofrenia meliputi pelayanan gangguan seperti yang ada dalam PPDGJ III F20-F30 Skizofrenia, Gangguan Skizotipal dan Gangguan Waham serta Gangguan Suasana Perasaan (mood [afektif])

Kriteria	Ruang Lingkup
Jenis pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnosis dan penanggulangan skizofrenia, gangguan skizotipal, gangguan waham menetap, gangguan psikotik akut, gangguan waham terinduksi, gangguan skizoafektif, gangguan psikotik nonorganik lainnya, gangguan afektif bipolar, episode manik, episode depresif, gangguan depresif berulang, gangguan mood menetap, gangguan mood lainnya ▪ Edukasi bagi keluarga dan psikoterapi bagi pasien : Pendidikan kesehatan / penyuluhan ▪ Deteksi dini ▪ Sistem rujukan <u>Pemeliharaan fisik</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnosis dan penanggulangan penyakit fisik <u>Pemeliharaan Peny Gigi</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnosis dan penanggulangan/pencegahan penyakit gigi <u>Laboratorium</u>



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA**

Kriteria	Ruang Lingkup
	<u>Fisioterapi</u>
Tenaga	Dokter Spesialis Jiwa Dokter Umum Dokter Spesialis Neurologi, Dokter Spesialis Penyakit Dalam Dokter Gigi Apoteker <i>Social workers</i> Konselor <i>Trainers</i> Psikologi klinik Perawat/Perawat gigi Analisis Kesehatan Klinisi Fisioterapi (ocupasi terapi)
Sarana	Poliklinik jiwa Poliklinik spesialisasi lain Klinik konseling Ruang perawatan Ruang rehabilitasi Klinik gigi Ruang Laboratorium Klinik Fisioterapi
Peralatan	EEG EMG Alat ECT Electro shock therapy Electro stimulator Peralatan fiksasi Sphygmomanometer Stetoskop /tensimeter, timbangan, penlight, tongue spatle dll EKG Examination table Examination lamp Brain mapping Dental Set Spektrofotometer Hematologi Urin Analisa Mikroskop Media Poster/ Leaflet (Alat Peraga) Audio visual Alat olahraga Peralatan fiksasi

Pelayanan Klinik Spesialis untuk Gangguan Kesehatan Neurotik, Psikosomatik dan kelompoknya

Pelayanan klinik spesialis untuk gangguan kesehatan neurotik meliputi pelayanan gangguan seperti yang ada dalam PPDGJ III F40 Gangguan neurotik, gangguan somatoform dan gangguan yang berkaitan dengan stress, F50 Sindrom perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik, F60 Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA

Kriteria	Ruang Lingkup
Jenis pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnosis dan penanggulangan gangguan ansietas fobik, gangguan ansietas lainnya, gangguan obsesif kompulsif, reaksi terhadap stres berat dan gangguan penyesuaian, gangguan disosiatif, gangguan somatoform, gangguan neurotik lainnya, gangguan makan, gangguan tidur nonorganik, disfungsi seksual bukan karena penyakit organik, gangguan jiwa dan perilaku yang berhubungan dengan masa nifas, gangguan kepribadian khas, gangguan kepribadian campuran dan lainnya, perubahan kepribadian yang berlangsung yang tidak diakibatkan oleh kerusakan atau penyakit otak, gangguan kebiasaan dan impuls, gangguan identitas jenis kelamin, gangguan preferensi seksual, gangguan kepribadian lainnya ▪ Pendidikan kesehatan berkelompok ▪ Terapi modalitas : <ul style="list-style-type: none"> Terapi aktivitas kelompok orientasi realita Terapi aktivitas kelompok konversi energi Terapi keluarga(family terapi) Terapi kognitif Terapi perilaku (behaviour therapy) ▪ Konseling secara individual ▪ Deteksi dini ▪ Rujukan <p><u>Pemeliharaan fisik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnosis dan penanggulangan penyakit fisik <p><u>Pemeliharaan Peny Gigi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnosis dan penanggulangan/pencegahan penyakit gigi <p><u>Laboratorium</u></p> <p><u>Fisioterapi</u></p>
Tenaga	Dokter Spesialis Jiwa Dokter Umum Dokter Spesialis Neurologi, Dokter Spesialis Penyakit Dalam Dokter gigi Analis Kesehatan Klinisi Fisioterapi <i>Social workers</i> Konselor <i>Trainers</i> Psikologi klinik Perawat/perawat gigi
Sarana	Poliklinik jiwa Poliklinik spesialisasi lain Klinik konseling Ruang perawatan Ruang rehabilitasi Klinik gigi Ruang Laboratorium Klinik Fisioterapi Apotek Lahan perytanian Lapangan olahraga Tempat ibadah
Peralatan	Stetoskop /tensimeter Examination table Examination lamp Stress test



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Kriteria	Ruang Lingkup
	MMPI Biofeedback Dental Set Spektrofotometer Hematologi Urin Analisa Mikroskop Media Poster/ Leaflet (Alat Peraga) Audio visual Peralatan olahraga Alat tulis /buku diry Alat pertanian Buku PPDGJ III HDRS dan HARS IMAS BDI SSCT Tes kepribadian (WARTEQ, GRAFIS)

Pelayanan Klinik Spesialis untuk Gangguan Retardasi Mental

Pelayanan klinik spesialis untuk retardasi mental meliputi pelayanan gangguan seperti yang ada dalam PPDGJ III F70.

Kriteria	Ruang Lingkup
Jenis pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnosis dan penanggulangan retardasi mental ringan, sedang, berat sampai sangat berat. ▪ Deteksi dini ▪ Sistem rujukan <p><u>Pemeliharaan fisik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnosis dan penanggulangan penyakit fisik <p><u>Pemeliharaan Peny Gigi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnosis dan penanggulangan/pencegahan penyakit gigi <p><u>Laboratorium</u></p> <p><u>Fisioterapi</u></p> <p><u>Tes Kecerdasan</u></p>
Tenaga	Dokter Spesialis Jiwa dan/atau Dokter Spesialis Jiwa Anak Dokter Umum /dokter gigi Dokter Spesialis Neurologi, Dokter Spesialis Anak Analis kesehatan tenaga fisioterapi <i>Social workers</i> Konselor <i>Trainers</i> Psikologi Klinik dan/atau Psikologi Anak Perawat /perawat gigi
Sarana	Poliklinik Jiwa Poliklinik Spesialis Anak Klinik konseling



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Kriteria	Ruang Lingkup
	Ruang perawatan anak Ruang rehabilitasi anak Klinik gigi Ruang Laboratorium Klinik Fisioterapi Apotek
Peralatan	Stetoskop Examination table Examination lamp Alat bermain Alat pemeriksaan IQ Dental Set Spektrofotometer Hematologi Urin Analisa Mikroskop

Pelayanan Klinik Spesialis untuk Gangguan Kesehatan Jiwa Anak dan Remaja

Pelayanan klinik spesialis untuk gangguan kesehatan jiwa anak dan remaja meliputi pelayanan dan gangguan seperti yang ada dalam PPDGJ III F80 Gangguan Perkembangan Psikologis dan F90 Gangguan Perilaku dan Emosional dengan Onset Biasanya Pada Anak-anak dan Remaja.

Kriteria	Ruang Lingkup
Jenis pelayanan	<p>Diagnosis dan penanggulangan gangguan perkembangan khas berbicara dan berbahasa, gangguan perkembangan belajar khas, gangguan perkembangan motorik khas, gangguan perkembangan khas campuran, gangguan perkembangan pervasif, gangguan perkembangan psikologis lainnya, gangguan gangguan hiperkinetik, gangguan tingkah laku, gangguan campuran tingkah laku dan emosi dan gangguan emosional dengan onset khas pada masa kanak, gangguan fungsi sosial dengan onset khas pada masa kanak dan remaja, gangguan "tic", gangguan perilaku dan emosional lainnya dengan onset biasanya pada anak dan remaja.</p> <p>Terapi lingkungan (modifikasi perilaku), Tx Individu,</p> <p>Terapi gerak, Terapi Aktivitas Kelompok(Sosialisasi, stimulasi persepsi dan sensoris, Orientasi realita dan penyaluran energi.</p> <p>Pendidikan kesehatan keluarga, family gathering, bimbingan ADL, dan bimbingan rohani</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deteksi dini ▪ Sistem rujukan <p><u>Pemeliharaan fisik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnosis dan penanggulangan penyakit fisik <p><u>Pemeliharaan Peny Gigi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnosis dan penanggulangan/pencegahan penyakit gigi <p><u>Laboratorium</u></p> <p><u>Fisioterapi : terapi bicara</u></p>



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Kriteria	Ruang Lingkup
	<p><u>Neurolog</u></p> <p><u>Pemeriksaan Spesialis Anak</u></p>
Tenaga	<p>Dokter Spesialis Jiwa dan/atau Dokter Spesialis Jiwa Anak</p> <p>Dokter Umum</p> <p>Dokter Spesialis Neurologi, Dokter Spesialis Anak</p> <p><i>Social workers</i></p> <p>Konselor</p> <p><i>Trainers</i></p> <p>Psikologi Klinik dan/atau Psikologi Anak</p> <p>Perawat</p> <p><i>Speech therapists</i></p> <p><i>Guru Khusus</i></p> <p><i>Pedagog, Ocupasi terapi, Fisioterapis,</i></p>
Sarana	<p>Poliklinik Jiwa Anak</p> <p>Poliklinik Spesialis Anak</p> <p>Klinik konseling</p> <p>Ruang perawatan anak</p> <p>Ruang rehabilitasi anak</p> <p>Klinik gigi</p> <p>Ruang Laboratorium</p> <p>Klinik Fisioterapi</p> <p>Apotek</p> <p>Sekolah Autis</p> <p>Ruang Observasi</p> <p>Ruang Olahraga</p>
Peralatan	<p>EEG</p> <p>EMG</p> <p>(BERA)</p> <p>Alat bermain anak</p> <p>Sensoris integrasi</p> <p>Alat peraga dan alat diagnosis anak dan alat olahraga</p> <p>Dental Set</p> <p>Spektrofotometer</p> <p>Hematologi</p> <p>Urin Analisa</p> <p>Mikroskop</p> <p>Audiovisual</p> <p>Alat musik</p> <p>Timbangan BB</p> <p>Termometre</p> <p>Spignomanometer, Whiteboard, ATK</p>

Pelayanan Klinik Spesialis untuk Kesehatan Jiwa Masyarakat

Kriteria	Ruang Lingkup
Jenis pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemeriksaan kepribadian, pemeriksaan pemilihan jurusan pada akademisi dan tenaga kerja/sumber daya manusia. ▪ Pemeriksaan kesehatan mental berkaitan dengan kelayakan menduduki jabatan publik dan struktural di masyarakat. ▪ Pendidikan kesehatan jiwa melalui lembaga swadaya masyarakat seperti kelompok arisan, PKK, Posyandu, karang taruna ▪ Pendidikan kesehatan melalui sekolah-sekolah ▪ Pendidikan kesehatan melalui puskesmas ▪ Kunjungan rumah atau home visit ▪ Pendidikan pelayanan kesehatan jiwa oleh puskesmas melalui



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Kriteria	Ruang Lingkup
	integrasi puskesmas ▪ Deteksi dini ▪ Pemeriksaan gangguan jiwa di masyarakat ▪ Pembuatan visum et repertum psikiatrikum. ▪ Tes Minat dan bakat ▪ tes Kecerdasan ▪ Konseling ▪ Pemeriksaan bebas narkoba
Tenaga	Dokter Spesialis Jiwa Psikologi Klinik Perawat Social workers
Sarana	Poliklinik konsultasi psikologi Ruang perawatan/observasi Ambulans
Peralatan	Alat psikometri Psikologi dan psikometri psikiatri Stetoskop/tensimeter/ termometer Sphygmomanometer Examination table Examination lamp Peralatan audiovisual Pengeras suara/wearless MMPI Tes kepribadian Leaflet/poster/lembar balik

Jenis Obat yang Digunakan di Rumah Sakit Jiwa

No.	Gangguan	Jenis obat	
		Obat konvensional	Obat Generasi baru
1.	Depresi	Tab. Amitriptilin 25 mg	Tab. Setraline 50 mg Tab. Fluoxetine 10, 20 mg Tab. Imipramine HCl 30 mg Tab. Maprotiline HCl 75 mg Tab. Fluvoxamine 50 mg, 100 mg
2.	Kecemasan (anxietas) termasuk Psikosomatik	Tab. Diazepam 2 mg, 5 mg Inj. Diazepam 10 mg/ 2 ml	Tab. Clobazam 10 mg Tab Alprazolam 0,25 mg, 0,5mg, 1 mg Tab Fluvoxamine 50 mg. 100 mg
3.	Psikotik termasuk skizofrenia (F20)	Tab. Haloperidol 0.5 mg, 1.5 mg, 5mg Tab. Clorpromazin 100 mg Inj. Clopromazin 100 mg/ 2 ml Tab. Trifluoroperazine 5 mg	Inj. Haloperidol 5 mg/ml Inj. Haloperidol decanoat 5 mg/ml Inj. Fluphenazin decanoat 25 mg/ml Tab. Risperidon 1 mg, 2 mg, 3 mg Thioridazine Hcl 300 mg Clozaril 25 mg, 100 mg



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

No.	Gangguan	Jenis obat	
		Obat konvensional	Obat Generasi baru
4.	Gangguan mental organik - Delirium - Parkinson - Penyakit Fisik	Tab. Haloperidol 0.5mg, 1.5 mg Tab. Trihexylphenidy 2 mg Inj. Sulfas Atropine 0,25 mg Caianan infuse D5%, NaCl, RI DExametason inj, xilomidon, adrenalin, diphenhidramin inj aminopilin Broncodilator spray, procain, benang jahit, Plester Betadin, rivanol, Chloretil Kasa steril+verband gulung, Alcohol Aquabides, sput, paracetamol, antalgin, antasida, papa verin, antidiare, oralit	
	Epilepsi	Tab. Phenobarbital 30 mg Tab. Fenitoin 30 mg, 100 mg Tab. Carbamazine 200 mg	Tab. Oxcarbazepine 300 mg Tab. Asam valroat 150 mg, 300 mg Syr. Asam Valproat 200 mg/5 ml
	NAPZA -Opiat -Kanabis -Amfetamin -Benzodiazepin -Kokain	Kodein Haloperidol 1.5mg, 5 mg Haloperidol 1.5mg, 5 mg Tergantung jenis benzodiazepine Haloperidol 1.5mg, 5 mg	Naltrekson, Buprenorfin, Metadon, Tab Fluvoxamine Tab. Fluoxetine 10 mg Tab. Fluvoxamine 50 mg, 100 mg Tab. Fluoxetine 10 mg Tab. Fluvoxamine 50 mg, 100 mg Tergantung jenis benzodiazepine Tab. Risperidon 1 mg, 2 mg, 3 mg Clozariil 25 mg, 100 mg
6.	Gangguan jiwa anak dan remaja		
	- Autisme	Tab. Haloperidol 0,5 mg, 1,5 mg	Tab. Resperidone 0,1 mg/ Kb BB
	- Hiperaktif	Tab. Haloperidol 0,5 mg, 1,5 mg	Tab. Methilphenidate 10 mg Tab. Methilphenidate Hcl 30 mg
	- Depresi	Tab. Amitripline 25 mg Tab. Haloperidol 10,5 mg	Tab. Imipramine 25 mg Tab. Clomipramine 25 mg Tab. Fluoxetine 10 mg Tab. Fluvoxamine 50 mg, 100 mg
	- Cemas	Tab. Diazepam 2 mg, 5 mg	Tab. Clobazam
	- Enuresis		Tab. Imipramine 25 mg
7.	Retardasi mental	Piracetam	Notropil
8.			
9.	Demensia	Piracetam	Notropil



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

No.	Gangguan	Jenis obat	
		Obat konvensional	Obat Generasi baru
10	Obat-obat untuk UGD + Umum		

Jenis Tindakan

No	Gangguan	Jenis Tindakan	Frekuensi	Lama Tindakan	Dilakukan oleh
1.	Gangguan Mental Organik -Demensia -Parkinson -geriatri	Edukasi Keluarga Terapi keluarga	2 kali sebulan 2 kali sebulan	@30 – 40 menit @30 – 40 menit	Spesialis Jiwa <i>Social workers</i> /perawat ahli Perawat ahli rehabilitasi medik
		Rehabilitasi Medik	2 kali seminggu	@30 – 40 menit	
		Olahraga lansia Rekreasi Terapi musik, film Terapi spiritual	3 kali seminggu setiap hari 2 kali seminggu	@20 – 30 mnt @30-60 mnt @30 menit	
2.	Depresi	Psikoterapi individual	2 kali sebulan	@30 – 40 menit	Spesialis Jiwa
		Terapi kelompok	2 kali sebulan	@30 – 40 menit	
	Kecemasan (Anxietas) termasuk Psikosomatik	Pendidikan kes keluarga	1 kali seminggu	@15-45 mnt	Perawat
		- Psikoterapi individual	4 kali sebulan	@30 – 40 menit	Spesialis Jiwa
		- Terapi kelompok	2 kali sebulan	@30 – 40 menit	Perawat ahli
		- Pendidikan kes	setiap hari	selama 4 hari 30-45 mnt	Perawat
	Psikotik termasuk skizofrenia	- Pendidikan kes	1 kali seminggu	30 – 45 mnt	Perawat Social workers Psikolog Psikiater Perawat psikolog
		- konseling individual	1 kali sehari/ Bila perlu		
		- edukasi keluarga	2 kali sebulan	@30 – 40 menit	Spesialis Jiwa
		- psikoterapi individual	2 kali sebulan	@30 – 40 menit	Spesialis Jiwa
	Epilepsi	- terapi kelompok	4 kali sebulan	15 -45 mnt	Perawat ahli
		- pendidikan kes keluarga	1kali seminggu		Perawat
		- psikoterapi individual	1 kali sebulan	@30 – 40 menit	Spesialis jiwa
	Retardasi Mental	- Edukasi keluarga	1 kali sebulan	@30 – 40 menit	Spesialis jiwa Psikologi anak SP FISIOTERAPIS
		- Terapi bermain	4 kali sebulan	@30 – 40 menit	
		- Speech terapi	2 kali seminggu	@30-60 mnt 30-6-mnt 2 jam 1 jam	
		- sensoris integrasi	3 kali seminggu	1 jam	
		- terapi perilaku	6 kali seminggu	1 jam	
		- latihan konsentrasi	3 kali seminggu		
- terapi ke;uarga	3 kali seminggu 1kali seminggu				
	Gangguan	- Edukasi keluarga	1 kali sebulan	@30 – 40 menit	Spesialis jiwa



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

No	Gangguan	Jenis Tindakan	Frekuensi	Lama Tindakan	Dilakukan oleh
	Jiwa Anak dan Remaja	- Terapi bermain	4 kali sebulan	@30 – 40 menit	Psikologi anak
	NAPZA	- Edukasi keluarga - Psikoterapi individual - Konseling	1 kali sebulan 4 kali sebulan 8 kali sebulan	@30 – 40 menit @30 – 40 menit @30 – 40 menit	Spesialis Jiwa Spesialis Jiwa Social workers/perawat ahli
	F5 – f6	- psikoterapi individual	2 kali sebulan	@30 – 40 menit	Spesialis Jiwa
	Kesehatan Jiwa Masyarakat	tesMMPI/psikometri/HDRS/HARS VerP observasi tes psikiatri/psikologi Pendidikan kes Home visit Integrasi puskesmas IMAS,SSCT,tes kepribadia	1 kali Setiap hari 1 kali sebulan 1 kali dlm masapengobatan 1 kali sebulan Bila perlu	8 jam 14 hari 30-45 mnt 30 – 45 mnt 8 jam 30-45	Spesialis Jiwa Spesialis Jiwa Perawat Psikiatri Psikolog Perawat Idem Social workers Perawat Psikiater Perawat psikolog

Lama Pengelolaan Untuk berbagai Penyakit Jiwa

No.	Gangguan	Lama Pengelolaan
1.	Depresi	Minimal 6 bulan
2.	Kecemasan (Anxietas) termasuk Psikosomatik	Minimal 3 bulan
3.	Psikotik termasuk skizofrenia Tipe Manik	Kasus baru minimal 1 tahun Kasus lama minimal 5 tahun Minimal 9 bulan
4.	Gangguan Mental Organik - Delirium - Parkinson - Demensia	Minimal 1 bulan Sesuai dengan pemakaian antipsikotik (karena efek samping anti psikotik menimbulkan ekstra pyramida) Seumur hidup
5.	Epilepsi	Minimal 3 tahun
6.	Gangguan Jiwa Anak dan Remaja	
	- Autisme	Seumur hidup
	- Hiperaktif	Sampai lulus SMU



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

No.	Gangguan	Lama Pengelolaan
	- Depresi	Minimal 6 bulan
	- Cemas	Minimal 3 bulan
	- Cemas pada anak	Minimal 6 bulan
	- Enuresis	Minimal 3 bulan
7.	NAPZA -detoksifikasi -rehabilitasi	-2 minggu -minimal 2 tahun
8.	F5 – F6	Minimal 3 bulan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2. Prasarana

2.1. Cahaya

Seluruh ruangan dalam sarana pelayanan PTM adalah ruangan yang memiliki kecukupan cahaya baik dengan listrik maupun cahaya matahari serta memiliki ventilasi yang memadai.

2.2. Limbah

Sarana pelayanan PTM harus memiliki tatacara pembuangan limbah sesuai pedoman sanitasi rumah sakit, baik untuk limbah padat dan cair (tempat untuk cuci gelas).

2.3. Air

Rumah sakit mempunyai sistem air bersih (*water supply*) yang memenuhi persyaratan kesehatan yang berlaku. Persediaan air bersih memadai dan disalurkan langsung ke bangunan rumah sakit.

2.4. Listrik

Rumah sakit menyediakan tenaga listrik dan penyediaan air bersih yang memenuhi persyaratan kesehatan setiap hari selama 24 jam terus-menerus. Tersedia Catu Daya Pengganti Khusus (CDPK) atau sumber *interrupted Power Supply (UPS)* bagi peralatan medik vital.

2.5. Keselamatan dan keamanan

Konstruksi Rumah sakit tidak membahayakan keselamatan pasien, karyawan, dan masyarakat umum yang tinggal disekitarnya

Seluruh bangunan dan ruangan di Rumah Sakit mempunyai sistem pemadam kebakaran yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

2.6. Kenyamanan

Semua area di rumah sakit mempunyai pencahayaan yang cukup untuk mendukung kenyamanan dan penyembuhan pasien serta mendukung kinerja karyawan dalam melakukan tugasnya

Tingkat kebisingan di setiap kamar/ruang berdasarkan fungsinya harus memenuhi persyaratan kesehatan sebagai berikut:

- a. ruang perawatan, isolasi, radiology, operasi, maksimum 45db
- b. poliklinik gigi, bengkel mekanis maksimum 80dbA
- c. laboratorium, maksimum 68dBA
- d. ruang cuci, dapur, dan ruang penyediaan air panas dan air dingin maksimum 78dbA.

Rumah sakit hendaknya menyediakan dan memelihara lingkungan yang sehat dan indah bagi pasien, karyawan, dan masyarakat umum.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

BAB III

SARANA, PRASARANA, DAN PERALATAN RUMAH SAKIT JIWA

1. Sarana

1.1. Lokasi

Lokasi Rumah Sakit jiwa di Ibukota propinsi. Rumah sakit jiwa modern tidak bersifat isolatif dan harus bersifat memasyarakat sehingga tidak lebih dari 15km dari kota. Untuk memudahkan dalam pembangunan serta penyelenggaraan Rumah Sakit Jiwa maka lokasi tersebut harus ditunjang dengan: komunikasi atau transportasi yang mudah (di tepi jalan raya atau kalau masuk kurang dari 500m, sehingga pembangunan jalannya tidak terlalu berat)

1.2. Bangunan

Luas Lahan untuk bangunan tidak bertingkat minimal 1,5 kali luas bangunan. Luas lahan untuk bangunan bertingkat minimal 2 kali luas bangunan lantai dasar.,

Bangunan rumah sakit jiwa harus kuat, utuh, Terpelihara, mudah dibersihkan, dan dapat mencegah penularan penyakit serta kecelakaan.

Bangunan yang semula direncanakan untuk fungsi lain hendaknya tidak dialihfungsikan menjadi sebuah rumah sakit.

Luas bangunan disesuaikan dengan jumlah tidur dan klasifikasi rumah sakit. Bangunan minimal adalah 50m² per tempat tidur.

Perbandingan jumlah tempat tidur dengan luas lantai untuk perawatan dan ruang isolasi sebagai berikut:

- Ruang dewasa/anak:
- Ruang perawatan minimal 4.5m²/TT
- Ruang isolasi minimal 6m²/TT

Kebutuhan ruang-ruang di rumah sakit disesuaikan dengan klasifikasi rumah sakit.

Pelayanan darurat harus menjamin kecepatan akses dan mempunyai pintu masuk terpisah.

Pelayanan administrasi, kantor administrasi umum dan bisnis hendaknya berdekatan dengan pintu utama rumah sakit. Kantor pengelola rumah sakit dapat terletak di area khusus.

Kamar dan bangsal hendaknya mempunyai ukuran yang cukup luas untuk bekerja dan pergerakan pasien. Toilet hendaknya mempunyai akses cepat pada kamar atau bangsal.

Persyaratan luas ruangan berukuran minimal:

- Ruang periksa 3x3 m²
- Ruang tindakan 3x4m²
- Ruang tunggu 6x6m²
- Ruang *utility* 3x3m²



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

BAB IV SUMBER DAYA MANUSIA

Masing-masing dapat menjalankan tugas dan fungsi sesuai dengan kompetensi dan ketrampilannya.

Kompetensi yang harus ada dari seorang dokter umum/spesialis dalam memberikan pelayanan di rumah sakit jiwa adalah:

1. Sikap dan profesionalisme :
 - 1.1. menghargai pasien dan tidak menghakimi
 - 1.2. kenali keterbatasan diri dan konfidensialitas
 - 1.3. mampu berkomunikasi pada pasien, anggota keluarganya dan mereka yang berarti dalam hidup pasien, guna memastikan perawatan optimal
 - 1.4. mampu berkomunikasi dengan terapis lain yang diperlukan pasien
 - 1.5. mampu merujuk sesuai dengan kebutuhan kesehatan pasien
2. Kemampuan menilai:
 - 2.1. kesehatan fisik, mental, sosial dan lingkungan pasien
 - 2.2. masalah pasien dan membuat diagnosis
3. Membuat rencana terapi
 - 3.1. membuat pilihan terapi yang dapat diterapkan dan dipenuhi pasien
 - 3.2. perencanaan penatalaksanaan sesuai perjalanan terapi dan keadaan pasien
 - 3.3. melakukan *informed consent*
 - 3.4. memfasilitasi masuk terapi dengan aman
4. Melakukan penatalaksanaan kondisi yang menyertai gangguan penggunaan napza
 - 4.1. mengenal dan memulai penatalaksanaan masalah medik, psikiatrik dan sosial
 - 4.2. mengintegrasikan rehabilitasi napza dalam kerangka kerja rawatan medik bagi pasien
5. Penatalaksanaan pasien
 - 5.1. melakukan penyampaian informasi farmakologik setiap pemberian farmakoterapi
 - 5.2. melakukan pemberian farmakoterapi dengan mempertimbangkan keamanan
 - 5.3. melakukan pengelolaan pemindahan ke farmakoterapi lain jika diperlukan
 - 5.4. melakukan pemutusan farmakoterapi
 - 5.5. melakukan penilaian ulang, monitoring dan evaluasi perjalanan kesehatan pasien
 - 5.6. melakukan terapi terstruktur yang tepat
6. Melakukan tindak terapi dengan menjaga mutu



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

BAB V

INDIKATOR RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

V.1. INDIKATOR KEUANGAN

- Pertumbuhan

- ROI

- ROA

V.2. FOKUS PELANGGAN

a. Kepuasan Pelanggan

Hasil pengukuran kepuasan pelanggan puas > 80%.

b. Komplain Pelanggan

Terselesaikan dalam 24 jam 98%

c. Respon time

o UGD

Respon time layanan Gawat Darurat 3 menit 95%

Respon time ambulance < 15 menit

o Rekam Medik

Waktu layanan registrasi \leq 7 menit 95%

o Rawat Jalan

Waktu tunggu layanan rawat jalan 30 menit 90%

Ketepatan diagnosa dan terapi 90%

o Poli Klinik Umum

Waktu tunggu layanan poli umum 15 menit 90%



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- **Poli Gigi**
Waktu tunggu layanan poli gigi 15 menit 90%
- **Poli Psikologi**
Waktu tunggu layanan poli psikologi 15 menit 90%
- **Farmasi**
Waktu layanan farmasi untuk obat paten 10 menit
Waktu layanan farmasi untuk obat racikan 30 menit
- **Rehab Medik (Fisioterapi)**
Waktu tunggu < 60 menit 90%
Ketepatan diagnosa dan tindakan 90%
- **Laboratorium**
Hasil pemeriksaan laboratorium < 2 jam
- **Radiologi**
Hasil pemeriksaan radiologi 1 jam
- **PPBJ**
Ketepatan waktu penerimaan barang 95%
Ketepatan mutu dan jumlah barang 100%
- **IPSRS**
Respon time perbaikan ringan 4 hari kerja 100%
Respon time perbaikan sedang 10 hari kerja 100%

V.3. BISNIS INTERNAL

- **Medical Care**
 - **Rawat Jalan**
Kesesuaian diagnosa dan terapi di Rawat Jalan 90%



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

○ **Poli Umum**

Kesesuaian diagnosa dan terapi di poli umum 90%

○ **Poli Gigi**

Kesesuaian diagnosa dan terapi di poli gigi 90%

○ **Poli Psikologi**

Ketepatan diagnosa dan tindakan psikologi 90%

○ **Rawat Inap**

Peningkatan GAF score pada perawatan hari ke 14 ≥ 20

Infeksi Nosokomial $< 9\%$

○ **Rehabilitasi Napza**

Jumlah Skala CINA ≤ 5 pada perawatan hari ke 4 sebanyak 85%

Angka kekambuhan pasien rehabilitasi Napza $< 20\%$

○ **Laboratorium**

Akurasi Pemeriksaan Laboratorium 90%

○ **Radiologi**

Kegagalan foto $< 10\%$

○ **Elektromedik**

Kegagalan pelaksanaan ECT $< 5\%$

○ **Farmasi**

Salah Resep 0%

Obat kadaluarsa 0%

Salah Deliveri 0%

Ketepatan dosis obat dalam kemasan 100%

○ **Gizi**

Salah Delivery makan 0%



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- Peningkatan gizi pasien kurang gizi 80%
- Sisa makanan pasien 10%
- **Rehab Medik (Fisioterapi)**
 - Keberhasilan terapi rehab medik untuk gangguan otot dan tulang 90%
- **Rehab Sosial**
 - Kesesuaian pelayanan dengan bakat dan minat 90%
 - Pasien terampil dalam latihan kerja 75%
- **Laundry**
 - Ketepatan waktu delivery Laundry 100%
 - Kehilangan Laundry 0%
 - Kesesuaian dengan standart laundry 95%
- **Keswamas**
 - Pencapaian volume kegiatan penyuluhan 90 %
 - Pelaksanaan pelayanan integrasi keswa 75 %
- **Administratif**
 - **IPSRS**
 - Indeks vector dan tikus 0%
 - Alat kesehatan terkalibrasi 100%
 - Effluent air limbah sesuai standar baku mutu 100%
 - **Rekam Medis**
 - Kehilangan status rekam medik 0%
 - Rekam medik terisi lengkap 100%
 - **Kepegawaian**
 - Angka kemangkiran < 2%



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Kepuasan karyawan meningkat > 70%

Kinerja karyawan yang baik 90%

Surat keputusan kenaikan pangkat pegawai yang diusulkan dalam waktu 1 tahun berhasil diterbitkan 100%

○ **SPI**

Audit 2 kali setahun untuk setiap fokus terlaksana 100%

CAR Close out 100%

○ **MR (Management Representative)**

Dokumen mutu terkendali 100%

○ **PPBJ (Panitia Pengadaan Barang dan Jasa)**

Ketepatan pembelian sesuai spesifikasi 100%

Ketepatan waktu penerimaan barang 95%

○ **IT**

Akurasi EDP (Entry Data Processing) 99%

○ **Keuangan**

Efisiensi anggaran 60%

Kesesuaian dokumen 100%

Piutang pasien 20%

○ **PPL**

Ketepatan pelaksanaan anggaran 98%



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

V.4. LEARNING AND GROWTH

○ DIKLAT

Jumlah pelatihan 10 hari per orang per tahun tercapai 80%

○ TEAM-TEAM INOVATIE RSJRW LAWANG

✦ KELOMPOK INOVATOR

Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang memiliki 42 kelompok inovator yang tersebar di masing-masing unit kerja.

Sasaran mutu : 30 % dari 42 kelompok menghasilkan masing-masing satu inovasi dalam setahun.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

BAB VI

FORMULA PENGUKURAN INDIKATOR

A. UNIT : PKJ

1. Indikator : Waktu tunggu 30 menit , 98%

2. Definisi operasional :

Lama waktu yang dibutuhkan untuk pelayanan poengunjung (pasien/keluarga) sejak registrasi penerimaan sampai penentuan prognose, dengan sampel pasien baru dalam satu minggu setiap tiga bulan sekali.

3. Cara pengambilan dan pengolahan data :

- a. Data diambil oleh perawat/petugas administrasi PKJ
 - Menggunakan blanko pencatat waktu
 - Menggunakan alat pencatat waktu (stop watch/arloji)
- b. Data diolah sesuai dengan formula pengukuran sasaran mutu

4. Formula pengukuran :

Formula pencapaian sasaran mutu :

$$\frac{\text{Jumlah waktu layanan 30 menit}}{\text{Jumlah keseluruhan layanan}} \times 100 \%$$

5. Implementasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu :

- a. Data diambil : 1 Minggu setiap 3 bulan sekali
- b. Jumlah sampel : Seluruh pasien dalam 1 minggu
- c. Metode sampling : Seluruh pasien

6. Penanggung jawab :

- Pelaksana Verifikasi :
- Pengolahan data :
- Pengambilan sampel :
- Rapat evaluasi TKS dan tindak lanjut :



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

B. UNIT : POLI UMUM

1. Indikator : Waktu tunggu layanan 15 menit , 98%

2. Definisi operasional :

Lama waktu yang dibutuhkan untuk pelayanan poengunjung (pasien/keluarga) sejak registrasi penerimaan sampai penentuan prognose, dengan sampel pasien baru dalam satu minggu setiap tiga bulan sekali.

3. Cara pengambilan dan pengolahan data :

- a. Data diambil oleh perawat/petugas administrasi PKU
 - Menggunakan blanko pencatat waktu
 - Menggunakan alat pencatat waktu (stop watch/arloji)
- b. Data diolah sesuai dengan formula pengukuran sasaran mutu

4. Formula pengukuran

Formula pencapaian sasaran mutu :

$$\frac{\text{Jumlah waktu layanan 15 menit}}{\text{Jumlah keseluruhan layanan}} \times 100 \%$$

5. Implementasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu :

- a. Data diambil : 1 Minggu setiap 3 bulan sekali
- b. Jumlah sampel : Seluruh pasien dalam 1 minggu
- c. Metode sampling : Seluruh pasien

6. Penanggung jawab :

- Pelaksana Verifikasi :
- Pengolahan data :
- Pengambilan sampel :
- Rapat evaluasi TKS (Temuan Ketidak Sesuaian) dan tindak lanjut :

C. UNIT : POLI GIGI

1. Indikator : Ketepatan diagnosa dan terapi



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

2. Definisi operasional :

Ketepatan diagnosa dan terapi adalah kesesuaian antara yang diharapkan (sesuai dengan diagnosa dokter gigi) dengan hasil yang dicapai setelah dilakukan tindakan pencabutan sesuai indikasi.

3. Cara pengambilan dan pengolahan data :

- a. Menggunakan buku data kunjungan pasien/rujukan pasien ruangan maupun poli klinik jiwa
- b. Menggunakan status pasien
- c. Data diambil setelah pasien didiagnosa dan diterapi
- d. Data diolah sesuai dengan pengukuran sasaran mutu

4. Formula pengukuran :

Angka ketepatan /keberhasilan

$$\frac{\text{Jumlah semua pasien yang didiagnosa dan diterapi}}{\text{Jumlah semua pasien yang dipantau}} \times 100 \%$$

5. Implementasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu :

- a. Data diambil : Setelah pasien didiagnosa dan diterapi
- b. Alat pengumpulan data : Status pasien
- c. Jumlah sampel : Pasien yang telah didiagnosa dan diterapi

6. Penanggung jawab :

- o Pelaksana Verifikasi :
- o Pengolahan data :
- o Pengambilan sampel :
- o Rapat evaluasi TKS dan tindak lanjut :

D. UNIT : PSIKOLOGI

- 1. Indikator : Keseragaman laporan psikologi 75%**



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

2. Definisi operasional :

Keseragaman laporan psikologi adalah bentuk laporan yang baku secara kualitatif yang telah disepakati bersama.

3. Cara pengambilan dan pengolahan data :

- a. Data diambil dari lapran rawat inap dan poli psikologi
- b. Penilaian dan pengisian format evaluasi setiap kali membuat laporan psikologi
- c. Dihitung setiap kriteria sesuai dengan bobot yang telah ditentukan yaitu baik = 66 - 100, cukup = 28 - 65, kurang = 0 - 27
- d. Dihitung prosentase setiap bulan sekali
- e. Pengisian evaluasi diisi oleh petugas yang telah ditunjuk oleh koordinator psikologi.

4. Formula pengukuran :

$$\frac{\text{Jumlah laporan yang telah dihitung sesuai dengan kriteria}}{\text{Jumlah total laporan psikologi}} \times 100 \%$$

5. Implementasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu :

- a. Data diambil : Laporan rawat inap dan poli psikologi
- b. Alat pengumpulan data : Status pasien
- c. Jumlah sampel : Pasien yang telah didiagnosa dan diterapi

6. Penanggung jawab :

- Pelaksana Verifikasi :
- Pengolahan data :
- Pengambilan sampel :
- Rapat evaluasi TKS dan tindak lanjut :

E. UNIT : U G D

1. Indikator : Waktu layanan pasien di UGD 30 menit tercapai

2. Definisi operasional :



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Waktu layanan 30 menit di UGD adalah waktu yang dibutuhkan untuk proses pemeriksaan pasien oleh tenaga medis dan paramedis sejak ditangani di ruang pemeriksaan UGD yang meliputi :

- a. Triage
- b. Anamnese
- c. Pemeriksaan fisik
- d. Observasi pasca tindakan

Sampai dengan proses pengiriman pasien ke ruangan secara cermat, tepat dan cepat yang membutuhkan waktu 30 menit.

3. Cara pengambilan dan pengolahan data :

- a. Menggunakan buku data kunjungan pasien/rujukan pasien
- b. Menggunakan status pasien
- c. Data diambil setelah pasien didiagnosa
- d. Data diolah sesuai dengan pengukuran sasaran mutu

4. Formula pengukuran :

a. Rata-rata waktu pelayanan $= \frac{\sum x^1}{N}$

$\sum x^1$ = Jumlah waktu pemeriksaan untuk seluruh pasien dalam 1 bulan pelayanan

N = Jumlah pasien dalam 1 bulan pelayanan

b. Prosentase pencapaian $= \frac{X^2}{Y} \times 100\%$

X^2 = Rata-rata waktu pelayanan dalam 1 bulan

Y = Standar waktu pelayanan yang ditetapkan berdasarkan definisi operasional

5. Implementasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu :

- a. Data diambil : Setelah pasien didiagnosa
- b. Alat pengumpulan data : Buku data kunjungan pasien
- c. Jumlah sampel : Pasien yang telah didiagnosa

6. Penanggung jawab :

- o Pelaksana Verifikasi :



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- Pengolahan data :
- Pengambilan sampel :
- Rapat evaluasi TKS dan tindak lanjut :

F. UNIT : RAWAT INAP (SMF AR, SMF MO, SMF DUL, IPCU)

1. Indikator : Infeksi nosokomial

2. Definisi operasional :

Infeksi nosokomial adalah infeksi yang didapat di rumah sakit. Infeksi tersebut bukan diperoleh sebelum pasien masuk rumah sakit atau tidak pada masa inkubasi saat pasien masuk rumah sakit. Infeksi yang didapat oleh pasien selama di rumah sakit dapat dideteksi melalui observasi tentang adanya tanda-tandanya infeksi tentu selama pasien dirawat di rumah sakit

3. Cara pengambilan dan pengolahan data :

Data diambil dengan cara mengumpulkan data kejadian infeksi nosokomial dari semua unit rawat inap setiap satu bulan sekali dengan target pencapaian seluruh kejadian infeksi nosokomial dari semua unit rawat inap.

4. Formula pengukuran :

Angka ketepatan /keberhasilan

$$\text{I>N. Rate} : \frac{\text{Jumlah } x}{Y} \times 100 \%$$

Keterangan :

X = Angka kejadian infeksi nosokomial dalam satu dari unit rawat inap

Y = Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam setiap bulan

5. Implementasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu :

- a. Data diambil : Setelah pasien didiagnosa
- b. Alat pengumpulan data : Status pasien unit rawat inap
- c. Jumlah sampel : Seluruh kejadian infeksi nosokomial dari semua unit rawat inap



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

6. Penanggung jawab :

- Pelaksana Verifikasi :
- Pengolahan data :
- Pengambilan sampel :
- Rapat evaluasi TKS dan tindak lanjut :

G. UNIT : SMF NAPZA

I. Indikator : Skala CINA < 5 pada perawatan hari ke 4 ada 80%

1. Definisi operasional :

Skala cina ≤ 5 pada perawatan hari ke 4 adalah suatu kondisi dimana pasien sudah tidak tampak adanya gejala putus zat/withdrawal setelah dilakukan perawatan selama 4 hari dan skala cina ≤ 5

2. Cara pengambilan dan pengolahan data :

Data diambil dari format penghitungan skala cina dan buku catatan skala cina

3. Formula pengukuran :

Rumus yang digunakan adalah :

$$\frac{\Sigma \text{ pasien dgn skala CINA } < 5}{\Sigma \text{ total pasien}} \times 100\%$$

4. Implementasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu :

Dilakukan setiap 4 jam kecuali pasien tidur tidak dilakukan pengukuran dan penghitungan, pada 4 hari pertama.

Frekwensi pengukuran : bulanan

Target pencapaian : 80%

II. Indikator : Angka Kekambuhan Selama Masa Perawatan < 20%

1. Definisi operasional :

Menurunkan angka kekambuhan pasien selama masa perawatan < 20% adalah suatu keadaan dimana pasien Rehabilitasi Napza tidak menggunakan kembali atau lebih zat selama masa perawatan.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

2. Cara pengambilan dan pengolahan data :

Data diambil dari :

- raport kegiatan harian
- home leave plan
- form spot check
- evaluasi home leave
- evaluasi job function

3. Formula pengukuran :

Rumus yang digunakan adalah :

$$\frac{\Sigma \text{ pasien kambuh}}{\Sigma \text{ total pasien}} \times 100\%$$

4. Implementasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu :

Frekwensi pengukuran : bulanan
Target pencapaian : < 20%

5. Penanggung jawab :

- o Pelaksana Verifikasi :
- o Pengolahan data :
- o Pengambilan sampel :
- o Rapat evaluasi TKS dan tindak lanjut :

H. UNIT : FISIOTERAPI

1. Indikator : Ketepatan diagnosa dan tindakan

2. Definisi operasional :

Ketepatan diagnosa dan tindakan adalah kesesuaian antara yang diharapkan (sesuai dengan diagnosa dokter) dengan hasil yang dicapai setelah dilakukan tindakan fisioterapi sesuai indikasi, diagnosa dan jangka waktu tertentu, minimal 90% dari pasien yang telah selesai dilakukan fisioterapi, memperoleh perbaikan/kesembuhan.

3. Cara pengambilan dan pengolahan data :

- a. Menggunakan buku data penderita fisioterapi dan lembar status fisioterapi
- b. Menggunakan blanko standar evaluasi fisioterapi
- c. Data diambil setelah pasien selesai menjalani fisioterapi



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- d. Data diolah sesuai dengan pengukuran sasaran mutu
- e. Data dicatat di buku blanko standar evaluasi fisioterapi dan buku pemantauan pasien

4. Formula pengukuran :

Angka ketepatan /keberhasilan (1 pasien) :

$$\frac{\text{Jumlah nilai yang dicapai}}{\text{Jumlah yang diharapkan}} \times 100 \%$$

$$\text{Rata-rata angka keberhasilan} = \frac{\text{Jumlah prosentase angka keberhasilan}}{\text{Jumlah pasien yang dipantau}} \times 100\%$$

5. Implementasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu :

- a. Data diambil : Setelah pasien menjalani fisioterapi
- b. Metode sampling : Semua pasien fisioterapi dipantau
- c. Alat pengumpulan data : Status penderita, lembar evaluasi penderita dan buku pemantauan pasien fisioterapi

6. Penanggung jawab :

- Pelaksana Verifikasi :
- Pengolahan data :
- Pengambilan sampel :
- Rapat evaluasi TKS dan tindak lanjut :

I. UNIT : RADIOLOGI

1. Indikator : Kegagalan pemotretan

2. Definisi operasional :

Kegagalan pemotretan adalah hasil pemotretan yang tidak bisa dibaca maksimal 10% dari seluruh hasil pemotretan setiap bulan.

3. Cara pengambilan dan pengolahan data :



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- a. Menggunakan buku data penderita radiology
- b. Pengambilan data setiap bulan
- c. Data diolah sesuai dengan pengukuran sasaran mutu
- d. Data dicatat di buku analisa kegagalan foto

4. Formula pengukuran :

$$\text{Angka kegagalan} = \frac{\text{Jumlah semua pasien yang didiagnosa dan diterapi}}{\text{Jumlah semua pasien yang dipantau}} \times 100 \%$$

5. Implementasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu :

- a. Data diambil : Jumlah pasien setelah pemotretan
- b. Metode sampling : Seluruh pasien yang dilakukan foto roentgen.
- c. Alat pengumpulan data : Buku data pasien foto rontgen
- d. Jumlah sampel : Pasien yang telah di foto

6. Penanggung jawab :

- o Pelaksana Verifikasi :
- o Pengolahan data :
- o Pengambilan sampel :
- o Rapat evaluasi TKS dan tindak lanjut :

J. UNIT : ECT

- 1. Indikator : Kegagalan pelaksanaan ECT 5%**

2. Definisi operasional :

Kegagalan pelaksanaan ECT adalah bagi pasien yang diberikan ECT tidak menghasilkan efek kejang, setelah dialiri arus listrik sesuai standart baku dalam alat ECT yang telah diset oleh dokter sebelumnya, kegagalan tersebut mencapai 5% dari seluruh pelaksanaan ECT selam 1 bulan, sesuai jadwal.

3. Cara pengambilan dan pengolahan data :

- a. Menggunakan buku data penderita ECT.
- b. Pengambilan data setiap awal bulan untuk bulan yang sudah berjalan.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- c. Data diolah sesuai dengan pengukuran sasaran mutu.
- d. Data dicatat dibuku analisa sasaran mutu

4. Formula pengukuran :

$$\text{Angka kegagalan} = \frac{\text{Jumlah kegagalan}}{\text{Jumlah pelaksanaan}} \times 100 \%$$

5. Implementasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu :

- a. Data diambil : Setiap awal bulan
- b. Metode sampling : Seluruh pasien yang di ECT
- c. Alat pengumpulan data : Buku data pasien ECT
- d. Jumlah sampel : Pasien yang telah di ECT

6. Penanggung jawab :

- o Pelaksana Verifikasi :
- o Pengolahan data :
- o Pengambilan sampel :
- o Rapat evaluasi TKS dan tindak lanjut :

K. UNIT : REHAB SOSIAL

1. Indikator : Rehabilitasi mental psikiatrik berdasarkan kemampuan dan minat

2. Definisi operasional :

Proporsi jumlah pasien yang mencapai hasil sesuai kemampuan dan minat dalam melakukan kegiatan seleksi di UPF Rehabilitasi RSJ 90 % dari jumlah pasien yang telah dilakukan seleksi

3. Cara pengambilan dan pengolahan data :

- a. Menggunakan blanko evaluasi umum RE. 03A
- b. Aspek pengamatan (observasi dan wawancara)
- c. Bidang bakat minat



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

4. Formula pengukuran :

$$X = \frac{\sum y}{N} \times 100 \%$$

X = Sasaran mutu

$\sum y$ = Jumlah pasien dengan nilai > 2

N = Total pasien yang diseleksi

5. Implementasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu :

- a. Data diambil : Setelah pasien diseleksi
- b. Alat pengumpulan data : Blangko evaluasi umum
- c. Jumlah sampel : Pasien yang telah dilakukan seleksi

6. Penanggung jawab :

- o Pelaksana Verifikasi :
- o Pengolahan data :
- o Pengambilan sampel :
- o Rapat evaluasi TKS dan tindak lanjut :

L. UNIT : INSTALASI LABORATORIUM

I. Indikator : Waktu layanan < 2 jam 90 %

1. Definisi operasional :

Lama waktu pemeriksaan laboratorium setiap pasien dari sampel diterima di laboratorium sampai dengan hasil siap diambil < 2 jam.

2. Cara pengambilan dan pengolahan data :

- a. Tiap hari dilakukan pencatatan jumlah pemeriksaan dan waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan.
- b. Pada akhir bulan dihitung jumlah pemeriksaan yang diperiksa di laboratorium, kemudian dibedakan hasil laboratorium yang selesai < 2 jam dan hasil yang selesai > 2 jam.
- c. Dihitung target pelayanan tepat waktu, dari hasil laboratorium < 2 jam dibandingkan dengan total pemeriksaan setiap bulan, dikalikan 100%



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

3. Formula pengukuran :

$$\% \text{ layanan pemeriksaan lab } < 2 \text{ jam} = \frac{X}{N} \times 100 \%$$

X = jumlah pemeriksaan yang waktu layanannya < 2 jam

N = jumlah pemeriksaan setiap bulan

4. Implementasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu :

- a. Data diambil : Tiap bulan
- b. Jumlah pemeriksaan : Pemeriksaan semua selesai < 2 jam
- c. Alat pengumpul data : Buku jumlah pemeriksaan pasien dan lama waktu Pemeriksaan

II. Indikator : Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium 90 %

1. Definisi operasional :

Ketepatan hasil pemeriksaan Kimia Klinik Serum kontrol berdasarkan nilai Quality Control Internal yang dilaksanakan setiap hari sebelum mulai melakukan pemeriksaan pasien yang hasilnya masih dalam batas rentang nilai bahan kontrol yang diijinkan.

2. Cara pengambilan data dan pengolahan :

- a. Setiap hari direkap hasil pemeriksaan Kimia Klinik dari serum kontrol.
- b. Quality Control Internal dilaksanakan setiap hari sebelum mulai pemeriksaan pasien yang hasilnya masih dalam batas rentang nilai bahan kontrol yang diijinkan
- c. Pada akhir bulan dihitung jumlah pemeriksaan Kimia Klinik serum kontrol yang diperiksa di laboratorium, kemudian dibedakan hasil pemeriksaan yang masih dalam batas rentang nilai kontrol dan yang tidak masuk rentang nilai kontrol.
- d. Dihitung target akurasi hasil, dari hasil laboratorium yang masih dalam rentang nilai bahan kontrol dibandingkan dengan total pemeriksaan setiap bulan dikalikan 100 %.

3. Formula pengukuran :

$$\% \text{ Akurasi Hasil} = \frac{Y}{N} \times 100 \%$$



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Y = jumlah pemeriksaan Kimia Klinik serum kontrol berdasarkan nilai pemeriksaan bahan kontrol yang masih dalam batas nilai yang diijinkan

N = jumlah seluruh pemeriksaan Kimia Klinik serum kontrol dalam satu bulan.

4. Implementasi pengukuran

- a. Data diambil : tiap bulan
- b. Jumlah pemeriksaan serum kontrol dalam satu bulan dihitung.
- c. Jumlah pemeriksaan pasien berdasarkan nilai pemeriksaan bahan kontrol yang masih dalam batas nilai yang diijinkan
- d. Alat pengukur : buku catatan hasil pemeriksaan dan buku catatan hasil pemeriksaan bahan kontrol.

5. Penanggung jawab :

- o Pelaksana Verifikasi :
- o Pengolahan data :
- o Pengambilan sampel :
- o Rapat evaluasi TKS dan tindak lanjut :

M. UNIT : FARMASI

I. Indikator : Waktu layanan obat jadi 5 menit

1. Definisi operasional :

- a. Waktu layanan obat jadi (di bagian distribusi rawat inap) adalah waktu yang dibutuhkan untuk layanan obat sejak resep dikerjakan sampai dengan selesai dikerjakan
- b. Waktu layanan obat jadi (di bagian distribusi rawat jalan) adalah waktu yang dibutuhkan untuk layanan obat sejak resep diterima oleh petugas apotek sampai dengan obat diserahkan kepada pasien atau keluarganya

2. Cara pengambilan data :

- a. Besar sampel dihitung berdasarkan rata-rata lembar resep perbulan
Besar sampel ditentukan dengan menggunakan rumus sebagai berikut :
(Pudjirahardjo, dkk, 1995) :



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{d^2 (N - 1) + z \cdot p \cdot (1 - p)}$$

Dimana :

N	= ukuran sampel
Z	= harga kurva normal
D	= penyimpangan yang ditolerir
N	= jumlah populasi
P	= proporsi populasi dengan karakteristik tertentu = 0,185

Dengan menggunakan *confidence interval* sebesar 95%; $p = 0,185$; $d = 0,05$, dengan $\alpha = 1 - 0,95$; maka z dalam tabel adalah 1,96.

b. Teknik pengambilan sampel

Teknik pengambilan *sampel* dengan cara *random assignment* dengan penjelasan sebagai berikut :

- Untuk sampel layanan resep rawat inap
Dilakukan selama 12 hari pada setiap bulannya, mengambil 18 lembar resep/hari meliputi resep rutin dan resep eceran.
 - Untuk sampel layanan resep rawat jalan
Dilakukan selama 12 hari pada setiap bulannya mengambil 16 lembar resep/hari.
- c. Waktu layanan resep di catat dalam blangko pencatat waktu dan menggunakan jam sebagai alat pencatat waktu
- d. Untuk validasi data tersebut, petugas dan penilai menandatangani pada lembar pengumpulan data
- e. Data diolah sesuai dengan formula pengukuran sasaran mutu



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

3. Formula Pengukuran :

$$\text{Waktu layanan} = \frac{\text{Total lama layanan}}{\text{Total lembar resep yang dilayani}}$$

II. Indikator : Waktu layanan obat racikan 15 menit

1. Definisi operasional :

- a. Waktu layanan obat racikan (di bagian distribusi rawat inap) adalah waktu yang dibutuhkan untuk layanan obat racikan sejak resep dikerjakan sampai dengan selesai dikerjakan
- b. Waktu layanan obat racikan (di bagian distribusi rawat jalan) adalah waktu yang dibutuhkan untuk layanan obat racikan sejak resep diterima oleh petugas apotek sampai dengan obat diserahkan kepada pasien atau keluarganya

2. Cara pengambilan data :

- a. Data diambil dengan total populasi selama 1 bulan (karena jumlahnya relatif sedikit)
- b. Waktu layanan resep di catat dalam blangko pencatat waktu dan menggunakan jam sebagai alat pencatat waktu
- c. Untuk validasi data tersebut, petugas dan penilai menandatangani pada lembar pengumpulan data
- d. Data diolah sesuai dengan formula pengukuran sasaran mutu

3. Formula pengukuran :

$$\text{Waktu layanan} = \frac{\text{Total lama layanan}}{\text{Total lembar resep yang dilayani}}$$



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

III. Indikator : Obat Kadaluwarsa 0 %

1. Definisi operasional :

Obat kadaluwarsa 0% adalah tidak ada obat kadaluwarsa yang didistribusikan. Kadaluwarsa adalah batas tanggal suatu obat sudah tidak layak digunakan lagi sesuai dengan tanggal yang tertera pada label obat

2. Cara pengambilan data adalah :

- a. Tiap bulan dimonitor obat kadaluwarsa di lokasi gudang farmasi, bagian distribusi layanan rawat inap dan jalan serta stok floor
- b. Obat yang kadaluwarsa dicatat
- c. Data diolah dengan formula sasaran mutu

3. Formula sasaran mutu

$$\text{Obat kadaluwarsa} = \frac{\text{Jumlah obat kadaluwarsa}}{\text{Jumlah total obat yang tersedia}} \times 100\%$$

4. Penanggung jawab :

- Pelaksana Verifikasi :
- Pengolahan data :
- Pengambilan sampel :
- Rapat evaluasi TKS dan tindak lanjut :

N. UNIT : INSTALASI GIZI

I. Indikator : Peningkatan status Gizi 70%.

1. Definisi Operasional :

Pasien rawat inap non-geriatri dengan kurang gizi, asuhan nutrisi selama 14 hari, menjadi normal (berdasarkan indeks massa tubuh), sebanyak 70%



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2. Cara pengambilan data :

- a. Data diambil pada seluruh ruang rawat inap
- b. Dilakukan pengukuran antropometri (tinggi badan dan berat badan) untuk mengetahui status gizi pasien berdasarkan IMT (Indeks Massa Tubuh).
- c. Pencatatan data pasien rawat inap non-geriatri yang mengalami status gizi kurang menjadi status gizi normal selama masa asuhan nutrisi.

3. Formula pengukuran :

$$X = Y / N * 100\%$$

Keterangan:

X = Prosentase pasien rawat inap non-geriatri yang menjadi normal.

Y = Jumlah pasien rawat inap non-geriatri yang menjadi normal.

N = Total jumlah pasien rawat inap non geriatri yang kurang gizi.

Formula penentuan status gizi :

$$\text{IMT} = \frac{\text{BB (kg)}}{\text{TB X TB (m)}}$$

Keterangan :

IMT = Indeks Massa Tubuh.

BB = Berat Badan

TB = Tinggi Badan

Kategori IMT (Depkes RI, 1994):

IMT < 17 = Kekurangan gizi tingkat berat

IMT 17 – 18,5 = Kekurangan gizi tingkat ringan

IMT 18,5 - 25 = Normal

IMT 25-27 = Kelebihan gizi tingkat ringan

IMT > 27 = Kelebihan gizi tingkat berat

4. Implementasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu :

- a. Data diambil : Hasil evaluasi pasien dengan kurang gizi
- b. Alat pengumpulan data : Status pasien unit rawat inap



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- c. Jumlah sampel : Seluruh kejadian
- d. Pengukuran antropometri pasien rawat inap dilakukan mingguan oleh petugas ruang rawat inap.
- e. Dihitung IMT dari masing-masing pasien yang dilakukan asuhan nutrisi.
- f. Dicatat jumlah pasien kurang gizi yang menjadi normal.
- g. Dihitung prosentase pasien rawat inap yang menjadi normal sesuai dengan formula pengukuran.

5. Penanggung jawab :

- o Pelaksana Verifikasi :
- o Pengolahan data :
- o Pengambilan sampel :
- o Rapat evaluasi TKS dan tindak lanjut :

O. UNIT : REKAM MEDIS

I. Indikator : Kelengkapan status

1. Definisi operasional :

- a. Status adalah dokumen rekam medis yang berisi tentang data-data pasien secara lengkap yang menunjukkan perkembangan perjalanan penyakit.
- b. Kelengkapan status adalah kelengkapan pengisian DRM secara lengkap yang dilakukan oleh profesi masing-masing.
- c. Jadi kelengkapan status 100% adalah tidak diketemukannya dokumen rekam medis yang belum terisi data-datanya bagi pasien rawat inap.

2. Cara pengambilan dan pengolahan data :

Data diambil pada status pasien rawat inap dengan cara mengidentifikasi dan mengecek kelengkapan pengisian status yang kembali ke rekam medis.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

3. Formula pengukuran :

$$X = \frac{YX}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

- X : presentase status tidak lengkap
YX : jumlah status yang tidak lengkap
N : jumlah status yang disetorkan ke rekam medis

4. Implementasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu :

- a. Data diambil setiap hari berdasarkan presentase status yang disetorkan ke rekam medis dari ruang rawat inap selama satu bulan.
- b. Alat pengumpulan data : Buku agenda pengembalian rekam medis
- c. Dihitung presentase pencapaian kelengkapan status formula di atas.

II. Indikator : Kehilangan status

1. Definisi operasional :

Kehilangan status 0% adalah tidak diketemukannya bendel status pasien secara keseluruhan yang hilang, baik status dari poli/rawat jalan maupun status dari ruang rawat inap.

2. Cara pengambilan dan pengolahan data :

- a. Data diambil dari poli rawat jalan
- b. Jumlah status yang kembali dicek/dihitung sesuai jumlah status yang keluar

3. Formula pengukuran :

$$X = \frac{YX}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

- X : presentase status yang kembali
YX : jumlah status yang kembali



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

N : jumlah status yang keluar

- 4. Implementasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu :**
- Data diambil setiap hari
 - Alat pengumpulan data : Buku register peminjaman dokumen rekam medis
 - Dihitung presentase pencapaian kehilang status sesuai formula di atas

III. Indikator : Waktu layanan registrasi 7 menit 50 detik

1. Definisi operasional

Tidak diketemukannya layanan registrasi lebih dari 7 menit 50 detik

2. Cara pengambilan dan pengolahan data :

Data diambil dari pendaftaran pasien baru.

3. Formula pengukuran

$$X = \frac{YX}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

X : presentase layanan registrasi > 7 menit 50 detik

YX : jumlah layanan registrasi > 7 menit 50 detik

N : jumlah pasien baru yang mendaftar

4. Implementasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu :

- Data diambil setiap hari berdasarkan jumlah pasien baru yang mendaftar selama satu bulan.
- Alat pengumpulan data : Buku register pendaftaran pasien baru
- Dihitung prosentase pencapaian layanan registrasi sesuai formula diatas.

5. Penanggung jawab :

- o Pelaksana Verifikasi :
- o Pengolahan data :
- o Pengambilan sampel :
- o Rapat evaluasi TKS dan tindak lanjut :



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

P. UNIT : KEPEGAWAIAN

I. Indikator : kinerja karyawan baik > 90%

1. Definisi operasional :

Kinerja karyawan yang berpredikat baik adalah yang memenuhi nilai rata-rata antara 75 – 84 (meliputi jam kegiatan, kinerja layanan, tugas tambahan dan inovasi)

2. Cara pengambilan dan pengolahan data :

Data diambil berdasarkan penilaian kinerja karyawan dari tiap-tiap kepala unit.

3. Formula pengukuran :

$$\frac{\text{Jumlah pegawai yang mendapat nilai kinerja sangat baik/baik}}{\text{Jumlah pegawai yang dinilai}} \times 100 \%$$

II. Indikator : Surat kenaikan pangkat pegawai yang diusulkan dalam waktu 1 tahun berhasil diterbitkan >80%

1. Definisi operasional :

Kenaikan pangkat PNS dilaksanakan dalam 1 tahun sebanyak 2 periode (April, Oktober) dan diberikan kepada pegawai yang telah memenuhi syarat-syarat untuk kenaikan pangkat.

2. Cara pengambilan dan pengolahan data :

Data diambil dari daftar Urut Kepangkatan (DUK) data dari sistem informasi manajemen kepegawaian (SIM-K) bagi kenaikan pangkat reguler, usulan dari tim penilai angka kredit bagi tenaga fungsional

3. Formula pengukuran :

$$\frac{\text{Jumlah surat keputusan yang diterbitkan}}{\text{Jumlah usulan kenaikan pangkat}} \times 100 \%$$



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

4. Penanggung jawab :

- o Pelaksana Verifikasi :
- o Pengolahan data :
- o Pengambilan sampel :
- o Rapat evaluasi TKS dan tindak lanjut :

Q. UNIT : KEUANGAN

1. Indikator : Efisiensi anggaran

2. Definisi operasional :

Penekanan pengeluaran anggaran dengan memperhatikan proporsional masing-masing alokasi anggaran pada DIPA tanpa menurunkan kualitas dan mutu barang/ jasa.

3. Cara pengambilan dan pengolahan data :

- a. Data diambil dari realisasi pada akhir tahun 2005
- b. Data terdiri dari :
 - Realisasi anggaran DIPA (RM)
 - Realisasi anggaran PNP
 - Realisasi masing-masing MAK

4. Formula pengukuran :

$$X = \left(\frac{\partial}{N} \right) \times 100\%$$

Keterangan :

X : Efisiensi dalam prosentase

∂ : Selisih realisasi pagu dan realisasi anggaran

N : Pagu anggaran

5. Implementasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu :

- a. Data diambil : Setiap akhir tahun anggaran
- b. Alat pengumpulan data : Data realisasi
- c. Jumlah sampel : Data realisasi setiap akhir tahun



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

6. Penanggung jawab :

- o Pelaksana Verifikasi :
- o Pengolahan data :
- o Pengambilan sampel :
- o Rapat evaluasi TKS dan tindak lanjut :

R. UNIT KERJA : INSTALASI PEMELIHARANAAN SARANA DAN PRASARANA RS

I. Indikator :

- Time respon perbaikan ringan 4 hari kerja terlaksana 100%
- Time respon perbaikan sedang 10 hari kerja terlaksana 100%

1. Definisi operasional :

- a. Time respon adalah waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan perbaikan setelah laporan permintaan perbaikan diterima IPSRS.
- b. Perbaikan ringan adalah perbaikan dengan kriteria:
 - a). Dapat dilakukan oleh 1 – 2 orang
 - b). Kegiatan yang dilakukan umumnya berupa :
 - Melakukan penggantian bahan/barang yang rusak sebagian atau seluruhnya dengan bahan/barang yang baru.
 - Membersihkan bagian-bagian yang rusak sehingga sarana tersebut dapat berfungsi kembali.
 - Proses pengerjaannya sederhana
- c. Perbaikan sedang adalah perbaikan dengan kriteria:
 - a). Hanya bisa dilakukan oleh 2 orang atau lebih
 - b). Proses pengerjaannya lebih kompleks dari pada perbaikan ringan
 - c). Bahan yang dibutuhkan lebih banyak dari pada perbaikan ringan
 - d). Volumennya lebih besar dari pada perbaikan ringan

2. Formula pengukuran :

- a. Time respon perbaikan ringan :

$$P_r = \frac{N_r}{S_r} \times 100 \%$$



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Keterangan :

P_r = % pencapaian time respon perbaikan ringan 4 hari kerja

N_r = jumlah jenis perbaikan ringan yang dapat diselesaikan dalam waktu 4 hari kerja

S_r = jumlah seluruh jenis permintaan perbaikan ringan yang diterima IPSRS

b. Time respon perbaikan sedang :

$$P_s = \frac{N_s}{S_r} \times 100 \%$$

Keterangan :

P_s = % pencapaian time respon perbaikan sedang 10 hari kerja

N_s = jumlah jenis perbaikan sedang yang dapat diselesaikan dalam waktu 10 hari kerja

S_r = jumlah seluruh jenis permintaan perbaikan sedang yang diterima IPSRS

3. Cara pengumpulan data :

- a. Setiap ada permintaan perbaikan dihitung waktu penyelesaiannya sesuai kategori perbaikannya.
- b. Data hasil perbaikan direkap dalam waktu satu bulan selanjutnya :
 - Dihitung berapa jumlah jenis perbaikan yang suda dapat diselesaikan dalam waktu sesuai dengan kategori perbaikannya
 - Dihitung berapa jumlah seluruh jenis permintaan perbaikan yang diterima IPSRS.
- c. Dihitung prosentase pencapaiannya dengan menggunakan formula yang sudah dibuat.
- d. Dievaluasi hasil pencapaiannya

4. Implementasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu :

- a. Data diambil : Setiap akhir tahun anggaran
- b. Alat pengumpulan data : Data realisasi
- c. Jumlah sampel : Data realisasi setiap akhir tahun



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

II. Indikator : Alat Kesehatan yang digunakan Terkalibrasi 100 %

1. Definisi Operasional :

- a. Kalibrasi adalah kegiatan untuk menentukan kebenaran konvensional nilai penunjukan alat dengan cara membandingkan dengan standar ukur yang mampu tertelusur ke standar nasional untuk satuan ukuran dan atau internasional.
- b. Alat kesehatan yang digunakan adalah alat kesehatan yang digunakan untuk pelayanan dan harus dikalibrasi.
- c. Kalibrasi dilakukan oleh lembaga yang berwenang dan kalibrasi internal.

2. Formula pengukuran :

$$P = \frac{C}{N} \times 100 \%$$

Dimana :

P = Pencapaian Target

C = Jumlah alat kesehatan yang dipergunakan dan sudah dikalibrasi dengan hasil laik pakai

N = Jumlah Semua alat kesehatan yang dipergunakan untuk pelayanan kesehatan

3. Cara Pengumpulan Data

- a. Dihitung berapa jumlah alat kesehatan yang dipergunakan untuk pelayanan kesehatan.
- b. Dihitung berapa jumlah alat kesehatan yang dipergunakan untuk pelayanan kesehatan dan sudah dikalibrasi dengan hasil laik pakai.
- c. Dihitung pencapaian target dengan menggunakan formula yang sudah dibuat.
- d. Dievaluasi hasil pencapaiannya.

4. Implementasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu :

- a. Data diambil : Setiap akhir tahun anggaran
- b. Alat pengumpulan data : Data realisasi
- c. Jumlah sampel : Data realisasi setiap akhir tahun



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

5. Penanggung jawab :

- o Pelaksana Verifikasi :
- o Pengolahan data :
- o Pengambilan sampel :
- o Rapat evaluasi TKS dan tindak lanjut :

S. URUSAN : SANITASI

I. Indikator : Air Bersih sesuai standar yang berlaku

1. Definisi operasional :

- a. Air bersih adalah air yang dipergunakan untuk keperluan sehari-hari dan tidak bisa langsung diminum serta harus memenuhi kualitas yang dipersyaratkan oleh Permenkes No. 416 tahun 1990 dan Kep. Menkes No. 907 tahun 2002.
- b. Pemeriksaan bakteriologi air dilakukan setiap bulan.
- c. Untuk pemeriksaan kimiawi dilakukan setiap 6 bulan sekali.
- d. Pemeriksaan dilakukan di Laboratorium Balai Teknik Kesehatan Lingkungan Surabaya (BTKL)

2. Formula pengukuran :

Untuk mengevaluasi hasil pengelolaan air bersih dilakukan dengan cara membandingkan kesesuaian antara hasil pemeriksaan laboratorium dengan standar yang berlaku.

3. Cara pengumpulan data :

- a. Penentuan titik sampel :
 - Jumlah titik sampel disesuaikan dengan kondisi di lapangan dan ketersediaan danaLokasi titik sampel di dapur dan UGD serta tempat-tempat lain yang dapat mewakili air dari sistem secara keseluruhan.
- b. Setelah dilakukan pemeriksaan bakteriologi catat hasilnya dan bandingkan dengan standar :
 - Total coliform untuk bukan air perpipaan jumlahnya 50/100 ml.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Jumlah coliform untuk air perpipaan 10/100 ml.

c. Dievaluasi hasil pencapaiannya.

II. Indikator : Pengangkutan sampah \leq 24 jam terlaksana 100%

1. Definisi operasional :

- a. Sampah yang dimaksud disini adalah sampah medis dan non medis.
 - Sampah medis adalah sampah yang dihasilkan dari kegiatan medis dan mempunyai potensi menularkan penyakit.
 - Sampah non medis adalah sampah yang dihasilkan dari kegiatan (bukan medis) rumah sakit sehari-hari.
- b. Sampah medis dan non medis diangkut setiap hari kerja atau setelah 2/3 bagian tempat sampah terisi walaupun belum satu hari.
- c. Sampah non medis dari Tempat penampungan sementara (TPS) diangkut dan dibuang ke tempat pembuangan akhir (TPA)
- d. Sampah medis dari tempat sampah medis di ruangan/gedung diangkut dan dibawa ke incenerator untuk dimusnahkan.

2. Formula pengukuran :

$$P = \frac{N \times n}{S \times n} \times 100 \%$$

P = % pencapaian pengangkutan sampah \leq 24 jam

N = Jumlah tempat sampah sementara dan tempat sampah medis yang sampahnya sudah diangkut dalam waktu \leq 24 jam

S = Jumlah seluruh tempat sampah sementara dan tempat sampah medis

n = Jumlah hari setiap bulan

3. Cara pengumpulan data :

- a. Dihitung jumlah TPS dan tempat sampah medis dalam sebulan
- b. Dihitung jumlah TPS dan tempat sampah medis yang sudah diangkut sampahnya \leq 24 jam dalam sebulan
- c. Dihitung target pencapaiannya dengan rumus



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

d. Dievaluasi hasil pencapaiannya

**III. Indikator : Effluent sesuai Standar (Kep. 58/MenLH/12/95 dan
KepGub. 61/1995)**

1. Definisi operasional :

- a. Effluent adalah zat yang terlarut dalam air limbah, sebelum dibuang ke badan air harus diolah terlebih dahulu sehingga tidak mencemari lingkungan.
- b. Hasil uji coba pemeriksaan sampel air limbah adalah pengujian sampel air limbah setelah diproses secara berkala yang dilakukan oleh lembaga yang kompeten untuk menguji air limbah tersebut apakah sesuai dengan baku mutu (Kep.58/MenLH/12/95 dan KepGub.61/1995).

2. Formula pengukuran :

Untuk mengevaluasi hasil pengolahan air limbah dilakukan dengan cara membandingkan kesesuaian antara hasil pemeriksaan laboratorium dengan standar (Kep. 58/MenLH/12/95 dan KepGub. 61/1995).

3. Cara pengumpulan data :

a. Pengukuran Effluent

- Catat hasil pengukuran temperatur dan bandingkan dengan standar yang berlaku ($< 30^{\circ}\text{C}$).
- Catat hasil pengukuran pH dan bandingkan dengan standar yang berlaku (6 – 9).
- Catat hasil pengukuran BOD dan bandingkan dengan standar yang berlaku (< 30).
- Catat hasil pengukuran COD dan bandingkan dengan standar yang berlaku (< 80 mg/l).
- Catat hasil pengukuran TSS dan bandingkan dengan standar yang berlaku (< 30).
- Catat hasil pengukuran NH_3 bebas dan bandingkan dengan standar yang berlaku (< 0.1).
- Catat hasil pengukuran PO_4 dan bandingkan dengan standar yang berlaku (< 2).
- Catat hasil pengukuran E.Coli dan bandingkan dengan standar yang berlaku (< 10000).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

b. Dievaluasi hasil pencapaiannya

4. Penanggung jawab :

- o Pelaksana Verifikasi :
- o Pengolahan data :
- o Pengambilan sampel :
- o Rapat evaluasi TKS dan tindak lanjut :

T. URUSAN : LAUNDRY

I. Indikator : Kesesuaian dengan standar laundry 100%

1. Definisi operasional :

Definisi kesesuaian dengan standart laundry dengan kriteria :

- Bersih : tidak ada sisa noda dan kotoran
- Rapi : tidak kusut, lipatannya rapi
- Tidak cacat : - tidak sobek setelah pencucian
- tidak terkena noda bahan kimia
- Wangi : a. Harum
b. Tidak bau amis
c. Tidak bau lembab dan apek

2. Cara pengambilan dan pengolahan data :

Cara mencari data tersebut yaitu dengan cara menggunakan lembar check list.

3. Formula pengukuran :

Rumus yang digunakan adalah :

$$\frac{\Sigma \text{ linen yang sesuai dengan standart}}{\Sigma \text{ linen yang dicuci}} \times 100\%$$

4. Implementasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu :

- Melakukan check list kesesuaian linen bersih
- Melakukan rekapitulasi bulanan

II. Indikator : Kehilangan Linen 0%

1. Definisi operasional :

Ketepatan jumlah pengiriman dengan jumlah penerimaan linen



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

2. Cara pengambilan dan pengolahan data :

- Buku ekspedisi pengiriman linen kotor
- Buku ekspedisi pengembalian linen bersih
- Buku catatan kehilangan

3. Formula pengukuran :

Rumus yang digunakan adalah :

$$\frac{\Sigma \text{ linen kehilangan}}{\Sigma \text{ linen total kirim}} \times 100\%$$

4. Implementasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu :

- Mencatata jumlah pengiriman linen dan penerimaan linen
- Rekapitulasi bulanan

III. Indikator : Ketepatan Delivery 100%

1. Definisi operasional :

Ketepatan waktu mengambil dan mengantar linen kotor dan linen bersih

- Jam pengambilan : 08.00 – 09.00 WIB
- Jam pengiriman : 15.00 – 16.00 WIB

2. Cara pengambilan dan pengolahan data :

Dalam mencari data tersebut format yang diperlukan :

- Format check list jam pengambilan linen kotor dan pengambilan linen bersih oleh pihak outsourcing.

3. Formula pengukuran :

Rumus yang digunakan adalah :

$$\frac{\Sigma \text{ delivery tepat waktu}}{\Sigma \text{ hari layanan}} \times 100\%$$

4. Implementasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu :

- Mencatat waktu pengambilan linen kotor dan pengembalian linen bersih
- Rekapitulasi bulanan.

5. Penanggung jawab :

- o Pelaksana Verifikasi :
- o Pengolahan data :
- o Pengambilan sampel :
- o Rapat evaluasi TKS dan tindak lanjut :



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

U. UNIT : PPL

1. **Indikator** : Ketepatan pelaksanaan anggaran sesuai dengan perencanaan
98 %

2. **Definisi operasional** :

Ketepatan adalah kesesuaian baik dalam volume, waktu dan kondisi dari kegiatan yang direncanakan dengan realisasi pelaksanaan di sub bagian keuangan yang dinyatakan melalui evaluasi oleh pimpinan satuan kerja melalui tim pemeriksaan internal yang dilakukan secara periodik setiap 3 bulan

3. **Cara pengambilan dan pengolahan data** :

Data di ambil dengan cara mengumpulkan laporan realisasi pembayaran serta realisasi SPM dari bendahara pengeluaran dan berita acara penerimaan dari panitia penerima, pada setiap kegiatan pengadaan barang

4. **Formula pengukuran** :

$$N = \frac{X-2}{X} \times 100\%$$

$$N = \frac{Y}{X} \times 100\%$$

5. **Implementasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu** :

Diambil selama 1 minggu, setiap 3 bulan pada minggu pertama bulan ke empat, sesuai dengan target pencapaian.

6. **Penanggung jawab** :

- o Pelaksana Verifikasi :
- o Pengolahan data :
- o Pengambilan sampel :
- o Rapat evaluasi TKS dan tindak lanjut :

V. UNIT : DIKLAT

I. **Indikator** : Pegawai mendapatkan pelatihan selama 10 hari/tahun



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

1. Definisi operasional :

Pelatihan pegawai yang dilakukan di dalam dan di luar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang yang terkait dengan kompetensi.

2. Cara pengambilan dan pengolahan data :

- a. Setiap bulan (12) / tahun
- b. Diambil di bagian kepegawaian setiap bulan

3. Formula pengukuran :

Rumus :

$$\text{Pelatihan} = \frac{\sum \text{Pelatihan yang diikuti}}{\sum \text{Pelatihan yang ada}} \times 100 \%$$

4. Implementasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu :

- a. Setiap bulan sesuai kebutuhan
- b. Target pencapaian 80 % selama 1 tahun

5. Penanggung jawab : Ketua Diklat

W. UNIT : KESWAMAS

I. Indikator : Pencapaian volume kegiatan penyuluhan 90 %

1. Definisi Operasional :

Penyuluhan Kesehatan Jiwa Masyarakat adalah upaya memberdayakan individu, kelompok dan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatan jiwa masyarakat yang dilaksanakan dimasyarakat dengan menitikberatkan upaya promotif dan preventif tanpa melupakan upaya kuratif dan rehabilitatif melalui peningkatan pengetahuan, kemauan dan kemampuan, serta mengembangkan iklim yang mendukung, yang dilakukan dari, oleh dan untuk masyarakat, sesuai dengan sosial budaya dan kondisi setempat.

(Diadaptasi dari TPKJM. 2003 : 11, PKMRS RSUD Dr. Sutomo 2001:3)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2. Cara Pengumpulan Data :

- a. Laporan realisasi kegiatan penyuluhan ekstern dari anggaran proyek tahun 2005.
- b. Laporan kegiatan penyuluhan eksternal dari anggaran rutin tahun 2005
- c. Laporan kegiatan penyuluhan intern

3. Formula Pengukuran :

$$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target Penyuluhan}} \times 100 \%$$

$$\frac{N}{\sum x} \times 100 \% = \dots\dots\dots \%$$

4. Implementasi :

Data diambil dari hasil laporan realisasi kegiatan penyuluhan eksternal, penyuluhan eksternal dari anggaran rutin dan penyuluhan internal

II. Indikator : Pelaksanaan pelayanan integrasi keswa 75%

1. Definisi Operasional :

Pelayanan integrasi kesehatan jiwa adalah upaya peningkatan pengetahuan dan ketrampilan dokter / perawat / petugas lain serta pemberian pelayanan langsung bagi pelanggan pada institusi pasangan (RSUD, Puskesmas, Panti dll) dalam bidang promosi, prevensi serta terapi dan rehabilitasi yang dilakukan oleh tenaga ahli dari RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang (Psikiater, Psikolog, Pekerja Sosial dan tenaga kesehatan lain) yang dilakukan secara kontinyu dan berkelanjutan.

(Diadaptasi dari : TPKJM 2003 : 35)

2. Cara Pengumpulan Data :

Diambil dari laporan hasil kegiatan pelayanan integrasi ke BRSD Kepanjen, Panti Rehabilitasi Sosial Pasuruan dan Puskesmas Rejoso Nganjuk

3. Formula Pengukuran :

$$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target Penyuluhan}} \times 100 \%$$

$$\frac{N}{\sum x} \times 100 \% = \dots\dots\dots \%$$



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

$\sum x$

4. Implementasi :

Data diambil dari hasil laporan hasil kegiatan pelayanan integrasi ke BRSD Kepanjen, Panti Rehabilitasi Sosial Pasuruan dan Puskesmas Rejoso Nganjuk

5. Penanggung jawab :

- o Pelaksana Verifikasi :
- o Pengolahan data :
- o Pengambilan sampel :
- o Rapat evaluasi TKS dan tindak lanjut :

X. UNIT : SEMUA UNIT

1. Indikator : Kepuasan pelanggan

2. Definisi operasional :

Kepuasan pelanggan adalah ungkapan perasaan puas dari pelanggan tentang produk pelayanan kesehatan yang sesuai dengan harapan dan keinginan pelanggan, yang dinyatakan melalui penilaian oleh pelanggan terhadap obyek penilaian dalam item survey kepuasan yang dilakukan secara periodik selama 1 minggu untuk setiap 3 bulan.

3. Cara pengambilan dan pengolahan data :

Data diambil dengan cara menyebarkan angket yang meliputi aspek kecepatan pelayanan dan penanganan pengunjung, setiap sikap dari petugas kepada pengunjung. Responden yang dipilih adalah pengunjung PKJ (pasien yang sudah kooperatif dan keluarga pasien yang mengantar) pada saat survey diadakan.

4. Formula pengukuran :

$$\text{Kepuasan pelanggan} = \frac{\text{Jumlah } fX}{N (fx)} \times 100 \%$$

Keterangan :

f = frekuensi

X = skor item

x = total item



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

n = total sampel

5. Implementasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu :

Data diambil selama 1 minggu, setiap 4 bulan sesuai dengan target pencapaian pasien rawat jalan dan keluarga pasien yang mengantar.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

BAB VII
STRATEGI PENCAPAIAN INDIKATOR
RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

1. UNIT : PKJ

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
1. Kesesuaian diagnosis dan terapi 90%	<ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi dan anamnesa2. Pemeriksaan pasien sesuai prosedur dokter3. Pemeriksaan penunjang sesuai prosedur4. menentukan diagnosa kerja5. memberikan terapi sesuai prosedur klinis6. rekomendasi sesuai diganosa pasien7. Follow up pasien8. Pencatatan lengkap dalam rekam medis dan register layanan9. Penentuan prognosa (kesembuhan seluruh kasus yang dipantau)10. Evaluasi seluruh kasus yang dipantau setiap bulan dengan pedoman klinis yang digunakan11. Pencatatan kasus-kasus yang ditangani tidak sesuai, tidak sembuh atau terjadi komplikasi secara harian	<ul style="list-style-type: none">- Rekam medis- Rekam medis- Format hasil laboratorium dan RO- Rekam medis- Rekam medis- Rekam medis- Rekam medis- Register layanan- Evaluasi (rangkuman) harian- Laporan bulanan	<ul style="list-style-type: none">- Dokter poli klinik- Dokter poli klinik- Petugas penunjang medis (lab & RO)	<ul style="list-style-type: none">- CR. Terhadap klinik 100%- CR. Terhadap prosedur 100%- 100 % terisi lengkap- 100 % register terisi lengkap



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
		- Buku catatan layanan tidak sesuai	Ka. Unit rawat jalan	- 90% diagnosa dan terapi sesuai
2. Waktu layanan poli klinik 30 menit	12. Dilakukan pertemuan untuk mencari solusi ketidaksesuai dignosa dan terapi kasus yang dipantau 13. Melakukan tindak lanjut hasil pertemuan dan monitoring secara keterbukaan dan intern 14. Melakukan internal audit 1. Registrasi penerimaan 2. Menerima kelengkapan dokumen (lembar poli klinik dan ringkasan klinik) 3. Identifikasi dan anamnesa 4. Pemeriksaan pasien Fisik Psikiatri 5. Pemeriksaan penunjang Laboratorium	Format tindakan perbaikan laporan audit Buku registrasi Lembar poli klinik Lembar ringkasan poli klinik Lembar ringkasan poli klinik & Lembar poli klinik Lembar poli klinik Blanko konsul, Registrasi konsul,	Ka. Unit rawat jalan Komite medis Ka. Unit rawat jalan Ketua SPI bagian rekam medis Administrasi PKJ Perawat Dokter Dokter Perawat	100% CAR dilaksanakan tidak ada temuan mayor 100% registrasi terisi lengkap 100% kelengkapan dokumen medis sesuai 100% lembar poli klinik terisi lengkap 100% lembar poli



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA**

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
	Radiologi Psikologi 6. Menentukan diagnosa 7. Memberikan terapi (resep dan registrasi)	Formulir laboratorium, Formulir radiologi, Formulir PPDGJ Standar pedoman diagnosa dan terapi Blanko resep, buku registrasi pedoman terapi	Dokter Perawat Petugas penunjang medis Dokter Dokter Perawat	klinik terisi lengkap 100% kesesuaian hasil pemeriksaan penunjang medis dengan gejala klinis 10% lembar formulir terisi lengkap 100% sesuai dengan terapi dengan standar pedoman diagnosa dan terapi
	8. Rekomendasi (diregistrasi, rujukan, rawat inap & pulang) 9. Follow up pasien (efek samping obat, keteraturan control ADL, gangguan klinis)	Surat masuk (MRS) rujukan, surat keterangan, surat istirahat Lembar poli klinik, lembar efek samping Lembar poli klinik	Dokter Perawat Dokter Perawat	100% surat MRS, rujukan, keterangan terisi lengkap 100% poli klinik terisi lengkap



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
Kepuasan pelanggan	<p>10. Pencatatan lengkap dalam rekam medis kegiatan layanan</p> <p>11. Penentuan prognose</p> <p>1. Penerimaan Monitor waktu layanan pelayanan sesuai nomor unit karcis pemilahanan sesuai kondisi</p> <p>2. Pemeriksaan Cermat Tepat Akurat Lengkap Terampil</p>	<p>Lembar poli klinik bias dibuat prognose</p> <p>Register tensi, nadi, temperature Kuisisioner Blanko isian kotak saran</p>	<p>Administrasi PKJ Perawat PKJ</p> <p>Dokter Perawat</p>	<p>100% kesesuaian prognose dengan kondisi pasien 100% sesuai register 100% pengelompokan sesuai dengan diagnosa akhir</p> <p>100% status terisi lengkap</p> <p>Ucapan terima kasih : bingkisan Identifikasi keluhan :</p> <ul style="list-style-type: none">• Perubahan perilaku petugas



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
				<ul style="list-style-type: none">• Pemberian penyuluhan individu & kelompok• Frekwensi survey• Hasil & pujian
	3. Pengelolaan kotak saran 4. Penanganan keluhan pelanggan	Blanko isian Kuisisioner keluhan pelanggan	Ka. UPF PKJ <ul style="list-style-type: none">• Ka. UPF PKJ• Perawat	Setiap bulan sekali : <ul style="list-style-type: none">• Data kotakm saran diolah• Data dipresentasikan Setiap bulan sekali : <ul style="list-style-type: none">• Dilakukan survey keluhan pelanggan• Diolah dan dipresentasikan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2. UNIT : POLI UMUM

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
1. Kesesuaian diagnosis dan terapi 90%	<ul style="list-style-type: none">• Identifikasi dan anamnesa• Pemeriksaan pasien sesuai dengan prosedur klinis• Pemeriksaan penunjang sesuai prosedur klinis• Menentukan diagnosa kerja• Membereikan terapi sesuai prosedur klinis• Rekomendasi sesuai diagnosa pasien• Follow up pasien• Pencatatan lengkap dalam rekam medis dan register layanan• Penentuan prognosa (kesembuhan seluruh kasus yang dipantau)• Evaluasi seluruh kasus yang dipantau tiap bulan dengan pedoman klinis yang digunakan• Pencatatan kasus-kasus yang ditangani tidak sesuai, tidak	<ul style="list-style-type: none">• Rekam medis• Rekam medis • Format hasil lab & RO • Rekam medis• Rekam medis • Rekam medis • Rekam medis• Register layanan • Evaluasi (rangkuman) harian • Laporan bulanan • Buku catatan layanan	<ul style="list-style-type: none">• Dokter poli klinik• Dokter poli klinik • Petugas penunjang medis (Lab & RO) • Ka. Unit rawat jalan	<ul style="list-style-type: none">• CR terhadap klinis 100%• CR terhadap prosedur 100% • 100% sttus terisi lengkap• 100% registrasi lengkap • 90% diagnosa dan terapi sesuai



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
	sembuh atau terjadi komplikasi secara harian.			
2. Waktu pelayanan poliklinik 15 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Dilakukan pertemuan untuk meTKSi solusi ketidaksesuaian diagnosa dan terapi kasus yang dipantau • Melakukan tindak lanjut hasil pertemuan dan monitoring secara keterbukaan dan intern • Melakukan audit internal • Registrasi penerimaan • Memeriksa kelengkapan dokumen medik (lembar poli klinik dan ringkasan klinik) • Identifikasi dan anamnesa • Pemeriksaan pasien (fisik) • Pemeriksaan penunjang <ul style="list-style-type: none"> - Laboratorium - Radiology 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak sesuai • Format tindakan perbaikan • Laporan audit • Buku registrasi • Lembar poli klinik, Lembar ringkasan poli klinik • Lembar poli klinik • Lembar poli klinik • Blango konsul, Registrasi konsul, Formulir lab, Formulir radiologi 	<ul style="list-style-type: none"> • Ka. Unit rawat jalan, komite medik • Ka. Unit rawat jalan • Ketua SPI bagian medis • Administrasi PKU • Perawat • Dokter • Dokter • Dokter, perawat, petugas penunjang medik 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% CAR dilaksanakan tidak ada temuan mayor • 100% registrasi terisi lengkap • 100% kelengkapan medik sesuai • 100% lembar poli klinik terisi lengkap • 100% kesesuaian hasil pemeriksaan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
	<ul style="list-style-type: none"> - Psikologi • Menentukan dignosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Standar pedoman diagnosa dan terapi 		<ul style="list-style-type: none"> penunjang medis dengan gejala klinis • 100% lembar formulir terisi lengkap • 100% sesuai dengan standar pedoman diagnosa dan terapi
3. Kepuasan pelanggan	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan terapi (resep dan registrasi) • Follow up pasien • Pencatatan lengkap dalam rekam medis kegiatan layanan • Penentuan diagnosa • Penerimaan : <ul style="list-style-type: none"> - Monitoring waktu layanan - Pelayanan sesuai nomor urut 	<ul style="list-style-type: none"> • Blanko resep, Buku registrasi, Pedoman terapi • Lembar poli klinik, Lembar efek samping • Lembar poli klinik • Lembar poli klinik bisa dibuat prognose 	<ul style="list-style-type: none"> • Dokter, Perawat • Dokter, Perawat • Dokter • Administrasi PKU, perawat PKU 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% lembar poli klinik terisi lengkap • 100% lembar poli klinik terisi lengkap • 100% keseuaian prognose dengan kondisi pasien



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
	<p>karcis - Pemilahan sesuai kondisi</p> <ul style="list-style-type: none">• Pemeriksaan :<ul style="list-style-type: none">- Cermat- Tepat- akurat- Lengkap- Terampil• Pengelolaan kotak saran• Survey kepuasan pelanggan	<ul style="list-style-type: none">• Register tensi, nadi, temperature• Kuisisioner, blanko isian kotak saran	<ul style="list-style-type: none">• Dokter, Perawat	<ul style="list-style-type: none">• 100% sesuai registrasi • 100% status terisi lengkap • Perubahan perilaku petugas• Pemberian penyuluhan individu dan kelompok



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

3. UNIT : POLI GIGI

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
1. Kesesuaian diagnosa dan terapi 90%	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi dan anamnesa • Pemeriksaan pasien sesuai dengan prosedur klinis • Pemeriksaan penunjang sesuai prosedur klinis • Menentukan diagnosa kerja • Memberikan terapi sesuai prosedur klinis • Rekomendasi sesuai diagnosa pasien • Follow up pasien • Pencatatan lengkap dalam rekam medik dan register layanan • Penentuan prognosa (kesembuhan seluruh kasus yang dipantau) • Evaluasi seluruh kasus yang dipantau tiap bulan dengan pedoman klinis yang digunakan • Pencatatan kasus-kasus yang ditangani tidak sesuai, tidak sembuh atau terjadi komplikasi secara harfiah 	<ul style="list-style-type: none"> • Rekam medik • Rekam medik • Format hasil laboratorium dan rontgen dental • Rekam medik • Rekam medik • Rekam medik • Rekam medik • Rekam medik dan register • Rekam medik • Rekam medik • Buku catatan layanan tidak sesuai 	<ul style="list-style-type: none"> • Dokter gigi • Dokter gigi • Tenaga laboratorium dan radiologi • Dokter gigi • Dokter gigi • Dokter gigi • Dokter gigi • Dokter gigi • Dokter gigi • Dokter gigi • Ka. Unit 	<ul style="list-style-type: none"> • CR terhadap prosedur klinis 100% • CR terhadap prosedur klinis 100% • Hasil RO diposisikan baik • 100% terisi lengkap • 100% terisi lengkap • 100% terisi lengkap • 100% terisi lengkap • 100% status terisi lengkap • 100% status terisi lengkap • 100% terpantau



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA**

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
	<ul style="list-style-type: none"> Dilakukan pertemuan untuk mencari solusi ketidaksesuaian diagnosa dan terapi kasus yang dipantau 	<ul style="list-style-type: none"> Notulen rapat 	<ul style="list-style-type: none"> Ka. Unit 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnosa dan terapi sesuai prosedur kerja
<p>2. Waktu layanan poli gigi</p>	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan tindak lanjut hasil pertemuan dan monitoring secara keterbukaan dan intern Melakukan internal audit Registrasi penerimaan Memeriksa kelengkapan dokumen medik Pemeriksaan pasien Pemeriksaan penunjang : <ul style="list-style-type: none"> - Laboratorium - Radiologi Menegakkan diagnosa Melakukan terapi Rekomendasi Follow up pasien 	<ul style="list-style-type: none"> Format tindakan perbaikan Laporan audit Buku registrasi Map, lembar status Blanko konsul, register konsul, formulir lab dan formulir radiologi Lembar status, standard an pedoman diagnosa Blanko resep, buku registrasi, pedoman terapi Surat ijin & surat keterangan Lembar status 	<ul style="list-style-type: none"> Ka. Unit Ka. Unit Kepala SPI Administrasi poli gigi Perawat Dokter gigi Dokter gigi Dokter gigi Dokter gigi Dokter gigi dan perawat gigi 	<ul style="list-style-type: none"> 100% permintaan perbaikan dilaksanakan 100% registrasi terisi lengkap 100% kelengkapan dokumen medis 100% kesesuaian hasil lab & radiology di gejala klinis 100% status terisi lengkap dan sesuai standard an pedoman diagnosa & terapi



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
3. Kepuasan pelanggan	<ul style="list-style-type: none"> • Efisiensi waktu pelayanan • Ketepatan waktu • Pelayanan yang ramah serta selalu siap menolong 	<ul style="list-style-type: none"> • Lembar absent • Buku bacaan, permainan 	<ul style="list-style-type: none"> • Dokter gigi dan perawat gigi • Dokter gigi dan perawat gigi 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% surat keterangan terisi lengkap
	<ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan untuk tanggap dalam menghadapi masalah yang timbul • Kemampuan cepat tanggap terhadap keluhan yang disampaikan pelanggan • Pengetahuan dan kecapakan medis atau paramedik • Melakukan komunikasi yang efektif di hadapan pelanggan • Memberikan perhatian individu kepada pelanggan • Bertanggung jawab terhadap kenyamanan dan keamanan pelanggan • Keberhasilan dan kerapian ruangan • Penataan exterior dan interior yang baik 	<ul style="list-style-type: none"> • Terampil dalam melaksanakan tugasnya di hadapan pasien • Dialog sampai menemukan penyebab keluhan pasien • Jalan menuju ke poli gigi tidak membahayakan dan nyaman • Ada cleaning service • Ada ruang tunggu • Peralatan ditata rapi sesuai aturan 	<ul style="list-style-type: none"> • Dokter gigi dan perawat gigi • Dokter gigi dan perawat gigi • Dokter gigi dan perawat gigi • Dokter gigi • Satpam • Tenaga cleaning service • Dokter gigi dan perawat gigi 	<ul style="list-style-type: none"> •



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

4. UNIT : PSIKOLOGI

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
1. Keseragaman laporan psikologi 75%	<ul style="list-style-type: none">• Identifikasi bentuk laporan psikologi yang sesuai dengan tujuan pemeriksaan• Menentukan bentuk laporan yang disepakati oleh tim psikologi• Koordinasi/soasialisasi bentuk laporan• Menyiapkan sarana & prasarana pembuatan laporan• Pembuatan laporan • Evaluasi• Rencana tindak lanjut	<ul style="list-style-type: none">• Blanko masukan • Blanko laporan psikologi• Daftar hadir notulen • Blanko kebutuhan pembuatan laporan • Blanko evaluasi • Format tindakan kebaikan	<ul style="list-style-type: none">• Koordinator psikologi • Koordinator psikologi• Koordinator psikologi • Bagian administrasi poli psikologi• Pemeriksa/ psikologi • Koordinator psikologi • Pemeriksa/ psikologi	<ul style="list-style-type: none">• 100% masukan teridentifikasi • 100% tersedia blanko psikologi• 100% sepakat • 100% tersedia peralatan untuk pembuatan laporan• 75% laporan seragam. Kertas kwarto, spasi 1.5, besar tulisan 12, jenis time roman• 75% dilaksanakan dengan sempurna• 100% dilaksanakan perbaikan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

5. UNIT : UGD

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
1. Kecepatan penanganan di UGD	<ul style="list-style-type: none">• Mengidentifikasi pasien• Penanganan pasien sesuai prosedur klien• Anamnesa• Pemeriksaan status fisik• Pemeriksaan status mental• Penetapan diagnosa• Pemberian terapi• Observasi• Reforming berkala petugas untuk tindakan emergency• Time motion study untuk respon time• Tindak lanjut time motion study respon time	<ul style="list-style-type: none">• Rekam medis• Format lembar UGD/poli klinik • Format diagnosa PPDGJ 3 • Format ringkasan riwayat Penyakit klinik • Format resume keperawatan	<ul style="list-style-type: none">• Perawat • Dokter• Dokter• Dokter• Dokter• Dokter• Perawat• Perawat • Dokter • Dokter	<ul style="list-style-type: none">• CR sesuai standar 100% • Kelengkapan 100% pengisian status 0% • Kesesuaian pengobatan dengan penyakit 100%• 100% intensif maksimal selama 24 jam



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

6. UNIT : RAWAT INAP (SMF AR, MO, DUL, IPCU)

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
1. Kesesuaian diagnosa dan terapi 90%, keperawatan 90%, kelengkapan dokumentasi askep sesuai dengan juknis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi dan anamnesa medis psikiatrik 2. Pemeriksaan pasien sesuai prosedur klinis 3. Pemeriksaan penunjang sesuai prosedur klinis 4. Menentukan diagnosa kerja (medis dan keperawatan) 5. Memberikan terapi sesuai prosedur klinis 6. Rekomendasi sesuai diagnosa pasien 7. Follow up pasien 8. Pencatatan lengkap dalam rekam medik dan register layanan 9. Penentuan prognosa (kesembuhan seluruh kasus yang dipantau) 10. Evaluasi seluruh kasus yang dipantau tiap bulan dengan pedoman klinis yang digunakan 	<ul style="list-style-type: none"> • Rekam medik • Rekam medik • Format hasil lab, ro, psikologi • Rekam medik • Rekam medik • Rekam medik • Rekam medik – lembar perkembangan • Rekam medik • Rekam medik • Laporan bulanan • Buku catatan/format 	<ul style="list-style-type: none"> • Dokter ruangan • Dokter ruangan • Petugas penunjang medis (lab, ro, psikologi) • Dokter & perawat ruangan • Dokter & perawat ruangan • Dokter ruangan • Dokter & perawat ruangan • Dokter & perawat ruangan • Dokter ruangan 	<ul style="list-style-type: none"> • CR terhadap klinis 100% • CR terhadap prosedur 100% • 100% status terisi lengkap • 90% diagnosa dan



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
	11. Pencatatan kasus-kasus yang ditangani tidak sesuai, tidak sembuh atau terjadi komplikasi secara harian	layanan tidak sesuai	<ul style="list-style-type: none"> • Dokter & perawat ruangan • Dokter & perawat ruangan 	terapi sesuai untuk kasus yang dipantau
1. 15 hari MRS pasien masuk kegiatan rehabilitasi	12. Dilakukan pertemuan untuk mencari solusi ketidaksesuaian diagnosa & terapi kasus yang dipantau 13. Melakukan tindak lanjut hasil pertemuan dan monitoring secara keterbukaan dan intern 14. Melakukan internal audit 1. Observasi/ evaluasi masing-masing pasien 2. Pencatatan observasi/ evaluasi (perkembangan) masing-masing pasien hari ke-0 dan setiap hari ke-7 pada lembar evaluasi dokter dan lembar evaluasi perawat : a. Hari ke-0	<ul style="list-style-type: none"> • Catatan pertemuan • Format tindakan perbaikan • Laporan audit • Format evaluasi pasien 	<ul style="list-style-type: none"> • Ka. UPF, dr. Psikiater ruangan, Ka.ru, perawat dan petugas lain • Komite fungsi • Tim ISO/SPI • Dokter ruangan & perawat ruangan 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% CAR dilaksanakan • Tidak ada temuan mayor • 100% pasien evaluasi lengkap : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien akut tiap hari - Pasien kronis tiap 2 minggu



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
2. Infeksi nosokomial < 9%	<ul style="list-style-type: none">b. Hari ke-7c. Hari ke-14d. Hari ke-21e. Hari ke-28 dsb <ul style="list-style-type: none">3. Analisa pasien yang tidak menunjukkan perbaikan4. Pertemuan untuk mencari solusi5. Melakukan tindak lanjut <ul style="list-style-type: none">1. Pencatatan semua kasus infeksi nosokomial (TBC, penyakit kulit, diare, luka akibat fiksasi)	<ul style="list-style-type: none">• Buku catatan diagnosa psikiatris dan diagnosa medis umum	<ul style="list-style-type: none">• Dokter, psikiater ruangan, Ka. Ru, perawat ruangan• Ka. Ruangan, dokter ruangan	<ul style="list-style-type: none">• 100% pasien menunjukkan perbaikan (nilai > 25) dan layak rehabilitasi pada minggu ke-2• 100% registrasi lengkap
	<ul style="list-style-type: none">2. Pengobatan sesuai prosedur klinis3. Evaluasi pengobatan	<ul style="list-style-type: none">• Rekam medik• Prosedur klinis• Rekam medik	<ul style="list-style-type: none">• Dokter ruangan, perawat ruangan• Dokter ruangan, perawat ruangan• Ka. UPF, dokter dan	<ul style="list-style-type: none">• 100% kasus infeksi nosokomial diobati sesuai prosedur klinis (medis dan keperawatan)• Infeksi nosokomial 9% dari seluruh pasien rawat inap (per ruangan, untuk



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
<p>3. Kepuasan pelanggan 90%</p>	<p>4. Tindakan pencegahan</p> <p>Survey kepuasan pelanggan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pembuatan format kepuasan pelanggan 2. Penyebaran format kepada pasien yang sudah kooperatif 3. Pengisian format kepuasan pelanggan oleh pasien 4. Kompilasi format yang telah diisi 5. Analisa kepuasan pelanggan 6. Informasi hasil analisa ke ruangan 7. Tindakan perbaikan dan pencegahan <p>Pembuatan kotak saran :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pembuatan kotak saran 2. Pembukaan kotak saran 3. Analisa kotak saran 4. Informasi hasil analisa ke ruangan 5. Tindakan perbaikan dan pencegahan 	<ul style="list-style-type: none"> • Format kepuasan pelanggan • Format kepuasan pelanggan • Format terisi • Catatan analisa • Catatan informasi • Kotak saran ada • Catatan analisa kotak saran • Catatan informasi 	<p>perawat ruangan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ka. UPF • Ka. Ruangan • Ka. Ruangan & perawat ruangan • Ka. UPF • Seluruh petugas ruangan • Ka. Ruangan • Ka. UPF/ SPI • Ka. UPF/ SPI • Seluruh petugas ruangan/ RS 	<p>masing-masing penyakit)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adanya ruang isolasi, ada desinfeksi, ada masker • Format tersedia di seluruh ruangan inap • 100% pasien kooperatif mendapat format • 100% kompilasi lengkap • 90% pelanggan puas (nilai baik dan sangat baik) • 100% CAR dilaksanakan • Kotak saran ada dan terpasang



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
				<ul style="list-style-type: none"> • 100% kotak saran dibuka dan isi dianalisa tiap 3 bln • 100% hasil diinformasikan • 100% CAR dilaksanakan

7. UNIT : SMF NAPZA

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung Jawab	Indikator Kinerja
1. Skala Cina \leq pada perawatan hari ke 4	<p>P:Identifikasi pasein napza</p> <ul style="list-style-type: none"> * Jenis zat yang dipakai * Tanggal pemakaian terakhir dan dosis yang digunakan * Kebiasaan withdrawal sebelum masuk ruma sakit <p>D:* Observasi tanda-tanda vital dan fisik pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> *Observasi tanda-tanda fisik : head to toe * Hitung skala cina <p>C:*Dipastikan skala cina sesuai dengan</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Form skala Cina ▪ Buku skala Cina ▪ Buku observasi tanda-tanda vital 	Animah, AMK	80% pasien detoxifikasi dengan skala CINA



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

	<p>gejala withdrawal tanda-tanda vital dan fisik pasien *Dipastikan tanda-tanda vital sesuai dengan kondisi dengan kondisi pasien</p> <p>A: *Observasi tanda-tanda vital (TD, ND, SH, RR) dilakukan dan melakukan penghitungan skala cina * Penilaian kelayakan untuk home leave</p>			
<p>2. Keberhasilan rehabilitasi napza 50% dapat menjalani program 3 bulan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan spot check sesuai prosedur • Pemeriksaan fisik dan mental sesuai prosedur klinis • Pelaksanaan askep napza sesuai prosedur • Menentukan diagnosa kerja • Menentukan rencana pelaksanaan sesuai dengan prosedur • Pelaksanaan rehabilitasi napza sesuai dengan jadwal & prosedur • Follow up layanan 2 minggu sekali • Evaluasi kasus • Pelaksanaan konseling keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> • Berita acara spot check • Rekam medik • Lab,roentgen, hasil pemeriksaan psikologi • Status • Status • Progress report • RM & Progress report 	<ul style="list-style-type: none"> • Satpam dan perawat • Dokter dan perawat • Pemeriksaan penunjang • Dokter dan perawat • Tim profesi • Tim profesi • Tim profesi • Psikolog dan psikiater • Psikolog dan psikiater 	<ul style="list-style-type: none"> • Kepatuhan pelanggan eksternal 100% • Tingkat kemampuan petugas 100% • Keakuratan 100% • Keakuratan 100% • Keakuratan 100% • Kepatuhan klien terhadap program 100% • Ketepatan 100% • Pulang paksa turun 20%
<p>3. Los detox 10 hari</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan askep • Merencanakan program yang tepat • Pelaksanaan program detoxsesuai 	<ul style="list-style-type: none"> • Progress report • Progress report 	<ul style="list-style-type: none"> • Ka.ru dan perawat ruangan • Psikiater 	<ul style="list-style-type: none"> • Konseling 2 bulan



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

<p>4. Angka infeksi nosokomial di ruang napza < 5 %</p>	<p>prosedur klinis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketersediaan obat • Kebersihan lingkungan • Pengelolaan alat linen • Sterilisasi alat-alat kedokteran 	<ul style="list-style-type: none"> • Lembar askep • Rekam medik • Progress report • SIM farmasi • Check list • Check list • Buku catatan sterilisasi/tabel 	<ul style="list-style-type: none"> • Psikiater • Ka. Instalasi farmasi • Koordinator cleaning service dan perawat • Petugas laundry • Perawat ruangan 	<p>sekali</p> <ul style="list-style-type: none"> • 90% askep ruangan terisi • China score < 5 • Kepuasan pelanggan eksternal • Kepatuhan pelanggan internal & eksternal 100% • Intruksi kerja laundry • ntruksi kerja sterilisasi
	<ul style="list-style-type: none"> • Penyediaan tempat sampah (sampah medis & non medis) • Penyediaan sarana dan prasarana kebersihan • Pencatatan semua kasus nosokomial (HIV/AIDS) • Pengobatan sesuai dengan prosedur klinis • Deteksi ruangan & alat-alat • Pengendalian samapah medis • Persyaratan pengunjung • Pemantauan dari kasus 	<ul style="list-style-type: none"> • Slogan tentang kebersihan • Daftar inventaris • Buku catatan dx medis psikiatri dan dx umum 	<ul style="list-style-type: none"> • Perawat ruangan • Ka. Ruangan • Ka. Ru & dokter ruangan 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 R • Tidak ada temuan sampah • 100% kasus infeksi nosokomial diobati sesuai dengan prosedur klinis



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA

8. UNIT : FISIOTERAPI

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
<p>1. Ketepatan diagnosa dan tindakan 90%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Membaca surat permintaan dokter untuk Fisioterapi • Melakukan anamnese • Memeriksa penderita • Menentukan modalitas fisioterapi sesuai dengan diagnosa dan indikasi • Persiapan melakukan fisoterapi • Melakukan fisoterapi sesuai instruksi kerja • Memonitor keluhan penderita selama dan setelah dilakukan fisoterapi • Dokumentasi hasil kemajuan kondisi penderita setelah dilakukan fisoterapi • Menjelaskan terapi home program • Proses tindak lanjut : <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor pelaksanaan terapi home program - Melakukan pengecheckan alat fisioterapi sebelum digunakan - Mengusulkan kalibrasi alat secara rutin sesuai kebutuhan - Mengubah program terapi sesuai 	<ul style="list-style-type: none"> • Surat pengantar fisoterapi • Status penderita • Status penderita • Buku literatur • Buku prosedur kerja • Buku prosedur kerja • Status penderita • Status penderita • Blangko standart evaluasi • Status penderita • Status penderita • Check list • Blangko usulan 	<ul style="list-style-type: none"> • Dokter Rehab Medik • Dokter Rehab Medik • Dokter Rehab Medik • Dokter Rehab Medik • Fisioterpist • Fisioterpist • Fisioterpist • Fisioterpist • Fisioterpist • Fisioterpist • Fisioterpist • Fisioterpist • Fisioterpist 	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % dibaca • 100 % dianamnese • 100 % diperiksa • 100 % sesuai • 100 % siap • 100 % dilakukan • 100 % dimonitor • 100 % dicatat • 100 % Px jelas • 100 % termonitor • 100 % diceck • 100 % terkalibrasi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
	dengan kondisi yang diharapkan - Melakukan konsultasi kepada dokter yang mengirim	<ul style="list-style-type: none"> Status penderita Surat konsul 	<ul style="list-style-type: none"> Dokter Rehab Medik Dokter Rehab Medik 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % sesuai 100 % dikonsulkan
2. Ketepatan diagnosa dan tindakan 90%	<ul style="list-style-type: none"> Identifikasi penderita Waktu tunggu pasien sampai dilayani max. 15 menit Memberikan kenyamanan terhadap pasien selama dilakukan fisioterapi Komunikasi dengan penderita Keramahan dalam pelayanan Menjaga kebersihan dan kerapihan alat dan ruangan fisioterapi Menampung keluhan pelanggan Proses tindak lanjut : <ul style="list-style-type: none"> Memperbaiki kinerja yang kurang bagus Mengusulkan kalibrasi alat Survey kepuasan pelanggan Pengelolaan kotak saran 	<ul style="list-style-type: none"> Buku data px fisioterapist Blangko layanan Lembar kuisisioner Lembar kuisisioner Lembar kuisisioner Check list Lembar kuisisioner Format perubahan Blangko usulan Lembar kuisisioner Lembar kuisisioner 	<ul style="list-style-type: none"> Fisioterapist Fisioterapist Fisioterapist Fisioterapist Fisioterapist Fisioterapist Fisioterapist Fisioterapist Fisioterapist Fisioterapist Fisioterapist 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % ditulis 100 % dicatat 100 % diisi 100 % diisi 100 % diisi 100 % diisi 100 % diperbaiki 100 % terkalibrasi 100 % pelanggan puas 100 % dikelola



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA

9. UNIT : RADIOLOGI

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
1. Kegagalan pemotretan 10%	<ul style="list-style-type: none"> Membaca surat permintaan foto Menjelaskan persiapan penderita Persiapan melakukan foto Melakukan foto sesuai instruksi kerja Memproses foto sesuai instruksi kerja Mengecheck hasil foto <ul style="list-style-type: none"> Hasil foto jelek dilakukan pemotretan ulang Hasil foto bagus, penderita diperbolehkan pulang Proses tindak lanjut : <ul style="list-style-type: none"> Check expired data film Check kebersihan screen kaset Check kondisi kelemahan foto Check penyimpanan film Check penyimpanan hasil foto 	<ul style="list-style-type: none"> Surat pengantar foto Lembar persiapan foto Buku prosedur kerja Buku prosedur kerja Buku prosedur kerja Check list Check list Buku pendaftaran penderita Buku prosedur kerja Buku ekspedisi Buku ekspedisi 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografer Radiografer Radiografer Radiografer Radiografer Radiografer Radiografer Administrasi radiologi Radiografer Dr. Spesialis radiologi Administrasi radiologi Radiografer/administrasi 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % sesuai prosedur kerja 100 % sesuai prosedur kerja 100 % sesuai prosedur kerja 100 % sesuai prosedur kerja 100 % sesuai prosedur kerja 100 % sesuai prosedur kerja 100 % sesuai prosedur kerja 100 % dicheck 100% sesuai prosedur kerja 90% sesuai prosedur kerja 90% sesuai prosedur kerja 100% sesuai prosedur kerja 100% melakukan komunikasi
2. Kepuasan pelanggan	<ul style="list-style-type: none"> Identifikasi penderita Pelaksanaan melakukan foto diusahakan ± 30 menit 	<ul style="list-style-type: none"> Buku ekspedisi Buku ekspedisi 	<ul style="list-style-type: none"> Dr. Spesialis radiologi Administrasi radiologi Radiografer/administrasi 	<ul style="list-style-type: none"> 90% sesuai prosedur kerja 100% sesuai prosedur kerja 100% melakukan komunikasi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
	<ul style="list-style-type: none">• Pembacaan hasil foto ± max 2 hari• Pengambilan hasil foto ± max 2 hari• Komunikasi dengan penderita	<ul style="list-style-type: none">• Lembar kuisisioner		terhadap penderita
	<ul style="list-style-type: none">• Keramahan dalam pelayanan• Menampung keluhan pelanggan• Proses tindak lanjut :<ul style="list-style-type: none">- Memperbaiki kinerja yang kurang bagus• Survey kepuasan kepada pelanggan• Pengelola kotak saran	<ul style="list-style-type: none">• Lembar kuisisioner• Lembar keluhan pelanggan• Format perubahan• Lembar kuisisioner• Lembar kuisisioner	<ul style="list-style-type: none">• Radiografer/administrasi• Radiografer/administrasi• Radiografer/administrasi• Administrasi radiologi• Administrasi radiologi	<ul style="list-style-type: none">• 100% melakukan keramahan terhadap penderita• 100% merespon keluhan pelanggan• 100% bekerja dengan baik• 100% bekerja dengan baik



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

10. UNIT : E C T

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
1. Kegagalan pelaksanaan E C T 5%	<ul style="list-style-type: none"> Membaca surat pengantar Memeriksa penderita Persiapan penderita Pelaksanaan ECT Penilaian hasil pelaksanaan ECT Pengawasan efek samping Dokumentasi hasil ECT Melihat riwayat ECT Menilai kondisi penderita sebelum ECT Pengecheckan alat sebelum ECT 	<ul style="list-style-type: none"> Surat pengantar Status penderita Status penderita Status penderita Status penderita Status penderita Status penderita Status penderita Buku register 	<ul style="list-style-type: none"> Dokter Ruangan ECT Dokter Ruangan ECT Dokter Ruangan ECT Dokter Ruangan ECT Dokter Ruangan ECT Dokter Ruangan ECT Dokter Ruangan ECT Dokter Ruangan ECT Dokter Ruangan ECT Dokter Ruangan ECT Dokter Ruangan ECT Petugas administrasi 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % dibaca 100 % diperiksa 100 % diperiksa 100 % dilaksanakan 100 % dilaksanakan 100 % diawasi 100 % ditulis 100 % dibaca 100 % ditulis 100 % dicheck
2. Kepuasan Pelanggan 100%	<ul style="list-style-type: none"> Identifikasi penderita Waktu tunggu 30 menit Komunikasi dengan keluarga Komunikasi dengan perawat Keramahan dalam pelayanan Menampung keluhan Proses tindak lanjut : <ul style="list-style-type: none"> Memperbaiki kinerja Survey kepuasan 	<ul style="list-style-type: none"> Status penderita Buku register Lembar kuisisioner Lembar kuisisioner Lembar kuisisioner Lembar kuisisioner Form perubahan Kuisisioner 	<ul style="list-style-type: none"> Petugas administrasi Seluruh petugas Petugas administrasi Petugas administrasi Petugas administrasi Seluruh petugas Seluruh petugas Petugas administrasi 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % ditulis Blangko time Survey Blangko Kuisisioner diisi 100 % diisi 100 % lembar kuisisioner diisi 100 % lembar kuisisioner diisi



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
	pelanggan - Pengelolaan kotak saran	• Kuisisioner	• Petugas administrasi	• 100 % dilakukan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

11. UNIT : REHAB SOSIAL

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
<p>1. Penempatan pasien di Rehabilitasi 90% sesuai dengan hasil seleksi berdasarkan kemampuan dan minat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pasien • Mengirim blanko pengajuan seleksi ke ruangan • Pemberitahuan ke ruangan tentang jadwal seleksi dan jumlah penderita yang akan diseleksi • Melaksanakan seleksi melalui observasi • Wawancara pengkajian sosial psikologis dan psikologis • Penempatan pasien ke unit kerja sesuai bakat minat • Evaluasi hasil setelah pasien mengikuti kegiatan melakukan tindak lanjut hasil penempatan monitoring • Dilakukan audit internal 	<ul style="list-style-type: none"> • Data status pasien • Format blanko seleksi CMD 027 • Catatan seleksi pasien CMD 028 • Format blanko seleksi CMD 027 • Catatan seleksi pasien CMD 028 • Format blanko seleksi CMD 032 • Catatan DIPAM rehabilitasi CMD 039 • Format blanko seleksi CMD 032 • Laporan tindak lanjut • Laporan hasil kegiatan pada statistic dan pengembangan 	<ul style="list-style-type: none"> • Dokter ruangan • Tim seleksi • Tim seleksi • Tim seleksi • Tim seleksi • Tim seleksi • Psikolog • Ka UPF rehabilitasi • Tim seleksi 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% data pasien terisi • 100% blanko seleksi dikirim • 100% catatan seleksi terisi • 90% pasien bias ditempatkan di unit kerja rehabilitasi • 100% evaluasi bias dilakukan • 90% diseleksi ulang



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
2. Waktu pelayanan satu paket 14 kali tindakan, 75% pasien trampil dalam melakukan latihan kerja	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan seleksi pasien 1 tindakan Penempatan ke unit kerja okupasi terapi 5 tindakan Peningkatan kegiatan ke latker percobaan 4 tindakan 	<ul style="list-style-type: none"> Lembar pengiriman pasien CMD 027 Blanko penempatan pasien CMD 032 Catatan kehadiran CMD 058 	<ul style="list-style-type: none"> Tim seleksi Instruktur OT 	<ul style="list-style-type: none"> 100% CAR dilakukan temuan mayor 0% 100% dilakukan seleksi 90% pasien ditempatkan 100% dilakukan
	<ul style="list-style-type: none"> Evaluasi di latker percobaan Peningkatan kegiatan ke latker percobaan 4 tindakan Evaluasi hasil tindakan di latker pengarah Pencatatan lengkap tentang kegiatan yang diikuti pasien Evaluasi hasil setelah pasien melakukan kegiatan 1x tindakan Dilakukan audit internal 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluasi kegiatan OT CMD 033 Catatan peningkatan pasien Catatan kehadiran pasien CMD 058 Evaluasi vocational CMD 035 Evaluasi psikososial CMD 036 Evaluasi tindak lanjut Laporan audit 	<ul style="list-style-type: none"> Ka ruang OT Tim seleksi Instruktur latker Ka ruang latker Psikolog Ka UPF rehabilitasi 	<ul style="list-style-type: none"> 90% ditingkatkan ke latker 100% catatan kehadiran diisi 100% evaluasi dilakukan 100% dilakukan tindak lanjut CAR dilakukan 100% Temuan mayor 0%



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

12. UNIT : LABORATORIUM

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
1. Waktu pemeriksaan laboratorium	1. Identifikasi pasien 2. Rincian pembayaran pemeriksaan 3. Pembayaran 4. Persiapan pasien 5. Pengambilan sampel 6. Pemeriksaan 7. Hasil 8. Verifikasi hasil 9. Penyerahan hasil	7. Format permintaan pemeriksaan 8. Format rincian biaya pemeriksaan] 9. Kwitansi 10. Check list persiapan pasien 11. Label indentitas pasien 12. Check list pemeriksaan 13. Format 14. Check list hasil 15. Check list penyerahan hasil	7. Analis 8. Petugas administrasi 9. Petugas administrasi 10. Analis 11. Analis 12. Analis 13. Analis 14. Analis 15. Analis	7. 90% permintaan pemeriksaan dapat dilayani 8. 100% kepatuhan petugas membuat rincian biaya pemeriksaan 9. 100% kepatuhan petugas membuat kwitansi 10. 100% kepatuhan petugas 11. 100% kepatuhan petugas 12. 100% kepatuhan petugas 13. 100% kepatuhan petugas 14. 100% kepatuhan petugas 15. 100% kepatuhan petugas
2. Akurasi 90 %	A. Proses pemeriksaan 1. Identifikasi Pasien 2. Rincian pembayaran pemeriksaan 3. Pembayaran 4. Persiapan pasien 5. Pengambilan sampel 6. Pemeriksaan	1. Format permintaan pemeriksaan 2. Format rincian biaya pemeriksaan 3. Kwitansi	1. Analis 2. Petugas Administrasi 3. Petugas Administrasi 4. Analis	1. 90% permintaan pemeriksaan dapat dilayani 2. 100% kepatuhan petugas membuat rincian 3. 100% kepatuhan petugas membuat kwitansi 4. 100% kepatuhan petugas 5. 100% kepatuhan petugas 6. 100% kepatuhan petugas



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
		4. Check list persiapan pasien 5. Label identitas pasien 6. Check list pemeriksaan	5. Analis 6. Analis	
	7. Hasil 8. Verifikasi Hasil 9. Penyerahan Hasil 10. Tindak lanjut dan time mostin study B. Quality Kontrol Internal 1. menyiapkan serum 2. Melakukan pemeriksaan 3. Hasil 4. Verifikasi hasil C. Quality Kontrol Eksternal 1. Menerima bahan dari PNPCLK 2. Melakukan Pemeriksaan 3. Hasil 4. Verifikasi hasil 5. Pengiriman Hasil 6. Tindak lanjut	7. Format Hasil 8. Check List Hasil 9. Check list penyerahan hasil 10. Check List 1. Label pemeriksaan 2. Check list pemeriksaan 3. Format Hasil 4. Check list hasil 1. Label pemeriksaan 2. Check list pemeriksaan 3. Format Hasil 4. Check list hasil	7. Analis 8. Analis 9. Analis 10. Petugas 1. Analis 2. Analis 3. Analis 4. Analis 1. Analis 2. Analis 3. Analis 4. Analis 5. Analis 6. Analis	7. 100% kepatuhan petugas 8. 100% kepatuhan petugas 9. 100% kepatuhan petugas 10. 100% kepatuhan petugas 1. 100% kepatuhan petugas 2. 100% kepatuhan petugas 3. 100% kepatuhan petugas 4. 100% kepatuhan petugas 1. 100% kepatuhan petugas 2. 100% kepatuhan petugas 3. 100% kepatuhan petugas 4. 100% kepatuhan petugas 5. 100% kepatuhan petugas 6. 100% kepatuhan petugas



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
	<p>D. Quality kontrol bahan dan reagen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menerima bahan dan reagen dengan dicek kadaluarsanya 2. Mencatat tanggal penerimaan bahan/ reagen 3. Menyimpan reagen pada suhu yang ditentukan 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Check list pengiriman 6. Check list <ol style="list-style-type: none"> 1. Check list 2. Check list penerimaan 3. Check list 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analis 2. Analis 3. Analis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100% kepatuhan petugas 2. 100% kepatuhan petugas 3. 100% kepatuhan petugas
	<p>E. Kalibrasi Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengajuan untuk kalibrasi alat 2. Tindak lanjut <p>F. Kompetensi Petugas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Training untuk Analis 2. Sertifikat pelatihan laboratorium untuk mendukung pelaksanaan tugas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cek list 2. Cek list <ol style="list-style-type: none"> 1. Cek list 2. Cek list 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analis 2. Analis <ol style="list-style-type: none"> 1. Analis 2. Analis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100% kepatuhan petugas 2. 100% kepatuhan petugas <ol style="list-style-type: none"> 1. 100% kepatuhan petugas 2. 100% kepatuhan petugas



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

13. UNIT : FARMASI

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
<p>1. Obat kadaluarsa 0%</p>	<p>1. Persyaratan tentang kadaluarsa masing-masing obat pada proses lelang harus jelas. Minimal \pm 2 th, kecuali obat-obatan yang mempunyai kadaluarsa \pm 1 tahun.</p> <p>2. Penerimaan obat di gudang farmasi RS harus dicek kadaluwarsanya.</p> <p>3. Dilakukan pencatatan di buku gudang tentang kadaluarsa obat.</p> <p>4. Dilakukan pencatatan di kartu stok.</p> <p>5. Menginformasikan ke Dokter : tentang obat yang hampir kadaluarsa.</p> <p>6. Membuat laporan ke Panitia Penghapusan Barang untuk segera dilakukan penghapusan barang.</p> <p>7. Menginventarisir obat-obat yang kadaluarsa</p> <p>8. Mengemas dan melokalisir obat yang kadaluarsa.</p> <p>9. Menyimpan obat dengan metode FIFO dan dengan label warna yang berbeda utk obat yang mempunyai</p>	<p>1. Dokumen Lelang.</p> <p>2. Faktur pengiriman obat dan buku Gudang</p> <p>3. Buku Gudang.</p> <p>4. Kartu stok obat</p> <p>5. Buku Ekspedisi, Buku Catatan obat-obat yang kadaluarsa.</p> <p>6. File usulan pemusnahan obat.</p> <p>7. Buku Catatan obat-obat yang kadaluarsa.</p> <p>8. Label</p>	<p>1: Panitia Lelang</p> <p>2. Panitia Penerima Obat RS, pemegang gudang</p> <p>3. Pemegang gudang.</p> <p>4. Pemegang gudang.</p> <p>5. Ka instalasi farmasi & petugas.</p> <p>6. Ka Instalasi Farmasi.</p> <p>7. Petugas</p> <p>8. Pemegang gudang</p> <p>9. Pemegang gudang</p>	<p>1. Rekanan mematuhi 100% persyaratan lelang obat yang ditetapkan oleh RS.</p> <p>2. 100% sesuai dengan standar penerimaan obat.</p> <p>3. Kepatuhan Petugas 100% dalam pencatatan di buku gudang.</p> <p>4. Kepatuhan petugas 100% dalam pencatatan di kartu stok</p> <p>5. Kepatuhan petugas dalam menginformasikannya 100%</p> <p>6. 100% kepatuhan petugas dalam membuat laporan</p> <p>7. 100% kepatuhan petugas dalam mencatat obat yang kadaluarsa.</p> <p>8. 100% kepatuhan petugas dalam membuat label dan menyimpan obat yang kadaluarsa.</p> <p>9. 100% kepatuhan petugas dalam menyimpan obat yang secara</p>



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
	tahun kadaluwarsa yang berbeda	9.Label		FIFO
2. Waktu layanan obat jadi 10 menit	1. Penerimaan resep 2. Rincian pembayaran 3. Pembayaran 4. Mengkaji resep 5. Mengerjakan resep 6. Mengemas obat 7. Hasil 8. Verifikasi hasil 9. Penyerahan hasil 10. Tindak lanjut dan time motion	1. Lembar resep 2. Kwitansi 3. Kwitansi 4. Lembar resep dan stempel check list 5. Lembar resep dan stempel check list 6. Etiket atau label 7. Paraf pada lembar resep 8. Lembar resep, etiket dan check list hasil 9. Buku penyerahan obat dan tanda tangan penerima obat	1. Apoteker/AA 2. Kasir/petugas administiras 3. Kasir/petugas administrasi 4. Apoteker 5. Apoteker/AA 6. Apoteker/AA 7. Apoteker/AA 8. Apoteker 9. Apoteker/AA 10. Petugas	1. 90% resep dapat dilayani 2. 100% kepatuhan petugas membuat rincian obat sesuai dengan harga yang ditetapkan oleh rumah sakit 3. 100% kepatuhan petugas dalam membuat kwitansi. 4. 100% kepatuhan petugas dalam mengkaji resep 5. Kepatuhan petugas dalam mengerjakan resep sesuai permintaan dokter 100% 6. 100% kepatuhan petugas dalam membuat label/etiket sesuai aturan 7. 100% kepatuhan petugas dalam memberikan paraf 8. 100% kepatuhan petugas dalam mengecek kembali 9. 100% kepatuhan petugas menyerahkan hasil dan memberi informasi tentang pemakaian 10. 100% kepatuhan petugas dalam



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
3. Waktu layanan obat racikan 30 menit	study	10. Check list		melakukan time motion study.
	1. Penerimaan resep	1. Lembar resep	1. Apoteker/AA	1. 90% resep dapat dilayani
	2. Rincian pembayaran	2. Kwitansi	2. Kasir/petugas administras	2. 100% kepatuhan petugas membuat rincian obat sesuai dengan harga yang ditetapkan oleh rumah sakit
	3. Pembayaran	3. Kwitansi	3. Kasir/petugas administrasi	3. 100% kepatuhan petugas dalam membuat kwitansi.
	4. Mengkaji resep	4. Lembar resep dan stempel check list	4. Apoteker	4. 100% kepatuhan petugas dalam mengkaji resep
	5. Mengerjakan resep sesuai permintaan dokter (kapsul, puyer, cairan, salep)	5. Lembar resep dan stempel check list	5. Apoteker/AA	5. Kepatuhan petugas dalam mengerjakan resep sesuai permintaan dokter 100%
	6. Mengemas obat	6. Etiket atau label	6. Apoteker/AA	6. 100% kepatuhan petugas dalam membuat label/etiket sesuai aturan
	7. Hasil	7. Paraf pada lembar resep	7. Apoteker/AA	7. 100% kepatuhan petugas dalam memberikan paraf
	8. Verifikasi hasil	8. Lembar resep, etiket dan check list hasil	8. Apoteker	8. 100% kepatuhan petugas dalam mengecek kembali
	9. Penyerahan hasil	9. Buku penyerahan obat	9. Apoteker/AA	9. 100% kepatuhan petugas



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
4. Kepuasan pelanggan 80%	10. Tindak lanjut dan time motion study	dan tanda tangan penerima obat 10. Check list	10. Petugas	menyerahkan hasil dan memberi informasi tentang pemakaian 10. 100% kepatuhan petugas dalam melakukan time motion study
	1. Pembuatan kuesioner 2. Penyebaran kuesioner ke ruang rawat inap dan rawat jalan	1. Lembar kuesioner 2. Buku penyerahan	1. Apoteker 2. Petugas	1. 100 % kuesioner dibuat 2. 100% terdistribusi sesuai dengan sampel
	3. Pengolahan data hasil 4. Analisis hasil 5. Tindak lanjut hasil	3. Lembar kuesioner dan buku pengolahan data 4. Buku pengolahan data 5. Notulen rapat	3. Apoteker 4. Apoteker 5. Ka dan seluruh staf	3. 100 % data diolah 4. 100 % kepatuhan petugas dalam menganalisis 5. 100 % kepatuhan petugas dalam melakukan tindak lanjut hasil kuesioner



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA

14. UNIT : REKAM MEDIS

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
1. Kehilangan status 0%	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi status rawat jalan/rawat inap membandingkan antara status yang keluar dengan status yang kembali • Memilah status sesuai dengan nomor status yang baru dengan status yang lama • Melepas copy blanko peminjaman & tanda keluar status (tanda panah) dari rak arsip • Memasukkan status kedalam rak penyimpanan/rak arsip sesuai dengan nomor urut DRM • Membuat laporan progress report harian dan bulanan • Pengamatan terhadap penyimpanan secara periodik untuk untuk menemukan salah simpan dan menemukan kartu pin 	<ul style="list-style-type: none"> • Buku agenda pengeluaran dan pengembalian • Dokumen rekam medis • Blanko peminjaman dan tanda status • Dokumen rekam medis • Buku rekapitulasi • Dokumen rekam medis 	<ul style="list-style-type: none"> • Petugas assembling • Filling • Petugas Filling • Petugas Filling • Petugas Filling • Petugas Filling • Petugas Filling 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% lengkap • 100% benar • 100% benar tempatnya • 100% benar tempatnya • Status hilang 0%
2. Kelengkapan status 100%	<ul style="list-style-type: none"> • Petugas ruangan menyerahkan status ke RM (bagian assembling) dengan buku agenda • Petugas assembling mengecek kelengkapan status dan merakitnya • Petugas assembling mencatat dalam 	<ul style="list-style-type: none"> • Buku agenda penerimaan • Check list • Buku agenda 	<ul style="list-style-type: none"> • Assembling • Petugas Assembling • Petugas Assembling 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% lengkap • 100% lengkap • 100% menulis benar



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
	buku agenda pengendalian untuk DRM yang sudah lengkap	pengembalian		
3. Kelengkapan status rawat jalan	<ul style="list-style-type: none"> • Petugas assembling mengembalikan DRM ke petugas ruangan/dokter untuk melengkapi dokumen yang belum terisi dan membuat rekapitulasi check listnya • Membuat laporan evaluasi assembling dilakukan pertemuan untuk mencari solusi atas kurangnya status rawat inap dan diadakan pemantauan • Melakukan tindak lanjut dan monitoring • Petugas poli mengembalikan status ke RM (bag. Assembling) dengan buku agenda • Petugas assembling mengecek kelengkapan status dan merakitnya • Petugas assembling mencatat dalam buku agenda pengendalian untuk DRM yang sudah lengkap 	<ul style="list-style-type: none"> • DRM dan buku rekap check list kelengkapan DRM • Laporan notulen • Check list • Buku penerimaan agenda • Check list • Buku agenda 	<ul style="list-style-type: none"> • Petugas Assembling • Petugas Assembling, Ka sub bag RM dan staf perawat/dokter & unit terkait • Petugas Assembling • Petugas Assembling • Petugas Assembling • Petugas Assembling 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% lengkap • 100% benar • 100% CAR (corrective action recuse) • 100% lengkap • 100% lengkap • 100% lengkap



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
	<ul style="list-style-type: none">Petugas assembling mengembalikan DRM ke petugas poli/dokter poli untuk melengkapi dokumen yang belum terisi dan membuat rekapitulasi check listnya	<p>pengembalian</p> <ul style="list-style-type: none">DRM dan buku rekap check list kelengkapan DRM	<ul style="list-style-type: none">Petugas Assembling	<ul style="list-style-type: none">100% menulis lengkap
	<ul style="list-style-type: none">Membuat laporan evaluasi assemblingDilakukan pertemuan untuk mencari solusi atas kurang lengkapnya status rawat jalan dan diadakan pertemuan pemantauanMelakukan tindak lanjut dan monitoring	<ul style="list-style-type: none">LaporanNotulenCheck list	<ul style="list-style-type: none">Petugas AssemblingKa.sub.bag. RM dan staf perawat/dokter & unit terkait panitia RMKa.sub.bag. RM dan staf perawat/dokter & unit terkait panitia RM	<ul style="list-style-type: none">100% lengkap100% benar100% CAR (corrective action recuse)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

15. UNIT : GIZI

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
1. Pasien non geriatri menjadi normal setelah asuhan 14 hari, 70 %	<ul style="list-style-type: none"> • Pengumpulan data pasien : <ul style="list-style-type: none"> - BB, TB, Umur - Anamnese diit - Keluhan lain sehubungan <ul style="list-style-type: none"> - Diit sebelum sakit - Pola kebiasaan makan • Perencanaan dan program diit bersama pasien • Pelaksanaan diit (Pemesanan ke Instalasi Gizi) • Monitoring, evaluasi diit dan Antropometri • Melaksanakan kunjungan ke Ruang rawat inap • Melaksanakan pertemuan dengan tim kesehatan di Ruang rawat inap 	<ul style="list-style-type: none"> • Blangko asuhan nutrisi • Blangko assuhan nutrisi • Buku catatan diit • Blangko diit dan leaflet • Buku kegiatan Ruang Rawat Inap • Buku kegiatan Ruang Rawat Inap • Blangko diit • Laporan bulanan, tribulan dan tahunan • Hasil Penyelesaian TKS 	<ul style="list-style-type: none"> • Petugas gizi R. Inap • Petuas gizi R. Inap • Petugas gizi R. Inap & konsultasi gizi • Petugas gizi R. Inap & konsultasi gizi • Petugas gizi R. Inap & konsultasi gizi • Petuas gizi R Inap & konsultasi Gizi • Petugas gizi R. Inap & konsultasi gizi • Petugas gizi R. Inap & konsultasi gizi 	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % dilaksanakan pengumpulan data standart • 100 % dilaksanakan program perencanaan diit • 100 % diit dilaksanakan • 100 % evaluassi dilaksanakan • 100% kunjungan dilaksanakan • 100% kunjungan pertemuan • 100% Melaksanakan permintaan diit. • Dilaksanakan evaluasi dan 100% rencana perbaikan dilaksanakan.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

	<ul style="list-style-type: none">• Melakukan perubahan diet sesuai dengan permintaan dokter ruangan• Melakukan pencatatan dan pelaporan dan evaluasi secara berkala Kemajuan status gizi pasien			
--	---	--	--	--

16. UNIT : RUTPEG

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
1. Prosentasi kinerja karyawan yang baik > 90%	<ul style="list-style-type: none">• Mengumpulkan kinerja karyawan dari masing-masing unit kerja• Merekapitulasi penilaian kinerja pegawai/karyawan & menentukan nilai rata-rata dari seluruh kriteria penilaian• Menentukan kriteria kinerja berdasarkan standdar penilaian (sangat baik/baik/cukup)• Menentukan prosentase kinerja karyawan yang termasuk kriteria baik	<ul style="list-style-type: none">• Absensi pegawai/karyawan• Format penilaian kinerja• Rekapitulasi penilaian kinerja	<ul style="list-style-type: none">• Atasan langsung• Ka. UPF/Kabid/Kabagsek/ Ka. Instalasi• Ka.sub.bag rutpeg	<ul style="list-style-type: none">• Kesesuaian antara standar dengan sasaran mutu



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
2. Surat keputusan kenaikan pangkat pegawai yang diusulkan dalam waktu 1 tahun berhasil diterbitkan > 80%	<ul style="list-style-type: none"> • Menghitung jumlah usul kenaikan pangkat pegawai periode 1 April dan 1 Oktober • Menghitung jumlah surat keputusan kenaikan pangkat yang telah diterbitkan • Menentukan prosentase keberhasilan usul kenaikan pangkat pegawai 	<ul style="list-style-type: none"> • Surat usulan kenaikan pangkat pegawai (Gol. I s/d IV) • Surat keputusan kenaikan pangkat pegawai 	<ul style="list-style-type: none"> • Ka.sub.bag RT/kepegawaian • Staf sub.bag RT/kepegawaian 	<ul style="list-style-type: none"> • Usulan kenaikan pangkat pegawai tepat waktu

17. UNIT : KEUANGAN

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
1. Efisiensi anggaran 60%	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kebutuhan anggaran dari unit kerja • Pembuatan DUK (Daftar Usulan Kegiatan) sesuai dengan usulan unit kerja • Pembahasan anggaran dengan instansi terkait 	<ul style="list-style-type: none"> • Daftar kebutuhan • DUK beserta lampiran • DUK beserta lampiran 	<ul style="list-style-type: none"> • Ka. Unit kerja • Direktur • Ka.Bag. Sekeretaris • Ka.Sub.Bag PPL • Ka.Sub.Bag Keuangan • Direktur • Ka.Bag. Sekeretaris • Ka.Sub.Bag PPL 	<ul style="list-style-type: none"> • Kesesuaian dengan kebutuhan • Kesesuaian dengan usulan unit kerja • Kesesuaian satuan 3 dengan hasil akhir pembahasan anggaran



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
	<ul style="list-style-type: none"> • Klarifikasi kesesuaian DIK dengan DUK • Pembuatan POA • Sosialisasi dengan unit kerja • Pelaksanaan kegiatan • Evaluasi seluruh kegiatan (akhir tahun) 	<ul style="list-style-type: none"> • DIK • DUK • DUK • DIK • DUK • Usulan kerja • DIK • POA • DIK POA realisasi anggaran 	<ul style="list-style-type: none"> • Ka.Sub.Bag Keuangan • Ka.Sub.Bag PPL • Ka.Sub.Bag Keuangan • Direktur • Ka.Bag. Sekeretaris • Ka.Sub.Bag PPL • Ka.Sub.Bag Keuangan • Ka.Sub.Bag PPL • Ka.Sub.Bag Keuangan • Ka.Sub.Bag PPL • Ka.Sub.Bag Keuangan • Ka.Sub.Bag PPL • Ka.Sub.Bag Keuangan • Direktur • Ka.Bag. Sekeretariat • Ka.Sub.Bag PPL • Ka.Sub.Bag Keuangan 	<ul style="list-style-type: none"> • Tersusun secara tepat • Kesesuaian dengan POA • Tidak terjadi minus anggaran • Realisasi anggaran 99,99%
2. Kesesuaian dokumen 100%	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pembayaran • Melengkapi dokumen pembayaran 	<ul style="list-style-type: none"> • OA • Buku per MAK • Penawaran harga • SPK/kontrak • Berkas panitia pengadaan dan panitia penerima • Berkas pembayaran 	<ul style="list-style-type: none"> • Ka.Sub.Bag Keuangan • Bendaharawan • Ka.Sub.Bag Keuangan • Bendaharawan • Panitia pengadaan • Panitia penerima 	



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
	<ul style="list-style-type: none"> • Klarifikasi dokumen apabila ditemukan ketidaksesuaian • Penandatanganan dokumen pembayaran • Pencatatan ke dalam BKU dan buku pemantau • Pembayaran kepada pelanggan 	<ul style="list-style-type: none"> • Kwitansi • Penawaran harga • SPK/kontrak • Berkas panitia pengadaan dan panitia penerima • Berkas pembayaran • Kwitansi • SPK/kontrak • Berkas pembayaran • Kwitansi • BKU • Buku pembantu • Bukuk bank • Buku pajak • Penawaran harga • Faktor pengiriman • Faktor pajak • SSP 	<ul style="list-style-type: none"> • Ka.Sub.Bag Keuangan • Bendaharawan • Panitia pengadaan • Panitia penerima • Direktur • Ka.Bag. Sekeretariat • Ka.Sub.Bag Keuangan • Bendaharawan • Pembantu Bendaharawan • Bendaharawan • Bendaharawan • Pembantu Bendaharawan 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Penyelesaian pelaporan bulanan, triwulan dan tahunan 	<ul style="list-style-type: none"> • Laporan • Laporan realisasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Direktur • Ka.Bag. Sekeretariat • Ka.Sub.Bag PPL • Ka.Sub.Bag Keuangan 	



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
<p>3. Kecepatan layanan jam/ menit</p> <p>4. Piutang pasien 20%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi akhir tahun • Pengecekan kebenaran kwitansi • Pencatatan ke dalam buku kas • Pembayaran • Identifikasi pasien • Identifikasi macam pembayaran • Pembuatan surat tagihan pembayaran biaya perawatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Berkas pembayaran • Kwitansi • Buku kas umum • Buku pembantu • Kwitansi • Kwitansi • Buku kas pembantu pembayaran pasien • Buku kas pembantu pembayaran pasien • Kartu pembayaran penderita 	<ul style="list-style-type: none"> • Direktur • Ka.Bag. Sekeretaris • Ka.Sub.Bag PPL • Ka.Sub.Bag Keuangan • Direktur • Ka.Bag. Sekeretariat • Ka.Sub.Bag Keuangan • Bendaharawan • Bendaharawan • Pembantu Bendaharawan • Bendaharawan • Ka.Sub.Bag Keuangan • Bendaharawan penerima • Staf pemegang buku • Ka.Bag. Sekeretariat • Ka.Sub.Bag Keuangan • Bendaharawan penerima • Tim penagihan piutang 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak terjadi minus anggaran
	<ul style="list-style-type: none"> • Laporan hasil penagihan 	<ul style="list-style-type: none"> • Rincian daftar penerimaan 	<ul style="list-style-type: none"> • Tim penagihan piutang 	



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
	<ul style="list-style-type: none">• Evaluasi hasil penagihan• Penyerahan ke KP3N• Usul penghapusan piutang• Penghapusan	<ul style="list-style-type: none">• Kwitansi• Laporan hasil penagihan• Kartu pembayaran penderita	<ul style="list-style-type: none">• Ka.Bag. Sekeretariat• Ka.Sub.Bag Keuangan• Bendaharawan penerima• Tim penagihan piutang	



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

18. UNIT : INSTALASI PEMELIHARAAN SARANA

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
1. a. Time respon perbaikan ringan 4 hari kerja terlaksana 100%	<ul style="list-style-type: none">- Identifikasi perbaikan sarana & prasarana- Penyusunan rencana kerja harian- Membuat rencana kebutuhan bahan	<ul style="list-style-type: none">- Buku catatan laporan permintaan perbaikan- Buku rencana kerja harian- Bon permintaan bahan	<ul style="list-style-type: none">- Koordinator urusan- Koordinator urusan- Koordinator urusan	<ul style="list-style-type: none">- 100% laporan permintaan perbaikan terpantau- 100% laporan permintaan perbaikan direncanakan- 100% kebutuhan bahan terpenuhi
b. Time respon perbaikan sedang 10 hari kerja terlaksana 100%	<ul style="list-style-type: none">- Pelaksanaan kegiatan- Evaluasi pencapaian target sasaran mutu	<ul style="list-style-type: none">- Laporan hasil kerja- Laporan pencapaian sasaran mutu- CAR dan CAP	<ul style="list-style-type: none">- Petugas lapangan- Kepala IPSRS	<ul style="list-style-type: none">- 100% kegiatan yang direncanakan terlaksana- 100% target sasaran mutu tercapai
2. Alkes terkalibrasi 100%	<ul style="list-style-type: none">- Identifikasi alkes- Penyusunan rencana kalibrasi alkes- Pengusulan kalibrasi alkes- Pelaksanaan kalibrasi alkes	<ul style="list-style-type: none">- Daftar alkes- Daftar rencana kalibrasi alkes- Surat permohonan/pengusulan	<ul style="list-style-type: none">- Koordinator urusan- Koordinator urusan- Kepala IPSRS- Koordinator urusan	<ul style="list-style-type: none">- 100% alkes terdata- 100% alkes terkaver- 100% usulan kalibrasi terpenuhi- 100% kalibrasi alkes terlaksana



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
3. Effluen air limbah sesuai standar baku mutu	<ul style="list-style-type: none"> - Pelabelan alkes yang sudah dikalibrasi - Pendistribusian alat yang telah dikalibrasi - Laporan evaluasi hasil kalibrasi 	<ul style="list-style-type: none"> - Surat tugas - Stiker dan sertifikat/hasil verifikasi - Laporan hasil kerja - Laporan hasil kalibrasi 	<ul style="list-style-type: none"> - Koordinator urusan - Koordinator urusan - Kepala IPSRS 	<ul style="list-style-type: none"> - 100% pelabelan terlaksana hasil kalibrasi - 100% alat yang terkalibrasi kembali ke unit terkait - laporan evaluasi hasil kalibrasi ada dan tertulis
	<ul style="list-style-type: none"> a. Pengukuran suhu b. Pengukuran pH c. Pengukuran BOD d. Pengukuran COD 	<ul style="list-style-type: none"> - Check list pemeriksaan suhu - Check list pemeriksaan Ph - Check list pemeriksaan BOD - Check list pemeriksaan COD 	<ul style="list-style-type: none"> - Operator IPAL - Operator IPAL - Operator IPAL - Operator IPAL 	<ul style="list-style-type: none"> - < 30 derajat C - 6-9 - < 30 - < 80 mg/L
	<ul style="list-style-type: none"> e. Pengukuran TSS f. Pengukuran NH3 Bebas g. Pengukuran PO4 h. Pengukuran Coli i. Pembersihan bak screen j. Pembersihan PTB laundry k. Pembersihan PTB kitchen 	<ul style="list-style-type: none"> - Check list pemeriksaan kepadatan Lumpur - Check list pemeriksaan NH3 bebas - Check list pemeriksaan PO4 - Check list pemeriksaan E.Coli - Check list kebersihan bak screen - Check list kebersihan PTB laundry 	<ul style="list-style-type: none"> - Operator IPAL - Operator IPAL - Operator IPAL - Operator IPAL - Operator IPAL - Operator IPAL 	<ul style="list-style-type: none"> - < 30 - < 0,1 - < 2 - < 10000 - bersih, lancar, utuh - bersih, lancar, utuh - bersih, lancar, utuh



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
	l. Pembersihan mainhole m. Pembersihan auto rak screen n. Pemeriksaan flowmeter o. Pemeriksaan pump diafragma p. Pemeriksaan pump sentrifugal q. Pemeriksaan pump submersible r. Pemeriksaan rotary blower & diffuser s. Pemeriksaan setling sludge scapper	<ul style="list-style-type: none"> - Check list kebersihan PTB kitchen - Check list kebersihan mainhole - Check list kebersihan auto rak screen - Check list pemeriksaan laju air - Check list pemeriksaan fungsi pump diafragma - Check list pemeriksaan fungsi pump sentrifugal - Check list pemeriksaan fungsi pump submersible - Check list pemantauan fungsi mixer&blower - Check list pemeriksaan setling sludge scapper 	<ul style="list-style-type: none"> - Operator IPAL - Operator IPAL - Operator IPAL - Operator IPAL - Operator IPAL - Operator IPAL - Operator IPAL 	<ul style="list-style-type: none"> - bersih, lancar, utuh - bersih, lancar, utuh - debit air keluar(outlet) 100-200 m3 - koagulan/disenfektan merata - Vnot air konstan - tidak ada air yang keluar bak - bio reaktor bergerak semua - sludge tidak ada yang terapung
	t. Pemeriksaan sistem booster u. Pemeriksaan submersible mixer v. Pemeriksaan up flow filter	<ul style="list-style-type: none"> - Check list pemeriksaan fungsi booster - Check list pemeriksaan fungsi pompa mixer - Check list pemeriksaan 	<ul style="list-style-type: none"> - Operator IPAL - Operator IPAL - Operator IPAL 	<ul style="list-style-type: none"> - kebutuhan air tercukupi - aliran air merata - air jernih



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
	w. Pemeriksaan vacuum press filter x. Pengoperasian dewatering y. Pengoperasian bank kapasitor	upflow filter - Check list fungsi vacuum press filter - Check list pemantauan fungsi dewatering - Check list pemantauan bank kapasitor	- Operator IPAL - Operator IPAL - Operator IPAL	- lumpur jadi padat - beroperasi - peralatan berfungsi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

19. URUSAN : LAUNDRY

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung Jawab	Indikator Kerja
Kehilangan linen 0%	<p>P:-Membuat format check list pengiriman dan penerimaan linen -Identifikasi jumlah linen yang dicuci setiap hari</p> <p>D: Mendata jenis linen yang dikirim dan diterima</p> <p>C:-Melakukan pencocokan antara jumlah linen yang dikirim dan diterima -Merekapitulasi jumlah linen pada akhir bulan</p> <p>A:Melakukan monitoring kesesuaian jml linen secara berkelanjutan Menindaklanjuti apabila ada linen yang hilang</p>	<p>- Buku ekspedisi linen kotor dan bersih - IK Formulasi Pengukuran Sasaran Mutu Kehilangan Linen 0%</p> <p>- Form check list pengiriman dan penerimaan linen</p>	Koordinator urusan laundry	Kehilangan linen 0%



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung Jawab	Indikator Kerja
Ketepatan delivery 100%	<p>P: Membuat format monitoring ketepatan waktu pengiriman</p> <p>D: Melakukan monitoring jam pengambilan dan penerimaan linen</p> <p>C: Melakukan rekapitulasi ketepatan waktu delivery</p> <p>A: Melakukan monitoring secara berkelanjutan</p>	<ul style="list-style-type: none">- Form check list jam pengambilan dan penerimaan- IK Formulasi pengukuran sasaran mutu ketepatan delivery 100%	Koordinator urusan laundry	Ketepatan delivery 100%



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

20. UNIT : DIKLAT

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
1. 80% pegawai mendapatkan pelatihan dalam setahun	<ul style="list-style-type: none">• Identifikasi pegawai yang mengikuti pelatihan• Perencanaan kebutuhan pegawai yang perlu mendapatkan pelatihan sesuai kompetensi• Pelaksanaan pelatihan sesuai dengan kompetensi• Evaluasi pegawai yang telah mengikuti pelatihan dan pertemuan tindak lanjut	<ul style="list-style-type: none">• Identifikasi setiap bulan• Buku kebutuhan pegawai yang mendapatkan pelatihan• Buku daftar pelatihan pegawai• Blangko evaluasi daftar hadir notulen	<ul style="list-style-type: none">• Staf diklat bagian perencanaan• Kepala diklat• Staf diklat bagian pelatihan• Sekretaris diklat	<ul style="list-style-type: none">• Sesuai data sensus pegawai• Sesuai dengan standar kompetensi• Sesuai dengan standar kompetensi• Untuk perbaikan standar kompetensi

21. UNIT : KESWAMAS

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
1. Pencapaian volume	<ul style="list-style-type: none">• Identifikasi masalah• Penentuan topic dan prioritas	<ul style="list-style-type: none">• Format permintaan dari unit kerja dan daftar masalah	<ul style="list-style-type: none">• Koordinator penyuluhan• Koordinator penyuluhan	<ul style="list-style-type: none">• 100% blanko dari unit kerja terisi dan terkumpul• 100% daftar topic dan



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
kegiatan penyuluhan 90 %	<p>masalah</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penetapan sasaran • Penyusunan proposal • Koordinasi tim penyuluh • Mempersiapkan pelaksanaan penyuluhan : <ol style="list-style-type: none"> a. Membuat jadwal, perjanjian, undangan b. Menyediakan media penyuluhan • Pelaksanaan penyuluhan • Evaluasi pelaksanaan penyuluhan • Melaksanakan tindak lanjut 	<ul style="list-style-type: none"> • Daftar prioritas dan topic masalah • Daftar sasaran • Proposal kegiatan • Notulen • Jadwal, surat ijin, undangan • Daftar alat Bantu • Daftar hadir • Laporan kegiatan penyuluhan • Blanko evaluasi • Format tindakan perbaikan 	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinator penyuluhan • Petugas adm. Keswamas • Ka. Unit Keswamas • Petugas adm. Keswamas • Koordinator penyuluhan • Petugas adm. Keswamas • Koordinator penyuluhan • Koordinator penyuluhan • Koordinator penyuluhan 	<p>prioritas tercatat</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% daftar sasaran tercatat • 100% proposal jadi • 100% terjadi kesepakatan • 100% ada jadwal • 100% surat ijin pelaksanaan, tempat terbit • 100% undangan sampai ke sasaran • 100% alat Bantu tersedia • 100% daftar hadir terdokumentasi/tercatat • 100% rencana kegiatan terlaksana • 100% dilaksanakan dan sempurna • 100% dilaksanakan perbaikan
2. Pelaksanaan	<ul style="list-style-type: none"> • Penjajakan kerja sama lintas sector 	<ul style="list-style-type: none"> • Catatan permasalahan 	<ul style="list-style-type: none"> • Ka. Unit Keswamas 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% terlaksana penjajakan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Sasaran Mutu	Proses Kegiatan	Catatan Mutu	Penanggung jawab	Indikator Kinerja
elayanan integrasi keswa 75 %	<p>dan program</p> <ul style="list-style-type: none">• Penandatanganan naskah kerja sama• Koordinasi pelaksanaan <p>Pelaksanaan</p> <ul style="list-style-type: none">• Evaluasi• Melaksanakan tindak lanjut	<ul style="list-style-type: none">• Naskah kerja sama• Daftar hadir• Notulen• Jadwal pelaksanaan• Jadwal pelaksanaan• Blanko pelayanan integrasi• Laporan• Blanko evaluasi <p>Format tindakan perbaikan</p>	<ul style="list-style-type: none">• Ka. Unit Keswamas• Ka. Unit Keswamas• Koordinator pelayanan integrasi• Ketua Komite Medik• Koordinator pelayanan integrasi• Ka. Unit Keswamas	<p>elayanan integrasi</p> <ul style="list-style-type: none">• 100% terlaksana penandatanganan MOU• 100% terjadi kesepakatan pelaksanaan integrasi• 75% pelayanan integrasi terlaksana• 100% dilakukan evaluasi• 75% dilaksanakan perbaikan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

BAB VIII STANDAR VALIDASI PELAYANAN

RUMAH SAKIT Jiwa Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG	STANDAR PELAYANAN MINIMAL POLI KLINIK UMUM		
STANDAR PELAYANAN MINIMAL	No Prosedur : SPM-		
	Tanggal Terbit	Revisi	Halaman
		00	1 of 1
1. KOMPETENSI Kordinator - Pelaksana Pelayanan Medis - Pelaksana keperawatan	: Dokter Spesialis Interne : Dokter Umum : D3 Keperawatan		
2. PROSEDUR / IK	: 1. Guideline 10 penyakit terbanyak 2. Prosedur layanan rawat jalan 3. IK cuci tangan untuk mencegah penyakit nosokomial 4. Layanan pol klinik umum 5. IK prosedur pereseapan rawat jalan		
3. ALAT YANG TERKALIBRASI	: 1. Tensimeter 2. Termometer 3. Alat ukur TB/BB 4. Instrumen bedah kecil		
4. BAHAN - Obat - Alkes	: Sesuai formulasi rumah sakit : Sesuai formulasi rumah sakit		
5. RECORD CATATAN	: 1. Rekam medik 2. Register rawat jalan 3. Menu building sistem		



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

RUMAH SAKIT JiWA Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG	STANDAR PELAYANAN MINIMAL POLI KLINIK JiWA		
STANDAR PELAYANAN MINIMAL	No Prosedur : SPM-		
	Tanggal Terbit	Revisi	Halaman
		00	1 of 1
1. KOMPETENSI			
Kordinator	:	Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa	
- Pelaksana Pelayanan Medis	:	1. Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa	
		2. Dokter Umum	
- Pelaksana keperawatan	:	D3 Keperawatan	
2. PROSEDUR / IK			
	:	1. Guideline 10 penyakit terbanyak	
		2. Prosedur layanan poli klinik jiwa	
		3. IK pengisian rekam medik	
		4. IK layanan poli klinik jiwa	
3. ALAT YANG TERKALIBRASI			
	:	1. Tensimeter	
		2. Timbangan berat badan	
4. BAHAN			
- Obat	:	Sesuai formulasi rumah sakit	
- Alkes	:	Sesuai formulasi rumah sakit	
5. RECORD CATATAN			
	:	1. Rekam medik	
		2. Register poli klinik jiwa	
		3. Menu building sistem	



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

RUMAH SAKIT Jiwa Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG	STANDAR PELAYANAN MINIMAL POLI GIGI		
STANDAR PELAYANAN MINIMAL	No Prosedur : SPM-		
	Tanggal Terbit	Revisi	Halaman
		00	1 of 1
1. KOMPETENSI			
Kordinator	:	Dokter Gigi	
- Pelaksana Pelayanan Medis	:	Dokter Gigi	
- Pelaksana keperawatan	:	1. D3 Perawat Kesehatan Gigi 2. D3 Teknik Gigi	
2. PROSEDUR / IK	:	1. Prosedur layanan poli gigi 2. IK pengoperasian dental unit 3. IK oral diagnosa 4. IK foto gigi 5. IK pembersihan karang gigi 6. IK layanan poli gigi 7. IK universal pre caution pada high risk pasien	
3. ALAT YANG TERKALIBRASI	:	1. Dental Unit 2. Sterilizer 3. UV sterilizer 4. Autoclave 5. Dental X-ray 6. Tensimeter 7. Light curing 8. Ultrasonic scaler 9. Amalgamator 10. Kompresor	
4. BAHAN	:		
- Obat	:	1. Injeksi 2. FPS 3. Kassa	
- Alkes	:	Sesuai formulasi rumah sakit	
5. RECORD CATATAN	:	1. Rekam medik 2. Register poli gigi 3. Menu building sistem	



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

RUMAH SAKIT JIWA Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG	STANDAR PELAYANAN MINIMAL POLI PSIKOLOGI		
STANDAR PELAYANAN MINIMAL	No Prosedur : SPM-		
	Tanggal Terbit	Revisi 00	Halaman 1 of 1
1. KOMPETENSI			
Kordinator	: Psikolog		
- Pelaksana Pelayanan Medis	: S1 Psikologi		
- Pelaksana keperawatan	: SMA		
2. PROSEDUR / IK	: 1. Guediline pemeriksaan psikologi 2. Prosedur layanan psikologi 3. IK pengisian rekam medis		
3. ALAT YANG TERKALIBRASI	: -		
4. BAHAN	: 1. Tes Intelegensi 2. Tes kepribadian 3. Tes bakat minat 4. Tes klinis 4. Tes khusus		
5. RECORD CATATAN	: 1. Data rekam medik 2. Register poli psikologi 3. Buku ekspedisi 4. Buku askes 5. Buku askin 6. Buku pelayanan helpline		



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

RUMAH SAKIT JiWA Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG	STANDAR PELAYANAN MINIMAL U G D		
STANDAR PELAYANAN MINIMAL	No Prosedur : SPM-		
	Tanggal Terbit	Revisi	Halaman
		00	1 of 1
1. KOMPETENSI Kordinator - Pelaksana Pelayanan Medis - Pelaksana keperawatan	: Dokter Umum ACCS, PPGD : Dokter Umum ACCS, PPGD : Perawat BTCLS		
2. PROSEDUR / IK	: 1. Guideline 10 penyakit terbanyak 2. Prosedur kerja IGD 3. IK Keperawatan		
3. ALAT YANG TERKALIBRASI	: 1. EKG 2. Tensumeter 3. Suction pump 4. ECT 5. Sterilisator 6. Bed side monitor 7. Timbangan berat badan		
4. BAHAN - Alkes - Obat	: Sesuai formula RS : Sesuai formula RS		
5. RECORD CATATAN	: 1. Rekam medis 2. Register UGD 3. Kalibrasi 4. Menu billing system		



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

RUMAH SAKIT Jiwa Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG	STANDAR PELAYANAN MINIMAL IPCU		
STANDAR PELAYANAN MINIMAL	No Prosedur : SPM-		
	Tanggal Terbit	Revisi 00	Halaman 1 of 1
1. KOMPETENSI			
Kordinator	: Dokter Spesialisasi Jiwa + Sertifikat IPCU		
- Pelaksana Pelayanan Medis	: Dokter Umum + sertifikat IPCU		
- Pelaksana keperawatan	: D3 Keperawatan + Sertifikat IPCU		
2. PROSEDUR / IK	: 1. Prosedur layanan IPCU 3. IK tindakan perawatan IPCU		
3. ALAT YANG TERKALIBRASI	: 1. Termometer 2. Tensimeter 3. Infus set dan standar 4. Ruang isolasi 5. Tempat tidur fiksasi 6. Tali manset 7. Timbangan berat badan 8. Tabung oksigen		
4. BAHAN			
- Alkes	: Sesuai formula RS		
- Obat	: Sesuai formula RS		
5. RECORD CATATAN	: 1. Rekam medis 2. Register rawat jalan 3. Menu billing system		



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

RUMAH SAKIT Jiwa Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG	STANDAR PELAYANAN MINIMAL POLI SYARAF		
STANDAR PELAYANAN MINIMAL	No Prosedur : SPM-		
	Tanggal Terbit	Revisi 00	Halaman 1 of 1
1. KOMPETENSI			
Kordinator	: Dokter Spesialis Syaraf		
- Pelaksana Pelayanan Medis	: Dokter Spesialis Syaraf		
- Pelaksana keperawatan	: D3 Keperawatan		
2. PROSEDUR / IK	: 1. Guideline 10 peyakit terbanyak 2. Prosedur layanan rawat jalan 3. IK Pengisian rekam medik		
3. ALAT YANG TERKALIBRASI	: 1. Tensimeter 2. Brain mapping 3. Stabilizer 4. Transcranial doppler		
4. BAHAN			
- Obat	: Sesuai formulasi rumah sakit		
- Alkes	: Sesuai formulasi rumah sakit		
5. RECORD CATATAN	: 1. Rekam medik 2. Register rawat jalan 3. Menu building sistem		



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

RUMAH SAKIT JIWA Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG	STANDAR PELAYANAN MINIMAL RAWAT INAP PSIKIATRI		
STANDAR PELAYANAN MINIMAL	No Prosedur : SPM-		
	Tanggal Terbit	Revisi 00	Halaman 1 of 1
1. KOMPETENSI			
Kordinator	: Dokter Spesialis Syaraf		
- Pelaksana Pelayanan Medis	: Dokter Spesialis Syaraf		
- Pelaksana keperawatan	: D3 Keperawatan		
2. PROSEDUR / IK	: 1. Guideline 10 penyakit terbanyak 2. Prosedur layanan rawat inap 3. IK pelayanan rawat inap		
3. ALAT YANG TERKALIBRASI	: 1. Tensimeter 2. Timbangan BB		
4. BAHAN			
- Obat	: Sesuai formulasi rumah sakit		
- Alkes	: Sesuai formulasi rumah sakit		
5. RECORD CATATAN	: 1. Rekam medik 2. Register rawat jalan		



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

RUMAH SAKIT Jiwa Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG	STANDAR PELAYANAN MINIMAL RAWAT INAP Jiwa DENGAN GANGGUAN FISIK		
STANDAR PELAYANAN MINIMAL	No Prosedur : SPM-		
	Tanggal Terbit	Revisi	Halaman
1. KOMPETENSI Kordinator	: Dokter Spesialis Penyakit Dalam		
- Pelaksana Pelayanan Medis	: 1. Dokter Spesialis Jiwa 2. Dokter Spesialis Syaraf 3. Dokter Spesialis Paru 4. Dokter Spesialis Gigi		
- Pelaksana keperawatan	: D3 Keperawatan		
2. PROSEDUR / IK	: 1. Guideline 10 penyakit terbanyak 2. Prosedur layanan rawat inap 3. IK pengisian rekam medis		
3. ALAT YANG TERKALIBRASI	: 1. Tensimeter 2. Timbangan berat badan 3. Suction pump 4. Sterilisator 5. EKG 6. Nebulizer		
4. BAHAN	: Sesuai formulasi rumah sakit		
- Obat	: Sesuai formulasi rumah sakit		
- Alkes	: Sesuai formulasi rumah sakit		
5. RECORD CATATAN	: 1. Rekam medik 2. Register rawat inap		



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

RUMAH SAKIT Jiwa Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG	STANDAR PELAYANAN MINIMAL RAWAT INAP REHABILITASI NAPZA		
STANDAR PELAYANAN MINIMAL	No Prosedur : SPM-		
	Tanggal Terbit	Revisi	Halaman
		00	1 of 1
1. KOMPETENSI Kordinator - Pelaksana Pelayanan Medis - Pelaksana keperawatan	: Dokter Spesialis Jiwa : Dokter Spesialis Jiwa : D3 Keperawatan		
2. PROSEDUR / IK	: 1. Prosedur layanan rawat inap rehabilitasi napza 2. IK pengisian rekam medis		
3. ALAT YANG TERKALIBRASI	: 1. Tensimeter 2. Sterilisator basah 3. Suction pump 4. Timbangan BB		
4. BAHAN - Obat - Alkes	: Sesuai formulasi rumah sakit : Sesuai formulasi rumah sakit		
5. RECORD CATATAN	: 1. Rekam medik 2. Register rawat inap 3. Menu billing system		



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

RUMAH SAKIT JiWA Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG	STANDAR PELAYANAN MINIMAL FISIOTERAPI		
STANDAR PELAYANAN MINIMAL	No Prosedur : SPM-		
	Tanggal Terbit	Revisi 00	Halaman 1 of 1
1. KOMPETENSI Kordinator - Pelaksana Pelayanan Medis - Pelaksana keperawatan	: Dokter Spesialis Rehab Medik : 1. S1 Fisioterapi 2. D4 Fisioterapi 3. D3 Fisioterapi :-		
2. PROSEDUR / IK	: 1. Prosedur mutu pelayanan fisioterapi 2. IK layanan fisioterapi		
3. ALAT YANG TERKALIBRASI	: 1. Ultrasound 2. Elektrical Stimulasi 3. Traksi 4. Timbangan berat badan 5. Tensimeter		
4. BAHAN - Obat - Alkes	:- : Jelly US, Bantalan elektrode		
5. RECORD CATATAN	: 1. Rekam medik 2. Register fisioterapi 3. Menu building sistem		



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

RUMAH SAKIT JiWA Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG	STANDAR PELAYANAN MINIMAL E C T		
STANDAR PELAYANAN MINIMAL	No Prosedur : SPM-		
	Tanggal Terbit	Revisi	Halaman
		00	1 of 1
1. KOMPETENSI			
Kordinator	:	Dokter Umum	
- Pelaksana Pelayanan Medis	:	Dokter Umum	
- Pelaksana keperawatan	:	D3 Keperawatan	
2. PROSEDUR / IK	:	1. Prosedur mutu layanan ECT 2. IK layanan ECT	
3. ALAT YANG TERKALIBRASI	:	1. Alat ECT 2. Tensimeter	
4. BAHAN	:		
- Obat	:	Sesuai formulasi rumah sakit	
- Alkes	:	Sesuai formulasi rumah sakit	
5. RECORD CATATAN	:	1. Rekam medik 2. Register rawat jalan	



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

RUMAH SAKIT JiWA Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG	STANDAR PELAYANAN MINIMAL RADIOLOGI		
STANDAR PELAYANAN MINIMAL	No Prosedur : SPM-		
	Tanggal Terbit	Revisi	Halaman
		00	1 of 1
1. KOMPETENSI			
Kordinator	:	Dokter Spesialis Radiologi	
- Pelaksana Pelayanan Medis	:	1. Dokter Spesialis Radiologi	
		2. D3 Radiologi	
- Pelaksana keperawatan	:	D3 Keperawatan	
2. PROSEDUR / IK	:	1. Prosedur mutu layanan radiologi	
		2. IK layanan radiologi	
3. ALAT YANG TERKALIBRASI	:	1. General X-ray	
		2. Dental X-ray	
		3. Panoramic	
		4. Mobile unit	
		5. USG	
		6. Manometer O ₂	
4. BAHAN	:		
- Obat	:	Sesuai formulasi rumah sakit	
- Alkes	:	Sesuai formulasi rumah sakit	
5. RECORD CATATAN	:	1. Rekam medik	
		2. Register rawat jalan	
		3. Menu building sistem	



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

RUMAH SAKIT JiWA Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG	STANDAR PELAYANAN MINIMAL REHABILITASI SOSIAL		
STANDAR PELAYANAN MINIMAL	No Prosedur : SPM-		
	Tanggal Terbit	Revisi 00	Halaman 1 of 1
1. KOMPETENSI Kordinator - Pelaksana Pelayanan Medis - Pelaksana keperawatan	: Dokter Spesialis Penyakit Jiwa : Psikolog : 1. D3 Keperawatan 2. D3 OT 3. Perawat/SPRB 4. Social worker		
2. PROSEDUR / IK	: 1. Seleksi konsultasi dan evaluasi 2. Okopasi terapi 3. Latihan kerja percobaan 4. Latihan kerja pengarahan		
3. ALAT YANG TERKALIBRASI	:-		
4. BAHAN	: 1. Paket seleksi 2. Paket okopasi terapi 3. Paket latihan kerja percobaan 4. Paket latihan kerja pengarahan 5. Paket evaluasi		
5. RECORD CATATAN	: 1. CMD 027 2. CMD 032 3. CMD 033 4. CMD 034 5. CMD 035		



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

RUMAH SAKIT JiWA Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG	STANDAR PELAYANAN MINIMAL LABORATORIUM		
STANDAR PELAYANAN MINIMAL	No Prosedur : SPM-		
	Tanggal Terbit	Revisi	Halaman
1. KOMPETENSI			
Kordinator	: Dokter Spesialis Patologi Klinik		
- Pelaksana Pelayanan Medis	: Analis		
- Pelaksana keperawatan	: Analis		
2. PROSEDUR / IK	: 1. Prosedur layanan laboratorium		
	2. IK pemeriksaan laboratorium		
3. ALAT YANG TERKALIBRASI	: 1. Automated chemistry analyzer		
	2. Automated hermatology analyzer		
	3. Automated immunology analyzer		
	4. Automated electrolyle analyzer		
	5. Roller hematology		
	6. Pipet semiotomatic 6 buah		
	7. Rotator / shaker		
	8. Centrifuge		
	9. Inkubator		
	10. Fotometer		
	11. Clinipette		
	12. Urinometer		
	13. Sterilisator		
4. BAHAN	: Sesuai jenis pelayanan		
- Obat	: Sesuai jenis pelayanan		
- Alkes	: Sesuai jenis pelayanan		
5. RECORD CATATAN	: 1. Formulir permintaan pemeriksaan		
	2. Formulir hasil pemeriksaan		
	3. Rincian biaya pemeriksaan		
	4. Laporan bulanan		
	5. Laporan tahunan		



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

RUMAH SAKIT JiWA Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG	STANDAR PELAYANAN MINIMAL FARMASI		
STANDAR PELAYANAN MINIMAL	No Prosedur : SPM-		
	Tanggal Terbit	Revisi 00	Halaman 1 of 1
1. KOMPETENSI Kordinator - Pelaksana Pelayanan Farmasi - Pelaksana keperawatan	: Apoteker : 1. Apoteker 2. Junior apoteker 3. Asisten Apoteker :-		
2. PROSEDUR / IK	: 1. Prosedur layanan Farmasi 2. IK Pelayanan Farmasi		
3. ALAT YANG TERKALIBRASI	: 1. Timbangan gram balance 2. Timbangan mm balance		
4. BAHAN - Obat - Alkes	: Sesuai formula RS : Sesuai formula RS		
5. RECORD CATATAN	: 1. Resep 2. Data inventory obat 3. Menu billing system		



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

RUMAH SAKIT JiWA Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG	STANDAR PELAYANAN MINIMAL GIZI		
STANDAR PELAYANAN MINIMAL	No Prosedur : SPM-		
	Tanggal Terbit	Revisi	Halaman
		00	1 of 1
1. KOMPETENSI			
Kordinator	: S1/ D4 Gizi		
- Pelaksana Pelayanan Medis	: 1. S1 Gizi 2. D4 Gizi 3. D3 gizi		
- Pelaksana keperawatan	: 1. SPAG 2. SMKK/ SMA		
2. PROSEDUR / IK	: 1. Prosedur pelayanan gizi rumah sakit 2. Prosedur pengadaan dan pemesanan makanan 3. Prosedur distribusi makanan biasa 4. Prosedur konsultasi gizi 5. Prosedur pengawasan makanan 6. Prosedur sanitasi makanan 7. IK pelayanan gizi rawat inap 8. IK persiapan bahan makanan 9. IK pengolahan makanan khusus dan makanan biasa 10. IK penyimpanan dan penyaluran bahan makanan 11. IK penerimaan dan pemeriksaan bahan makanan 12. IK pembuatan standar zat makanan 13. IK penyusunan resep 14. IK pembuatan standar menu		
3. ALAT YANG TERKALIBRASI	: 1. Timbangan bahan makanan 2. Timbangan berat badan		
4. BAHAN	: 1. Bahan makanan kering 2. Bahan makanan basah 3. Food model & leaflet 4. Asuhan Nutrisi		
5. RECORD CATATAN	: 1. Buku harian permintaan bahan makanan 2. Buku permintaan makanan biasa, diet & kelas 3. Formulir bon permintaan BM 3. Formulir bon permintaan makanan 4. Formulir pengawasan mutu makanan 5. Formulir perhitungan kebutuhan gizi pasien 6. Formulir asuhan nutrisi 7. Formulir survey kepuasan pelanggan 8. Formulir konsultasi gizi pasien 9. Laporan bulanan, tribulan, tahunan gizi		



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

RUMAH SAKIT JiWA Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG	STANDAR PELAYANAN MINIMAL KEUANGAN		
STANDAR PELAYANAN MINIMAL	No Prosedur : SPM-		
	Tanggal Terbit	Revisi	Halaman
1. KOMPETENSI Kordinator - Pelaksana Pelayanan Medis - Pelaksana keperawatan	: Sarjanan Ekonomi/Akuntansi : 1. D3 Ekonomi 2. SMEA/SMA + Kursus Bendahara : -		1 of 1
2. PROSEDUR / IK	: 1. Prosedur layanan keuangan 2. IK laporan biaya		
3. ALAT YANG TERKALIBRASI	: -		
4. BAHAN	: 1. ATK 2. Materai		
5. RECORD CATATAN	: 1. Kartu pembayaran biaya perawatan 2. Buku kas 3. Kwitansi 4. Buku register 5. Bukti setor 6. Kontrak/perjanjian jual beli/SPK 7. SPM (surat perintah membayar) 8. SP2D (surat perintah pencarian dana) 9. SPP (surat permintaan pembayaran) 10. Buku bank		



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

RUMAH SAKIT JiWA Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG	STANDAR PELAYANAN MINIMAL REKAM MEDIS		
STANDAR PELAYANAN MINIMAL	No Prosedur : SPM-		
	Tanggal Terbit	Revisi 00	Halaman 1 of 1
<p>1. KOMPETENSI Kordinator</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pelaksana Pelayanan Medis - Pelaksana keperawatan <p>2. PROSEDUR / IK</p> <p>3. ALAT YANG TERKALIBRASI</p> <p>4. BAHAN</p> <p>5. RECORD CATATAN</p>	<p>: D3 Rekam medis</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. D3 Rekam medis 2. D1 Komputer 3. SMA <p>: -</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Prosedur pelayanan pendaftaran rawat jalan 2. Prosedur pelayanan pendaftaran rawat inap 3. Prosedur pengelolaan rekam medis 4. IK Pengisian rekam medis 5. IK sensus harian rumah sakit 6. IK penyimpanan/filing 7. IK perakitan dokumen rekam medis 8. IK index/pengindekan 9. IK Coding/pengkodean 10. IK audit rekam medis <p>: Pengukuran suhu ruangan arsip</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Komputer 2. Mesin ketik 3. Map status pasien 4. Folder dan penjepit 5. Map plastik status pasien 6. Kartu pasien 7. Blangko rekam medis 8. Tanda penunjuk keluar status 9. Buku keluar masuk pasien 10. Kartu klip 11. Kartu berobat pasien 12. Blanko peminjaman dokumen <ul style="list-style-type: none"> 1. Buku register pasien 2. Dokumen rekam medis 3. Laporan bulanan, tribulan, tahunan 4. Buku agenda 		



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

RUMAH SAKIT JIWA Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG		STANDAR PELAYANAN MINIMAL I P S R S		
STANDAR PELAYANAN MINIMAL		No Prosedur : SPM-		
		Tanggal Terbit	Revisi 00	Halaman 1 of 2
1. KOMPETENSI				
Kordinator		: S1 Teknik/ S1 Kesehatan Masyarakat		
a. Ka. Urs. Elektro dan Komunikasi		: 1. S1 Teknik Elektro 2. D3 Teknik Elektro 3. STM Listrik/ Elektronika		
b. Ka. Urs. Inst. Air Bersih		: 1. S1 Teknik Sipil 2. D3 Teknik Sipil 3. STM Bangunan		
c. Ka. Urs. Bangunan		: 1. S1 Teknik Sipil 2. D3 Teknik Sipil 3. STM Bangunan		
d. Ka. Urs. Mesin & Mekanik		: 1. S1 Teknik Mesin 2. D3 Teknik Mesin 3. STM Mesin		
e. Ka. Urs. Instrumentasi Medik		: 1. S1 Teknik Fisika/ Teknik Elektro 2. D3 Teknik Elektromedik 3. STM Listrik/ Elektronika		
f. Ka. Urs. Sanitasi		: 1. S1 Kesehatan Masyarakat 2. D3 Kesehatan Lingkungan 3. SPPH		
g. Ka. Urs. IPAL		: 1. S1 Kesehatan Masyarakat 2. D3 Kesehatan Lingkungan 3. SPPH		
h. Staf Urs. Elektro dan Komunikasi		: STM Listrik/ Elektro		
i. Staf Urs. Inst. Air Bersih		: STM Bangunan		
j. Staf Urs. Bangunan		: STM Bangunan		
k. Staf Urs. Mesin & Mekanik		: STM Mesin		
l. Staf Urs. Instrumentasi Medik		: D3 Teknik Elektromedik		
m. Staf Urs. Sanitasi		: 1. D3 Kesehatan Lingkungan 2. SPPH		
n. Staf Urs. IPAL		: 1. D3 Kesehatan Lingkungan 2. SPPH 3. STM Mesin		
o. Staf Urs. Administrasi		: 1. S1 Ekonomi 2. D3 Ekonomi 3. SMEA/ SMA		
p. Staf Urs. Logistik		: 1. S1 Ekonomi 2. D3 Ekonomi 3. SMEA/ SMA		
- Pelaksana Pelayanan Medis		:-		
- Pelaksana keperawatan		:-		
2. PROSEDUR / IK		: 1. Prosedur pemeliharaan sarana dan prasarana 2. Prosedur kalibrasi alat 3. Prosedur tindakan perbaikan alat 4. Prosedur layanan sanitasi 5. Prosedur komunikasi internal		



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

RUMAH SAKIT JIWA Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG	STANDAR PELAYANAN MINIMAL I P S R S		
STANDAR PELAYANAN MINIMAL	No Prosedur : SPM-		
	Tanggal Terbit	Revisi 00	Halaman 1 of 2
	<ol style="list-style-type: none">6. Prosedur penanganan keluhan pelanggan7. Prosedur pengadaan sarana dan prasarana8. Prosedur pengelolaan barang inventaris9. Prosedur pengadaan barang10. Prosedur komunikasi dengan pelanggan11. Prosedur penanganan barang milik pelanggan12. Prosedur pengendalian layanan tidak sesuai13. Prosedur pengendalian dokumen dan catatan14. Prosedur pencucian linen dan pakaian penderita15. IK layanan pengangkutan sampah16. IK kalibrasi cell analyzer17. IK kalibrasi photometer 501018. IK pemantauan fungsi19. IK pemeliharaan alat kesehatan20. IK pengelolaan linen21. IK pemeliharaan boiler/ketel uap22. IK pemeliharaan jaringan listrik23. IK pemeliharaan & monitoring penerangan listrik24. IK pemeliharaan saluran air limbah25. IK pemeliharaan sarana air bersih26. IK pemeliharaan diesel27. IK pemeliharaan kulkas28. IK pemeliharaan AC29. IK pemeliharaan sarana bangunan30. IK pengelolaan laporan permintaan perbaikan user31. IK layanan pemeliharaan mesin cuci, mesin pengering dan mesin setrika32. IK pengangkutan dan pemusnahan sampah medis33. IK pengangkutan dan pembuangan sampah non medis34. IK pemeliharaan dan pengoperasian mesin up flow filter35. IK pemeliharaan dan pengoperasian high pressure cleaner36. IK pemeliharaan dan pengoperasian submersible mixer & submersible pump37. IK pemeliharaan dan pengoperasian auto rake screen38. IK pemeliharaan dan pengoperasian booster pump39. IK pemeliharaan dan pengoperasian vacumm press filter40. IK pemeliharaan dan pengoperasian diafragma pump41. IK pemeliharaan dan pengoperasian agitator42. IK pemeliharaan dan pengoperasian parshall flume43. IK pemeliharaan dan pengoperasian centrifugal pump44. IK pemeliharaan dan pengoperasian L.O.P (local operation panel)45. IK pemeliharaan level switch46. IK pemeliharaan dan pengoperasian rotary blower47. IK pemeliharaan dan pengoperasian scrapper bak pengendap48. IK pemeliharaan dan pengoperasian air diffuser49. IK pemeliharaan sistem pengumpulan air limbah50. IK layanan pemeliharaan ECT (electroconvulsive therapy)51. IK layanan pemeliharaan sphygmomanometer52. IK layanan pemeliharaan control table pesawat x-ray		



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

	53. IK pengukuran BOD ₅
	54. IK pengukuran Coli
	55. IK pengukuran PO ₄
	56. IK pengukuran NH ₃ bebas
	57. IK pengukuran TSS
	58. IK pengukuran COD
	59. IK pengukuran BOD
	60. IK pengukuran pH
	61. IK pengukuran temperatur/suhu
	62. IK pengukuran autoclave
	63. IK pengukuran sterilisator kering
	64. IK pengukuran sterilisator UV lamp
	65. IK pemeliharaan dental unit
	66. IK pemeliharaan dental x-ray
	67. IK penyehatan makanan dan minuman
	68. IK pelaksanaan penyucihamaan alat kesehatan/kedokteran
	69. IK pengendalian serangga dan tikus
	70. IK validasi cell analyzer
	71. IK pemeliharaan cell analyzer
	72. IK pemeliharaan tensimeter
	73. IK pemeliharaan stavolt/ferro resonant
	74. IK pemeliharaan mikroskop
	75. IK pemeliharaan counter cell
	76. IK pemeliharaan centrifuge
	77. IK kalibrasi sphygmomanometer
	78. IK pemeliharaan sterilisator basah
	79. IK pemeliharaan spektrophotometer
	80. IK pemeliharaan stetoskop
	81. IK pemeliharaan autoclave
	82. IK pemeliharaan photometer 5010
	83. IK pemeliharaan photometer caya 200
	84. IK pemeliharaan ECT (electro convulsive therapy)
	85. IK pemeliharaan ECT monitor
	86. IK pemeliharaan diathermi
	87. IK pemeliharaan ultrasound
	88. IK pemeliharaan infra red
	89. IK pemeliharaan elektro stimulator
	90. IK pemeliharaan tens
	91. IK pemeliharaan boiler/ketel uap
	92. IK pemeliharaan incenerator
3. ALAT KERJA	: Sesuai formulasi rumah sakit
4. BAHAN	: Sesuai formulasi rumah sakit
5. RECORD CATATAN	: 1. Buku persediaan barang urs. bangunan 2. Buku persediaan barang urs. elektro dan komunikasi 3. Buku persediaan barang urs. mesin dan mekanik 4. Buku persediaan barang urs. inst. air bersih 5. Buku persediaan barang urs. instrumentasi medik 6. Buku laporan kegiatan bulanan urs. bangunan 7. Buku laporan kegiatan bulanan urs. elektro & komunikasi 8. Buku laporan kegiatan bulanan urs. mesin dan mekanik 9. Buku laporan kegiatan bulanan urs. inst. air bersih 10. Buku laporan kegiatan bulanan urs. instrumentasi medik 11. Buku laporan permintaan perbaikan 12. Buku pengelolaan barang milik pelanggan



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

13. Buku sosialisasi IK IPSRS
14. Buku cuti
15. Buku catatan barang pinjaman
16. Buku pengendalian dokumen mutu
17. Buku catatan barang disisihkan
18. Buku agenda surat masuk
19. Buku agenda surat keluar
20. Buku Pemantauan layanan tidak sesuai
21. Daftar inventaris alat kerja dan perlengkapan IPSRS
22. Bon permintaan barang/ onderdil
23. Bon permintaan bahan yang mendesak
24. Bon pinjam barang/ alat/ dokumen
25. Laporan kerja
26. Surat tugas
27. Blangko laporan permintaan perbaikan
28. Check list monitoring urs. bangunan
29. Check list monitoring urs. elektro dan komunikasi
30. Check list monitoring urs. sanitasi
31. Check list monitoring urs. inst. Air bersih
32. Check list monitoring urs. instrumentasi medik
33. KHI
34. Kartu pemeliharaan
35. Paket rapat : undangan
36. Paket rapat : daftar hadir
37. Paket rapat : notulen
38. Blangko studi gerak waktu



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

RUMAH SAKIT JIWA Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG	STANDAR PELAYANAN MINIMAL KEPEGAWAIAN		
STANDAR PELAYANAN MINIMAL	No Prosedur : SPM-		
	Tanggal Terbit	Revisi	Halaman
		00	1 of 1
1. KOMPETENSI			
Kordinator	: S1 Manajemen Administrasi		
- Pelaksana pengelola kepegawaian	: D3 Administrasi		
- Staf pelaksana non medis	: SMA		
2. PROSEDUR / IK			
	: 1. Prosedur pengelolaan SDM		
	2. IK DRH		
	3. IK pengaturan parkir kendaraan pegawai RSJRWL		
	4. IK orientasi pegawai baru		
	5. IK Kenaikan gaji berkala		
	6. IK Penilaian kinerja pegawai (DP3)		
	7. IK mutasi tempat tugas		
	8. IK kriteria pangkat pegawai		
	9. IK job kompetensi		
3. ALAT YANG TERKALIBRASI	: -		
4. BAHAN			
	: 1. Almari arsip		
	2. Komputer		
	3. ATK		
5. RECORD CATATAN			
	: 1. Kartu pegawai		
	2. Buku penegendali pegawai		
	3. Buku KGB		
	4. Buku pinjam dokumen		
	5. Buku notolen rapat		
	6. Buku komunikasi intern		
	7. Buku komplain pegawai		
	8. Buku tamu		
	9. Buku komunikasi eksternal		



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

RUMAH SAKIT JIWA Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG	STANDAR PELAYANAN MINIMAL PPL		
STANDAR PELAYANAN MINIMAL	No Prosedur : SPM-		
	Tanggal Terbit	Revisi 00	Halaman 1 of 1
6. KOMPETENSI Kordinator - Pelaksana program - Pelaksana lampiran	: S1 Ekonomi Akuntansi : S1 Ekonomi : D3 Administrasi/D3 Komputer		
7. PROSEDUR / IK	: 1. Prosedur pengajuan DUK / RKAKL 2. Prosedur penyusunan POA RS 3. Prosedur penyusunan laporan tahunan		
8. ALAT YANG TERKALIBRASI	: -		
9. BAHAN	:		
• ATK • Aalat	: Sesuai kebutuhan : 1. Komputer lengkap 2. Laptop 3. LCD		
10. RECORD CATATAN	: 1. RKAKL 2. POA dan Juklak 3. SPL 4. Revisi POA		
11. KOMPETENSI Kordinator - Pelaksana teknis - Pelaksana laporan	: STM Mesin : STM Mesin : SMA		
12. PROSEDUR / IK	: 1. Prosedur Pengoperasian Mesin Cuci dan Blower 2. Prosedur Layanan Laundry 3. IK Pemilahan Bahan Cucian 4. IK Penerimaan dan Pengembalian Bahan Cucian		
13. ALAT YANG TERKALIBRASI	: -		
14. BAHAN	: 1. Mesin Cuci 2. Mesin Pengering 3. Mesin Setrika 4. Sabun Cuci		
15. RECORD CATATAN	: 1. Catatan Penerimaan dan Pengembalian Bahan Cucian 2. Catatan Pemilahan Bahan Cucian		



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

16. KOMPETENSI
Kordinator : Magister Promosi Kesehatan dan Perilaku
- Pelaksana Penyuluhan dan Integrasi : 1. Dokter Spesialis Jiwa
2. Psikolog
3. Dokter Umum
4. Perawat
5. Sarjana Kesehatan Masyarakat
17. PROSEDUR / IK : 1. Program Keswamas
2. Prosedur Penyuluhan dan Integrasi
3. IK Pelaporan
18. ALAT AUDIO VISUAL : 1. Video
2. OHP / LCD
3. Laptop
19. BAHAN / MEDIA : 1. Booklet
2. Leaflet ; Hand of Materi
20. RECORD CATATAN : 1. Absensi Peserta
2. Lembar Penyuluhan
21. KOMPETENSI
- Kordinator/Ketua Diklat : 1. Dokter Spesialis Jiwa
2. S2 Psikologi
3. S2 Keperawatan

- Ketua Tim Pendidikan Kedokteran : Dokter Umum
Psikologi : Psikolog Profesi
Keperawatan : Sarjana Keperawatan (SKP N)
22. PROSEDUR / IK : 1. Prosedur Pelatihan Eksternal
2. Prosedur Pelatihan Internal
3. Prosedur Layanan Pendidikan
4. Prosedur Layanan Pelatihan
5. Prosedur Layanan Penelitian
6. IK Penerimaan Mahasiswa/Co As
7. IK Perencanaan Jadwal Praktek Mahasiswa
8. IK Tata Tertib Pelaksanaan Praktek Klinik
9. IK Pelanggaran dan Sangsi Bagi Pratkan
10. IK Menyusun Jadwal Praktek Mahasiswa
11. IK Evaluasi Bimbingan Klinik
12. IK Kegiatan Bimbingan Klinik Keperawatan
13. IK Operan Dinas
14. IK Presentasi Kasus Mahasiswa
15. IK Tata Tertib Bagi Penghuni Asrama / Mess Diklat
16. IK Pengarsipan Surat Masuk Diklat
17. IK Menindaklanjuti Surat Masuk
18. IK Mengarsipkan Surat Keluar
19. IK Peraturan Penggunaan Gedung
20. IK Pembuatan Naskah Kerja Sama / Mo U
21. IK Job Kompetensi Diklat
23. ALAT AUDIO VISUAL : 1. Laptop
2. OHP / LCD



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

3. Video Camera

24. BAHAN

- ATK
- Aalat

- : Sesuai kebutuhan
: 1. Komputer lengkap
2. Laptop
3. LCD

25. RECORD CATATAN

- : 1. Absensi Mahasiswa Praktek
2. Catatan Pegawai yang telah mendapatkan pelatihan
3.
4. Revisi POA



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

BAB IX EVALUASI DAN PEMANTAUAN PENCAPAIAN INDIKATOR

9.1. Monitoring Capaian Sasaran Mutu

NO	UNIT KERJA	SASARAN MUTU	PENCAPAIAN													
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AUG	SEP	OKT	NOP	DES		
1.1.	Fokus Pelanggan	1	Hasil pengukuran kepuasan pelanggan puas > 80%.													
		2	Komplain pelanggan terselesaikan dalam 24 jam 98%													
1.2.	UGD	1	Respon time layanan Gawat Darurat 3 menit 95%													
		2	Respon time ambulance < 15 menit													
1.3.	Rekam Medik	1	Waktu layanan registrasi ≤ 7 menit 95%													
1.4.	Rawat Jalan	2	Waktu tunggu layanan rawat jalan 30 menit 90%													
		3	Ketepatan diagnosa dan terapi 90%													
1.5.	Poli Klinik Umum	1	Waktu tunggu layanan poli umum 15 menit 90%													
1.6.	Poli Gigi	1	Waktu tunggu layanan poli gigi 15 menit 90%													
1.7.	Poli Psikologi	1	Waktu tunggu layanan poli psikologi 15 menit 90%													
1.8.	Farmasi	1	Waktu layanan farmasi untuk obat paten 10 menit													
		2	Waktu layanan farmasi untuk obat racikan 30 menit													
1.9.	Rehab Medik (Fisioterapi)	1	Waktu tunggu < 60 menit 90%													
		2	Ketepatan diagnosa dan tindakan 90%													
	Laboratorium	1	Hasil pemeriksaan laboratorium < 2 jam													
1.10.	Radiologi	1	Hasil pemeriksaan radiologi 1 jam													
1.11.	PPBJ	1	Ketepatan waktu penerimaan barang 95%													
		2	Ketepatan mutu dan jumlah barang 100%													
1.12.	IPSR	1	Respon time perbaikan ringan 4 hari kerja 100%													
		2	Respon time perbaikan sedang 10 hari kerja 100%													



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

NO	UNIT KERJA	SASARAN MUTU	PENCAPAIAN													
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AUG	SEP	OKT	NOP	DES		
II	BISNIS INTERNAL															
A	Medical Care															
1	Rawat Jalan	1	Kesesuaian diagnosa dan terapi di Rawat Jalan 90%													
2	Poli Umum	1	Kesesuaian diagnosa dan terapi di poli umum 90%													
3	Poli Gigi	1	Kesesuaian diagnosa dan terapi di poli gigi 90%													
4	Poli Psikologi	1	Ketepatan diagnosa dan tindakan psikologi 90%													
5	Rawat Inap	1	Peningkatan GAF score pada perawatan hari ke 14 \geq 20													
		2	Infeksi Nosokomial < 9%													
6	Rehabilitasi Napza	1	Jumlah Skala CINA \leq 5 pada perawatan hari ke 4 sebanyak 85%													
		2	Angka kekambuhan pasien rehabilitasi Napza < 20%													
7	Laboratorium	1	Akurasi Pemeriksaan Laboratorium 90%													
8	Radiologi	1	Kegagalan foto < 10%													
9	Elektromedik	1	Kegagalan pelaksanaan ECT < 5%													
10	Farmasi	1	Salah Resep 0%													
		2	Obat kadaluarsa 0%													
		4	Ketepatan dosis obat dalam kemasan 100%													
11	Gizi	1	Salah Delivery makan 0%													
		2	Peningkatan gizi pasien kurang gizi 80%													
		3	Sisa makanan pasien 10%													
12	Rehab Medik (Fisioterapi)	1	Keberhasilan terapi rehab medik untuk gangguan otot dan tulang 90%													
	Rehab Sosial	2	Kesesuaian pelayanan dengan bakat dan minat 90%													
		3	Pasien terampil dalam latihan kerja 75%													
13	Laundry	1	Ketepatan waktu delivery Laundry 100%													
		2	Kehilangan Laundry 0%													
		3	Kesesuaian dengan standart laundry 95%													



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

NO	UNIT KERJA	SASARAN MUTU	PENCAPAIAN													
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AUG	SEP	OKT	NOP	DES		
B	ADMINISTRASI															
1	IPSRs	1 Indeks vector dan tikus 0%														
		2 Alat kesehatan terkalibrasi 100%														
		3 Effluent air limbah sesuai standar baku mutu 100%														
2	Rekam Medis	1 Kehilangan status rekam medik 0%														
		2 Rekam medik terisi lengkap 100%														
3	Kepegawaian	1 Angka kemangkiran < 2%														
		2 Kepuasan karyawan meningkat > 70%														
		3 Kinerja karyawan yang baik 90%														
		4 Surat keputusan kenaikan pangkat pegawai yang diusulkan dalam waktu 1 tahun berhasil diterbitkan 100%														
4	SPI	1 Audit 2 kali setahun untuk setiap fokus terlaksana 100%														
		2 CAR Close out 100%														
5	MR	1 Dokumen mutu terkendali 100%														
6	PPBJ	1 Ketepatan pembelian sesuai spesifikasi 100%														
		2 Ketepatan waktu penerimaan barang 95%														
7	IT	1 Akurasi EDP (Entry Data Processing) 99%														
8	Keuangan	1 Efisiensi anggaran 60%														
		2 Kesesuaian dokumen 100%														
		3 Piutang pasien 20%														
9	PPL	1 Ketepatan pelaksanaan anggaran 98%														
III	LEARNING AND GROWTH															
1	DIKLAT	1 Jumlah pelatihan 10 hari per orang per tahun tercapai 80%														
2	Kelompok Inovator	2 Kelompok inovator menghasilkan masing-masing satu inovasi dalam setahun tercapai 30 %														



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

9.2 AUDIT INTERNAL

CORRECTIVE ACTION REQUEST MAJOR / MINOR			
COMPANY: RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang			
JOB NO :	VISIT NO :	CAR NO : OF	
AUDITOR :		AUDIT DATE :	
COMPANY REPRESENTATIVE :			
PROCEDURE NO : -	AREA/DEPT/FUNCTION:	ISO 9001 REF:	
ISSUE: -			
DETAIL OF NON CONFORMANCE:			
SIGNED: COMPANY REPRESENTATIVE:	MAJOR CAR PROPOSED CLOSE OUT DATE:	SIGNED: AUDITOR:	
CORRECTIVE ACTION TAKEN TO PREVENT RECURRENCE:			
SIGN: COMPANY REPRESENTATIVE:		DATE:	
ACCEPTANCE OF CORRECTIVE ACTION/COMMENTS:			
SIGN: AUDITOR:		DATE:	
MAJOR NOTIFY CLOSE OUT		MINOR NOTIFY CLOSE OUT	
ASSESSMENT	1 month	2 month	3 month next surveillance
SURVEILLANCE/REASSESS	2 weeks	1 month	3 month visit

KETERANGAN :

Form CAR (Corrective Action Request) digunakan dalam audit internal, unit yan telah di audit akan diberikan form CAR tersebut. Form CAR yang dibagikan ke unit-unit yang telah di audit berisi temuan-temuan hasil audit internal.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Temuan-temuan tersebut merupakan adanya layanan yang tidak sesuai di unit-unit yang diaudit.

FORM PENGENDALIAN LAYANAN TIDAK SESUAI

No	Layanan tidak sesuai	Sumber	Analisis penyebab	Tindakan perbaikan	Tindakan pencegahan	Tanggal verifikasi

KETERANGAN

Form pengendalian layanan tidak sesuai dibagikan pada unit-unit yang telah diaudit beserta form CAR. Pada form pengendalian layanan tidak sesuai ini unit-unit akan melakukan analisis penyebab adanya layanan tidak sesuai di unitnya dan mencari serta melakukan tindakan perbaikan dan tindakan pencegahan dengan jangka waktu yang telah disepakati bersama antara auditor dan unit yang bersangkutan agar layanan tidak sesuai tersebut tidak akan berulang kembali. Jangka waktu yang telah disepakati bersama tersebut disebut sebagai tanggal verifikasi.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

BAB X

UNIT COST PELAYANAN

10.1 Rancangan Penghitungan Unit Cost

Penghitungan analisis biaya dan unit cost Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang merupakan penelitian deskriptif dimana akan didapatkan gambaran biaya, gambaran kemampuan / kesediaan membayar masyarakat atau pengunjung Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang serta analisa hubungannya.

Metode analisa biaya yang dipakai adalah Double Distribution Method. Metode ini akan menghasilkan variable menyangkut biaya mulai dari perilaku biaya sampai biaya satuan dan gambaran defisit sedangkan gambaran kesediaan (*willingness to pay*) / kemampuan membayar (*ability to pay*) diukur berdasarkan wawancara terpimpin dengan menggunakan quisoner yang merupakan penjabaran dari aspek yang terkandung didalamnya.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

10.2. Hasil Analisis Biaya

PERHITUNGAN MARGINAL UNIT COST
RUMAH SAKIT Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG TAHUN 2005

No	Pusat Biaya	Alokssasi Biaya dalam 1 tahun	Jumlah pegawai	Titik telepon	KVA yang terpakai	M3 air yang terpakai	Piring makanan	Kg Cucian kering	Luas lantai	Unit Asli obat & alkes	Luas halaman	Unit kendaraan
1	Administrasi	2,435,653,192	122	31	5,840	21,525	0	165	2,662	0	0	0
2	Telepon	55,404,503	6	4	0	0	0	0	24	0	0	0
3	Listrik	182,715,295	7	0	0	0	0	0	119	0	0	0
4	PAM	-	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Dapur	2,491,547,173	35	1	26,250	10,950	0	0	697	0	0	0
6	Cucian	212,463,350	11	0	11,680	14,600	0	0	641	0	0	0
7	IPSR	127,614,250	17	1	0	0	0	0	225	0	0	0
8	Farmasi	1,116,130,348	14	1	0	0	0	0	150	0	0	0
9	Cleaning service	194,472,200	4	0	0	0	0	0	295	0	8,832	0
10	Peml. Kendaraaan	218,978,430	4	0	0	0	0	0	235	0	41,7620	168,892
11	Rawat jalan	30,000,000	6	6	0	365	0	132	295	8.832	0	0
12	Rawat inap	725,739,289	339	31	215,252	148,920	398,609	74,775	14,691	41.762	0	0
13	Elektromedik	15,000,000	9	1	11,096	365	0	0	128	0	0	0
14	Laboratorium	19,148,633	6	1	3,504	730	0	0	179	0	0	0
15	Poli Gigi	15,657,528	4	2	0	365	0	78	144	0	0	0
16	Rehabilitasi	70,680,650	58	2	0	3,650	0	0	2,802	0	0	0
17	Psikometri	17,000,000	5	4	0	0	0	0	28	0	0	0
	Jumlah	7,928,204,841	651	85	273,622	201,470	398,609	75,150	23,315	50.594	50,594	168,892



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

No	Uraian	Rawat Jalan	Rawat Inap	Elektromedik	Laboratorium	Poli Gigi	Rehabilitasi	Psikometri	Jumlah
1	Administrasi	2,803,838.79	158,416,891.78	4,205,758.19	2,803,838.79	1,869,225.86	27,103,774.99	2,336,532.33	199,539,860.74
2	Telepon	3,543,599.96	18,308,599.81	590,599.99	590,599.99	1,181,199.99	1,181,199.99	2,362,399.98	27,758,199.71
3	Listrik	-	30,798,520.90	501,356.63	501,356.63	-	-	-	32,887,506.85
4	PAM	43,539.10	17,763,950.94	43,539.10	87,078.19	43,539.10	435,390.95	-	18,417,037.37
5	Dapur	-	183,214,116.87	-	-	-	-	-	183,214,116.87
6	Cucian	109,122.54	61,815,439.16	-	-	64,481.50	-	-	61,989,043.20
7	IPSRs	1,596,581.04	79,509,735.59	692,753.81	968,772.90	779,348.03	15,164,813.77	-151,538.89	98,863,545.03
8	Farmasi	11,516,593.50	54,456,066.34	-	-	-	-	-	65,972,659.85
9	Cleaning service	-	20,047,448.96	-	-	-	-	-	20,047,448.96
10	Peml. Kendaraan	-	19,715,839.83	-	-	-	-	-	19,715,839.83
11	Biaya Asli	258,571,776.34	6,391,248,278.89	65,239,297.62	50,787,345.70	36,458,960.56	354,581,851.02	42,912,072.48	7,199,799,582.60
	Biaya Produksi 1 th	278,185,051.27	7,035,294,889.05	72,359,578.03	55,738,992.21	40,396,755.04	398,467,030.72	47,762,544.68	7,928,204,841.00
	Total Kegiatan 1 th	3,493.00	132,615.00	457.00	7,322.00	719.00	10,890.00	249.00	
	Unit cost (Rp)	79,640.72	53,050.52	158,336.06	7,612.54	56,184.64	36,590.18	191,817.45	

Unit Penunjang

No	Uraian	Administrasi	Telepon	Listrik	PAM	Dapur	Cucian	IPSRs	Farmasi	Cleaning Service	Pem. Kendaraan
1	Administrasi	-	27,625,556.05	32,229,815.40	18,417,037.37	161,149,076.98	50,646,852.76	78,272,408.82	64,459,630.79	18,417,037.37	18,417,037.37
2	Telepon	21,204,192.51	-	-	-	684,006.21	-	684,006.21	684,006.21	-	-
3	Listrik	3,899,749.74	-	-	-	17,528,840.86	7,799,499.48	-	-	-	-
4	PAM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	Dapur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	Cucian	466,486.40	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	IPSRs	14,712,392.10	132,643.66	657,691.46	-	3,852,192.82	3,542,690.96	-	829,022.85	1,630,411.60	1,298,802.46
8	Farmasi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9	Cleaning	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

No	Uraian	Administrasi	Telepon	Listrik	PAM	Dapur	Cucian	IPSRS	Farmasi	Cleaning Service	Pem. Kendaraan
	service										
10	Peml. Kendaraan	159,257,040.00	-	-	-	-	-	19,907,130.00	-	-	-
11	Biaya Asli	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Jumlah	199,539,860.74	27,758,199.71	32,887,506.85	18,417,037.37	183,214,116.87	61,989,043.20	98,863,545.03	65,972,659.85	20,047,448.96	19,715,839.83



MENTERI KESEHATAN,

DR. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp.JP (K)