



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

RUMAH SAKIT Jiwa Prof. Dr. SOEROJO MAGELANG

Jalan Jenderal Ahmad Yani 169 Magelang Kode Pos 56115 Tromol Pos 5

Telepon (0293) 363601 Faksimile (0293) 365183

Laman : www.rsjsorojo.co.id Surat Elektronik : admin@rsjsorojo.co.id



KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA

NOMOR : HK.01.07/XXVI.3/2896/2018

TENTANG

PEDOMAN PELAYANAN

PADA RUMAH SAKIT Jiwa Prof. Dr. SOEROJO MAGELANG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT Jiwa Prof. Dr. SOEROJO MAGELANG,

- Menimbang** :
- a. bahwa dalam rangka upaya meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang, maka diperlukan penyelenggaraan pelayanan yang bermutu tinggi di semua instalasi pelayanan;
 - b. bahwa agar pelayanan Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang dapat terlaksana dengan baik, tertib dan berkesinambungan serta berorientasi pada keselamatan pasien perlu adanya Pedoman Pelayanan Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan b, maka perlu ditetapkan Pedoman Pelayanan pada Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang dengan Keputusan Direktur Utama.
- Mengingat** :
- 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
 - 2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
 - 3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
 - 3. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa;
 - 4. Peraturan Pemerintah No 74 tahun 2012 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
 - 5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 253/Menkes/Per/III/2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang;
 - 6. Keputusan Menteri Keuangan RI Nomor 278/KMK.05/2007 tentang Penetapan Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang pada Departemen Kesehatan Sebagai Instansi pemerintah yang menerapkan PPK BLU;

7. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 756/Men.Kes/SK/VI/2007 tentang penetapan 15 (Lima Belas) Rumah Sakit Unit Pelaksana Teknis Departemen Kesehatan Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.03/II/4160/2016 tentang Pemberlakuan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor KP.03.03/Menkes/203/2018 tentang Pemberhentian dan Pengangkatan Dari Dan Dalam Jabatan Pimpinan Tinggi Pratama di Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

MEMUTUSKAN

- MENETAPKAN** : **KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA TENTANG PEDOMAN PELAYANAN PADA RUMAH SAKIT JIWA Prof. Dr. SOEROJO MAGELANG.**
- KESATU** : Memberlakukan Pedoman Pelayanan Pada Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini.
- KEDUA** : Pedoman sebagaimana dimaksud dalam diktum kesatu agar digunakan sebagai acuan dalam pelaksanaan pelayanan dilingkungan Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.
- KETIGA** : Dengan ditetapkannya keputusan ini maka Keputusan Direktur Utama Nomor : HK.02.04/III/1438/2015 tentang Pedoman Pelayanan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang dinyatakan tidak berlaku lagi.
- KEEMPAT** : Keputusan ini dilakukan evaluasi maksimal 3 (tiga) tahun sejak tanggal ditetapkan
- KELIMA** : Keputusan ini berlaku terhitung mulai tanggal ditetapkan.
- KEENAM** : Apabila di dalam keputusan ini terdapat kekeliruan maka akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Magelang
pada tanggal 9 Nopember 2018



BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah sakit adalah organisasi yang berkiprah dalam bidang jasa pelayanan kesehatan perorangan. Dalam penyelenggaraan upaya pelayanan pada pasien rumah sakit didukung oleh banyak jenis keterampilan SDM baik yang berbentuk profesi maupun non profesi.

Dalam menjalankan kegiatannya rumah sakit menyadari bahwa pelayanan yang diberikan kepada pasien dalam bentuk bermacam macam asuhan yang merupakan bagian dari suatu sistem pelayanan yang terintegrasi dengan para profesional dibidang pelayanan kesehatan. Dengan adanya pedoman ini diharapkan rumah sakit dapat menerapkan model pelayanan yang akan membangun suatu kontinuitas pelayanan, menyelaraskan kebutuhan asuhan pasien dengan pelayanan yang tersedia di rumah sakit, mengkoordinasikan pelayanan, kemudian merencanakan pemulangan dan tindakan selanjutnya. Hasilnya adalah meningkatnya mutu asuhan pasien dan efisiensi penggunaan sumber daya yang tersedia di rumah sakit.

Setiap pasien yang datang kerumah sakit harus dijamin aksesnya untuk mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan, terjamin pula kontinuitas pelayanan yang didapat, serta mendapatkan pelayanan yang terkoordinasi dan terintegrasi dari berbagai asuhan dari para profesional pemberi asuhan pasien. Sehingga dapatlah diharapkan hasil pelayanan yang efektif, efisien dan menjamin keselamatan pasien, yang akhirnya bermuara pada kepuasan pasien dan pemenuhan hak pasien.

Beberapa hal penting yang harus dikelola oleh rumah sakit adalah mengenali dengan baik kebutuhan pasien yang mana yang dapat dilayani oleh rumah sakit, mengatur pemberian pelayanan yang efisien kepada pasien, dan melakukan rujukanke pelayanan yang tepat baik di dalam maupun keluar rumah sakit serta mengatur pemulangan pasien yang tepat ke rumah.

Rumah Sakit yang bermutu, adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan melalui penyelenggaraan pelayanan secara paripurna pada unit unit gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, ruang tindakan dan ruang perawatan khusus. Penyelenggaraan pelayanan dilaksanakan oleh berbagai kelompok profesi . Para profesional utama yang memberikan asuhan kepada pasien di rumah sakit adalah staf medis baik dokter, dokter gigi maupun dokter spesialis, staf klinis keperawatan (perawat dan bidan), nutrisisionis dan farmasis yang rutin dan pasti selalu berkontak dengan pasien, akan tetapi tidak kalah pentingnya profesional lain yang berfungsi melakukan asuhan penunjang berupa analis laboratorium, penata rontgen, fisioterapis.

Secara garis besar ada empat kelompok SDM yang mendukung jalannya rumah sakit yaitu, kelompok medis memberikan pelayanan asuhan medis, kelompok keperawatan memberikan pelayanan asuhan keperawatan, serta kelompok keteknisian medis yang memberikan pelayanan penunjang medis, dan akhirnya adalah kelompok administrasi yang memberikan pelayanan administrasi manajemen.

Saat ini Paradigma pelayanan di Rumah Sakit telah bergeser dari yang dulu menggunakan *medis centre* sedangkan saat ini telah bergeser menjadi Pelayanan Berfokus Pada Pasien sehingga Pedoman ini telah disesuaikan dengan Pedoman Pelayanan Yang Berfokus Pada Pasien.

B. TUJUAN PEDOMAN

1. Tujuan Umum: sebagai acuan dalam pemberian pelayanan yang sesuai dengan mutu dan *patien safety*, perkembangan ilmu dan teknologi
2. Tujuan Khusus:
 - a. Memberikan pedoman dalam pengelolaan ketenagaan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.
 - b. Memberikan pedoman dalam penyediaan fasilitas di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.
 - c. Memberikan pedoman dalam penyediaan sarana dan prasarana di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.
 - d. Memberikan pedoman dalam pelaksanaan keselamatan kerja di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.
 - e. Memberikan pedoman dalam pelaksanaan keselamatan pasien di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.
 - f. Memberikan pedoman dalam pengendalian mutu pelayanan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.

C. RUANG LINGKUP PELAYANAN

Ruang lingkup dari Pedoman Pelayanan Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang meliputi:

1. Standar Ketenagaan
2. Standar Fasilitas
3. Tata laksana Pelayanan Berfokus Pada Pasien
4. Logistik
5. Keselamatan Pasien
6. Keselamatan Kerja
7. Pengendalian Mutu

D. BATASAN OPERASIONAL

1. Pedoman adalah kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan, dengan demikian merupakan hal pokok yang menjadi dasar untuk menentukan atau melaksanakan kegiatan.
2. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
3. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di Rumah Sakit.
4. Dokter Penanggung jawab Pelayanan (DPJP) adalah seorang dokter, sesuai dengan kewenangan klinisnya terkait penyakit pasien, memberikan asuhan medis lengkap (paket) kepada satu pasien dengan satu patologi / penyakit, dari awal sampai dengan akhir perawatan di rumah sakit, baik pada pelayanan rawat jalan dan rawat inap.
5. Case Manager adalah Profesional di rumah sakit yang melaksanakan manajemen pelayanan pasien.
6. Pelayanan berfokus pada pasien adalah asuhan yang menghormati dan responsif terhadap pilihan, kebutuhan dan nilai-nilai pribadi pasien, serta memastikan bahwa nilai-nilai pasien menjadi panduan bagi semua keputusan klinis.
7. Keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit adalah suatu sistem untuk rumah sakit menyelenggarakan asuhan pasien dengan lebih aman.
8. Keselamatan Kerja adalah Upaya untuk memberikan jaminan keselamatan dan meningkatkan derajat kesehatan para pekerja/buruh dengan cara pencegahan kecelakaan dan penyakit akibat kerja, pengendalian bahaya ditempat kerja, promosi kesehatan, pengobatan dan rehabilitasi.
9. Mutu adalah tingkat kesempurnaan suatu produk atau jasa.

E. LANDASAN HUKUM

1. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan,
2. Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit,
3. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran,
4. Undang-undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan,
5. Kepmenkes 1333 tahun 1999 tentang standar pelayanan rumah sakit,
6. Kepmenkes No 1087 tahun 2010 tentang standar K3 Rumah Sakit,
7. Permenkes No 169 tahun 2008 tentang rekam medis,
8. Permenkes No 1691 tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit,
9. Permenkes No 290 tahun 2008 tentang *Informed Consent*,
10. Permenkes No 1691 tahun 2010 tentang Keselamatan pasien,
11. Permenkes No 1438 tahun 2010 tentang standar pelayanan kedokteran,
12. Permenkes No 1014 tahun 2008 tentang Pelayanan radiologi diagnostik,
13. Permenkes No 411 tahun 2010 tentang Pelayanan Laboratorium,
14. Permenkes No 1197 tahun 2004 tentang Pelayanan Farmasi Rumah Sakit,

BAB II
STANDAR KETENAGAAN

A. KUALIFIKASI SUMBER DAYA MANUSIA

Jenis ketenagaan yang ada di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang meliputi dokter spesialis, dokter, perawat, psikolog klinis, farmasi, nutrisisionis, pekerja sosial, terapis okupasi dan tenaga kesehatan lain serta tenaga administrasi. Jumlah minimal tenaga medis, keperawatan, tenaga kesehatan lain, dan tenaga penunjang pada tabel dibawah ini merupakan penyempurnaan Permenkes 340 Tahun 2010.

NO	JENISTENAGA	JUMLAH MINIMAL
A. MEDIS		
1.	Dokter Spesialis KedokteranJiwa	8
2.	Dokter Subspesialis KedokteranJiwa	1
3.	DokterSpesialisSaraf	1
4.	DokterSpesialisRadiologi	1
5.	DokterSpesialisAnak	1
6.	DokterSpesialisPatologiKlinik	1
7.	DokterSpesialisPenyakitDalam	1
8.	DokterSpesialisKesehatan Rehabilitasi Medik	1
9.	Dokter Spesialis Kebidanan	1
10	Dokter Spesialis Bedah	1
11	Dokter Spesialis Anestesi	1
12	Dokter Spesialis Ortodonti	1
13	DokterUmum	12
14	DokterGigi	2
B. PERAWAT		
1.	Perawat ruang rawat inap	1 / 3TT
2.	Perawat ruang rawat intensif	1 / 1 TT
3.	Perawat ruang gawat darurat(PerShift)	3 / Shift
4.	Perawat ruang rawat jalan	4 / 100Pasien
5..	Bidan	14
C. TENAGAKESEHATANLAIN		
1	Apoteker	3
2	PsikologKlinis	4
3	Perawat Anestesi	3
4	Perawat Gigi	4
5	PekerjaSosial	5

6	SMF/SAA	5
7	AhliMadyaGizi / SPAG	3
8	AhliMadyaKesehatan	2
9	AhliMadyaRekamMedis	7
10	AhliMadyaFisioterapis	3
11	AhliMadyaAnalisisKesehatan	6
12	AhliMadyaRadiografer	3
13	AhliMadyaElektromedis	2
14	Ahli Madya Kesehatan Lingkungan	2
15	Terapis Wicara	1
D. TENAGAPENUNJANG		
1.	S2Perumahsakitan /Manajemen	3
2.	SarjanaEkonomi / Akuntansi	3
3.	SarjanaHukum	2
4.	SarjanaAdministrasi	1
5.	Ahli Madya Komputer	7
6.	D3Umum /SLTA / STM	30
7.	Sarjana Kesehataan Masyarakat	2

B. DISTRIBUSI KETENAGAAN

Pendistribusian ketenagaan adalah sebagai berikut:

NO	JENIS PELAYANAN	JENIS KETENAGAAN
1	Pelayanan Gawat Darurat	Dokter umum
		Perawat
2	Pelayanan rawat jalan	Dokter Spesialis KedokteranJiwa
		DokterSpesialisSaraf
		DokterSpesialisRadiologi
		DokterSpesialisAnak
		DokterSpesialisPatologiKlinik
		DokterSpesialisPenyakitDalam
		DokterSpesialisRehabMedis
		Dokter Spesialis Kebidanan
		Dokter Spesialis Ortodonti
		Perawat, Bidan
		Perawat Gigi
3	Pelayanan Rawat Inap	Dokter Spesialis KedokteranJiwa
		DokterSpesialisSaraf
		DokterSpesialisRadiologi
		DokterSpesialisAnak

		Dokter Spesialis Patologi Klinik
		Dokter Spesialis Penyakit Dalam
		Dokter Spesialis Kebidanan
		Perawat, Bidan, Administrasi (SMA)
4	Pelayanan Bedah	Dokter Spesialis Anestesi
		Dokter Spesialis Bedah
		Perawat (Sertifikasi Bedah)
		Perawat Anestesi
5	Unit Pelayanan Intensif Psikiatri	Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa
		Dokter Spesialis Anestesi
		Perawat
		Tenaga Penunjang
6	Intensif Care Unit	Dokter Spesialis Anestesi
		Dokter Spesialis Penyakit Dalam
		Dokter Spesialis Saraf
		Dokter Spesialis Anak
		Perawat
		Tenaga Penunjang
7	Pelayanan Kebidanan	Dokter Spesialis Kebidanan
		Bidan
		Tenaga Penunjang
8	Pelayanan Rehabilitasi Psikososial	Psikolog Klinis
		Pekerja Sosial
		Tenaga Penunjang (SMA, STM)
9	Pelayanan Penilaian Kapasitas Mental	Psikolog Klinis
		Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa
		Tenaga Penunjang
10	Pelayanan Kesehatan Jiwa Anak Remaja	Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa
		Dokter Subspesialis Kedokteran Jiwa
		Dokter Spesialis Saraf
		Dokter Spesialis Anak
		Psikolog Klinis
		Terapis Wicara
11	Pelayanan Forensik Psikiatri	Spesialis Kedokteran Jiwa
		Perawat
12	Pelayanan Kesehatan Jiwa Masyarakat	Spesialis Kedokteran Jiwa
		Perawat
		Dokter Umum
		Psikolog
		SKM
		Pekerja Sosial

13	Pelayanan Radiologi	Dokter Spesialis Radiologi
		Ahli Madya Radiografer
		Tenaga Penunjang
14	Pelayanan Laboratorium	Dokter Spesialis Patologi Klinis
		Ahli Madya Analis Kesehatan
		SAA
15	Pelayanan Farmasi	Apoteker
		SMF
		Tenaga Penunjang
16	Pelayanan Rehabilitasi Medis	Ahli Madya Fisioterapi
		Tenaga Penunjang
17	Pelayanan Gizi	Ahli Madya Gizi
		Tenaga Penunjang
18	Pelayanan Rekam Medis	Ahli Madya Rekam Medis
		Tenaga Penunjang
19	Pelayanan Administrasi dan Manajemen	S2Perumahsakitan /Manajemen
		SarjanaEkonomi / Akuntansi
		SarjanaHukum
		SarjanaAdministrasi
		AkademiKomputer
		D3 Umum
20	Pelayanan Pemulasaran Jenazah	D3 Umum
		Tenaga Penunjang
21	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	Ahli Madya Elektromedis
		D3 Umum
		Tenaga Penunjang
22	Pelayanan Kesehatan Lingkungan	Ahli Mady Kesehatan Lingkungan
		Tenaga Penunjang
23	Pelayanan Laundry	D3 Umum
		Tenaga Penunjang
24	Pelayanan Administrasi Klaim	D3 Umum
		Tenaga Penunjang

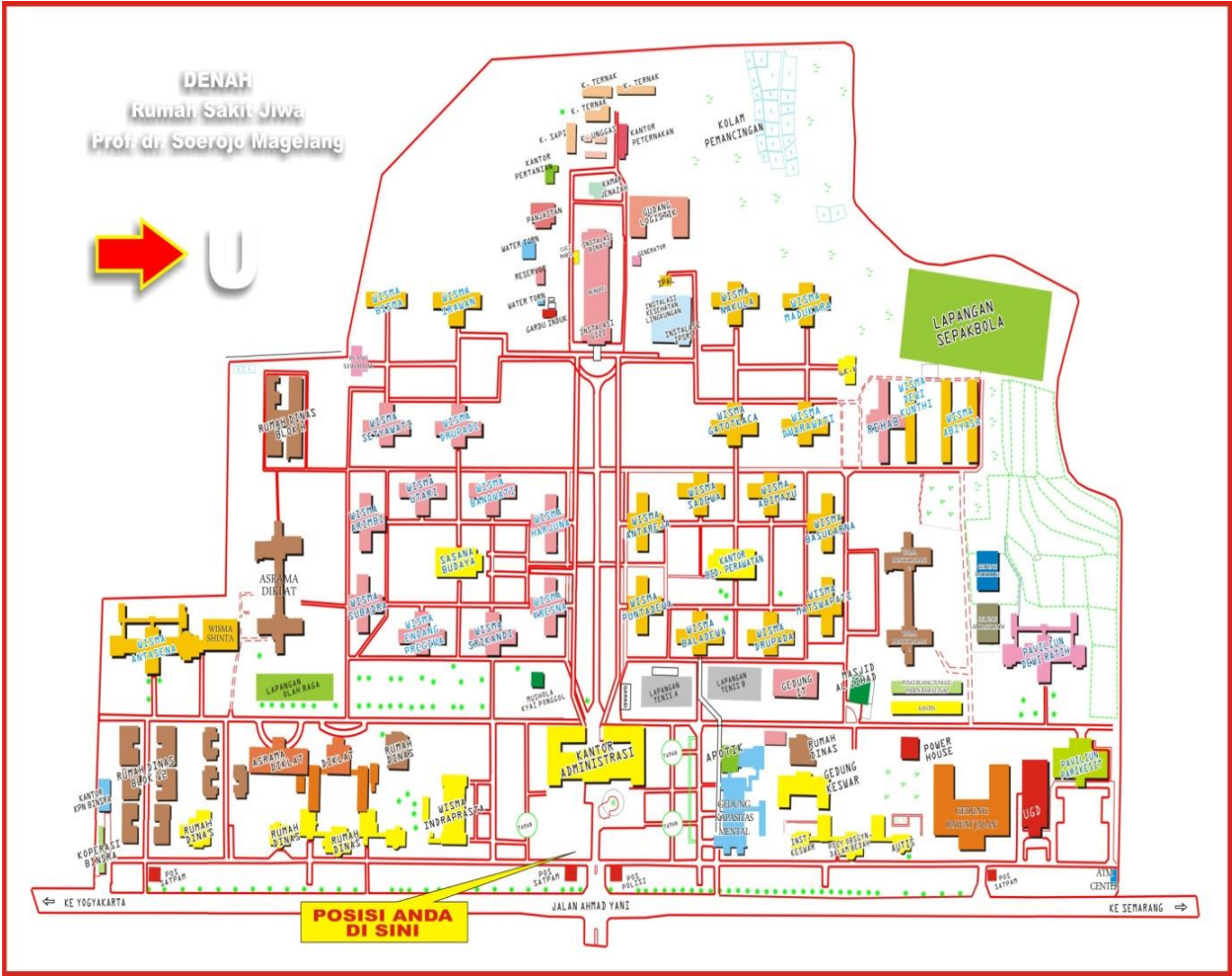
C. PENGATURAN JAGA

Pengaturan jaga dilakukan dengan metode:

1. Shift
 - a. Pagi dengan waktu jaga dari jam 07.00 – 14.00 WIB
 - b. Sore dengan waktu jaga dari jam 14.00 – 21.00 WIB
 - c. Malam dengan waktu jaga dari jam 21.00 – 07.00 WIB
2. Non Shift dengan waktu jaga dari jam 07.00 – 16.00 WIB.

BAB III
STANDAR FASILITAS

A. DENAH RUANGAN



B. STANDAR FASILITAS

1. Instalasi Rawat Jalan

Fungsi Instalasi Rawat Jalan adalah sebagai tempat konsultasi, penyelidikan, pemeriksaan dan pengobatan pasien oleh dokter ahli di bidang masing-masing yang disediakan untuk pasien yang membutuhkan waktu singkat untuk penyembuhannya atau tidak memerlukan pelayanan perawatan. Poliklinik juga berfungsi sebagai tempat untuk penemuan diagnosa dini, yaitu tempat pemeriksaan pasien pertama dalam rangka pemeriksaan lebih lanjut di dalam tahap pengobatan penyakit.

Kebutuhan Ruang, Fungsi dan Luasan Ruang serta Kebutuhan Fasilitas

Pada Instalasi Rawat Jalan adalah seperti dalam tabel berikut:

NO	NAMA RUANG	FUNGSI	KEBUTUHAN RUANG	KEBUTUHAN FASILITAS
1	Ruang Administrasi : ☐ Area Informasi ☐ Area Pendaftaran Pasien.	menyelenggarakan kegiatan administrasi, meliputi : 1. Pendataan pasien rawat jalan	3~5 m2/ petugas	Meja, kursi, lemari berkas/arsip, intercom/telepon, safety box

	□ Area Pembayaran/Kasir	2. Pembayaran biaya pelayanan medik.		
2	Ruang Rekam Medis	Tempat menyimpan informasi tentang identitas pasien, diagnosis, perjalanan penyakit, proses pengobatan dan tindakan medis serta dokumentasi hasil pelayanan.	+ 12~16 m2/ 1000 kunjungan pasien / hari	Meja, kursi, lemari arsip, komputer
3	Ruang Tunggu Poliklinik	Ruang di mana keluarga atau pengantar pasien menunggu panggilan di depan ruang poliklinik.	1~1,5 m2/ orang	Kursi, Televisi & AC
4	Ruang Periksa & Konsultasi (Klinik)	Ruang tempat dokter spesialis melakukan pemeriksaan dan konsultasi dengan pasien	12~24 m2/ poli	Kursi Dokter, Meja Konsultasi, 2 (dua) kursi hadap, lemari alat periksa & obat, tempat tidur periksa, tangga roolstool, dan kelengkapan lain disesuaikan dengan kebutuhan tiap-tiap kliniknya.
5	Klinik Jiwa	Ruang tempat konsultasi, penyelidikan, pemeriksaan, dan pengobatan pasien 6kejiwaan.	12 m2	Set diagnostik dan stimulator syaraf dan jiwa, palu reflekt, funduskopi, defibrillator, suction pump, tensimeter, timbangan, ECG, meja periksa, lampu periksa, resusitasi set.
6	Ruang Tindakan Bedah	Ruang tempat melakukan tindakan pembedahan kecil/ ringan.	12~24 m2	Lemari alat periksa & obat, tempat tidur periksa, tangga roolstool, dan kelengkapan lain disesuaikan dengan kebutuhan tindakan bedah.
7	Klinik Syaraf	Ruang tempat konsultasi, penyelidikan, pemeriksaan, dan pengobatan pasien penyakit syaraf	12 m2	Ophtalmoskop, palu reflekt, alat tes sensasi, stetoskop, tensimeter, set diagnostic syaraf, <i>flash light</i> , garpu tala, termometer, spatel lidah, <i>licht kaas</i> .
8	Ruang Tindakan Kebidanan dan Penyakit Kandungan	Ruang tempat melakukan tindakan atau diagnostic kebidanan dan penyakit kandungan terhadap pasien.	24 m2	meja ginekologi, USG, tensimeter, stetoskop, timbangan ibu, stetoskop linen, lampu periksa, <i>Doppler</i> , set pemeriksaan ginekologi, pap smear kit, IUD kit & injeksi KB, <i>implant</i>

				kit, Kolposkopi, Poforceps biopsy, Stetoskop laenec.
9	Klinik Gigi dan Mulut	Ruang tempat konsultasi, penyelidikan, pemeriksaan, dan pengobatan pasien penyakit gigi dan mulut.	24 m2	Dental unit, dental chair, Instrumen bedah gigi dan mulut (dental operating instrument), sterilisator, diagnostic set, scaler set, cotton roll holder, glass Ionometer lengkap, composite resin lengkap khusus fissure sealent, anastesi local set, exodontia set, alat sinar, amalgam set, preparation cavitas set, tambalan sewarna gigi dan set bedah mulut dengan sinar laser, dental row standar, peralatan laboratorium teknik gigi dasar, set aktivar, set orthodonti piranti lepas, set penyemenan, set preparasi mahkota dan jembatan, Set cetak GTS/GTP & mahkota/ jembatan, set insersi GTS/GTP, indirect inlay set
10	Toilet (petugas, pengunjung)	Kamar mandi dan WC	KM/WC pria/ wanita luas +2 – 3 m2	Kloset, wastafel, bak air

2. Instalasi Gawat Darurat

Setiap Rumah Sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan :

- a. Melakukan pemeriksaan awal kasus – kasus gawat darurat
- b. Melakukan resusitasi dan stabilisasi.

Pelayanan di Unit Gawat Darurat rumah sakit harus berlangsung selama 24 jam secara terus menerus 7 hari dalam seminggu.

Kebutuhan Ruang, Fungsi dan Luasan Ruang serta Kebutuhan Fasilitas

Pada Instalasi Gawat Darurat adalah seperti dalam tabel berikut:

NO	NAMA RUANG	FUNGSI	KEBUTUHAN RUANG	KEBUTUHAN FASILITAS
A	RUANG PENERIMAAN			
1	Ruang Administrasi dan pendaftaran	Menyelenggarakan kegiatan administrasi, meliputi : 1. Pendataan pasien IGD	3~5 m2/ petugas	Meja, kursi, lemari berkas/arsip, Set komputer, telepon, <i>safety box</i> , dan peralatan kantor lainnya.

		2. Penandatanganan surat pernyataan dari keluarga pasien IGD. 3. Pembayaran biaya pelayanan medik.		
2	Ruang Tunggu Pengantar Pasien	Ruang di mana keluarga/ pengantar pasien menunggu. Ruang ini perlu disediakan tempat duduk dengan jumlah yang sesuai aktivitas pelayanan.	1~1,5 m2/ orang	Kursi, Meja, Televisi & Alat Pengkondisi Udara (AC / Air Condition)
3	Ruang Triase	Ruang tempat memilah-milah tingkat kegawatdaruratan pasien dalam rangka menentukan tindakan selanjutnya terhadap pasien, dapat berfungsi sekaligus sebagai ruang tindakan.	25 m2	Tt periksa, wastafel, kit pemeriksaan sederhana, label
B	RUANG TINDAKAN			
4	Ruang Resusitasi	Ruangan yang dipergunakan untuk melakukan tindakan penyelamatan penderita gawat darurat akibat gangguan ABC.	35 m2	Nasoparingeal, orofaringeal, laringoskop set anak, laringoskop set dewasa, nasotrakeal, orotrakeal, suction, trakeostomi set, bag valve Mask (dewasa, anak), kanul oksigen, oksigen mask (dewasa/ anak), chest tube, crico/trakeostomi, ventilator transport, monitor, infussion pump, syringe pump, ECG, vena section, defibrilator, glukostick, stetoskop, termometer, nebulizer, oksigen medis, warmer. Imobilization set (neck collar, splint, long spine board, scoop strechter, kndrik extrication device, urine bag, NGT, wound toilet set, Film viewer, USG (boleh ada/tidak).
5	R. Tindakan Bedah	Ruang untuk melakukan tindakan bedah ringan pada pasien.	7,2 m2/ meja tindakan	Meja periksa, dressing set, infusion set, vena section set, torakosintetis set, metal

				kauter, tempat tidur, tiang infus, film viewer
6	R. Tindakan Non Bedah	Ruang untuk melakukan tindakan non bedah pada pasien.	7,2 m2/ meja tindakan	Kumbah lambung set, EKG, irigator, nebulizer, suction, oksigen medis, NGT, (syrine pump, infusion pump, jarum spinal, lampu kepala, otoscope set, tiang infus, tempat tidur, film viewer, ophtalmoscopy, bronchoscopy, slip lamp
C	RUANG OBSERVASI			
7	Ruang Observasi pasien jiwa	Ruangan yang dipergunakan untuk melakukan observasi terhadap pasien jiwa sebelum dan setelah diberikan tindakan medis.		Tempat tidur psikiatri, Alat Restraint, poliklinik set, tensimeter, stetoskop, termometer
D	RUANG PENUNJANG			
8	Ruang Farmasi/ Obat	Ruang tempat menyimpan obat untuk keperluan pasien gawat darurat.	3 m2	Lemari obat
9	Ruang Linen Steril	Tempat penyimpanan bahan-bahan linen steril.	4 m2	Lemari
10	Ruang Alat Medis	Ruangan tempat penyimpanan peralatan medik yang setiap saat diperlukan. Peralatan yang disimpan diruangan ini harus dalam kondisi siap pakai dan dalam kondisi yang sudah disterilisasi.	8 m2	Lemari Instrumen
11	R. Dokter Konsulen	Ruang Dokter terdiri dari 2 bagian : 1. Ruang kerja. 2. Ruang istirahat/kamar jaga.	12 m2	Tempat tidur, sofa, lemari, meja/kursi, wastafel
12	R. Diskusi	Ruang diskusi petugas	24 m2	set meja kursi rapat, alat audio visual
13	<i>Nurse Station</i>	R. untuk melakukan perencanaan, pengorganisasian, asuhan dan pelayanan keperawatan (<i>pre</i> dan <i>post conference</i> , pengaturan jadwal), dokumentasi s/d	3~5 m2/ perawat	Meja, kursi, wastafel.

		evaluasi pasien. Pos perawat harus terletak di pusat blok yang dilayani agar perawat dpt mengawasi pasiennya secara efektif.		
14	Ruang Kepala IGD	Ruang tempat Kepala IGD melakukan manajemen instalasinya, diantaranya pembuatan program kerja dan pembinaan.	12 m2	Lemari, meja/kursi, sofa, komputer, printer dan peralatan kantor lainnya.
15	Gudang Kotor	Fasilitas untuk membuang kotoran bekas pelayanan pasien khususnya yang berupa cairan. Spoolhoek berupa bak atau kloset yang dilengkapi dengan leher angsa (water seal).	5 m2	Kloset leher angsa, keran air bersih (Sink) Ket : tinggi bibir kloset + 80-100 m dari permukaan lantai
16	Toilet (petugas, pengunjung)	Kamar mandi dan WC	4 m2	
17	R. Loker	Ruang tempat menyimpan barangbarang milik petugas	8 m2	Loker
18	R. Parkir Troli	Tempat parkir troli selama tidak diperlukan	2 m2	Troli
19	R. Brankar	Tempat meletakkan tempat tidur pasien selama tidak diperlukan	3 m2	Brankar

3. Instalasi Rawat Inap

Terdapat 2 pelayanan di rawat inap yaitu:

- Rawat inap I : untuk pelayanan rawat inap jiwa
- Rawat Inap II: untuk pelayanan rawaat inap umum

Kebutuhan Ruang, Fungsi dan Luasan Ruang serta Kebutuhan Fasilitas

Pada Instalasi Rawat Inap I dan II adalah seperti dalam tabel berikut:

NO	NAMA RUANGAN	FUNGSI	BESARAN RUANG	KEBUTUHAN FASILITAS
1	Ruang Perawatan	Ruang untuk pasien yang memerlukan asuhan dan pelayanan keperawatan dan pengobatan secara berkesinambungan lebih dari 24 jam.	- Kamar VIP: 24M2 (1 ruang 1 TT) - Kamar Kelas I : 18m2 (1ruang 2	Tempat tidur pasien, Bedside Loker, nurse call, kursi, televisi (VIP.Kelas I dan II), tirai pemisah, sofa untuk ruang perawatan VIP dan Kelas I.

			TT) • Kelas III: jarak antar TT 1,5 – 2 m	
	<i>Nurse Station</i>	Ruang utk melakukan perencanaan, pengorganisasian asuhan dan pelayanan keperawatan (pre dan post-confrence, pengaturan jadwal), dokumentasi sampai dengan evaluasi pasien.	3~5 m2/ perawat	Meja, Kursi, lemari arsip, lemari obat, telepon, komputer set.
	Ruang Konsultasi	Ruang untuk melakukan konsultasi oleh profesi kesehatan kepada pasien dan keluarganya.	12-20 m2	Meja, Kursi, lemari arsip, alat tulis.
	Ruang Tindakan	Ruangan untuk melakukan tindakan pada pasien baik berupa tindakan invasive ringan maupun non-invasive	12-20 m2	Lemari alat periksa & obat, tempat tidur periksa, tangga roolstool, wastafel, lampu periksa, tiang infus dan kelengkapan lainnya.
	R. Administrasi (untuk ruangan Pelayanan Umum)	Ruang untuk menyelenggarakan kegiatan administrasi khususnya pelayanan pasien di Ruang Rawat Inap, yaitu berupa registrasi & pendataan pasien, penandatanganan surat pernyataan keluarga pasien apabila diperlukan tindakan operasi.	3~5 m2	Meja, Kursi, lemari arsip, telepon/ intercom, komputer, printer dan peralatan kantor lainnya
	Ruang kepala ruang / <i>case manager</i>	Ruang tempat kepala ruangan / <i>case manager</i> melakukan manajemen asuhan dan pelayanan keperawatan diantaranya pembuatan program kerja dan pembinaan	12 m2	Lemari, meja/kursi dan peralatan kantor lainnya
	Ruang Loker	Ruang ganti pakaian bagi petugas instalasi rawat inap.	Min. 6 m2	Loker
	Ruang Linen	li Tempat	Min. 4 m2	Lemari

	Bersih	penyimpanan bahan-bahan nen steril/ bersih.		
	Ruang Linen Kotor	Ruangan untuk menyimpan bahanbahan linen kotor yang telah digunakan di r. perawatan sebelum dibawa ke r. cuci (; <i>Laundry</i>).	Min. 4 m2	Bak penampungan linen kotor
	Gudang Kotor (Spoolhoek/Dirty Utility)	Fasilitas untuk membuang kotoran bekas pelayanan pasien khususnya yang berupa cairan. Spoolhoek berupa bak/ kloset yang dilengkapi dengan leher angsa (water seal).	4-6 m2	Kloset leher angsa, keran air bersih (Sink) Ket : tinggi bibir kloset + 80-100 m dari permukaan lantai
	Gudang Bersih	Ruangan tempat penyimpanan alatalat medis dan bahan-bahan habis pakai yang diperlukan.	6-8 m2	Lemari
	KM/WC (pasien, petugas, pengunjung)	Kamar mandi dan WC	2-3 M2	Kloset, wastafel, bak air / shower

4. Ruang Intensive Care Unit

Merupakan ruang untuk perawatan pasien yang dalam keadaan belum stabil sehingga memerlukan pemantauan ketat secara intensif dan tindakan segera. ICU (*Intensive Care Unit* (ICU) di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang merupakan unit pelayanan khusus di rumah sakit yang menyediakan pelayanan yang komprehensif danberkesinambungan untuk produk layanan umum (non psikiatri) selama 24 jam.

Kebutuhan Ruang, Fungsi dan Luasan Ruang serta Kebutuhan Fasilitas

Pada Intensive Care Unit (ICU)

NO	NAMA RUANGAN	FUNGSI	BESARAN RUANG	KEBUTUHAN FASILITAS
1	Loker (Ruang ganti)	Tempat ganti pakaian, meletakkan sepatu/alas kaki sebelum masuk daerah rawat pasien dan sebaliknya setelah keluar dari daerah rawat pasien, yang diperuntukan bagi petugas. Disediakan juga ruang ganti pengunjung.	Sesuai kebutuhan	Loker

2	Daerah rawat Pasien ICU : (a) Daerah rawat pasien non isolasi	Ruang tempat tidur berfungsi untuk merawat pasien lebih dari 24 jam, dalam keadaan yang membutuhkan pemantauan khusus dan terus menerus.	Min. 12 m2 /TT	Ventilator sederhana; 1 set alat resusitasi; alat/sistem pemberian oksigen (nasal canule; simple face mask; nonbreathing face mask); 1 set laringoskop dengan berbagai ukuran bilahnya; berbagai ukuran pipa endotrakeal dan konektor; berbagai ukuran orofaring, pipa nasofaring, sungkup laring dan alat bantu jalan nafas lainnya; berbagai ukuran introduser untuk pipa endotrakeal dan bougies; syringe untuk mengembangkan balon endotrakeal dan klem; forsep magill; beberapa ukuran plester/pita perekat medik; gunting; suction yang setara dengan ruang operasi; tournique untuk pemasangan akses vena; peralatan infus intravena dengan berbagai ukuran kanul intravena dan berbagai macam cairan infus yang sesuai; pompa infus dan pompa syringe; alat pemantauan untuk tekanan darah non-invasive, elektrokardiografi reader, oksimeter nadi, kapnografi, temperatur; alat kateterisasi vena sentral dan manometernya, defibrilator monovasik; tempat tidur khusus ICU; bedside monitor; peralatan drainase thoraks, peralatan portable untuk transportasi; lampu tindakan; unit/alat foto rontgen mobile, Elektrokardiograf monitor; defibrilator bivasik; sterilisator; anastesi apparatus; oxygen tent; sphigmomanometer; central gas; central suction; suction thorax; mobile X-Ray unit;
	(b) Daerah rawat pasien isolasi	Kamar yang mempunyai kekhususan teknis sebagai ruang perawatan intensif yang memiliki batas fisik modular per pasien, dinding serta bukaan pintu dan jendela dengan ruangan ICU lainnya, dan harus memiliki ruang antara (;anteroom)	Ruang isolasi min. 16 m2 /TT	

				heart rate monitor; respiration monitor, blood pressure monitor; temperatur monitor; haemodialisis unit; blood gas analyzer; Electrolite analyzer.
3	Sentral monitoring/ <i>nurse station</i> .	Ruang untuk melakukan perencanaan, pengorganisasian, asuhan dan pelayanan keperawatan selama 24 jam (<i>pre dan post conference</i> , pengaturan jadwal), dokumentasi s/d evaluasi pasien. Pos perawat harus terletak di pusat blok yang dilayani agar perawat dpt mengawasi pasiennya secara efektif. (Disarankan ruang ini menggunakan pembatas fisik tembus pandang untuk mengurangi kontaminasi terhadap perawat)	4-16 m2 (dengan memperhatikan sirkulasi tempat tidur pasien didepannya)	Kursi, meja, lemari obat, lemari barang habis pakai, komputer, printer, ECG monitoring system, central patient vital sign.
4	Gudang alat medik	Ruang penyimpanan alat medik yang setiap saat diperlukan. Peralatan yang disimpan diruangan ini harus dalam kondisi siap pakai dan dalam kondisi yang sudah disterilisasi.	Sesuai kebutuhan	Respirator/ventilator
5	Gudang bersih (<i>Clean Utility</i>)	Tempat penyimpanan instrumen dan barang habis pakai yang diperlukan untuk kegiatan di ruang ICU, termasuk untuk barang-barang steril.	Sesuai kebutuhan	Lemari/kabinet alat
6	Gudang Kotor (<i>Spoolhoek/Dirty Utility</i>).	Fasilitas untuk membuang kotoran bekas pelayanan pasien khususnya yang berupa cairan. Spoolhoek berupa bak atau	4-6 m2	Kloset leher angsa, keran air bersih (Sink) Ket : tinggi bibir kloset + 80-100 m dari permukaan lantai

		kloset yang dilengkapi dengan leher angsa (water seal).		
7	Ruang tunggu keluarga pasien.	Tempat keluarga/ pengantar pasien menunggu.	Sesuai kebutuhan	Tempat duduk,
8	Toilet (petugas)	Kamar mandi dan WC untuk petugas	2 – 3m2	

5. Unit Pelayanan Intensive Psikiatri (UPIP)

Merupakan ruang untuk perawatan pasien yang dalam keadaan belum stabil secara psikiatri sehingga memerlukan pemantauan ketat secara intensif dan tindakan segera. Unit Pelayanan Intensive Psikiatri di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang merupakan unit pelayanan khusus di rumah sakit yang menyediakan pelayanan yang komprehensif danberkesinambungan untuk produk layanan psikiatri (non psikiatri) selama 24 jam.

Kebutuhan Ruang, Fungsi dan Luasan Ruang serta Kebutuhan Fasilitas

Pada Unit Pelayanan Intensif Psikiatri:

NO	NAMA RUANGAN	FUNGSI	BESARAN RUANG	KEBUTUHAN FASILITAS
1	Ruang Tunggu	Tempat keluarga/ pengantar pasien menunggu.	Sesuai kebutuhan	Tempat duduk, televisi.
2	Ruang jaga perawat	Ruang untuk melakukan perencanaan, pengorganisasian, asuhan dan pelayanan keperawatan selama 24 jam (<i>pre</i> dan <i>post conference</i> , pengaturan jadwal), dokumentasi s/d evaluasi pasien. Pos perawat harus terletak di pusat blok yang dilayani agar perawat dpt mengawasi pasiennya secara efektif. (Disarankan ruang ini menggunakan pembatas fisik tembus pandang untuk mengurangi kontaminasi terhadap perawat)	4-16 m2	Kursi, meja, lemari obat, lemari barang habis pakai, komputer, printer, ECG monitoring system, peralatan vital sign.
3	Ruang Administrasi	Ruang ini digunakan untuk menyelenggarakan kegiatan administrasi	3~5 m2	Meja, kursi, lemari berkas/arsip.

4	Ruang Pemeriksaan Dokter	Ruang tempat dokter spesialis melakukan pemeriksaan dan konsultasi dengan pasien	12~24 m2	Kursi Dokter, Meja Konsultasi, 2 (dua) kursi hadap
5	Ruang Tindakan	Ruang tempat melakukan tindakan (ECT)	12~24 m2	TT Psikiatri, Alat ECT, Emergency set, Suction
6	Ruang Pemeriksaan Psikiatri Forensik	Ruang untuk pelayanan psikiatri forensik	12-24 m2	Tempat Tidur pasien, <i>one way mirror</i>
7	Ruang rawat Intensif	Ruang untuk pelayanan pasien gawat darurat psikiatri (acut)	6 m2 / pasien	TT Psikiatri, CCTV
8	Ruang rawat Intermediet	Ruang untuk pelayanan pasien gawat darurat yang sudah pada fase intermediet	min 42 m2	TT Psikiatri, CCTV
9	Ruang makan Pasien	Ruang tempat pasien untuk makan	12-24 m2	Meja dan kursi makan, alat makan
10	Gudang alat medik	Ruang penyimpanan alat medik yang setiap saat diperlukan. Peralatan yang disimpan diruangan ini harus dalam kondisi siap pakai dan dalam kondisi yang sudah disterilisasi.	Sesuai kebutuhan	Troli, ECT Mecta, Bedside Monitor, Emergenci set
11	Gudang bersih (<i>Clean Utility</i>)	Tempat penyimpanan instrumen dan barang habis pakai yang diperlukan untuk kegiatan di UPIP, termasuk untuk barang-barang steril.	Sesuai kebutuhan	Lemari / kabinet alat
12	Gudang Kotor (<i>Spoolhoek/Dirty Utility</i>).	Fasilitas untuk membuang kotoran bekas pelayanan pasien khususnya yang berupa cairan. Spoolhoek berupa bak atau kloset yang dilengkapi dengan leher angsa (water seal).	4-6 m2	Kloset leher angsa, keran air bersih (Sink) Ket : tinggi bibir kloset + 80-100 m dari permukaan lantai
13	Kamar mandi pasien	Kamar mandi dan WC untuk pasien	2-6 m2	
14	Toilet (petugas)	Kamar mandi dan WC untuk petugas	2 – 3m2	

6. Kamar Operasi

Kamar Operasi adalah suatu ruang di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang yang berfungsi sebagai tempat untuk melakukan tindakan pembedahan secara elektif maupun cito, yang membutuhkan kondisi steril dan kondisi khusus lainnya. Luas ruangan harus cukup memungkinkan untuk petugas bergerak sekeliling peralatan bedah. Ruang bedah harus dirancang dengan faktor keselamatan yang tinggi.

Kebutuhan Ruang, Fungsi dan Luasan Ruang serta Kebutuhan Fasilitas

Pada Kamar Operasi :

NO	NAMA RUANGAN	FUNGSI	BESARAN RUANG	KEBUTUHAN FASILITAS
1	R. Pendaftaran	Ruang untuk menyelenggarakan kegiatan administrasi khususnya pelayanan bedah. Ruang ini dilengkapi loket pendaftaran.	3~5 m2/ petugas (min.9 m2)	Meja, Kursi, lemari arsip, telepon/intercom, komputer, printer dan peralatan kantor lainnya
2	Ruang Tunggu	Ruang untuk pengantar pasien menunggu selama pasien menjalani proses bedah.	1~1,5 m2/ orang	Kursi, Meja, Alat Pengkondisi Udara (AC / Air Condition)
3	Ruang transfer	Ruang tempat mengganti brankar pasien dengan brankar instalasi bedah	Sesuai kebutuhan	Brankar
4	Ruang persiapan	Ruang yang digunakan untuk mempersiapkan pasien sebelum memasuki kamar bedah. Kegiatan dalam ruang ini yaitu : Penggantian pakaian penderita, Membersihkan/mencukur bagian tubuh yg perlu dicukur, Melepas semua perhiasan dan menyerahkan ke keluarga pasien	Min. 9 m2	Alat cukur, oksigen, linen, brankar sphymomanometer, thermometer, instrumen troli tiang infus
5	Ruang Induksi/anaestesi	Ruang yang digunakan untuk persiapan anaestesi/pembiusan. Kegiatan yang dilakukan di kamar ini adalah sebagai berikut : • Mengukur tekanan darah pasien • Pemasangan infus • Memberikan kesempatan kepada	Min. 9 m2	Suction Unit Sphygmomanometer Thermometer Trolley Instrument Infusion stand

		pasien untuk menenangkan diri • Memberikan penjelasan kepada pasien mengenai tindakan yang akan dilaksanakan		
6	Ruang untuk cuci tangan	Ruang untuk cuci tangan dokter ahli bedah, asisten dan semua petugas yang akan mengikuti kegiatan dalam kamar bedah.	min 3m2	Wastafel dengan 2 keran, perlengkapan cuci tangan (sikat kuku, sabun, dll), skort plastik/karet, handuk
7	Ruang bedah umum	Ruang untuk melakukan kegiatan pembedahan umum/general.	Min. 42 m2	Peralatan kesehatan utama minimal yang berada di kamar ini antara lain : • 1 meja operasi • 1 set lampu operasi, terdiri dari lampu utama dan lampu satelit • 2 set Peralatan Pendant, masingmasing untuk penden anestesi dan penden bedah • 1 mesin anestesi • Film Viewer • Jam dinding • Instrument Trolley untuk peralatan bedah • Tempat sampah klinis • Tempat linen kotor, dll
8	Ruang Pemulihan	Ruang pemulihan pasien pasca operasi yang memerlukan perawatan kualitas tinggi dan pemantauan terus menerus. Kapasitas ruangan ini harus menampung tt 1,5 x jumlah ruang bedah.	7,2 m2/ tempat tidur	TT pasien, monitor set, tiang infus, infusion set, oksigen
9	Gudang Steril	Ruang tempat penyimpanan instrumen yang telah disterilkan. Instrumen berada dalam Tromol tertutup dan disimpan di dalam lemari instrument. Bahan-bahan lain seperti linen, kasa steril dan kapas yang telah	Sesuai kebutuhan	Lemari instrumen, Tromol

		disterilkan juga dapat disimpan di ruangan ini		
10	Ruang Sterilisasi	Tempat pelaksanaan sterilisasi instrumen dan barang lain yang diperlukan untuk pembedahan. Di kamar sterilisasi harus terdapat lemari instrumen untuk menyimpan instrumen yang belum disterilkan.	Sesuai kebutuhan	Autoklaf, Model meja strilisasi, Tromol, meja sink, troli instrumet, lemari instrument
11	Ruang ganti pakaian/ loker	Ruang untuk ganti pakaian, sebelum petugas masuk ke area r. bedah. Pada kamar ganti sebaiknya disediakan lemari pakaian/loker dengan kunci dipegang oleh masingmasing petugas.	Sesuai kebutuhan	Loker
12	Ruang Dokter	Ruang tempat istirahat dokter dilengkapi dengan KM/WC.	Sesuai kebutuhan	Tempat tidur, sofa, meja, wastafel.
13	Ruang Perawat	Ruang untuk istirahat perawat/ petugas lainnya setelah melakukan kegiatan pembedahan atau tugas jaga. Ruang jaga harus berada di bagian depan shg mempermudah semua pihak yang memerlukan pelayanan bedah.	Sesuai kebutuhan	Tempat tidur, sofa, meja, wastafel.
14	Gudang Kotor	Ruang tempat penyimpanan sementara barang dan bahan setelah digunakan untuk keperluan operasi sebelum dimusnahkan ke insenerator, atau dicuci di londri dan disterilkan di CSSD.	sesuai kebutuhan	kontainer
15	Spoolhoek	Fasilitas untuk membuang kotoran bekas pelayanan pasien khususnya yang berupa cairan. Spoolhoek berupa bak/ kloset yang dilengkapi dengan leher angsa	4-6 m2	Kloset leher angsa, keran air bersih (Sink) Ket : tinggi bibir kloset + 80-100 m dari permukaan lantai

		(water seal)		
16	KM/WC (petugas)	Kamar Mandi dan WC	2 – 3 m2	Kloset, wastafel, bak air
17	Parkir brankar	Tempat parkir brankar selama tidak ada kegiatan pembedahan atau selama tidak diperlukan.	Sesuai kebutuhan Brankar/ stetcher	Sesuai kebutuhan Brankar/ stetcher

7. Pelayanan Kebidanan

Pelayanan di Fasilitas Kebidanan meliputi :

- a. Pelayanan persalinan meliputi : pemeriksaan pasien baru, asuhan persalinan kala I, asuhan persalinan kala II (pertolongan persalinan), dan asuhan bayi baru lahir.
- b. Pelayanan nifas meliputi : pelayanan nifas normal dan pelayanan nifas bermasalah (post *sectio caesaria*, infeksi, pre eklamsi/eklamsi).
- c. Pelayanan KB (Keluarga Berencana).
- d. Pelayanan gangguan kesehatan reproduksi/penyakit kandungan, Fetomaternal, Onkologi Ginekologi, Imunoendokrinologi, Uroginekologi Rekonstruksi, Obgyn Sosial.
- e. Pelayanan tindakan/operasi kebidanan

Pelayanan tindakan/operasi kebidanan adalah untuk memberikan tindakan, misalnya ekserpasi polip vagina, operasi *sectio caesaria*, operasi myoma uteri, dll.

Kebutuhan Ruang, Fungsi dan Luasan Ruang serta Kebutuhan Fasilitas Kebidanan dan Penyakit Kandungan

NO	NAMA RUANGAN	FUNGSI	BESARAN RUANG	KEBUTUHAN FASILITAS
1	R. Administrasi	Ruang untuk menyelenggarakan kegiatan administrasi khususnya pelayanan pasien di ruang kebidanan dan kandungan. Ruang ini berada pada bagian depan ruang kebidanan & kandungan dengan dilengkapi loket, meja kerja, lemari berkas/arsip dan telepon/ interkom. Kegiatan administrasi meliputi : ☐ Pendataan pasien. ☐ Penandatanganan surat pernyataan keluarga pasien (jika diperlukan tindakan operasi).	3~5 m2	Meja, Kursi, lemari arsip, telepon, komputer, printer dan peralatan kantor lainnya
2	Ruang Tunggu	Ruang untuk pengantar pasien menunggu selama pasien menjalani	1~1,5 m2	Kursi, Meja, Televisi.

		proses persalinan		
3	Ruang untuk cuci tangan	Ruang untuk cuci tangan semua petugas yang akan mengikuti kegiatan persalinan/tindakan kebidanan dan penyakit kandungan.	Min. 3 m2	Wastafel dengan 2 keran, perlengkapan cuci tangan (sikat kuku, sabun, dll), skort plastik/karet, handuk
4	Ruang Persiapan Bersalin Tanpa Komplikasi/ Kala II-III	Ruang tempat persiapan bersalin tanpa komplikasi.	Min. 7,2 m2/ tempat tidur	Set partus, set minor surgery, doppler, USG, tensimeter, timbangan bayi, suction apparatus, lampu periksa, stand infuse, O2 set, emergency light, infuse set, set kebidanan (minimal : forceps, vakum ekstraktor, klem hemostasis arteri, gunting tali pusar, klem tali pusar), sarung tangan, celemek plastik, kasa dan kapas, doek, cardiotocograph (CTG), stetoskop, resusitasi set dewasa, resusitasi set bayi.
5	Ruang Persiapan Bersalin dengan Komplikasi (preeclamsy labour)	Ruang tempat persiapan bersalin dengan komplikasi yang diawasi secara intensif.	Min. 7,2 m2/ tempat tidur	Set partus, set minor surgery, doppler, USG, tensimeter, timbangan bayi, suction apparatus, lampu periksa, stand infuse, O2 set, emergency light, infuse set, set kebidanan (minimal : forceps, vakum ekstraktor, klem hemostasis arteri, gunting tali pusar, klem tali pusar), sarung tangan, celemek plastik, kasa dan kapas, doek, cardiotocograph (CTG), stetoskop, resusitasi set dewasa, resusitasi set bayi
6	Ruang Bersalin Tanpa Komplikasi (;delivery) (memiliki area membersihkan/	Ruang sebagai tempat dimana pasien melahirkan bayinya tanpa komplikasi termasuk kegiatankegiatan	Min. 12 m2/ tempat tidur bersalin	Set partus, set minor surgery, doppler, USG, tensimeter, timbangan bayi, suction apparatus, lampu periksa, stand

	memandikan bayi)	untuk tindakan saat persalinan.		infuse, O2 set, emergency light, infuse set, set kebidanan (minimal : forceps, vakum ekstraktor, klem hemostasis arteri, gunting tali pusar, klem tali pusar), sarung tangan, celemek plastik, kasa dan kapas, doek, cardiotocograph (CTG), stetoskop, resusitasi set dewasa, resusitasi set bayi.
7	Ruang Bersalin dengan Komplikasi (memiliki area membersihkan/ memandikan bayi)	Ruang sebagai tempat dimana pasien melahirkan bayinya dengan komplikasi termasuk kegiatankegiatan untuk tindakan saat persalinan.	Min. 12 m2/ tempat tidur bersalin	Set partus, set minor surgery, doppler, USG, tensimeter, timbangan bayi, suction apparatus, lampu periksa, stand infuse, O2 set, emergency light, infuse set, set kebidanan (minimal : forceps, vakum ekstraktor, klem hemostasis arteri, gunting tali pusar, klem tali pusar), sarung tangan, celemek plastik, kasa dan kapas, doek, cardiotocograph (CTG), stetoskop, resusitasi set dewasa, resusitasi set bayi.
8	Ruang Pemulihan (;Recovery)	Ruang pemulihan pasien pasca melahirkan yang memerlukan perawatan kualitas tinggi dan pemantauan terus menerus.	Min. 7,2 m2/ tempat tidur	Tt pasien, monitor pasien, tiang infus, infusion set, oksigen
9	Ruang Bayi Normal (termasuk didalamnya ruang mandi bayi)	Ruang tempat bayi setelah dilahirkan	Sesuai kebutuhan	Tempat tidur bayi, inkubator, timbangan dan pengukur panjang bayi, tensimeter, alat resusitasi bayi, blue lamp therapy, tempat ganti popok bayi, sink mandi bayi
10	Ruang Perawatan (Post Partum)	Ruang untuk perawatan pasien melahirkan dan juga pasien penyakit kandungan yang tidak	Min. 7,2 m2/	tempat tidur Tt pasien, tiang infus, infusion set

		memaparkan penyakit ke pasien lain, dilengkapi dengan toilet		
11	Gudang Steril	Ruang tempat penyimpanan instrumen yang telah disterilkan. Instrumen berada dalam Tromol tertutup dan disimpan di dalam lemari instrument. Bahan-bahan lain seperti linen, kasa steril dan kapas yang telah disterilkan juga dapat disimpan di ruangan ini.	Sesuai	kebutuhan Lemari instrumen, Tromol
12	Ruang ganti pakaian/ loker	Tempat ganti pakaian, sepatu/alat kaki sebelum masuk ke- dan sebaliknya setelah keluar dari ruang kebidanan dan kandungan,/ suatu ruangan yang diperuntukkan bagi para pengunjung, staf medis/ non medis untuk berganti pakaian atau alas kaki sebelum masuk ke r. kebidanan & kandungan.	Sesuai kebutuhan	Loker, rak sepatu bersih, wastafel
13	Ruang Penyimpanan Linen Ruang/ tempat menyimpan linen	bersih	Min. 3 m2 Lemari/rak	Lemari/rak
14	Ruang dokter	Ruang tempat kerja dan istirahat dokter dilengkapi dengan KM/WC.	Sesuai	kebutuhan Tempat tidur, sofa, meja, wastafel
15	Ruang perawat/ Petugas	Ruang untuk istirahat perawat/ petugas lainnya setelah melaksanakan kegiatan pelayanan atau tugas jaga. Kamar jaga harus berada di bagian depan sehingga mempermudah semua pihak yang memerlukan pelayanan pasien.	Sesuai	kebutuhan Tempat tidur, sofa, meja, wastafel.
16	Gudang Kotor	Fasilitas untuk membuang kotoran bekas pelayanan pasien khususnya	4-6 m2	Kloset leher angsa, keran air bersih (Sink) Ket : tinggi bibir kloset + 80-100 m dari

		yang berupa cairan. Spoolhoek berupa bak atau kloset yang dilengkapi dengan leher angsa (water seal).		permukaan lantai
17	Parkir Brankar	Tempat untuk parkir brankar selama tidak ada kegiatan pelayanan pasien atau selama tidak diperlukan.	Min. 2 m2 Brankar	Min. 2 m2 Brankar

a. Instalasi Penilaian Kapasitas Mental

Kegiatan Utama Instalasi Penilaian Kapasitas Mental adalah melakukan pemeriksaan dan penilaian kepada individu baik secara sendiri-sendiri maupun secara kelompok sehingga seorang individu dinyatakan sehat baik secara fisik, jiwa dan mental, melalui serangkaian kegiatan pemeriksaan dengan menggunakan metode Assessment Center oleh para ahli yang terdiri dari Psikiater, Psikolog Klinis, Neurolog, Dokter Umum dan Dokter Penyakit Dalam.

Kebutuhan Ruang, Fungsi dan Luasan Ruang serta Kebutuhan Fasilitas pelayanan Penilaian Kapasitas Mental

NO	NAMA RUANG	FUNGSI	BESARAN RUANGAN	KEBUTUHAN FASILITAS
1	Ruang Administrasi	Ruang untuk menyelenggarakan kegiatan administrasi	3-5 m2/ petugas	
2	Ruang Test Klasikal	Ruang untuk melakukan asesmen secara klasikal / kelompok	± 42 m2	Meja+Kursi tes, Kursi, Whiteboard
3	Ruang Wawancara	Ruang untuk melakukan wawancara		Meja ½ biro, kursi, laptop. Alat tulis
4	Ruang periksa dokter	Ruang tempat dokter spesialis melakukan pemeriksaan dan konsultasi		Meja ½ biro, kursi, timbangan BB, Termometer, stetoskop, reflek hammer, TT periksa
5	Ruang Observasi	Ruang untuk pengamatan	± 42 m2	meja diskusi, kursi, kaca <i>one way mirror</i> , Kamera, audio recorder
6	Ruang diskusi kelompok	ruang untuk diskusi	± 42 m2	meja diskusi, kursi, LCD monitor, LCD proyektor, kamera video recorder, laptop, audio recorder.
7	Ruang rapat tim asesor	Ruang untuk tim penilai melakukan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi penilaian	± 42 m2	meja, kursi, LCD monitor, LCD proyektor, Laptop
8	Ruang Kerja tim asesor	Ruang untuk tim penilai melakukan aktifitas	± 42 m2	meje, kursi, komputer set, printer, scaner
9	Ruang pengolah data	Ruang untuk menganalisa hasil asesmen	± 42 m2	meja, kursi, komputer, printer, scanner

10	Ruang Tamu	Ruang tamu	± 42 m2	meja, kursi, tempat leaflet
11	Ruang Tunggu	Ruang untuk pengantar/ pasien menunggu selama giliran untuk menjalani proses pemeriksaan	± 42 m2	Kursi tunggu stainless, tempat leaflet
12	Ruang makan	Ruang makan	± 42 m2	Meja makan, kursi, dispencer
13	KM/WC	Kamar mandi dan WC	2 – 3 m2	Kloset, wastafel, bak air

b. Instalasi Laboratorium

Kegiatan utama adalah melakukan pemeriksaan laboratorium baik untuk pasien rawat inap, rawat jalan serta rujukan dari rumah sakit umum lain, Puskesmas atau Dokter Praktek Swasta.

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan meliputi :

- a. Hematologi sederhana
- b. Hematologi lengkap
- c. Hemostasis penyaring dan bank darah
- d. Analisis urin dan tinja dan cairan tubuh lain
- e. Serologi sederhana/ imunologi
- f. Parasitologi dan mikologi
- g. Mikrobiologi
- h. Bakteriologis air
- i. Kimia Klinik

Kebutuhan Ruang, Fungsi dan Luasan Ruang serta Kebutuhan Fasilitas pelayanan Laboratorium adalah

NO	NAMA RUANG	FUNGSI	BESARAN RUANGAN	KEBUTUHAN FASILITAS
1	Ruang Administrasi	Ruangan untuk staf melaksanakan tugas administrasi, pendaftaran, pembayaran dan pengambilan hasil serta ruangan untuk penyimpanan sementara berkas film pasien yang sudah dievaluasi.	3~5 m2/ petugas	Meja, kursi, computer, printer, lemari, lemari arsip, dan peralatan kantor lainnya.
2	Ruang Tunggu Pasien & Pengantar Pasien	Ruangan pasien & pengantar pasien menunggu diberikannya pelayanan lab.	1~1,5 m2/ orang	Tempat duduk, televisi
3	Ruang Pengambilan/ Penerimaan Bahan/ Sample	Ruang tempat pengambilan sample darah, pengumpulan sample urin, feses. Ruang ini dilengkapi dengan	Sesuai Kebutuhan	Meja. Kursi, jarum suntik dan pipetnya, container urin, timbangan, tensimeter.

		toilet untuk pengambilan sampel urin dan feses		
4	Bank Darah	Ruang tempat pengambilan dan penyimpanan persediaan darah.	Sesuai Kebutuhan	Meja, kursi, refrigerator, freezer, blood pack transporter, blood bank, thermosealer
5	Ruang Konsultasi	Ruang tempat konsultasi pasien dengan dokter spesialis Patologi klinik	Sesuai Kebutuhan	Meja, kursi, dan peralatan kantor lainnya.
6	Laboratorium Sero Immunologi	Ruang pemeriksaan/analisis sero imunologi	Sesuai Kebutuhan dan jenis alat yang dipergunakan	Mikroskop fluorescence, sentrifuge, waterbath, autoanalyzer imunologi, rotator shaker, refrigerator, freezer, incubator, pipet otomatis dengan berbagai ukuran, pipet volume dengan berbagai ukuran, washing sink
7	Laboratorium Kimia Klinik	Ruang pemeriksaan/analisis kimia klinik	Sesuai Kebutuhan dan jenis alat yang dipergunakan	Meja lab, spektrofotometer, sentrifus, water bath, electrophoresis protein, autoanalyzer kimia, electrolyte analyzer, incubator, timbangan analitik, blood gas analyzer, pipet otomatis dengan berbagai ukuran, pipet volume dengan berbagai ukuran, washing sink
8	Laboratorium Hematologi	Ruang pemeriksaan/analisis hematologi dan hemostasis, dll	Sesuai Kebutuhan dan jenis alat yang dipergunakan	Meja lab, spektrofotometer, autoanalyzer untuk hemostasis, autoanalyzer untuk hematologi, hematologi elektrophoresis, mikroskop binokuler, mikroskop binokuler dengan digital recorder, sentrifus, sentrifus hematokrit, water bath, Dift counter digital dan manual, rolling mixer/ rotator, incubator,

				haemocitometer, refractometer, refrigerator, pipet otomatis dengan berbagai ukuran, pipet volume dengan berbagai ukuran, washing sink, timer, stopwatch
9	Laboratorium Mikrobiologi	Ruang pemeriksaan/analisis mikrobiologi	Sesuai Kebutuhan dan jenis alat yang dipergunakan	Analytical balance, autoclave, automatic analyzer mikrobiologi, sterilisator kering dan basah, incubator, loop/kaca pembesar, mikropscope fluorescence, microscope binocular dengan digital reader, microscope binocular, microtitation plate incubator, petri dish, reader antibiotic, reader patri dish, rotator shaker, automatic reader analyzer untuk identifikasi dan resistensi kuman, pipet otomatis dengan berbagai ukuran, Bunsen, densimat, bio safety cabinet (BSC), anaerobic jar, washing sink
10	Laboratorium Urinalis	Ruang pemeriksaan/analisis urin	Sesuai Kebutuhan dan jenis alat yang dipergunakan	Automatic urin analyzer, sentrifus, laboratory refrigerator, microscope binocular, refractometer, water bath, washing sink

10. Pelayanan Radiologi

Pelayanan radiologi adalah salah satu pelayanan medik yang menggunakan semua modalitas energi radiasi sinar X , ultrasonografi dan radiasi radiofrekwensi elektromagnetik. Pelayanan radiodiagnostik yang diselenggarakan saat ini adalah radiodiagnostik X ray sederhana non kontras dan kontras dengan atau tanpa fluoroscopy, ultrasonografi (USG) , serta CT scan.

Adapun standar fasilitas instalasi radiologi adalah sebagai berikut :

- Ruang pemeriksaan 1 ruang florodiagnostik dengan ukuran 7,5m(p) x 6 m (l) x 3 m (t) serta WC ukuran 1,5 m (p) x 1,5m (l). Dan ruang ganti pasien.

- b. 1 ruang radiografi tanpa fluros kopi dengan ukuran sekurang -kurangnya 7,5m (p) x 4m (l) x 3 m (t) termasuk ruang panel kontrol.
- c. Ruang kontrol pesawat X-ray seluas 8m(p) x 2m(l) x 3(t)
- d. 1 ruang USG dengan ukuran 3 m (p)x 3m (l) x 3m (t).
- e. 1 ruang untuk konsultasi/pembacaan foto dokter, ukuran 3m (p)x 3m (l) x 3m (t).
- f. 1 ruang gudang, ukuran 2,5 m (p)x 2,5 m (l) x 3 m (t).
- g. 1 ruangan untuk kamar gelap sekurang-kurangnya ukuran 2,5 m (p)x 2,5 m (l) x 3 m (t).
- h. 1 ruang administrasi untuk penerimaan dan pengambilan hasil radiografi, ukuran 3 m (p)x 2,5 m (l) x 3 m (t).
- i. 1 ruang tunggu pasien, ukuran 4 m (p)x 3 m (l) x 3 m (t).
- j. 1 kamar mandi dan WC untuk pasien.
- k. 1 kamar mandi untuk pegawai
- l. 1 ruang jaga radiografer ukuran 3,5m (p)x 2,5m (l) x 3m (t).
- m. 1 ruang pertemuan/rapat 4,5 m(p) x 2,5m (l) x 3m(t)
- n. Ruang arsip.

11. Instalasi Rehabilitasi Medik

Lingkup pelayanan Instalasi Rehabilitasi Medik mencakup :

- a. Fisioterapi
- b. Terapi Okupasi (;OT-Occupation Therapy)
- c. Terapi Wicara (TW) / Terapi Vokasional (;Speech Therapy)
- d. Elektro Medik

NO	NAMA RUANG	FUNGSI RUANG	BESARAN RUANG	FASILITAS
1	Ruang Administrasi,	Ruang kerja para Petugas Instalasi RM yaitu melaksanakan kegiatan administrasi, keuangan dan personalia di unit Pelayanan Rehabilitasi Medik	3~5 m2/ petugas	Meja, kursi, lemari berkas/arsip, telepon, <i>safety box</i>
2	Ruang Tunggu Pasien	Ruangan pasien & pengantar pasien menunggu diberikannya pelayanan	1~1,5 m2/ orang	Tempat duduk, televisi
3	Ruang Fisioterapi Pasif	Ruang untuk memberikan pelayanan berupa suatu intervensi radiasi/ gelombang elektromagnet dan traksi, maupun latihan manipulasi yang diberikan pada pasien yang	Miin. 12 m2/ tempat tidur traksi	Tempat tidur periksa, unit traksi, alat stimulasi elektrik, micro wave diathermy, ultraviolet quartz, dan peralatan fisioterapi lainnya

		bersifat individu.		
4	Ruang Fisioterapi Aktif	Ruang tempat pasien melakukan kegiatan	Min. 50 m2	Treadmill, parallel bars, ergocycle, exercise bicycle, dan peralatan senam lainnya.
5	Ruang Terapi Okupasi	Ruang tempat terapis okupasi melakukan terapi kepada pasien	6-30 m2	Fasilitas tergantung dari jenis okupasi yang akan diselenggarakan, Misalnya : ☐ ruangan dalam rumah (dapur, kamar mandi, ruang makan, ruang tamu, ruang tidur), ☐ kantor (ruang kerja, bengkel, ruang studio), ☐ tempat ibadah, kasir, ☐ model ruangan kendaraan (misalnya : tempat naik dan duduk pada bis umum, ruang mengemudi mobil dan motor), dll
6	Ruang Terapi Wicara	Ruang tempat terapis wicara melakukan terapi kepada pasien	12-30 m2	Cermin, meja, kursi pasien & petugas
7	Gudang Peralatan	Ruang tempat penyimpanan peralatan RM yang belum terpakai atau sedang tidak digunakan.	Sesuai Kebutuhan	Lemari/rak
8	Gudang Kotor	Ruang penyimpanan alat-alat, juga perabot RM yang sudah tidak dapat digunakan lagi tetapi belum dapat dihapuskan dengan segera.	Sesuai Kebutuhan	Lemari/rak
9	Ruang Kepala IRM	Ruang tempat kepala IRM bekerja dan melakukan kegiatan perencanaan dan manajemen.	Sesuai Kebutuhan	Kursi, meja, computer, printer, dan peralatan kantor lainnya.
10	KM/WC petugas/pasien	KM/WC petugas/pasien	2m2 – 3 m2	Kloset, wastafel, bak air

12. Instalasi Farmasi

Lingkup Sarana Pelayanan Farmasi melakukan pelayanan :

- a. Melakukan perencanaan, pengadaan dan penyimpanan obat, alat kesehatan reagensia, radio farmasi, gas medik sesuai formularium RS.
- b. Melakukan kegiatan peracikan obat sesuai permintaan dokter baik untuk pasien rawat inap maupun pasien rawat jalan
- c. Pendistribusian obat, alat kesehatan, regensia radio farmasi & gas medis.
- d. Memberikan pelayanan informasi obat dan melayani konsultasi obat.
- e. Mampu mendukung kegiatan pelayanan unit kesehatan lainnya selama 24 jam.

Kebutuhan Ruang, Fungsi dan Luasan Ruang serta Kebutuhan Fasilitas di instalasi Farmasi adalah:

NO	NAMA RUANG	FUNGSI RUANG	BESARAN RUANG	FASILITAS
1	Ruang Peracikan Obat	Ruang tempat melaksanakan peracikan obat oleh asisten apoteker.	Min. 6 m2/ asisten apoteker (min. 36 m2)	Peralatan farmasi untuk persediaan, peracikan dan pembuatan obat, baik steril maupun non steril.
2	Depo Bahan Baku Obat	Ruang tempat penyimpanan bahan baku obat.	Sesuai kebutuhan	Lemari/rak
3	Depo Obat Jadi	Ruang tempat penyimpanan obat jadi	Sesuai kebutuhan	Lemari/rak
4	Gudang Perbekalan dan Alat Kesehatan	Ruang tempat penyimpanan perbekalan dan alat kesehatan	Sesuai kebutuhan	
5	Depo Obat Khusus	Ruang tempat penyimpanan obat khusus seperti untuk obat yang termolabil, narkotika dan obat psikotropika, dan obat berbahaya	Sesuai kebutuhan	Lemari khusus , lemari pendingin dan AC, kontainer khusus untuk limbah sitotoksis, dll
6	Ruang Administrasi	Ruang untuk melaksanakan kegiatan administrasi kefarmasian RS, meliputi kegiatan pencatatan keluar masuknya obat, penerimaan dan distribusi obat.	Sesuai kebutuhan	Alat tulis kantor, meja+kursi, loket, lemari, telepon, faksimili, komputer, printer, dan alat perkantoran lainnya.
7	Konter Apotik Utama	Ruang untuk menyelenggarakan kegiatan penerimaan resep pasien, penyiapan obat, pembayaran, dan pengambilan obat	3~5 m2/ petugas	Rak/lemari obat, meja, kursi, komputer, printer, dan alat perkantoran lainnya.

8	Ruang Loker Petugas	Tempat ganti pakaian, sebelum melaksanakan tugas medik yang diperuntukan khusus bagi staf medis.	Sesuai kebutuhan	Lemari loker
9	Ruang Rapat	Ruang tempat melaksanakan kegiatan pertemuan dan diskusi farmasi.	Sesuai kebutuhan	Meja, kursi, peralatan meeting lainnya
10	Ruang Arsip Dokumen	Ruang menyimpan dokumen resep dan buku-buku kefarmasian.	Sesuai kebutuhan	Lemari arsip, kartu arsip
11	Ruang Tunggu	Ruang tempat pasien dan pengantarnya menunggu menerima pelayanan dari konter apotek	1~1,5 m2/orang	Tempat duduk, televisi
12	KM/WC (pasien, petugas, pengunjung)	KM/WC	KM/WC	Kloset, wastafel, bak air
13	Apotek Satelit			
14	Ruang Racik Obat	Ruang tempat melaksanakan peracikan obat oleh asisten apoteker.	Min. 6 m2/asisten apoteke	Peralatan farmasi untuk persediaan, peracikan dan pembuatan obat, baik steril maupun non steri
15	Depo Bahan Baku	Ruang tempat penyimpanan bahan baku obat.		Lemari/rak
16	Depo Obat jadi	Ruang tempat penyimpanan obat jadi		Lemari/rak
17	Gudang Perbekalan	Ruang tempat penyimpanan bahan perbekalan.		Lemari/rak
18	Ruang Apoteker	Ruang kerja dan istirahat Apoteker		lemari, meja/kursi
19	Ruang Loker Petugas	Tempat ganti pakaian, sebelum melaksanakan tugas medik yang diperuntukan khusus bagi staf medis.		Lemari loker
20	Ruang Tunggu	Ruang tempat pasien dan pengantarnya menunggu menerima pelayanan dari konter apotek	1~1,5 m2/orang	Tempat duduk
21	Konter Apotek	Ruang untuk menyelenggarakan kegiatan	3~5 m2/petugas	Rak/lemari obat, meja, kursi, komputer, printer, dan

		penerimaan resep pasien, penyiapan obat, pembayaran, dan pengambilan obat		alat perkantoran lainnya
22	Ruang Administrasi	Ruang untuk melaksanakan kegiatan administrasi kefarmasian RS, meliputi kegiatan pencatatan keluar masuknya obat, penerimaan dan distribusi obat	3~5 m2/ petugas	Alat tulis kantor, meja+kursi, loket, lemari, telepon, faksimili, komputer, printer, dan alat perkantoran lainnya

13. Instalasi Pemulasaran Jenazah

Fungsi Ruang Jenazah adalah :

- Tempat meletakkan/penyimpanan sementara jenazah sebelum diambil keluarganya.
- Tempat memandikan/dekontaminasi jenazah.
- Tempat mengeringkan jenazah setelah dimandikan
- Otopsi jenazah.
- Ruang duka dan pemulasaraan.
- Laboratorium patologi anatomi

Kebutuhan Ruang, Fungsi dan Luasan Ruang serta Kebutuhan Fasilitas:

NO	NAMA RUANG	FUNGSI RUANG	BESARAN RUANG	FASILITAS
1	Ruang Administrasi	Ruang para Petugas melaksanakan kegiatan administrasi, keuangan dan personalia.	3~5 m2/ petugas	Meja, kursi, lemari berkas/arsip, intercom/telepon, <i>safety box</i>
2	Ruang Tunggu Keluarga Jenazah	Ruangan keluarga jenazah menunggu	1~1,5 m2/ orang	Tempat duduk
3	Ruang Duka	Ruang tempat menyemayamkan jenazah sementara sebelum dibawa pulang. Dilengkapi dengan ruang hias, ruang tidur penunggu keluarga.	Min. 45 m2/	Kursi, perlengkapan ruang tidur, toilet beserta fasilitasnya.
4	Gudang perlengkapan Ruang Duka	Ruang penyimpanan perlengkapan yang diperlukan	. Min. 9 m2	Lemari/rak, kursi, meja, penyangga jenazah, peti mati, mimbar, alat2

		pada ruang duka		upacara keagamaan, dll
5	Ruang Dekontaminasi dan Pemulasaraan Jenazah	Ruang tempat memandikan/ dekontaminasi serta pemulasaraan jenazah (pengkafanan untuk jenazah muslim/ pembalseman & pemulasaraan lainnya untuk jenazah non-muslim) .	Min. 18 m2	Shower dan sink, brankar, lemari/rak alat dekontaminasi, lemari perlengkapan pemulasaraan
6	Laboratorium Otopsi	Ruang tempat dokter forensik melakukan kegiatan otopsi jenazah	Min. 24 m2	Lemari alat, lemari barang bukti, meja periksa organ, timbangan organ, shower dan sink, brankar, lemari/rak alat dekontaminasi, dl
7	Ruang Pendingin Jenazah	Ruang Pendingin Jenazah	1 lemari pendingin min. 21 m2	Lemari pendingin jenazah, washtafel, brankar
8	Ruang Ganti Pakaian APD	Ruang Ganti pakaian petugas sebelum dan sesudah melakukan kegiatan otopsi	Sesuai Kebutuhan	Toilet, Loker/ lemari pakaian bersih dan kontainer pakaian kotor
9	Ruang Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah	Ruang tempat kepala Instalasi bekerja dan melakukan kegiatan perencanaan dan manajemen	Min. 6 m2	Kursi, meja, computer, printer, dan peralatan kantor lainnya.
10	Ruang Jemur Alat	Ruang pengeringan/ jemur alat-alat/ perabot yang telah digunakan.	12 m2	Rak, wastafel
11	KM/WC petugas	Kamar mandi dan WC	KM/WC pria/wanita luas 2 m2 – 3 m	Kloset, wastafel, bak air

14. Instalasi Gizi

Lingkup Sarana Pelayanan Sistem pelayanan dapur yang diterapkan di rumah sakit adalah sentralisasi kecuali untuk pengolahan formula bayi. Instalasi Dapur Utama dan Gizi Klinik RS mempunyai fungsi untuk mengolah, mengatur makanan pasien setiap harinya, serta konsultasi gizi.

Kebutuhan Ruang, Fungsi dan Luasan Ruang serta Kebutuhan Fasilitas:

NO	NAMA RUANG	FUNGSI RUANG	BESARAN RUANG	FASILITAS
1	Ruang Penerimaan dan Penimbangan Bahan Makanan	Ruang tempat melaksanakan kegiatan penerimaan dan penimbangan bahan makanan.	+ 16 m ²	Rak bahan-bahan makanan, timbangan kap. 20-300 kg, kereta angkut, pembuka botol, penusuk beras, pisau, kontainer, troli, alat penguji kualitas telur, lemari arsip, APAR
2	Ruang Penyimpanan Bahan Makanan Basah	Ruang tempat menyimpan bahan makanan basah yang harus dimasukkan kedalam lemari pendingin.	Min. 6 m ²	Freezer, lemari pendingin, container bahan makanan, timbangan kapasitas 20-100 kg, kereta angkut, pengusir tikus elektrik
3	Ruang Penyimpanan Bahan Makanan Kering	Ruang tempat menyimpan bahan makanan kering.	Min. 9 m ²	Lemari beras, rak/palet/lemari penyimpanan bahan makanan, timbangan kapasitas 20-100 kg, kereta angkut, pengusir tikus elektrik
4	Ruang/Area Persiapan	Ruang tempat mempersiapkan bahan makanan, misalkan menyangi, memotong-motong, area pencucian bahan makanan dapat dilaksanakan pada ruang ini	Min. 18 m ²	Meja kerja/persiapan, bangku kerja, meja daging, mesin sayuran, bak cuci persegi, bak cuci dua bergandengan, pisau, mesin pamarut kelapa berdinamo, saringan kelapa, mesin pemotong dan penggiling daging kapasitas 20 kg, blender, bak cuci, cobek/uleman, mixer, timbangan meja, talenan
5	Ruang Pengolahan/ Memasak dan Penghangatan Makanan	Ruang tempat mengolah bahan makanan.	Min. 18 m ²	Kompas gas elpiji, kompor minyak tanah bertekanan, kompor minyak tanah sumbu, kompor listrik, kompor uap (Steam Cooker), panci besar, penggorengan, rice cooker, rak-rak makanan, rice cooker kapasitas 30 kg, oven, mixer, blender, pisau, dapur, sendok, sayur, sodek, pembuka botol/kaleng, serikan, talenan, saringan teh, wajan datar 2 ukuran

				(diameter 16 cm dan 18 cm), timbangan kapasitas 2 kg, mesin penggiling tangan, serbet, cempal, cetakan nasi, lemari es, meja pemanas, pemanggang sate, toaster, meja kerja, bangku, bak cuci, kereta dorong, kereta warme
6	Ruang Pembagian/ Penyajian Makanan	Ruang menyajikan/ mempersiapkan makanan matang pada plato (piring pasien) yang akan dikirimkan dengan troli gizi	Min. 9 m2	Meja pembagi, bangku, sendok, sendok garpu, penjepit makanan, sarung tangan plastik sekali pakai, garpu, piring makan, gelas minum, mangkuk sayur, piring kue cekung, cangkir tertutup, tutup dan tatanan gelas, nampan, tempat telur (sebaiknya terbuat dari bahan yang mudah dibersihkan/plastik, stainless steel, keramik), troli untuk makanan 3 susun, rakrak piring kapasitas 3 susun, kertas label, alat tulis
7	Dapur Susu/ Laktasi Bayi	Ruang menyajikan/ mempersiapkan susu ke dalam botol susu.	Min. 4 m2	Peralatan besar : Lemari pendingin, panci aluminium, tungku uap, meja pemanas, rak-rak penyimpanan botol 3 susun, bak pencuci Peralatan kecil : thermos, blender, gelas ukur, sendok makan, sendok teh, panci kecil bertangkai diameter 15 cm, piring dan gelas, mangkok, waskom plastik, kocokan susu, serbet, cempal, sikat botol, timbangan susu kapasitas 2 kg, sterilisator, mixer, blender
8	Ruang Cuci	Ruang cuci plato serta perlengkapan makan dan	min. 9 m2	Pencucian secara mekanik memerlukan : mesin cuci kapasitas 100 piring, rak

		minum lainnya		pengering alat kebersihan Pencucian manual memerlukan : ember plastik kapasitas 30 liter, baskom plastik kapasitas 30 liter, perlengkapan kebersihan (sapu, sikat, lap, alat/kain untuk pel, vacuum cleaner Tambahan untuk ruang pencucian : alat pengukur desinfektan pencucian, sabun cuci, karbol, pencuci dinding keramik, tempat sampah tertutup (basah dan kering), serok air
9	Ruang Penyimpanan Troli Gizi	Ruang penyimpanan troli gizi sebelum dibersihkan	Min. 6 m2	Sabun cuci colek, sikat, alat/kain untuk mengelap, serok air
10	Ruang Penyimpanan Peralatan Dapur	Ruang penyimpanan perlengkapan dapur bersih	Min. 9 m2	Lemari perkakas dapur khusus, rak perkakas dapur, meja, kurs
11	Ruang Ganti Alat Pelindung Diri (APD) dan loker.	Ruang petugas dapur mengenakan APD (Sarung tangan, celemek, sepatu, tutup kepala, masker, dll)	Min. 6 m2	Sarung tangan, sepatu dapur / sepatu boot, baju khusus, loker, tutup rambut, masker (tutup hidung dan mulut), celemek/apron
12	Ruang Administrasi	Ruang para Petugas melaksanakan kegiatan teknis medis gizi klinik serta administrasi, keuangan dan personalia pada instalasi dapur.	3~5 m2/ petugas	Meja, kursi, lemari berkas/arsip telepon, <i>safety box</i>
13	Ruang Pertemuan Gizi Klinik	Ruang tempat diskusi/pertemuan	Min. 9 m2	Meja, kursi, lemari berkas/arsip, telepon, <i>safety box</i>
14	Janitor	Ruang penyimpanan perlengkapan kebersihan	Min. 3 m2	Rak/lemari, perlengkapan kebersihan
15	Ruang Panel Listrik	Ruang sentral pengendalian listrik	3 m2 (sesuai kebutuhan)	Panel daya penerangan, panel daya stop kontak, panel daya listrik
16	Ruang Pengaturan/ Manifold Uap	Ruang untuk pengendalian dan pendistribusian	3 m2 (sesuai kebutuhan)	Keran pengatur uap, Manometer uap, Header Uap

		uap		
17	Ruang Pengaturan/ Manifold Gas Elpiji	Ruang untuk pengaturan pemakaian gas elpiji	4 m2	Keran pengatur gas, Manometer tekanan gas elpiji, Header gas elpiji
18	Ruang Penyimpanan Tabung Gas Elpiji	Untuk menyimpan tabung gas elpiji	3 m2	Penjepit Tabung, Kedudukan Tabung, Troli Tabung
19	Gudang Alat	Untuk menyimpan alat makan	Min. 16 m2	Rak-rak
20	KM/WC petugas	KM/WC	pria/wanita luas 2 m2 – 3 m2	Kloset, wastafel, bak air

15. Instalasi Binatu / Londri

Laundry rumah sakit adalah tempat pencucian linen yang dilengkapi dengan saranapenunjangnya berupa mesin cuci, alat dan desinfektan, mesin uap (;*steam boiler*), pengering, meja, dan mesin setrika.

Lingkup Sarana Pelayanan

Kegiatan pencucian linen terdiri dari

a. Pengumpulan

- 1) Pemilahan antara linen infeksius dan non-infeksius dimulai dari sumber dan memasukkan linen ke dalam kantong plastic sesuai jenisnya serta diberi label.
- 2) Menghitung dan mencatat linen di ruangan.

b. Penerimaan

- 1) Mencatat linen yang diterima dan telah terpilah antara infeksius dan non-infeksius.
- 2) Linen dipilah berdasarkan tingkat kekotorannya.

c. Pencucian

- 1) Menimbang berat linen untuk menyesuaikan dengan kapasitas mesin cuci dan kebutuhan deterjen dan desinfektan.
- 2) Membersihkan linen kotor dari tinja, urin, darah, dan muntahan kemudian merendamnya dengan menggunakan desinfektan.
- 3) Mencuci dikelompokkan berdasarkan tingkat kekotorannya.

d. Pengeringan

e. Penyetrikaan

f. Penyimpanan

- 1) Linen harus dipisahkan sesuai dengan jenisnya.
- 2) Linen baru yang diterima ditempatkan di lemari bagian bawah.
- 3) Pintu lemari selalu tertutup.

g. Distribusi dilakukan berdasarkan kartu tanda terima dari petugas penerima, kemudian petugas menyerahkan linen bersih kepada petugas ruangan sesuai kartu tanda terima.

h. Pengangkutan

- 1) Kantong untuk membungkus linen bersih harus dibedakan dengan kantong untuk membungkus linen kotor.

- 2) Menggunakan kereta dorong yang berbeda warna dan tertutup antara linen bersih dan linen kotor. Kereta dorong harus dicuci dengan desinfektan setelah digunakan mengangkut linen kotor.
- 3) Waktu pengangkutan linen bersih dan kotor tidak boleh dilakukan bersamaan.
- 4) Linen bersih diangkut dengan kereta dorong yang berbeda warna.
- 5) RS yang tidak mempunyai laundry tersendiri, pengangkutannya dari dan ke tempat laundry harus menggunakan mobil khusus.

Kebutuhan Ruang, Fungsi dan Luasan Ruang serta Kebutuhan Fasilitas:

NO	NAMA RUANG	FUNGSI RUANG	BESARAN RUANG	FASILITAS
1.	RuangAdministrasi dan Pencatatan	RuangparaPetugas melaksanakan kegiatan administrasi, keuangan dan personalia.	3~5m2/ petugas(mn.9m2)	Meja,kursi,lemari berkas/arsip, intercom/telepon,safetybox
2.	RuangKepalaLondri	Ruangtempatkepalalondribekerja dan melakukankegiatan perencanaan dan manajemen.	9-12m2	Meja,kursi,lemari berkas/arsip, intercom/telepon,safetybox
3.	RuangPenerimaan dan Sortir	Ruangtempatpenerimaanlinenkotor dari unit-unitdiRSkemudian disortir.	Min. 12m2	Meja,kursi, rak,kontainer
4.	RuangDekontaminasi/ perendamanLinen	Ruang tempatmelaksanakan dekontaminasi linen,meliputiurutan kegiatan pembilasanawal,p erendaman dan pembilasanakhir.	Min. 20m2	Bak pembilasanawal,bak perendaman dan bak pembilasanakhir,k eran,sink
5.	RuangCucidan PengeringanLinen	Ruang tempat mencuci dan mengeringkanlinen	Min. 16m2	Mesincucidan pengering linen
6.	RuangSetrikadan Lipat Linen	Ruang tempat penyetricaandan melipat linen.	Min. 30m2	Setrika,meja setrika,meja lipat, handpress
7.	RuangPerbaikan Linen	Ruang tempat memperbaiki/ menjahit linensetelahdicuci dankeringkan.	Min.8m2	Mesinjahit,jarum,benang dan perlengkapanperbaikan linenlainnya
8.	RuangPenyimpananLinen	Ruang tempat penyimpanan linen bersihsetelahdicuci ,setrikadan dilipat.	Min. 20m2	Rak/lemari
9.	RuangDekontaminasiTroli	Ruang tempat melaksanakan dekontaminasi dan pengeringantroli.	Min.6m2	Keran, selang, alat pengering
10.	RuangPenyimpananTroli	Ruangtempatpenyimpanantrolibersih setelahdidekontaminasi&dikeringkan.	Min.8m2	
11.	GudangBahanKiri	Tempatmenyimpan	Min.8m2	lemari

	mia	nbahan- bahankimia sepertideterjendll		
12.	KM/WCpetugas	KM/WC	@KM/WC pria/wanital uas2 m ² – 3m ²	Kloset, wastafel,bak air

16. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRs)

Tugas pokok dan fungsi yang harus dirangkum unit workshop adalah,sebagai berikut :

- a. Pemeliharaan dan perbaikan ringan pada :
 - 1) Peralatan medik (Optik, elektromedik, mekanis dll)
 - 2) Peralatan penunjang medik
 - 3) Peralatan rumah tangga dari metal/ logam (termasuk tempat tidur)
 - 4) Peralatan rumah tangga dari kayu
 - 5) Saluran dan perpipaan
 - 6) Listrik dan elektronik.
- b. Kegiatan perbaikan-perbaikan dilaksanakan dengan prosedur sebagai berikut
 - 1) Laporan dari setiap unit yang mengalami kerusakan alat
 - 2) Peralatan diteliti tingkat kerusakannya untuk mengetahui tingkat perbaikan yang diperlukan kepraktisan teknis pelaksanaan perbaikannya (apakah cukup diperbaiki ditempatnya, atau harusdibawa ke ruang workshop)
 - 3) Analisa kerusakan
 - 4) Proses pengadaan komponen/suku cadan
 - 5) Pelaksanaan perbaikan/pemasangan komponen
 - 6) Perbaikan bangunan ringan
 - 7) Listrik/ Elektronik
 - 8) Telpon / Aiphone / Audio Visual.

Kebutuhan Ruang, Fungsi dan Luasan Ruang serta Kebutuhan:

N o.	NamaRuangan	FungsiRuangan	BesaranRu ang/ Luas	KebutuhanFasilita s
1.	RuangKepala IPSRS	Ruang tempatkepalaInstalasibekerjadan melakukankegiatanperencanaan dan manajemen.	Min.8m2	Meja,kursi,lemari berkas/arsip, intercom/telepon,safetybox
2.	Ruang Administrasi (pencatatan) danRuang KerjaStaf	Ruangtempatpencatatan masukdankeluar peralatan/ perabot rusakdanruangtempat staf bekerja.	3~5m2/ petugas (min.12m2)	Kursi,meja,computer, printer,dan peralatankantor lainnya.
3.	Ruang Rapat/ Pertemuan Teknis	Ruangtempatmelaksanakandiskusi/pertemuan teknis.	Min.9m2	Kursi,meja,screen, dll.
4.	RuangStudioGam bardan ArsipTeknis	Ruangtempatmenggambar danmenyimpanarsip-arsipteknis.	Min.9m2	Mejagambar,komputerdan printer,lemariarsip.
5.	Bengkel/Workshop Bangunan/Kayu	Ruangtempatmemperbaikikerusakansarana, prasaranadan peralatanyangterbuatdarikayu.	Min.9m2	Perlengkapan bengkel bangunan/kayu
6.	Bengkel/	Ruangtempatmemperbaiki		Perlengkapan

	Workshop metal/ logam	kerusak sarana, prasarana dan peralatan yang terbuat dari metal/ logam.	Min. 9m ²	bengkel metal/ logam
7.	Bengkel/ Workshop Peralatan Medik (Optik, Elektromedik, Mekanik)	Ruang tempat memperbaiki kerusakan peralatan medik, yaitu peralatan optik, elektro medik, dan mesin mekanik.	Min. 16m ²	Perlengkapan bengkel peralatan elektromedik
8.	Bengkel/ Workshop penunjang medik.	Ruang tempat memperbaiki kerusakan sarana, prasarana dan peralatan penunjang medik.	Min. 16m ²	Perlengkapan bengkel peralatan mekanikal
9.	Ruang Panel Listrik	Ruang tempat pengatur dan distribusi listrik RS untuk kegiatan di I PSRS.	Min. 8m ²	Perlengkapan listrik, panel, dll
10.	Gudang sparepart	Ruang penyimpanan suku cadang (sparepart).	Min. 9m ²	Lemari/ rak
11.	Gudang	Ruang penyimpanan sarana, prasarana dan peralatan yang sudah tidak terpakai, telah diperbaiki (belum diserahkan kembali) atau yang akan diperbaiki.	Min. 9m ²	Lemari/ rak
12.	KM/WC petugas/ pengunjung	KM/WC	@KM/WC pria/wanita luas 2 m ² – 3 m ²	Kloset, wastafel, bak air

17. Instalasi Kesehatan Lingkungan

Kegiatan pada instalasi sanitasi meliputi :

- Pengolahan air limbah rumah sakit dan pemeriksaan kualitas air limbah yang dilakukan 3-4 kali dalam setahun.
- Pemeriksaan sanitasi di ruang instalasi dapur utama yang dilakukan 3-4 kali dalam setahun.
- Pemeriksaan kualitas air bersih yang dilakukan 2-3 kali dalam setahun.
- Pemeriksaan kualitas/ kondisi udara di ruang-ruang khusus yang dilakukan 2 kali dalam setahun.
- Pemeriksaan emisi incenerator dan generator set yang dilakukan 2 kali dalam setahun.
- Pembuatan dokumen Implementasi Rencana Pengelolaan Lingkungan dan Rencana Pemantauan Lingkungan (RKL/RPL) setiap 6 bulan sekali.
- Pemantauan, pengawasan dan pengelolaan limbah padat medis (Pewadahan, pengangkutan dan pembuangan/ pemusnahan limbah padat medis).

Kebutuhan Ruang, Fungsi dan Luasan Ruang serta Kebutuhan Fasilitas

No.	Nama Ruangan	Fungsi Ruangan	Besaran Ruang /	Kebutuhan Fasilitas
1.	Ruang Kerja dan Arsip	Ruang para Petugas melaksanakan kegiatan dokumentasi hasil pemantauan dan ruang simpan arsip	3–5 m ² /petugas (min. 6 m ²)	Meja, kursi, lemari berkas/arsip, intercom/telepon, safety box

2.	Ruang Laboratorium Kesehatan Lingkungan	Ruang tempat pemeriksaan kesehatan lingkungan rumah sakit	1~1,5 m2/orang (min. 12 m2)	Bak cuci peralatan lab., gelas ukur, ph meter, DO meter, spektrofotometer, reagen, bahan-bahan kimia, pipet, dll
3.	Area Pengolahan Air Limbah	Area tempat mengolah air limbah	Sesuai kebutuhan	Pompa, Bak ekualisasi, kolam aerasi, bak pengendap, bak desinfeksi, blower, kolam ikan, dll
4.	Area Incenerator	Area tempat pembakaran limbah padat medis.	Sesuai kebutuhan	Alat pengeruk sampah, troli sampah, sapu, incenerator
5.	Area TPS	Area penampungan sementara limbah padat non-medis	Sesuai kebutuhan	Alat pengeruk sampah, troli sampah, sapu
6.	KM/WC petugas	KM/WC	@ KM/WC pria/wanita luas 2 m2 – 3 m2	Kloset, wastafel, bak air

BAB IV

TATA LAKSANA PELAYANAN

Adalah asuhan yang menghormati dan responsif terhadap pilihan, kebutuhan dan nilai-nilai pribadi pasien, serta memastikan bahwa nilai-nilai pasien menjadi panduan bagi semua keputusan klinis.

Penyediaan pelayanan yang paling sesuai di suatu rumah sakit untuk mendukung dan merespon setiap kebutuhan pasien yang unik, memerlukan perencanaan dan koordinasi tingkat tinggi. Ada beberapa aktivitas tertentu yang bersifat dasar bagi pelayanan pasien. Untuk semua disiplin yang memberikan pelayanan pasien, aktivitas ini termasuk :

1. Perencanaan dan pemberian asuhan kepada setiap/masing-masing pasien
2. Pemantauan pasien untuk mengetahui hasil asuhan pasien
3. Modifikasi asuhan pasien bila perlu
4. Penuntasan asuhan pasien; dan
5. Perencanaan tindak lanjut.

A. KONSEP DASAR PELAYANAN BERFOKUS PASIEN

1. Martabat dan rasa hormat
 - a. Pemberi pelayanan kesehatan mendengarkan& menghormati pandangan dan pilihan pasien & keluarga
 - b. Pengetahuan, nilai-nilai, kepercayaan, latar belakang kultural pasien & keluarga dimasukkan dlm perencanaan dan pemberian pelayanan kesehatan
2. Berbagi informasi.
 - a. Pemberi pelayanan kesehatan mengkomunikasikan dan berbagi informasi secara lengkap pasien & keluarga.
 - b. Pasien & keluarga menerima informasi tepat waktu, lengkap, dan akurat
3. Partisipasi.

Pasien & keluarga didorong dan didukung utk berpartisipasi dlm asuhan dan pengambilan keputusan / pilihan mereka
4. Kolaborasi / kerjasama.
5. Pimpinan pelayanan kesehatan bekerjasama dgn pasien & keluarga dalam pengembangan, implementasi dan evaluasi kebijakan dan program;

B. ASUHAN PASIEN TERINTEGRASI

Rumah sakit menetapkan staf medis, keperawatan dan staf lain yang bertanggung jawab atas pelayanan pasien, bekerja sama dalam menganalisis mengintegrasikan asesmen dan asuhan pasien.

C. ASUHAN PASIEN

Adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien oleh praktisi para Professional Pemberi Asuhan (PPA) yang multi profesi yaitu : Dokter, Perawat, Ahli Gizi, Farmasi, Psikolog, Fisioterapis, Radiografer, Analis Laboratorium, Apoteker/Petugas Farmasi, Pekerja Sosial.

Proses asuhan pasien bersifat dinamis dan melibatkan semua PPA tersebut diatas, sehingga pengintegrasian dan koordinasi aktivitas asuhan pasien menjadi tujuan agar menghasilkan proses asuhan yang efisien, penggunaan yang lebih efektif sumber daya manusia dan sumber daya lain, dengan kemungkinan hasil asuhan pasien yang lebih baik, dimana Dokter (DPJP) bertindak sebagai Team Leader.

Rekam medis pasien memfasilitasi dan menggambarkan integrasi dan koordinasi asuhan, khususnya setiap catatan observasi dan pengobatan oleh praktisi pelayanan. Demikian juga, setiap hasil atau kesimpulan dari rapat tim atau diskusi tentang pasien dicatat dalam rekam medis pasien.

D. DOKTER PENANGGUNG JAWAB PELAYANAN (DPJP) SEBAGAI TEAM LEADER

Dalam semua fase pelayanan, ada staf yang kompeten sebagai orang yang bertanggung jawab terhadap pelayanan pasien, dan staf yang kompeten inilah yang disebut Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP), yang bertanggung jawab menyiapkan dokumentasi rencana pelayanan pasien. Rencana asuhan untuk tiap pasien direview dan di verifikasi oleh DPJP dengan mencatat kemajuannya.

DPJP mengatur pelayanan pasien selama seluruh waktu rawat inap, dalam rangka meningkatkan kontinuitas pelayanan, pengintegrasian asuhan dari para PPA, serta menjamin kualitas pelayanan dan hasil yang diharapkan. Ada kebijakan rumah sakit yang mengatur proses transfer tanggung jawab pasien dari satu ke orang lain, pada masa libur, hari besar dan lain-lain. Dalam kebijakan ditetapkan dokter konsulen, dokter *on call*, atau dokter pengganti yang bertanggung jawab.(lihat Panduan Pelaksanaan DPJP).

E. MANAJER PELAYANAN PASIEN (CASE MANAGER)

Manajer Pelayanan Pasien (*case manager*) adalah profesional dalam RS yang bekerja secara kolaboratif dengan PPA, memastikan bahwa pasien dirawat serta ditransisikan ke tingkat asuhan yang tepat, dalam perencanaan asuhan yang efektif dan menerima pengobatan yang ditentukan, serta didukung pelayanan dan perencanaan yang dibutuhkan selama maupun sesudah perawatan RS.

Untuk mempertahankan kontinuitas pelayanan selama pasien tinggal di rumah sakit, staf yang bertanggung jawab secara umum terhadap koordinasi dan kesinambungan pelayanan pasien atau pada fase pelayanan tertentu teridentifikasi dengan jelas. Staf yang dimaksud adalah Manajer Pelayanan Pasien (*case manager*) yang dapat seorang dokter atau tenaga keperawatan yang kompeten. Nama staf (manajer pelayanan pasien) ini tercantum didalam rekam medis pasien atau dengan cara lain dikenalkan kepada semua staf rumah sakit. Manajer Pelayanan Pasien perlu bekerjasama dan berkomunikasi dengan pemberi pelayanan kesehatan

yang lain. Fungsi Manajer Pelayanan Pasien diuraikan secara rinci dalam Panduan Pelaksanaan Manajer Pelayanan Pasien (MPP).

F. ASESMEN AWAL

Tujuan utama pembuatan asesmen awal pasien adalah untuk memahami kebutuhan pelayanan medis dan pelayanan keperawatan sehingga pelayanan dan pengobatan dapat dimulai. Untuk mencapai ini, rumah sakit menetapkan isi minimal dari asesmen awal medis dan keperawatan serta asesmen lain. Juga ditetapkan kerangka waktu yang disyaratkan untuk menyelesaikan asesmen dan pendokumentasi asesmen awal tersebut. Selain asesmen medis dan keperawatan adalah penting untuk inisiasi pelayanan, kemungkinan diperlukan asesmen tambahan dari praktisi pelayanan kesehatan lain termasuk asesmen khusus dan asesmen individual. Semua asesmen ini harus terintegrasi dan kebutuhan pelayanan yang paling urgen harus diidentifikasi/ditetapkan. Rencana asuhan pasien harus dibuat berdasarkan data asesmen awal ini.

Pada keadaan gawat darurat, asesmen awal medis dan keperawatan, dapat dibatasi pada kebutuhan dan kondisi yang nyata. Juga apabila tidak ada waktu untuk mencatat riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik yang lengkap dari seorang pasien gawat darurat.

G. ASESMEN LANJUT (ULANG)

Asesmen ulang atau asesmen lanjut atau biasa disebut dengan *follow up* perjalanan pasien adalah asesmen yang dilakukan sepanjang proses pelayanan pasien untuk mengevaluasi kemajuan pasien dan untuk memahami kebutuhan akan perencanaan asuhan selanjutnya atau memodifikasi asuhan sesuai dengan respons yang diberikan oleh pasien. Asesmen ulang oleh para praktisi pelayanan kesehatan adalah kunci untuk memahami apakah keputusan pelayanan sudah tepat dan efektif.

Oleh karena itu sangat perlu bahwa asesmen ulang ini baik medis, keperawatan dan asesmen lain yang berarti, didokumentasikan dengan baik dan dapat dengan cepat dan mudah ditemukan kembali dalam rekam medis. Berdasarkan asesmen ulang pasien oleh praktisi pelayanan kesehatan, maka rencana diperbaharui sesuai dengan perubahan kondisi pasien. Hasil asesmen ulang dicatat dalam rekam medis pasien untuk informasi dan digunakan oleh semua staf yang memberi pelayanan. Tempat di rekam medis untuk mencatat asesmen ulang ini adalah pada Catatan Perkembangan Terintegrasi.

H. INTERVAL WAKTU UNTUK MELAKUKAN ASESMEN ULANG

Pasien dilakukan asesmen ulang selama proses pelayanan pada interval tertentu berdasarkan kebutuhan dan rencana pelayanan. Asesmen ulang dilaksanakan dan hasilnya dicatat dalam rekam medis pasien :

- a. Pada interval yang reguler selama pelayanan, secara periodik perawat mencatat tanda-tanda vital sesuai kebutuhan berdasarkan kondisi pasien.
- b. Setiap hari oleh dokter pada pasien akut.
- c. Sebagai respons terhadap perubahan kondisi pasien yang signifikan.

- d. Bila diagnosis pasien telah berubah dan kebutuhan asuhan memerlukan perubahan rencana.
- e. Untuk menetapkan apakah obat-obatan dan pengobatan lain telah berhasil dan pasien dapat dipindahkan atau dipulangkan.

I. ASESMEN LANJUT LAINNYA

Informasi yang didapat pada asesmen awal medis dan keperawatan, melalui penerapan kriteria skrining/penyaringan, dapat memberi indikasi bahwa pasien membutuhkan asesmen lebih lanjut / lebih mendalam tentang status gizi atau status fungsional, termasuk asesmen risiko jatuh. Asesmen lebih mendalam ini penting untuk mengidentifikasi pasien yang membutuhkan intervensi nutrisi, dan pasien yang membutuhkan pelayanan rehabilitasi medis atau pelayanan lain terkait dengan kemampuan fungsional yang independen atau pada kondisi potensial yang terbaik.

J. ASESMEN NYERI

Pada saat asesmen awal dan asesmen ulang, prosedur skrining dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi pasien dengan rasa sakit, pasien dapat diobati di rumah sakit atau dirujuk untuk pengobatan. Asesmen disesuaikan dengan umur pasien dan mengukur intensitas dan kualitas rasa nyeri, seperti karakter rasa nyeri, frekuensi, lokasi dan durasi. Asesmen ini dicatat sedemikian rupa agar memfasilitasi /memudahkan asesmen ulang yang reguler dan follow up sesuai kriteria yang dikembangkan oleh rumah sakit dan kebutuhan pasien.

K. ASESMEN TAMBAHAN

Asesmen awal dari tipe-tipe pasien atau populasi pasien tertentu memerlukan modifikasi proses asesmen. Modifikasi ini didasarkan atas karakteristik yang unik atau menentukan setiap populasi pasien. RSJ Prof.dr.Soerojo mengidentifikasi kelompok pasien khusus dan memodifikasi proses asesmen untuk memenuhi kebutuhan khusus ini. Secara khusus, apabila rumah sakit, melayani satu atau lebih pasien atau populasi dengan kebutuhan khusus seperti daftar di bawah ini, maka rumah sakit melakukan asesmen individual untuk :

1. Anak-anak
2. Dewasa
3. Lanjut usia
4. Kebidanan

L. ASESMEN PASIEN DI AKHIR KEHIDUPAN/HAYAT

Kepada pasien yang akan meninggal dan keluarganya, dilakukan asesmen dan asesmen ulang sesuai kebutuhan individual mereka.

Asesmen dan asesmen ulang perlu dilaksanakan secara individual untuk memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga apabila pasien mendekati kematian. Asesmen dan asesmen ulang, sesuai kondisi pasien, harus mengevaluasi :

1. Gejala seperti mau muntah dari kesulitan pernapasan
2. Faktor-faktor yang meningkatkan dan membangkitkan gejala fisik
3. Manajemen gejala saat ini dan hasil respon pasien
4. Orientasi spritual pasien dan keluarga dan kalau perlu keterlibatan kelompok agama
5. Urusan dan kebutuhan spiritual pasien dan keluarga, seperti putus asa, penderitaan, rasa bersalah atau pengampunan
6. Status psikososial pasien dan keluarga seperti hubungan keluarga, lingkungan rumah yang memadai apabila diperlukan perawatan di rumah, cara mengatasi dan reaksi pasien dan keluarga atas penyakit pasien
7. Kebutuhan dukungan atau kelonggaran pelayanan (*respite services*) bagi pasien, keluarga dan pemberi pelayanan lain
8. Kebutuhan akan alternatif atau tingkat pelayanan lain
9. Faktorisiko bagi yang ditinggalkan dalam hal cara mengatasi dan potensi reaksi patologis atas kesedihan.

M. ASUHAN PASIEN DI AKHIR KEHIDUPAN YANG DIBERIKAN RUMAH RSJ PROF. DR. SOEROJO MAGELANG :

1. pemberian pengobatan yang sesuai dengan gejala dan keinginan pasien dan keluarga
2. menyampaikan isu yang sensitif seperti autopsi dan donasi organ
3. menghormati nilai yang dianut pasien, agama dan preferensi budaya
4. mengikutsertakan pasien dan keluarganya dalam semua aspek pelayanan
5. memberi respon pada masalah-masalah psikologis, emosional, spiritual dan budaya dari pasien dan keluarganya.

Untuk mencapai tujuan ini Rumah sakit perlu mengupayakan :

1. Semua staf harus diupayakan memahami kebutuhan pasien yang unik menjelang akhir kehidupan.
2. Asuhan akhir kehidupan oleh rumah sakit mengutamakan kebutuhan pasien menjelang akhir kehidupan dengan memperhatikan, sedikitnya termasuk elemen 1 s/d 5 tersebut diatas.
3. Kualitas asuhan akhir kehidupan dievaluasi oleh staf dan keluarga pasien.

N. RENCANA PEMULANGAN (DISCHARGE PLANNING)

Asesmen awal termasuk menentukan kebutuhan rencana pemulangan pasien (*discharge*). Kontinuitas pelayanan mempersyaratkan persiapan dan pertimbangan khusus untuk beberapa pasien tertentu seperti rencana pemulangan pasien. Rumah sakit mengembangkan mekanisme seperti daftar kriteria untuk mengidentifikasi pasien, yang rencana pemulangannya kritis, antara lain karena umur, kesulitan mobilitas /gerak, kebutuhan pelayanan medis dan keperawatan berkelanjutan atau bantuan dalam aktivitas hidup sehari-hari. Karena perencanaan proses pemulangan pasien dapat membutuhkan waktu agak lama, maka proses asesmen dan perencanaan dapat dimulai segera setelah pasien diterima sebagai pasien rawat inap.

O. PELAYANAN YANG SERAGAM BAGI SEMUA PASIEN

Pasien dengan masalah kesehatan dan kebutuhan pelayanan yang sama berhak mendapat kualitas asuhan yang sama di rumah sakit. Untuk melaksanakan prinsip “kualitas asuhan yang setingkat” mengharuskan pimpinan merencanakan dan mengkoordinasi pelayanan pasien. Asuhan pasien yang seragam terefleksi sebagai berikut dalam :

1. Akses untuk asuhan dan pengobatan, yang memadai, tidak tergantung atas kemampuan pasien untuk membayar atau sumber pembiayaan.
2. Akses untuk asuhan dan pengobatan, serta yang memadai, yang diberikan oleh praktisi yang kompeten tidak tergantung atas hari-hari tertentu atau waktu tertentu.
3. Ketepatan (*acuity*) mengenali kondisi pasien menentukan alokasi sumber daya untuk memenuhi kebutuhan pasien.
4. Tingkat asuhan yang diberikan kepada pasien (misalnya pelayanan anestesia) sama di seluruh rumah sakit.
5. Pasien dengan kebutuhan asuhan keperawatan yang sama menerima asuhan keperawatan yang setingkat diseluruh rumah sakit.
6. Asuhan pasien yang seragam menghasilkan penggunaan sumber daya yang efisien dan sehingga mendapatkan evaluasi hasil (*outcome*) yang sama untuk asuhan di seluruh rumah sakit.

P. CATATAN PERKEMBANGAN TERINTEGRASI (INTEGRATED PROGRESS NOTE)

Adalah lembar pada berkas rekam medis pasien dimana semua kondisi dan perkembangan penyakit pasien serta tindakan yang dialami pasien dicatat. RSJ Prof.dr. Soerojo menetapkan bahwa mereka yang diizinkan memberikan perintah / *order* menuliskan perintah ini dalam rekam medis pasien di lokasi yang seragam, dan lokasi itu adalah pada lembar Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT).

Aktivitas asuhan pasien termasuk pemberian perintah, (misalnya, untuk pemeriksaan laboratorium, pemberian obat, pelayanan keperawatan dan terapi nutrisi). Prosedur diagnostik, operasi dan prosedur lain diperintahkan oleh mereka yang kompeten untuk hal tersebut. Perintah ini harus mudah diakses untuk dapat dilaksanakan tepat waktu.

Q. PEMBERIAN INFORMASI DAN EDUKASI PADA PASIEN DAN KELUARGA

Peraturan mengharuskan bahwa pasien dan keluarga diberi tahu tentang hasil asuhan termasuk kejadian tidak diharapkan. Serta rumah sakit menyediakan pendidikan/edukasi untuk menunjang partisipasi pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan dan proses pelayanan.

Asuhan dan proses pengobatan merupakan siklus berkelanjutan dari asesmen dan asesmen ulang, perencanaan dan pemberian asuhan, dan asesmen hasil. Pasien dan keluarga diberitahukan tentang hasil dari proses asesmen, tentang perencanaan asuhan dan pengobatan dan diikutsertakan dalam pengambilan keputusan.

R. TINDAKAN SEDASI, ANESTESI DAN PEMBEDAHAN PADA PASIEN

1. Sedasi :

Sedasi baik sedasi yang moderat maupun dalam, menghadapi risiko kepada pasien, karenanya perlu dilengkapi dengan definisi, kebijakan serta prosedur yang jelas. Derajat sedasi terjadi dalam suatu kontinum, seorang pasien dapat bergerak dari satu derajat tertentu menuju derajat yang lain, berdasarkan medikasi yang diberikan, rute dan dosisnya. Pertimbangan penting mencakup kemampuan pasien untuk mempertahankan refleks protektif; saluran pernafasan yang paten-independen-berkesinambungan; dan mampu berespon terhadap stimulasi fisik atau instruksi lisan.

2. Anestesi :

Pelayanan anestesi direncanakan secara seksama dan didokumentasikan dalam catatan anestesi. Perencanaan mempertimbangkan informasi dari asesmen pasien dan mengidentifikasi anestesi yang akan digunakan, termasuk metode pemberiannya, pemberian medikasi dan cairan lain, serta prosedur monitoring dalam mengantisipasi pelayanan pasca anestesi.

Berhubung anestesi membawa risiko tinggi, maka pemberiannya harus direncanakan dengan seksama. Asesmen pra anestesi pasien merupakan basis untuk perencanaan tersebut dan untuk penggunaan analgesia pasca operatif. Asesmen pra anestesi memberikan informasi yang diperlukan bagi :

- a. Pemilihan pelayanan anestesi dan merencanakan anestesi;
- b. Pemberian layanan anestesi yang aman dan tepat
- c. Penafsiran temuan pada monitoring pasien.

Seorang spesialis anestesi atau petugas lain yang kompeten menjalankan asesmen pra anestesi. Proses perencanaan anestesi mencakup mengedukasi pasien, keluarganya, atau pembuat keputusan atas risiko, manfaat dan alternatif yang berhubungan dengan perencanaan anestesia dan analgesia pasca operatif. Diskusi ini terjadi sebagai bagian dari proses untuk memperoleh persetujuan anestesi (termasuk sedasi moderat dan dalam) sebagaimana disyaratkan dalam hak hak pasien. Seorang anestesilog atau petugas yang kompeten memberikan edukasi ini.

Proses asesmen pra anestesi dijalankan beberapa waktu sebelum rawat inap atau sebelum tindakan pembedahan atau sesaat sebelum operasi (khusus pada pasien emergensi atau obstetri). Sedangkan asesmen pra induksi terpisah dari asesmen pra anestesi, karena fokusnya pada stabilitas fisiologis dan kesiapan pasien untuk anestesi dan terjadi sesaat sebelum induksianestesi.

Jadi pada pasien yang akan dilakukan tindakan anestesi harus dilakukan :

- a. Asesmen pra anestesi dikerjakan pada setiap pasien.
- b. Asesmen pra induksi dilaksanakan untuk re-evaluasi pasien segera sebelum induksi anestesi, sesaat sebelum diberikan induksi anestesi
- c. Kedua asesmen dikerjakan oleh staf yang kompeten untuk melakukannya
- d. Kedua asesmen didokumentasikan dalam rekam medis

3. Monitoring selama tindakan Anestesi

Selama pemberian anestesi, status fisiologis setiap pasien terus menerus dimonitor dan dituliskan dalam rekam medis pasien. Monitoring fisiologis memberikan informasi yang dapat diandalkan tentang status pasien selama pemberian anestesi (umum, spinal dan regional) dan periode pemulihan. Metode monitoring tergantung pada status pra anestesi pasien, anestesi yang dipilih dan kompleksitas dari pembedahan atau prosedur lain yang dikerjakan selama anestesi. Namun demikian, dalam semua kasus, proses monitoring dilakukan terus menerus dan hasilnya dituliskan ke dalam rekam medis pasien.

4. Masa Pemulihan pasca Anestesi

Setiap pasien pasca anestesi dimonitor dan didokumentasikan dan pasien dipindahkan dari ruang pemulihan oleh staf yang kompeten atau dengan menggunakan kriteria baku.

Monitoring selama anestesi adalah dasar dari monitoring selama periode pemulihan pasca anestesi. Pengumpulan data secara sistematis dan analisis data yang berlangsung terhadap kondisi pasien yang dalam pemulihan, mendukung keputusan untuk memindahkan pasien ke *setting* pelayanan lain dengan pelayanan yang kurang intensif. Pencatatan data monitoring merupakan dokumentasi untuk mendukung keputusan untuk memindahkan pasien.

S. TINDAKAN PEMBEDAHAN

Karena pembedahan membawa risiko dengan tingkatan yang tinggi, maka penggunaannya haruslah direncanakan secara seksama. Asesmen pasien adalah dasar untuk memilih prosedur pembedahan yang tepat. Asesmen memberikan informasi penting terhadap :

1. Pemilihan prosedur yang tepat dan waktu yang optimal;
2. Melaksanakan prosedur secara aman;
3. Menginterpretasi temuan dalam monitoring pasien

Pemilihan prosedur tergantung pada riwayat pasien, status fisik, dan data diagnostik termasuk risiko dan manfaat prosedur bagi pasien. Pemilihan prosedur mempertimbangkan informasi dari asesmen saat masuk rawat inap, tes diagnostik, dan sumber lain yang tersedia. Proses asesmen dijalankan dalam kerangka waktu dipersingkat bilamana pasien secara darurat membutuhkan pembedahan.

Asuhan bedah yang direncanakan bagi pasien didokumentasikan dalam status pasien, termasuk diagnosis pra operatif. Nama dari prosedur bedah saja tidak bisa untuk menegaskan suatu diagnosis.

T. Persetujuan Tindakan (Informed Consent)

Manfaat, risiko, dan alternatif didiskusikan dengan pasien dan keluarganya atau orang yang berwenang membuat keputusan bagi pasien. Pasien dan keluarganya atau para pembuat keputusan menerima informasi yang adekuat untuk berpartisipasi dalam keputusan pemberian asuhan dan memberikan persetujuan (*informed consent*) yang diperlukan dalam pemenuhan hak pasien. Informasi termasuk :

1. Risiko dari prosedur yang direncanakan
2. Manfaat prosedur yang direncanakan
3. Komplikasi yang potensial terjadi
4. Alternatif tindakan bedah dan nonbedah yang tersedia untuk mengobati pasien.

Sebagai tambahan, bila darah atau produk darah mungkin dibutuhkan, informasi tentang risiko dan alternatif didiskusikan. Dokter bedah yang bersangkutan atau petugas yang kompeten lain memberikan informasi ini.

U. Laporan Operasi

Pada setiap pasien yang dioperasi ada laporan operasi yang berisicatatatan operasi dalam rekam medis pasien untuk keperluan pelayanan berkesinambungan.

Pelayanan pasca bedah tergantung pada kejadian dan temuan dalam tindakan bedah. Jadi, status pasien termasuk diagnosis pasca bedah, deskripsi dari prosedur bedah dan temuan-temuan (termasuk spesimen bedah yang dikirim untuk pemeriksaan) dan nama ahli bedah dan asisten bedah. Guna mendukung suatu kontinum dari pelayanan suportif pasca bedah, catatan laporan operasi tersedia sebelum pasien meninggalkan ruang pulih pasca anestesi.

Sebelum pasien meninggalkan lokasi pemulihan pasca anestesi, suatu catatan singkat tindakan bedah bisa digunakan sebagai pengganti laporan tertulis tindakan bedah. Laporan tertulis tindakan bedah atau catatan singkat operasi tersebut minimum memuat :

1. diagnosa pasca operasi
2. nama dokter bedah dan asisten-asisten;
3. nama prosedur
4. spesimen bedah untuk pemeriksaan
5. catatan spesifik komplikasi atau tidak adanya komplikasi selama operasi, termasuk jumlah kehilangan darah.
6. tanggal, waktu, dan tandatangan dokter yang bertanggung jawab.

V. Penatalaksanaan Pasca Bedah

Pada setiap pasien yang dilakukan pembedahan, asuhan pasien pasca pembedahan direncanakan dan didokumentasikan. Asuhan medis dan perawatan pasca bedah setiap pasien perlu dibedakan. Oleh karenanya, penting untuk merencanakan asuhan tersebut, termasuk tingkatan asuhan, serta tempat(*setting*) asuhan, pemantauan tindak lanjut atau pengobatan dan kebutuhan obat. Perencanaan asuhan pasca bedah dapat dimulai sebelum pembedahan berdasarkan asesmen kondisi dan kebutuhan pasien. Asuhan yang direncanakan didokumentasikan dalam status pasien untuk memastikan kelanjutan pelayanan selama periode pemulihan atau rehabilitasi.

W. Pelayanan Pasien Risiko Tinggi

Rumah sakit memberi pelayanan bagi berbagai variasi pasien dengan berbagai variasi kebutuhan pelayanan kesehatan.

Pimpinan bertanggung jawab untuk :

1. Mengidentifikasi pasien dan pelayanan yang dianggap berisiko tinggi di rumah sakit
2. Menggunakan proses kerjasama (kolaborasi) untuk mengembangkan kebijakan dan prosedur yang sesuai
3. Melaksanakan pelatihan staf dalam mengimplementasikan kebijakan dan prosedur.

Yang termasuk pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi :

1. Pasien gawat darurat
2. Pelayanan resusitasi di seluruh unit rumah sakit
3. Pemberian darah dan produk darah
4. Pasien yang menggunakan peralatan bantu hidup dasar atau yang koma.
5. Pasien dengan penyakit menular dan mereka yang daya tahannya menurun
6. Penggunaan alat pengkekang (*restraint*) dan pasien yang diberi pengkekang / penghalang
7. Pasien lanjut usia, mereka yang cacat, anak-anak dan populasi yang berisiko diperlakukan kasar/ kejam.

X. Pelayanan Gizi Bagi Pasien Di Rumah Sakit

Hal yang harus dipenuhi oleh rumah sakit terkait nutrisi pasien adalah :

1. Makanan atau nutrisi yang sesuai untuk pasien, tersedia secara reguler
2. Sebelum memberi makan pasien, semua pasien rawat inap telah memesan makanan dan dicatat.
3. Pesanan didasarkan atas status gizi, latar belakang agama dan budaya serta kebutuhan pasien
4. Ada bermacam variasi pilihan makanan bagi pasien konsisten dengan kondisi dan pelayanannya
5. Bila keluarga menyediakan makanan, mereka diberikan edukasi tentang pembatasan diet pasien
6. Makanan disiapkan dengan cara mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan
7. Makanan disimpan dengan cara mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan
8. Produk nutrisi enteral disimpan sesuai rekomendasi pabrik
9. Distribusi makanan dilakukan tepat waktu, dan memenuhi sesuai permintaan khusus pasien terkait waktu.
10. Praktik penanganan memenuhi peraturan dan perundangan yang berlaku
11. Pasien, termasuk pasien anak dan balita yang pada asesmen berada pada risiko nutrisional, mendapat terapi gizi.
12. Suatu proses kerjasama dipakai untuk merencanakan, memberikan dan memonitor terapi gizi.
13. Respon pasien terhadap terapi gizi dimonitor.
14. Respon pasien terhadap terapi gizi dicatat dalam rekam medisnya.

Y. Pelayanan Obat

Hal yang harus dipatuhi terkait obat :

1. Hanya orang yang diijinkan oleh rumah sakit dan peraturan perundangan yang dapat menuliskan resep atau memesan obat
2. Ada proses untuk menetapkan batas bagi petugas, bila perlu, untuk praktek penulisan resep atau pemesanan obat.
3. Petugas-petugas yang diijinkan untuk menuliskan resep dan memesan obat dikenal oleh unit pelayanan farmasi atau orang lain yang mengeluarkan obat-obat

a. Pendokumentasian obat

Dalam kaitan ini maka RSJ Prof. dr. Soerojo menetapkan sistem yang bakuberupa :

- Ada sistem yang seragam di rumah sakit dalam penyaluran dan pendistribusian obat
- Setelah disiapkan, obat diberi label secara tepat, dengan nama obat, dosis/konsentrasi, tanggal penyiapan, tanggal kadaluwarsa, dan nama pasien
- Obat disalurkan dengan bentuk yang-paling-siap-diberikan
- Sistem mendukung penyaluran obat secara akurat
- Sistem mendukung penyaluran obat tepat waktu

b. Siapa yang berhak memberikan obat

Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo bertanggung jawab untuk mengidentifikasi petugas dengan pengetahuan dan pengalaman sesuai persyaratan dan yang juga diijinkan berdasarkan lisensi, sertifikasi, undang-undang atau peraturan untuk pemberian obat. Suatu rumah sakit bisa membuat batasan bagi petugas dalam pemberian obat, seperti bahan yang diawasi atau radioaktif dan obat investigatif.

Dalam situasi emergensi, rumah sakit mengidentifikasi setiap petugas tambahan yang diijinkan untuk memberikan obat.

Yang harus dilakukan rumah sakit adalah :

- Rumah sakit mengidentifikasi petugas, melalui uraian jabatannya atau proses pemberian kewenangan, mendapatkan otorisasi untuk memberikan obat
- Hanya mereka yang mempunyai ijin dari rumah sakit dan pemberi lisensi yang terkait, undang-undang dan peraturan bisa memberikan obat
- Ada proses untuk menetapkan batasan, bila perlu, terhadap pemberian obat oleh petugas

c. Obat yang dibawa pasien dari rumah

Kebijakan dan prosedur mengatur obat yang dibawa ke dalam rumah sakit oleh pasien yang menggunakan obat sendiri (*self-administration*).

Mengawasi penggunaan obat di rumah sakit memerlukan suatu pemahaman terhadap sumber dan penggunaan obat yang tidak diresepkan atau dipesan di rumah sakit. Obat yang dibawa ke dalam rumah sakit oleh pasien atau keluarganya harus diketahui oleh DPJP dan dicatat di rekam medis pasien. Penggunaan obat tersebut dikendalikan oleh staf rumah sakit.

d. Monitoring efek obat dan efek samping obat

Pasien, dokter, perawat dan praktisi pelayanan kesehatan lainnya bekerja bersama untuk memantau pasien yang mendapat obat. Tujuan monitoring adalah untuk mengevaluasi efek pengobatan terhadap gejala pasien atau penyakitnya, demikian juga hitung leukosit, erytrosit, fungsi ginjal, fungsi hati dan monitoring lain untuk obat yang selektif, dan untuk mengevaluasi pasien terhadap Kejadian Tidak Diharapkan. Berdasarkan monitoring, dosis atau jenis obat dapat disesuaikan, bila perlu. Monitoring demikian dimaksudkan untuk mengidentifikasi respons terapeutik yang diantisipasi maupun reaksi alergik, interaksi obat yang tidak diantisipasi, adanya perubahan dalam keseimbangan pasien yang akan meningkatkan risiko jatuh dan lain-lain.

Hal yang perlu diperhatikan :

1. Efek pengobatan terhadap pasien dimonitor, termasuk efek yang tidak diharapkan (*adverse effect*).
2. Proses monitoring dilakukan secara kolaboratif
3. Rumah sakit mempunyai kebijakan yang mengidentifikasi efek yang tidak diharapkan yang harus dicatat dalam status pasien dan yang harus dilaporkan ke rumah sakit.

Z. PEMBUATAN CATATAN ASUHAN PASIEN TERINTEGRASI

Semua proses asuhan pasien oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) harus dicatat dalam berkas rekam medis pasien secara runtut sesuai dengan perjalanan asuhan yang dialami pasien di RS, mulai dari Assesmen Awal sampai pada Resume Pulang.

Pencatatan dalam berkas rekam medis mengikuti kaidah Problem Oriented Medical record (POMR) yaitu dengan pola S (subyektif, keterangan/keluhan pasien), O (objektif, fakta yang ditemukan pada pasien melalui pemeriksaan fisik dan penunjang), A (analisis, merupakan kesimpulan/diagnose yang dibuat berdasarkan S dan O) dan P (plan, rencana asuhan yang akan diterapkan pada pasien).

BAB V

LOGISTIK

Kebutuhan logistik dalam mendukung pelayanan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang adalah sebagai berikut :

- I. INSTALASI GAWATDARURAT
 - Diagnostik Set
 - Alat Fiksasi
 - Tabung Oksigen
 - Minor Surgery*
 - Sterilisator
 - Vacuum Suction
 - Defibrilator
 - Resusitasi Set
 - Electrocardiography
- II. INSTALASI RAWATJALAN
 - ECG
 - ECT Kit
 - Perlengkapan Diagnostik
 - Peralatan Fisioterapi
 - EEG Brain Mapping
- III. ALAT DIAGNOSTIK
 - Psikometri
 - MMPI
 - Roschak
 - WB
 - Binet
 - Psikodiagnostik
- IV. ELEKTROMEDIK
 - EKG
 - EEG
 - EEG Brain Mapping
- V. INSTALASI RAWAT INAP
 - Suction
 - Sterilizer
 - Electronic Convulsion Therapy
- VI. INSTALASI RADIOLOGI
 - X-ray
- VII. INSTALASI LABORATORIUM
 - Automatic Haematology Analyzer
 - Automatic Blood Chemistry Analyzer
 - ELISA Automatic / Semi-automatic Analyzer
 - Drug Monitor (Urinalisis)
2. Peralatan Sedang
 - Binocular Microscope
 - Sentrifuge
 - Autoclave
 - Peralatan Sederhana
 - Rak dan Tabung LED
 - Haematology Cell Counter
 - HB Meter + Pipet Eritrosit + Pipet Leukosit + Bilik Kantong
 - Glucose Meter

VIII. RUANG ISOLASI

Peralatan Untuk Pasien:

- Termometer
- Stethoscope
- Sphygmomanometer
- Tourniquet
- Intra Vena Set
- Pole
- Basin
- Mobile Screen
- Bedpan
- Bed Linen

IX. INSTALASI REHABILITASI MEDIK

- Exercises Treadmill
- Static Bicycle / Ergocycle
- Shortwave Diathermy
- Infrared
- Nebulizer

X. INSTALASI REHABILITASI PSIKOSOSIAL

- Alat Olah Raga
- Alat Musik
- Alat Tata Boga
- Alat Tata Busana
- Alat Pertukangan
- Alat Melukis
- Alat Pertamanan / Pertanian / Otomotif / Pertukangan
- Alat IT

BAB VI

KESELAMATAN PASIEN

Keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit adalah suatu sistem untuk rumah sakit menyelenggarakan asuhan pasien dengan lebih aman. Sistem tersebut meliputi : penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan.

Dalam implementasinya, keselamatan pasien di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang secara struktur dibawah tim keselamatan pasien yang dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur Utama.

Tim keselamatan pasien Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang adalah sebuah unit kerja di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang yang bertanggung jawab untuk membuat program perencanaan, melaksanakan, mengevaluasi dan melaporkan serta menyusun rencana tindak lanjut terkait keselamatan pasien.

A. PRINSIP KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT JIWA PROF. DR. SOEROJO MAGELANG

1. *Safe culture* (budaya keselamatan)
 - a. aktif melaporkan insiden untuk belajar dari pengalaman
 - b. iklim kerja yang bebas dari menyalahkan, individu yang melaporkan insiden tidak dihukum
 - c. komunikasi yang mudah dipahami, diulang dan konsisten
 - d. Selalu membicarakan isu keselamatan pasien
2. *Safe care* (perawatan yang aman)
 - a. Belajar dari kejadian yang tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera, untuk menyusun tindakan preventif
 - b. Menerapkan perawatan yang disesuaikan dengan standar dan berorientasi pada keselamatan pasien.
3. *Safe staff* (staf yang aman)
 - a. Selalu berpegang pada prinsip “*every patient’s rights, everyone’s responsibility*” (setiap hak pasien adalah tanggung jawab setiap orang)
 - b. Berperan aktif dalam mencegah timbulnya kejadian tidak diharapkan
4. *Safe support system* (sistem pendukung yang aman)
 - a. Informasi yang diberikan benar
 - b. Dilakukan oleh orang-orang yang kompeten
 - c. Sistem layanan yang cepat, tepat, dan responsif
5. *Safe place* (tempat yang aman)
 - a. Tersedianya alat atau sistem pelindung terhadap risiko terjadinya bencana.
 - b. Terlibat aktif dalam melaporkan kondisi alat, bangunan dan lingkungan yang potensial tidak aman dengan format pelaporan yang berlaku di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.
6. *Safe patients* (pasien yang aman)
 - a. Pasien dan keluarga dilibatkan dalam perawatan.
 - b. Informasikan pada pasien dan keluarganya apa yang terjadi dengan sikap empatik.
 - c. Libatkan dan anjurkan pasien serta keluarga untuk menyampaikan keluhan dan saran.

B. STRUKTUR KEANGGOTAAN TIM KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT JIWA PROF DR. SOEROJO MAGELANG

1. STRUKTUR ORGANISASI

Secara struktur organisasi, Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit Jiwa Prof Dr Soerojo (TKPRSJS) merupakan unit kerja yang kedudukannya diserahkan pada kebijakan Direktur Utama Rumah Sakit Jiwa Prof Dr Soerojo.

2. KETENAGAAN

Ketenagaan yang terlibat dalam TimKeselamatan Pasien Rumah Sakit Jiwa Prof Dr Soerojo dapat berasal dari segala unsur, multidisiplin, multiprofesi, sesuai dengan keputusan direktur. Staf tim dapat terdiri atas:

- a. Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa
- b. Dokter Spesialis lain
- c. Dokter/Dokter gigi
- d. Perawat
- e. Sarjana Psikologi/Psikolog/Psikolog klinis
- f. Pekerja Sosial
- g. Apoteker/Asisten Apoteker
- h. Staf penunjang medik lainnya seperti: Petugas laboratorium, petugas radiologi, dll
- i. Petugas Administrasi

3. KOMPETENSI

Semua petugas TimKeselamatan Pasien di Rumah Sakit Jiwa Prof.Dr. Soerojo Magelangdiharapkan telah memperoleh pelatihan keselamatanpasien.

4. URAIAN TUGAS DAN FUNGSI

Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit Jiwa Prof.Dr. Soerojo Magelang memiliki tugas untuk menjamin pelaksanaan keselamatan pasien di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.Fungsi TimKeselamatan Pasien Rumah Sakit Jiwa Prof.Dr. Soerojo Magelang adalah:

- a. Menyusun perencanaan program keselamatan pasien
- b. Melaksanakan program keselamatan pasien yang terdiri atas:
 - 1) Menerima laporan insiden dari setiap unit pelayanan dan menjaga kerahasiaan.
 - 2) Melakukan kajian dan analisis dari laporan insiden
 - 3) Memberi saran dan rekomendasi tindakan perbaikan
- c. Melakukan sosialisasi hasil analisis
 - 1) Menyelenggarakan program tindak lanjutnya
 - 2) Membuat laporan tahunan kegiatan yang telah dilaksanakan kepadaKementerian Kesehatan RI cq Direktorat Bina Kesehatan Jiwa, Ketua Persatuan Rumah Sakit Indonesia (PERSI) dan Asosiasi Rumah Sakit Jiwa dan Ketergantungan Obat Indonesia (ARSAWAKOI) sebagai tembusan.

5. LANGKAH MENUJU KESELAMATAN PASIEN

- a. Bangun Kesadaran akan Nilai Keselamatan Pasien
- b. Pimpin dan Dukung Staf
- c. Integrasikan Aktivitas Pengelolaan Risiko
- d. Kembangkan Sistem Pelaporan
- e. Libatkan dan Berkomunikasi dengan Pasien
- f. Belajar dan Berbagi Pengalaman tentang Keselamatan Pasien
- g. Cegah Cidera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien

BAB VII

KESELAMATAN KERJA

Upaya untuk memberikan jaminan keselamatan dan meningkatkan derajat kesehatan para pekerja/buruh dengan cara pencegahan kecelakaan dan penyakit akibat kerja, pengendalian bahaya ditempat kerja, promosi kesehatan, pengobatan dan rehabilitasi. Dalam implementasinya, keselamatan kerja di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang secara struktur dibawah Tim Kesehatan Keselamatan Kerja (K3) yang dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur Utama.

A. UPAYA KESEHATAN KESELAMATAN KERJA RUMAH SAKIT JIWA PROF.DR. SOEROJO MAGELANG

Upaya Kesehatan Keselamatan Kerja (K3) di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo menyangkut tenaga kerja, cara/metode kerja, alat kerja, proses kerja dan lingkungan kerja. Upaya ini meliputi peningkatan, pencegahan, pengobatan dan pemulihan kinerja setiap petugas kesehatan dan non kesehatan merupakan resultante dari tiga komponen K3 yaitu kapasitas kerja, beban kerja dan lingkungan kerja.

B. STRUKTUR ORGANISASI TIM KESEHATAN KESELAMATAN KERJA RUMAH SAKIT JIWA PROF. DR. SOEROJO MAGELANG

Secara struktur organisasi, Tim Kesehatan Keselamatan Kerja Rumah Sakit Jiwa Prof Dr Soerojo (TKPRSJS) merupakan Tim kerja yang kedudukannya diserahkan pada kebijakan Direktur Utama Rumah Sakit Jiwa Prof Dr Soerojo Magelang.

C. TUGAS DAN FUNGSI TIM K3 RUMAH AKIT JIWA PROF. DR. SOEROJO MAGELANG

1. Tugas Pokok :

- a. Memberi rekomendasi dan pertimbangan kepada Direktur RS mengenai masalah-masalah yang berkaitan dengan K3
- b. Merumuskan kebijakan, peraturan, pedoman

2. Fungsi:

- a. Mengumpulkan dan mengolah seluruh data dan informasi serta permasalahan yang berhubungan dengan K3
- b. Membantu Direktur RS mengadakan dan meningkatkan upaya promosi K3, pelatihan dan penelitian K3 di RS
- c. Pengawasan terhadap program pelaksanaan K3 di RS
- d. Memberikan saran dan pertimbangan berkaitan dengan tindakan korektif
- e. Koordinasi dengan unit –unit lain yang menjadi anggota K3RS
- f. Memberi nasehat tentang manajemen K3 di tempat kerja, kontrol bahaya, mengeluarkan peraturan dan inisiatif pencegahan
- g. Investigasi dan melaporkan kecelakaan, serta merekomendasikan sesuai kegiatannya

- h. Berpartisipasi dalam perencanaan pembelian peralatan baru, pembangunan gedung dan proses.

D. PELAKSANAAN K3

1. Penyuluhan K3 ke semua petugas RS
2. Pelatihan K3 yang disesuaikan dengan kebutuhan individu dan kelompok dalam organisasi RS. Fungsinya memproses individu dengan perilaku tertentu agar berperilaku sesuai dengan yang telah ditentukan sebelumnya sebagai produk akhir dari pelatihan
3. Melaksanakan program K3 sesuai peraturan yang berlaku diantaranya :
 - a. Pemeriksaan kesehatan petugas (prakarya, berkala dan khusus)
 - b. Penyediaan alat pelindung diri dan keselamatan kerja
 - c. Penyiapan pedoman pencegahan dan penanggulangan keadaan darurat
 - d. Penempatan pekerja pada pekerjaan yang sesuai kondisi kesehatan
 - e. Pengobatan pekerja yang menderita sakit
 - f. Menciptakan lingkungan kerja yang higienis secara teratur, melalui monitoring lingkungan kerja dari hazard yang ada
 - g. Melaksanakan biologikal monitoring
 - h. Melaksanakan surveilan kesehatan pekerja.

E. PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Pada dasarnya pemantauan dan evaluasi K3 di RS adalah salah satu fungsi manajemen K3 RS yang berupa suatu langkah yang diambil untuk mengetahui dan menilai sampai sejauh mana proses kegiatan K3 RS itu berjalan, dan mempertanyakan efektifitas dan efisiensi pelaksanaan dari suatu kegiatan K3 RS dalam mencapai tujuan yang ditetapkan. Pemantauan dan evaluasi meliputi :

1. Pencatatan dan pelaporan k3 terintegrasi ke dalam system pelaporan RS
 - a. Pencatatan semua kegiatan K3
 - b. Pencatatan dan pelaporan KAK
 - c. Pencatatan dan pelaporan PAK
2. Inspeksi dan pengujian

Inspeksi K3 merupakan suatu kegiatan untuk menilai keadaan K3 secara umum dan tidak terlalu mendalam. Inspeksi K3 di RS dilakukan secara berkala, terutama oleh petugas K3 RS sehingga kejadian PAK dan KAK dapat dicegah sedini mungkin. Kegiatan lain adalah pengujian baik terhadap lingkungan maupun pemeriksaan terhadap pekerja berisiko seperti *biological monitoring* (pemantauan secara biologis).

F. AUDIT K3

Audit K3 yang meliputi falsafah dan tujuan, administrasi dan pengelolaan, karyawan dan pimpinan, fasilitas dan peralatan, kebijakan dan prosedur, pengembangan karyawan dan program pendidikan, evaluasi dan pengendalian.

Tujuan audit K3 :

1. Untuk menilai potensi bahaya, gangguan kesehatan dan keselamatan.
2. Memastikan dan menilai pengelolaan K3 telah dilaksanakan sesuai ketentuan.
3. Menentukan langkah untuk mengendalikan bahaya potensial serta pengembangan mutu.

Perbaikan dan pencegahan didasarkan atas hasil temuan dari audit, identifikasi, penilaian risiko direkomendasikan kepada manajemen puncak.

Tinjauan ulang dan peningkatan oleh pihak manajemen secara berkesinambungan untuk menjamin kesesuaian dan keefektifan dalam pencapaian kebijakan dan tujuan K3

BAB VIII

PENGENDALIAN MUTU

A. MUTU PELAYANAN RUMAH AKIT JIWA PROF. DR. SOEROJO MAGELANG

1. Pengertian Mutu

Pengertian mutu beraneka ragam dan di bawah ini ada beberapa pengertian yang secara sederhana melukiskan apa hakekat mutu.

- a. Mutu adalah tingkat kesempurnaan suatu produk atau jasa.
- b. Mutu adalah expertise, atau keahlian dan keterikatan (commitment) yang selalu dicurahkan pada pekerjaan
- c. Mutu adalah kegiatan tanpa salah dalam melakukan pekerjaan.

2. Mutu Pelayanan Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang

Adalah derajat kesempurnaan pelayanan Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang untuk memenuhi kebutuhan masyarakat konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di RSJ Prof. dr. Soerojo Magelang secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan RSJ Prof. dr. Soerojo Magelang dan masyarakat konsumen.

3. Pihak yang Berkepentingan dengan Mutu

Banyak pihak yang berkepentingan dengan mutu, yaitu :

- a. Konsumen
- b. Pembayar / perusahaan / asuransi
- c. Masyarakat
- d. *Stakeholders*
- e. Ikatan profesi

Setiap kepentingan yang disebut di atas berbeda sudut pandang dan kepentingannya terhadap mutu. Karena itu mutu adalah multi dimensional.

4. Dimensi Mutu

Dimensi atau aspeknya adalah :

- a. Keprofesian
- b. Efisiensi
- c. Keamanan Pasien
- d. Kepuasan Pasien
- e. Aspek Sosial Budaya

5. Mutu Terkait dengan Input, Proses, *Output* dan Outcome

Pengukuran mutu pelayanan kesehatan dapat diukur dengan menggunakan 3 variabel, yaitu ;

- a. Input, ialah segala sumber daya yang diperlukan untuk melakukan pelayanan kesehatan, seperti tenaga, dana, obat, fasilitas, peralatan, bahan, teknologi, organisasi, informasi, dan lain-lain. Pelayanan kesehatan yang bermutu memerlukan dukungan input yang bermutu pula. Hubungan struktur dengan mutu pelayanan kesehatan adalah dalam perencanaan dan penggerakan pelaksanaan pelayanan kesehatan.

- b. Proses, merupakan aktivitas dalam bekerja, adalah merupakan interaksi profesional antara pemberi pelayanan dengan konsumen (pasien/masyarakat). Proses ini merupakan variabel penilaian mutu yang penting.
- c. *Output*, ialah jumlah pelayanan yang dilakukan oleh unit kerja/rumah sakit.
- d. Outcome, ialah hasil pelayanan kesehatan, merupakan perubahan yang terjadi pada konsumen (pasien/masyarakat), termasuk kepuasan dari konsumen tersebut.

Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang adalah suatu institusi pelayanan kesehatan yang kompleks, padat pakar dan padat modal. Kompleksitas ini muncul karena pelayanan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang menyangkut berbagai fungsi pelayanan, serta mencakup berbagai tingkatan maupun jenis disiplin. Agar Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang mampu melaksanakan fungsi yang demikian kompleks, harus memiliki sumber daya manusia yang profesional baik di bidang teknis medis maupun administrasi kesehatan. Untuk menjaga dan meningkatkan mutu, Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang harus mempunyai suatu ukuran / indikator yang menjamin peningkatan mutu di semua tingkatan.

B. PRINSIP DASAR UPAYA PENINGKATAN MUTU PELAYANAN

Prinsip dasar upaya peningkatan mutu pelayanan adalah pemilihan aspek yang akan ditingkatkan dengan menetapkan indikator, kriteria serta standar yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang

1. Indikator :

Adalah ukuran atau cara mengukur sehingga menunjukkan suatu indikasi. Indikator merupakan suatu variabel yang digunakan untuk bisa melihat perubahan. Indikator yang baik adalah yang sensitif tapi juga spesifik.

2. Kriteria :

Adalah spesifikasi dari indikator.

3. Standar :

- a. Tingkat kinerja atau keadaan yang dapat diterima oleh seseorang yang berwenang dalam situasi tersebut, atau oleh mereka yang bertanggung jawab untuk mempertahankan tingkat kinerja atau kondisi tersebut.
- b. Suatu norma atau persetujuan mengenai keadaan atau prestasi yang sangat baik.
- c. Sesuatu ukuran atau patokan untuk mengukur kuantitas, berat, nilai atau mutu.

Dalam melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan maka harus memperhatikan prinsip dasar sebagai berikut:

1. Aspek yang dipilih untuk ditingkatkan

- a. Keprofesian
- b. Efisiensi
- c. Keamanan pasien
- d. Kepuasan pasien
- e. Sarana dan lingkungan fisik

2. Indikator yang dipilih

- a. Indikator lebih diutamakan untuk menilai *output* daripada input dan proses

- b. Bersifat umum, yaitu lebih baik indikator untuk situasi dan kelompok daripada untukperorangan.
 - c. Dapat digunakan untuk membandingkan dengan Rumah Sakit lain, baik di dalam maupun luar negeri.
 - d. Dapat mendorong intervensi sejak tahap awal pada aspek yang dipilih untuk dimonitor
 - e. Didasarkan pada data yang ada.
3. Kriteria yang digunakan
- Kriteria yang digunakan harus dapat diukur dan dihitung untuk dapat menilai indikator, sehingga dapat sebagai batas yang memisahkan antara mutu baik dan mutu tidak baik.
4. Standar yang digunakan
- Standar yang digunakan ditetapkan berdasarkan :
- a. Acuan dari berbagai sumber
 - b. *Benchmarking* dengan Rumah Sakit yang setara
 - c. Berdasarkan trend yang menuju kebaikan

C. INDIKATOR MUTU PELAYANAN RUMAH SAKIT JIWAPROF. DR. SOEROJO MAGELANG

Prinsip dasar upaya peningkatan mutu pelayanan adalah pemilihan aspek yang akan ditingkatkan dengan menetapkan indikator, kriteria serta standar yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang. Adapun indikator mutu per instalasi yang sudah ditetapkan oleh Direktur Utama adalah

1. INSTALASI GAWAT DARURAT

No	INDIKATOR	KET
1	Angka kematian di gawat darurat	BLU
2	Angka pembatalan operasi	BLU
3	Angka pencederaan Fisik	SPM
4	Emergency Resptime rate	BLU
5	Jam buka pelayanan gawat darurat	SPM
6	Kejadian kematian di meja operasi	SPM
7	Kemampuan melakukan tindakan operatif	SPM
8	Kemampuan menangani <i>life saving</i>	SPM
9	Kematian pasien di pelayanan Gawat Darurat	SPM
10	Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan Gwat Darurat	SPM
11	Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang operasi	SPM
12	Ketersediaan tim operator	SPM
13	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	SPM
14	Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube	SPM
15	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang tersertifikat	SPM
16	Pertumbuhan operasi	BLU
17	Pertumbuhan rata - rata kunjungan rawat darurat	BLU
18	Post operatif death rate	BLU
19	Tidak adanya keharusan membayar uang muka	SPM
20	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	SPM
21	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	SPM
22	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	SPM
23	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	SPM
24	Time respon psikiatri akut (gaduh gelisah) $\leq$ 48 jam	SPM
25	Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat	SPM
26	Waktu tunggu operasi elektif	SPM

27	Waktu tunggu sebelum operasi	BLU
----	------------------------------	-----

2. INSTALASI RAWAT JALAN

No	INDIKATOR	KET
1	Distribusi Penyakit di Instalasi Rawat Jalan	Satker
2	Jam buka pelayanan Rawat Jalan	SPM
3	Kepuasan pelanggan pada Rawat Jalan	SPM
4	Ketersediaan pelayanan	SPM
5	Ketersediaan pelayanan VCT	SPM
6	Pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	SPM
7	Pemberian pelayanan di klinik spesialis	SPM
8	Pencatatan dan pelaporan tuberculosis di Rumah sakit	SPM
9	Penegakan diagnosis Tuberculosis	SPM
10	Peresepan obat sesuai formulatorium nasional	SPM
11	Pertumbuhan rata - rata kunjungan rawat jalan	BLU
12	Utilitas ruangan tindakan minor di poliklinik bedah	Satker
13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	SPM

3. INSTALASI RAWAT INAP I

NO	INDIKATOR	KET
1	Angka infeksi nosokomial	BLU
2	Angka kejadian infeksi nosokomial	SPM
3	Angka kematian / kebutaan $\geq$ 48 jam	BLU
4	Berkurangnya gejala psikotik (PANSS) score 20 pada ECT ke – 6	SPM
5	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	SPM
6	Jam visite dokter spesialis	SPM
7	Kamar mandi dengan pengaman	SPM
8	Kejadian infeksi paska operasi	SPM
9	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	SPM
10	Kematian pasien $\geq$ 48 jam	SPM
11	Kepuasan pelanggan rawat inap	SPM
12	Ketersediaan pelayanan rawat inap	SPM
13	Pasien rawat inap dengan Tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	SPM
14	Pemberi pelayanan di rawat inap	SPM
15	Pemberian pelayanan dokter spesialis	SPM
16	Pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	SPM
17	Penurunan PANSS score < 20 pada hari ke – 14	SPM
18	Pertumbuhan hari perawatan rawat inap	BLU
19	Rasio tempat tidur kelas 3	BLU
20	Tempat tidur dengan pengaman	SPM
21	Tidak adanya kejadian pasien jatuh	SPM
22	Tidak adanya kejadian pasien lari dari ruang rawat inap psikiatri	Satker
23	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	IKI
24	Time respon pelayanan <i>electro confulsife therapy</i> (ECT)	SPM
25	Time respon pelayanan intensif psikiatri (dari akut - sub akut) $\leq$ 7 hari	SPM

4. INSTALASI RAWAT INAP II

NO	INDIKATOR	KET
1	Angka kejadian infeksi nosokomial	SPM
2	Angka kematian / kebutaan $\geq$ 48 jam	BLU
3	Angka kematian ibu di Rumah Sakit	BLU
4	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	SPM
5	Jam visite dokter spesialis	SPM
6	Kamar mandi dengan pengaman	SPM
7	Kejadian infeksi nosokomial di ruang ICU	SPM
8	Kejadian infeksi paska operasi	SPM
9	Kejadian kematian ibu karena persalinan	SPM
10	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	SPM
11	Kejadian reaksi tranfusi	SPM
12	Kemampuan menangani bayi baru lahir dengan asfiksia	SPM
13	Kemampuan menangani BBLR 1500 - 2500 gram	SPM
14	Kematian pasien $\geq$ 48 jam	SPM
15	Kepatuhan hand hygiene di ICU	Satker
16	Kepatuhan terhadap <i>hand hygiene</i>	SPM
17	Kepuasan pelanggan rawat inap	SPM
18	Ketersediaan fasilitas dan peralatan di ruang ICU	SPM

19	Ketersediaan fasilitasn dan peralatan bank darah	SPM
20	Ketersediaan pelayanan rawat inap	SPM
21	Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	SPM
22	Pasien rawat inap dengan Tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	SPM
23	Pelayanan konseling pada akseptor kontrasepsi mantap	SPM
24	Pelayanan kontrasepsi mantap yang dilakukan oleh tenaga kompeten	SPM
25	Pemberi pelayanan di rawat inap	SPM
26	Pemberi pelayanan intensif	SPM
27	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	SPM
28	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	SPM
29	Pemberi pelayanan persalinan normal	SPM
30	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi	SPM
31	Pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	SPM
32	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	SPM
33	Pertumbuhan hari perawatan rawat inap	BLU
34	Rasio tempat tidur kelas 3	BLU
35	Rata - rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama ≤ 72 jam	SPM
36	Tempat tidur dengan pengaman	SPM
37	Tenaga penyedia pelayanan bank darah	SPM
38	Tidak adanya kejadian pasien jatuh	SPM
39	Infeksi Luka Operasi (ILO)	SPM
40	Infeksi Saluran Kencing (ISK)	SPM
41	Infeksi Aliran Darah Perifer (Plebitis)	SPM
42	Ventilator Associated pneumonia (VAP)	SPM

5. INSTALASI KESEHATAN JIWA ANAK REMAJA

NO	INDIKATOR	KET
1	Angka kejadian infeksi nosokomial	SPM
2	Angka kematian / kebutaan ≥ 48 jam	BLU
3	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	SPM
4	Jam buka pelayanan Rawat Jalan	SPM
5	Jam visite dokter spesialis	SPM
6	Kamar mandi dengan pengaman	SPM
7	Kejadian infeksi paska operasi	SPM
8	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	SPM
9	Kematian pasien ≥ 48 jam	SPM
10	Kepuasan pelanggan pada Rawat Jalan	SPM
11	Kepuasan pelanggan rawat inap	SPM
12	Ketersediaan pelayanan Rawat Jalan	SPM
13	Ketersediaan pelayanan rawat inap	SPM
14	Ketersediaan pelayanan VCT	SPM
15	Pasien rawat inap dengan Tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	SPM
16	Pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	SPM
17	Pemberi pelayanan di rawat inap	SPM
18	Pemberian pelayanan di klinik spesialis	SPM
19	Pencatatan dan pelaporan tuberculosis di Rumah sakit	SPM
20	Penegakan diagnosis Tuberculosis	SPM
21	Peresepan obat sesuai formulatorium nasional	SPM
22	Pertumbuhan hari perawatan rawat inap	BLU
23	Pertumbuhan rata - rata kunjungan rawat jalan	BLU
24	Prosentase kejadian pasien lari	Satker
25	Rasio tempat tidur kelas 3	BLU
26	Tempat tidur dengan pengaman	SPM
27	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	IKI
28	Tidak adanya kejadian pasien jatuh	SPM
29	Waktu tunggu rawat jalan	SPM

6. INSTALASI REHABILITASI PSIKOSOSIAL

NO	INDIKATOR	KET
1	Hasil pencapaian rehabilitasi psikososial	SPM
2	Jam buka pelayanan	SPM
3	Kecelakaan Kerja di Instalasi Rehabilitasi Psikososial	Satker
4	kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap layanan rehabilitasi psikososial yang direncanakan	SPM
5	Kepuasan pelanggan	SPM

6	Ketersediaan pelayanan rehabilitasi psikososial	SPM
7	Paket pelayanan	SPM
8	Pemberi pelayanan rehabilitasi psikososial	SPM
9	Pencapaian pasien mandiri, scoring baik ≥ 90 %	SPM
10	Tindakan kekerasan dan pelecehan seksual	Satker

7. INSTALASI REKAM MEDIK

NO	INDIKATOR	KET
1	Bed Occupancy Rate (BOR)	IKI
2	Kelengkapan <i>informed concent</i> setelah mendapat informasi yang jelas	SPM
3	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	SPM
4	Kepuasan pelanggan	SPM
5	Length of Stay	BLU
6	Nett Death Rate (NDR)	IKI
7	Pemberi pelayanan rekam medik	SPM
8	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	SPM
9	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	SPM

8. INSTALASI REHABILITASI MEDIK

NO	INDIKATOR	KET
1	Jumlah Komplain Dari Pelanggan	Satker
2	Jumlah Peralatan Fisioterapi Yang Terkalibrasi	Satker
3	Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan fisioterapi yang direncanakan	Satker
4	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan TMS/PMS yang direncanakan	Satker
5	Kejadin <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	SPM
6	Kepuasan pelanggan	SPM
7	Ketersediaan fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik	SPM
8	Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan EEG Brainmapping	Satker
9	Pemberi pelayanan rehabilitasi medik	SPM
10	Pertumbuhan rehabilitasi medik	BLU
11	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Fisioterapi	Satker
12	Tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medik	SPM
13	Waktu tunggu hasil pemeriksaan elektromedik	Satker

9. INSTALASI FARMASI

NO	INDIKATOR	KET
1	Kecepatan pelayanan resep obat jadi	BLU
2	Kepuasan pelanggan	SPM
3	Ketersediaan fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	SPM
4	Ketersediaan formulatorium	SPM
5	Ketersediaan obat di rumah sakit	Satker
6	Pemberi pelayanan farmasi	SPM
7	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	SPM
8	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	SPM

10. INSTALASI LABORATORIUM

NO	INDIKATOR	KET
1	Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium	BLU
2	Kemampuan memeriksa HIV AIDS	SPM
3	Kemampuan memeriksa mikroskopis tuberculosis paru	SPM
4	Kepuasan pelanggan	SPM
5	Kesalahan Input Hasil Pemeriksaan laboratorium	Satker
6	Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	SPM
7	Ketersediaan fasilitas dan peralatan laboratorium patologi klinik	SPM
8	Pelaksana ekspretisi hasil pemeriksaan laboratorium	SPM
9	Pelaporan Nilai Kritis	Satker
10	Pemberi pelayanan patologi klinik	SPM
11	Pertumbuhan pemeriksaan laboratorium	BLU
12	Tidak adanya kejadian tertukar spesimen pemeriksaan laboratorium	SPM
13	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	SPM

11. INSTALASI RADIOLOGI

NO	INDIKATOR	KET
1	Angka kegagalan hasil radiologi	BLU
2	Kepuasan pelanggan	SPM
3	Kerusakan foto	SPM
4	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiologi	SPM
5	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen	SPM
6	Pemberi pelayanan radiologi	SPM
7	Pertumbuhan pemeriksaan radiologi	BLU
8	<i>Reject Analysis</i>	Satker
9	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian label	SPM
10	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	SPM

12. INSTALASI GIZI

NO	INDIKATOR	KET
1	Kepuasan pelanggan	SPM
2	Ketepatan pemberian Diet pasien di Instalasi Rawat Inap 1	Satker
3	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	SPM
4	Ketersediaan fasilitas dan peralatan pelayanan gizi	SPM
5	Pemantauan status gizi pasien di Instalasi Rawat Inap 1	Satker
6	Pemberi pelayanan gizi	SPM
7	Pengamatan sisa makan pasien di Instalasi Rawat Inap 2	Satker
8	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	SPM
9	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	SPM

13. INSTALASI KESEHATAN JIWA MASYARAKAT

NO	INDIKATOR	KET
1	Pembinaan kepada pusat kesehatan masyarakat dan sarana kesehatan lain	BLU
2	Penyuluhan kesehatan	BLU
3	Terlaksananya kunjungan sosial tenaga kesehatan (<i>droping</i> dan <i>home visite</i>)	Satker
4	Terlaksananya penyuluhan kesehatan di dalam rumah sakit	Satker
5	Terlaksananya program kerja integrasi kesehatan jiwa, kesehatan layanan primer dan ranah sosial	Satker

14. INSTALASI PENILAIAN KAPASITAS MENTAL

No	INDIKATOR	KET
1	Jam buka pelayanan	SPM
2	Kepuasan pelanggan	SPM
3	Ketersediaan pelayanan	SPM
4	Ketersediaan pelayanan psikiatri forensik	SPM
5	Lama pelayanan <i>visum et repertum</i>	SPM
6	Pemberi pelayanan psikiatri forensik	SPM
7	Pemberi pelayanan psikologi	SPM
8	<i>Time respon</i> hasil pelayanan psikologi	SPM
9	Waktu tunggu hasil pemeriksaan psikiatri forensik	SPM
10	Waktu tunggu hasil pemeriksaan psikologi	SPM
11	Waktu tunggu pelayanan <i>medical check up</i>	SPM
12	Waktu tunggu pelayanan surat bebas narkoba	SPM
13	Waktu tunggu pengambilan hasil	SPM

D. PENGENDALIAN MUTU

Pengendalian adalah keseluruhan fungsi atau kegiatan yang harus dilakukan untuk menjamin tercapainya sasaran perusahaan dalam hal kualitas produk dan jasa pelayanan yang diproduksi. Pengendalian kualitas pelayanan pada dasarnya adalah pengendalian kualitas kerja dan proses kegiatan untuk menciptakan kepuasan pelanggan (quality of customer's satisfaction) yang dilakukan oleh setiap orang dari setiap bagian di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo.

Pengertian pengendalian mutu pelayanan di atas mengacu pada siklus pengendalian (control cycle) dengan memutar siklus "Plan-Do-Check-Action" (P-D-C-A) = Relaksasi (rencanakan – laksanakan – periksa –aksi). P-D-C-A adalah alat yang bermanfaat untuk melakukan perbaikan secara terus menerus (continuous improvement) tanpa berhenti.

Langkah langkah P-D-C-A dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Langkah 1. Menentukan tujuan dan sasaran → Plan

Tujuan dan sasaran yang akan dicapai didasarkan pada kebijakan yang ditetapkan. Penetapan sasaran tersebut ditentukan oleh Direktur Utama. Penetapan sasaran didasarkan pada data pendukung dan analisis informasi.

Sasaran ditetapkan secara konkret dalam bentuk angka, harus pula diungkapkan dengan maksud tertentu dan disebarkan kepada semua karyawan. Semakin rendah tingkat karyawan yang hendak dicapai oleh penyebaran kebijakan dan tujuan, semakin rinci informasi.

2. Langkah 2. Menentukan metode untuk mencapai tujuan → Plan

Penetapan tujuan dan sasaran dengan tepat belum tentu akan berhasil dicapai tanpa disertai metode yang tepat untuk mencapainya. Metode yang ditetapkan harus rasional, berlaku untuk semua karyawan dan tidak menyulitkan karyawan untuk menggunakannya. Oleh karena itu dalam menetapkan metode yang akan digunakan perlu pula diikuti dengan penetapan standar kerja yang dapat diterima dan dimengerti oleh semua karyawan.

3. Langkah 3. Menyelenggarakan pendidikan dan latihan → Do

Metode untuk mencapai tujuan yang dibuat dalam bentuk standar kerja. Agar dapat dipahami oleh petugas terkait, dilakukan program pelatihan para karyawan untuk memahami standar kerja dan program yang ditetapkan.

4. Langkah 4. Melaksanakan pekerjaan →Do

Dalam pelaksanaan pekerjaan, selalu terkait dengan kondisi yang dihadapi dan standar kerja mungkin tidak dapat mengikuti kondisi yang selalu dapat berubah. Oleh karena itu, ketrampilan dan pengalaman para karyawan dapat dijadikan modal dasar untuk mengatasi masalah yang timbul dalam pelaksanaan pekerjaan karena ketidaksempurnaan standar kerja yang telah ditetapkan.

5. Langkah 5: Memeriksa akibat pelaksanaan →Check

Manajer atau atasan perlu memeriksa apakah pekerjaan dilaksanakan dengan baik atau tidak. Jika segala sesuatu telah sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan dan mengikuti standar kerja, tidak berarti pemeriksaan dapat diabaikan. Hal yang harus disampaikan kepada karyawan adalah atas dasar apa pemeriksaan itu dilakukan. Agar dapat dibedakan manakah penyimpangan dan manakah yang bukan penyimpangan,

maka kebijakan dasar, tujuan, metode (standar kerja) dan pendidikan harus dipahami dengan jelas baik oleh karyawan maupun oleh manajer. Untuk mengetahui penyimpangan, dapat dilihat dari akibat yang timbul dari pelaksanaan pekerjaan dan setelah itu dapat dilihat dari penyebabnya.

6. Langkah 6 : Mengambil tindakan yang tepat → Action

Pemeriksaan melalui akibat yang ditimbulkan bertujuan untuk menemukan penyimpangan. Jika penyimpangan telah ditemukan, maka penyebab timbulnya penyimpangan harus ditemukan untuk mengambil tindakan yang tepat agar tidak terulang lagi penyimpangan. Menyingkirkan faktor-faktor penyebab yang telah mengakibatkan penyimpangan merupakan konsepsi yang penting dalam pengendalian kualitas pelayanan.

E. PENGORGANISASIAN PENGENDALIAN MUTU

1. Direktur Utama Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang berperan aktif dalam kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
2. Direktur Utama bertanggung jawab atas mutu pelayanan Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.
3. Direktur Utama bertanggung jawab atas keselamatan pasien Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.
4. Direktur Utama membentuk Komite Mutu dan Keselamatan Pasien untuk menjadi 'penggerak' dalam hal mutu dan keselamatan pasien. .
5. Direktur Utama melalui komite mutu dan keselamatan pasien membuat perencanaan dan pelaksanaan program kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Tugas dan program kerja komite mutu dan keselamatan pasien secara lengkap dijabarkan dalam Pedoman Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.
6. Direktur Utama mendukung peningkatan kompetensi sumber daya manusia di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang melalui pelatihan yang disesuaikan.
7. Direktur Utama memonitor kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien melalui laporan dari komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

F. MONITORING DAN EVALUASI

1. Seluruh jajaran manajemen Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang secara berkala melakukan monitoring dan evaluasi program keselamatan pasien yang dilaksanakan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang
2. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang secara berkala (paling lama 2 tahun) melakukan evaluasi pedoman, kebijakan dan prosedur keselamatan pasien yang dipergunakan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.
3. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang melakukan evaluasi kegiatan setiap bulan dan membuat tindak lanjutnya.

4. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang melakukan analisa pemenuhan indikator setiap tiga bulan dan membuat tindak lanjutnya (laporan triwulan).

BAB IX

PENUTUP

Pedoman Pelayanan Rumah Sakit penting artinya sebagai dasar dalam pemberian pelayanan sehingga peningkatan mutu dan *patient safety* bisa tercapai. Dengan adanya peningkatan mutu dan *patient safety* diharapkan akan meningkatkan kepuasan baik kepuasan pasien, petugas dan *stakeholders*.

Pedoman Pelayanan Rumah Sakit ini telah mengadopsi dari paradigma pelayanan di Rumah Sakit yaitu Pelayanan yang Berfokus Pada Pasien yang mengandung arti bahwa pasien menjadi pusat tujuan dalam pemberian pelayanan bagi semua Profesional Pemberi Pelayanan (PPA).

Konsistensi dalam melaksanakan pelayanan sesuai dengan pedoman dan juga monitoring dan evaluasi yang terstruktur menjadi fokus utama untuk mencapai mutu pelayanan yang baik. Untuk itu diperlukan peran aktif dari semua profesi dan pejabat sehingga hal tersebut bisa tercapai.

