SALINAN

GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

PERATURAN GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
NOMOR 18 TAHUN 2021
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT JIWA GRHASIA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

Menimbang : a. bahwa sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan Rumah Sakit Jiwa Grhasia dan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, perlu dilakukan evaluasi terhadap standar pelayanan minimal Rumah Sakit Jiwa Grhasia;

b. bahwa berdasarkan hasil evaluasi sebagaimana dimaksud dalam huruf a, Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 25 Tahun 2009 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Grhasia sudah tidak sesuai dengan perkembangan keadaan sehingga perlu diganti;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Grhasia;

Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;

2. Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Istimewa Jogjakarta (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 3), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang

Nomor 9 Tahun 1955 tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 3 jo. Nomor 19 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Istimewa Jogjakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1955 Nomor 43, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 827);

3. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2012 tentang Keistimewaan Daerah Istimewa Yogyakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 170, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5339);
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 31 Tahun 1950 tentang Berlakunya Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1950 tentang Pembentukan Provinsi Jawa Timur, Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Istimewa Jogjakarta, Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1950 tentang Pembentukan Provinsi Jawa Tengah, dan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 1950 tentang Pembentukan Provinsi Jawa Barat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 58);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT JIWA GRHASIA.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan:

1. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal.
2. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
3. Tujuan adalah sesuatu hasil yang ingin dicapai dengan melakukan pengukuran terhadap indikator.
4. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari 6 (enam) dimensi mutu *World Health Organization* yang meliputi aksesibilitas, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, dan kesinambungan pelayanan kompetensi teknis dan hubungan antar manusia.
5. Dasar Pemikiran adalah alasan pemilihan indikator dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan.
6. Numerator (pembilang) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator.
7. Denominator (penyebut) adalah besaran sebagai nilai penyebut dalam rumus indikator.
8. Formula Pengukuran adalah rumus untuk menghasilkan nilai dari indikator.
9. Metode Pengumpulan Data adalah metode yang digunakan untuk mengumpulkan data.
10. Cakupan Data adalah cakupan bahan yang dapat dijadikan dasar kajian (analisis atau kesimpulan).
11. Frekuensi Pengumpulan Data adalah waktu yang ditentukan untuk mengambil data dari sumber data untuk setiap indikator.

12. Frekuensi Analisis Data adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
13. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
14. Metodologi Analisis Data adalah metode atau cara yang dilakukan untuk mengubah data yang dikumpulkan menjadi informasi yang berguna untuk menentukan langkah tindak lanjut pemecahan masalah dan pembuatan keputusan.
15. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.
16. Penanggung Jawab Pengumpul Data adalah pejabat yang bertanggung jawab terhadap capaian indikator mutu.
17. Publikasi Data adalah proses penerbitan laporan dengan media publikasi ke luar Rumah Sakit setelah mendapatkan persertujuan dari Direktur Rumah Sakit.
18. Daerah Istimewa Yogyakarta yang selanjutnya disingkat DIY adalah daerah provinsi yang mempunyai keistimewaan dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia.
19. Pemerintah Daerah adalah Gubernur DIY dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggaraan pemerintahan daerah.
20. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Jiwa Grhasia.

BAB II
PENYELENGGARAAN PELAYANAN RUMAH SAKIT

Pasal 2

(1) Rumah Sakit wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM.

(2) Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan sesuai SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

(3) Penyelenggaraan pelayanan dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 3

(1) Penyelenggaraan pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) terdiri atas:
   a. pelayanan kegawatdaruratan;
   b. pelayanan rawat jalan;
   c. pelayanan rawat inap;
   d. pelayanan rawat intensif;
   e. pelayanan rehabilitasi medik;
   f. pelayanan radiologi;
   g. pelayanan laboratorium;
   h. pelayanan rehabilitasi mental;
   i. pelayanan farmasi;
   j. pelayanan gizi;
   k. pelayanan rekam medis;
   l. pelayanan pengelolaan limbah;
   m. pelayanan pemeliharaan sarana prasarana rumah sakit;
   n. pelayanan administrasi dan manajemen;
   o. pelayanan ambulans jenazah;
   p. pelayanan pemulasaraan jenazah;
   q. pelayanan pemeliharaan linen;
   r. pelayanan terhadap pasien Penerima Bantuan Iuran;
   s. pelayanan pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan; dan
   t. pelayanan pencegahan dan pengendalian infeksi.

(2) Indikator dan SPM penyelenggaraan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran huruf A yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

(3) Profil indikator SPM penyelenggaraan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran huruf B yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

(4) Ketentuan lebih lanjut mengenai mekanisme pelayanan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.

Pasal 4

(1) Setiap orang dapat memberikan kritik, saran, dan/atau pengaduan terhadap pelayanan Rumah Sakit yang tidak memenuhi SPM.

(2) Kritik, saran, dan/atau pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada Direktur Rumah Sakit.

(3) Mekanisme pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit.

BAB III

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 5

(1) Pembinaan Rumah Sakit dilakukan oleh Gubernur melalui Sekretaris Daerah dan dikoordinasikan secara teknis oleh Dinas Kesehatan DIY.

(2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa:
   a. fasilitasi;
   b. pemberian orientasi umum;
   c. petunjuk teknis;
   d. bimbingan teknis;
   e. pendidikan dan latihan; atau
   f. bantuan teknis lainnya.

(3) Bantuan teknis lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf f mencakup:
   a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;

b. penyusunan rencana pencapaian SPM;
c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.

BAB IV
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 6

Pada saat Peraturan Gubernur ini mulai berlaku, Peraturan Gubernur Nomor 25 Tahun 2009 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Grhasia (Berita Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2009 Nomor 25) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 7

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta.

Ditetapkan di Yogyakarta
pada tanggal 15 Januari 2021

GUBERNUR
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

ttd.

HAMENGKU BUWONO X

Diundangkan di Yogyakarta
pada tanggal 15 Januari 2021

SEKRETARIS DAERAH
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

ttd.

R. KADARMANTA BASKARA AJI

BERITA DAERAH DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA TAHUN 2021 NOMOR 18

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
KEPALA BIRO HUKUM,

ttd.

DEWO ISNU BROTO I.S.
NIP. 19640714 199102 1 001

LAMPIRAN
PERATURAN GUBERNUR
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
NOMOR 18 TAHUN 2021
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT JIWA GRHASIA

A. SPM SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, DAN STANDAR

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
1.	Pelayanan Kegawatdaruratan	1. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam
		2. Angka dokter dan perawat pemberi layanan bersertifikat ACLS/PPGD/GELS (*Advanced Cardiac Life Support* / Pelatihan Penanganan Gawat Darurat / *General Emergency Life Support)*	100%
		3. *Emergency Respon Time* / ERT (IGD) ≤ 5 menit	100%
		4. Kematian pasien ≤ 24 jam	≤ 2 per 1000 (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
		5. Kepuasan pelanggan	≥ 80%
2.	Pelayanan Rawat Jalan	1. Pemberi pelayanan di poli jiwa	100%
		2. Ketersediaan pelayanan di RS Jiwa	a. Gangguan mental organik b. NAPZA c. Gangguan psikotik d. Gangguan ansietas - depresi e. Psikosomatis f. Psikiatri anak dan remaja g. Mental retardasi h. Psikometri i. Usia lanjut
		3. Angka jam mulai pelayanan sesuai ketentuan (08.00)	100%
		4. Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
		5. Penegakan diagnosis TB (Tuberculosis) melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60%
		6. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	≥ 60%
		7. Kepuasan pelanggan	≥ 80%
3.	Pelayanan Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di rawat inap: a. Dokter Spesialis b. Dokter Umum c. Perawat minimal pendidikan D3	100%
		2. Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa penanggung jawab pasien rawat inap jiwa	100%
		3. Kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	0
		4. Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24%
		5. Kejadian pulang paksa	≤ 5%
		6. Ketersediaan pelayanan rawat inap di RS Jiwa	a. Gangguan mental organik b. NAPZA c. Gangguan psikotik d. Gangguan neurotik
		7. Kejadian adanya pasien bunuh diri	0
		8. Angka *re-admission* pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	≤10%
		9. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	≤ 6 minggu
		10. Kejadian pasien melarikan diri	0
		11. Persentase pasien yang mampu ADL (*Activity Daily Living)*	87%
		12. Angka reaksi transfusi	≤ 0,01%
		13. Penegakan diagnosis TB (Tuberculosis) melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60%
		14. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	≥ 60%
		15. Kepuasan pelanggan	≥ 80%

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
4.	Pelayanan Rawat Intensif	1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam 2. Lama perawatan di IRI (Instalasi Rawat Intensif) > 5 hari 3. Penanganan pasien gaduh gelisah > 48 jam 4. Kepatuhan jam *visite* dokter spesialis	≤ 3% ≤ 10% ≤ 20% ≥ 80%
5.	Pelayanan Rehabilitasi Medik	1. Kejadian luka bakar pada tindakan *heating* 2. Kepuasan pelanggan	0 ≥ 80%
6.	Pelayanan Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pemeriksaan radiologi 2. Pelaksanaan ekspertisi oleh Dokter Spesialis Radiologi 3. Kepuasan pelanggan	≤ 3 jam 100% ≥ 80%
7.	Pelayanan Laboratorium	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium 2. Pelaksana ekspertisi oleh Dokter Spesialis Patologi Klinik 3. Kejadian kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium 4. Kepuasan pelanggan	≤140 menit 100% 0 ≥ 80%
8.	Pelayanan Rehabilitasi Mental	1. Angka ketidaksesuaian rehabilitan mendapatkan kegiatan sesuai hasil seleksi 2. Angka ketidakpatuhan rehabilitan menyelesaikan proses tahapan rehabilitasi	≤ 5% ≤15%
9.	Pelayanan Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi untuk pasien rawat jalan 2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan untuk pasien rawat jalan 3. Angka kesalahan pemberian obat 4. Penulisan resep sesuai formularium 5. Kepuasan pelanggan	≤ 30 menit ≤ 60 menit 0% 100% ≥ 80%
10.	Pelayanan Gizi	1. Angka keterlambatan pemberian makanan kepada pasien 2. Angka sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien 3. Kejadian kesalahan pemberian diet	≤ 5% ≤ 10% 0
11.	Pelayanan Rekam Medis	1. Angka ketidaklengkapan pengisian RM rawat jalan 24 jam setelah selesai pelayanan	0%

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
		2. Angka ketidaklengkapan pengisian RM Rawat Inap	0%
		3. Angka ketidaklengkapan *Informed Consent* setelah mendapatkan informasi yang jelas	0%
		4. Waktu penyediaan RM pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit
		5. Waktu penyediaan RM pelayanan rawat inap	≤ 15 menit
		6. Kepuasan pelanggan	≥ 80%
12.	Pelayanan Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair	a. BOD (*Biologycal Oxygen Demand*) < 30 mg/l b. COD (C*hemical Oxygen Demand*) < 80 mg/l c. TSS (*Total Suspended Solid)* < 30 mg/l d. pH 6-9
		2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%
13.	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Prasarana RS	1. Kecepatan perbaikan kerusakan ringan ≤ 3 x 24 jam	90%
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat medis	100%
		3. Kalibrasi alat medis tepat waktu	100%
14.	Pelayanan Administrasi dan Manajemen	1. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%
		2. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
		3. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%
		4. *Cost recovery*	≥ 40%
		5. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%
		6. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap ≥ 2 jam	≤ 10%
		7. Ketepatan waktu pemberian jasa layanan sesuai kesepakatan waktu	100%

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
		8. Kecepatan respon terhadap komplain 9. Kepuasan pelanggan	≥ 75% ≥ 80%
15.	Pelayanan Ambulans Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulans jenazah 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans jenazah di rumah sakit ≤ 30 menit	24 jam 100%
16.	Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 jam
17.	Pelayanan Pemeliharaan Linen	1. Kejadian linen yang hilang 2. Angka ketidaktepatan waktu pengembalian linen untuk instalasi rawat inap ≤ 24 jam	0 0%
18.	Pelayanan terhadap Pasien Penerima Bantuan Iuran (PBI)	1. Pelayanan terhadap pasien PBI dan pasien Dinas Sosial yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100%
19.	Pelayanan Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan Pengembangan	1. Angka karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam setahun 2. Kepuasan pelanggan	≥ 60% ≥ 80%
20.	Pelayanan PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi)	1. Komite PPI terlatih 2. Angka penggunaan APD (Alat Pelindung Diri) 3. Angka infeksi HAIs (*Healthcare Associated Infections*) ISK (Infeksi Saluran Kemih) di wisma rawat inap 4. Angka phlebitis 5. Angka ketidakpatuhan cuci tangan	≥ 75% 100% ≤ 5% ≤ 5% ≤15%

B. PROFIL INDIKATOR SPM

1. Pelayanan Kegawatdaruratan

a. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

JUDUL INDIKATOR	Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat
DEFINISI OPERASIONAL	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
TUJUAN	Tersedianya pelayanan gawat darurat 24 jam di setiap rumah sakit
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan keamanan
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Penanganan kegawatdaruratan harus disiagakan tanpa henti
NUMERATOR	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah hari dalam 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 bulan}}{\Sigma \text{ hari dalam 1 bulan}}$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	24 jam
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik : *Run Chart* Interpretasi data : *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Laporan bulanan
PJ PENGUMPUL DATA	Kepala Instalasi Gawat Darurat
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah

b. Angka Dokter dan Perawat Pemberi Layanan Bersertifikat ACLS/PPGD/GELS

JUDUL INDIKATOR	Angka Dokter dan Perawat Pemberi Layanan Bersertifikat ACLS/PPGD/GELS
DEFINISI OPERASIONAL	Tenaga dokter dan perawat yang memberikan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat adalah tenaga yang kompeten yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ACLS/PPGD/GELS yang masih berlaku sesuai ketentuan
TUJUAN	Tergambarnya upaya rumah sakit dalam peningkatan nilai, keunggulan klinis, manajemen risiko, dan keselamatan pasien
DIMENSI MUTU	Kesinambungan pelayanan kompetensi teknis dan hubungan antar manusia
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Petugas kesehatan khususnya dokter dan perawat telah memiliki keterampilan dan keahlian khusus yang wajib dimiliki saat bertugas di Instalasi Gawat Darurat
NUMERATOR	Jumlah dokter dan perawat yang memberikan pelayanan di IGD yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ACLS/PPGD/GELS yang masih berlaku sesuai ketentuan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh dokter dan perawat yang memberikan pelayanan di IGD
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ dokter \& perawat yg memberikan pelayanan di IGD bersertifikat ACLS/PPGD/GELS}}{\Sigma \text{ seluruh dokter \& perawat yang memberi pelayanan di IGD}} \times 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Sistem Pelaporan
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Gawat Darurat
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK (Sistem Manajemen Dokumentasi Akreditasi), Pemerintah Daerah

c. *Emergency Respon Time* / ERT (IGD) ≤ 5 menit

JUDUL INDIKATOR	*Emergency Respon Time*/ERT (IGD) ≤ 5 menit
DEFINISI OPERASIONAL	- *Emergency Response Time* (waktu tanggap) adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dilakukan Triage di IGD sampai mendapat pelayanan dokter - Triage adalah usaha pemilahan pasien sebelum ditangani berdasarkan tingkat kegawatdaruratan/ trauma/penyakit dengan mempertimbangkan prioritas penanganan dan sumber daya yang ada
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsif, dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
DIMENSI MUTU	Efisiensi, efektifitas, keselamatan dan keamanan, serta kesinambungan pelayanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Pasien harus mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat sesuai kondisi untuk mencegah akibat yang lebih berat/parah
NUMERATOR	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak pasien ditriage sampai dilayani dokter
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien yang dilayani
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ kumulatif waktu yg diperlukan sejak pasien ditriage sampai dilayani dokter}}{\Sigma \text{ seluruh seluruh pasien yang dilayani}} \times 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Sensus harian Catatan: Survei observasi langsung (sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu IGD
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

d. Kematian Pasien ≤ 24 jam

JUDUL INDIKATOR	Kematian Pasien ≤ 24 jam
DEFINISI OPERASIONAL	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan keselamatan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Tingkat kematian pasien di IGD menunjukkan kemampuan dari staf tenaga kesehatan di IGD dalam menangani pasien gawat darurat yang datang di IGD
NUMERATOR	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di IGD
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ pasien yang meninggal } \leq \text{ 24 jam sejak pasien datang}}{\Sigma \text{ seluruh pasien yang dit}angani\ di\ IGD} x\ 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 2 per 1000 (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekam Medis
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu IGD
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah

e. Kepuasan Pelanggan

JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan
DEFINISI OPERASIONAL	- Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS. Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survei kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) - Pemantauan dan pengukuran Kepuasan Pasien dan Keluarga adalah kegiatan untuk mengukur tingkatan kesenjangan pelayanan RS yang diberikan dengan harapan pasien dan keluarga di IGD
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan di IGD yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan mutu pelayanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan IKM menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{Total\ nilai\ persepsi\ per\ unsur}{Total\ unsur\ yang\ terisi}\ x\ Nilai\ penimbang$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[ ] Total [V] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 80%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab dan mutu Bidang Pelayanan Medik
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

2. Pelayanan Rawat Jalan

a. Pemberi Pelayanan di Poli Jiwa

JUDUL INDIKATOR	Pemberi Pelayanan di Poli Jiwa
DEFINISI OPERASIONAL	Poli Jiwa adalah poliklinik pelayanan rawat jalan jiwa di rumah sakit jiwa yang dilayani oleh Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa (SpKJ)
TUJUAN	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Pasien mendapatkan diagnosis yang tepat dan tindakan terapi yang tepat untuk mengatasi gejala yang dialami pasien
NUMERATOR	Jumlah hari buka poli jiwa yang ditangani oleh dokter SpKJ dalam waktu 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh hari buka poli jiwa dalam waktu 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ hari buka poli jiwa yg ditangani dokter SpKJ dalam 1 bulan}}{\Sigma \text{ seluruh hari buka poli jiwa dalam 1 bulan}} \times 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Register rawat jalan poli jiwa
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Jalan – Poli Jiwa
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah

b. Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa

JUDUL INDIKATOR	Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa
DEFINISI OPERASIONAL	Pelayanan Rawat Jalan Jiwa adalah pelayanan rawat jalan spesialistik jiwa yang dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa
TUJUAN	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan jiwa yang minimal harus ada di Rumah Sakit Jiwa
DIMENSI MUTU	Aksesibilitas
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Optimalisasi pelayanan kesehatan jiwa bagi setiap orang dan terjaminnya hak ODGJ guna meningkatkan produktivitas SDM
NUMERATOR	-
DENOMINATOR	-
FORMULA PENGUKURAN	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
METODE PENGUMPULAN DATA	[V] Sensus harian [ ] Retrospektif
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	Gangguan mental organik, NAPZA, gangguan psikotik, gangguan ansietas – depresi, psikosomatis, psikiatri anak dan remaja, mental retardasi, psikometri, usia lanjut
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Register Rawat Jalan
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Jalan – Poli Jiwa
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah

c. Angka Jam Mulai Pelayanan Sesuai Ketentuan (08.00)

JUDUL INDIKATOR	Angka Jam Mulai Pelayanan sesuai Ketentuan (08.00)
DEFINISI OPERASIONAL	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh dokter spesialis, jam buka 08.00 setiap hari kerja.
TUJUAN	Tergambarnya upaya RS dalam meningkatkan kemitraan dokter, kepuasan pelanggan, keunggulan klinis yang sesuai dengan kebijakan RS
DIMENSI MUTU	Efisiensi dan ketepatan waktu
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Peningkatan kualitas pelayanan dan kepuasan pelanggan
NUMERATOR	Jumlah seluruh pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ seluruh pelayanan rajal spesialistik yg buka sesuai ketentuan dalam 1 bulan}}{\Sigma \text{ seluruh hari pelayanan rajal spesialistik dalam 1 bulan}} \times 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[ ] Total [V] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekap Harian
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Jalan
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

d. Waktu Tunggu Rawat Jalan

JUDUL INDIKATOR	Waktu Tunggu Rawat Jalan
DEFINISI OPERASIONAL	- Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pendaftaran sampai dilayani oleh dokter/dokter spesialis - Untuk pasien dengan pendaftaran online dihitung mulai pasien konfirmasi kedatangan di poliklinik - Dilayani oleh dokter/dokter spesialis adalah waktu pasien kontak awal dengan dokter/dokter spesialis
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan pada hari kerja yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
DIMENSI MUTU	Efisiensi, efektifitas, dan kesinambungan pelayanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Peningkatan kualitas pelayanan dan kepuasan pelanggan
NUMERATOR	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
DENOMINATOR	Jumlah pasien rawat jalan yang disurvei
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ kumulatif waktu tunggu pasien rajal yang disurvei}}{\Sigma \text{ seluruh pasien rawat jalan yang disurvei}}$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[ ] Total [V] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 60 menit
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Formulir pengambilan data rawat jalan Catatan : Survei observasi langsung (sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Jalan
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

e. Penegakan Diagnosis TB (Tuberculosis) Melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB

JUDUL INDIKATOR	Penegakan Diagnosis TB (Tuberculosis) melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB
DEFINISI OPERASIONAL	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
TUJUAN	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan keselamatan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Penegakan diagnosis TB dengan tepat dan cepat diperlukan untuk penentuan pengobatan pasien dengan tepat dan cepat pula, agar pasien cepat sembuh tanpa atau dengan minimal lesi (cacat) jaringan parunya, dan tidak menularkan penyakit TB pada orang lain
NUMERATOR	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan}}{\Sigma \text{ seluruh penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan}} \times 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[V] Sensus harian [ ] Retrospektif
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 60%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekam Medis
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Jalan
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Tim TB Eksternal: Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, Pemerintah Daerah

f. Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB di Rumah Sakit

JUDUL INDIKATOR	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB di Rumah Sakit
DEFINISI OPERASIONAL	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RS
TUJUAN	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
DIMENSI MUTU	Efektivitas
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	- Sebagai salah satu fungsi manajemen untuk menilai keberhasilan pelaksanaan program - Untuk dapat segera mendeteksi bila ada masalah dalam pelaksanaan kegiatan yang telah direncanakan sehingga dapat dilakukan tindakan perbaikan segera
NUMERATOR	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh kasus TB rawat jalan di RS
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan}}{\Sigma \text{ seluruh kasus TB rawat jalan di RS}} \times 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[V] Sensus harian [ ] Retrospektif
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 60%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekam Medis
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Jalan
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Tim TB Eksternal: Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, Pemerintah Daerah

g. Kepuasan Pelanggan

JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan
DEFINISI OPERASIONAL	- Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS. Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survei kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) - Pemantauan dan pengukuran Kepuasan Pasien dan Keluarga adalah kegiatan untuk mengukur tingkatan kesenjangan pelayanan RS yang diberikan dengan harapan pasien dan keluarga di Instalasi Rawat Jalan
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan mutu pelayanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan IKM menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{Total\ nilai\ persepsi\ per\ unsur}{Total\ unsur\ yang\ terisi}\ x\ Nilai\ penimbang$
METODE PENGUMPULAN DATA	[V] Sensus harian [ ] Retrospektif
CAKUPAN DATA	[ ] Total [V] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 80%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Bidang Pelayanan Medik
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

3. Pelayanan Rawat Inap

a. Pemberi Pelayanan di Rawat Inap

JUDUL INDIKATOR	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap
DEFINISI OPERASIONAL	- Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter spesialis, dokter umum, dan perawat (minimal D3) yang kompeten - Pemberi pelayanan rawat inap wajib memiliki STR
TUJUAN	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
DIMENSI MUTU	Kesinambungan pelayanan dengan kompetensi teknis
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Dalam rangka memenuhi kebutuhan pelayanan, pengobatan, dan perawatan ke pasien baik dengan penyakit menular atau penyakit tidak menular
NUMERATOR	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ dokter dan perawat yg memberi pelayanan di ruang ranap sesuai dg ketentuan}}{\Sigma \text{ seluruh dokter dan perawat yang bertugas di ranap}} \times 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[V] Sensus harian [ ] Retrospektif
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Kepegawaian
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Inap
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah

b. Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap Jiwa

JUDUL INDIKATOR	Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap Jiwa
DEFINISI OPERASIONAL	Penanggung jawab rawat inap jiwa adalah dokter yang mengoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap jiwa sesuai kebutuhan pasien
TUJUAN	Tersedianya pelayanan rawat inap jiwa yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
DIMENSI MUTU	Kesinambungan pelayanan dengan kompetensi teknis
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Setiap pasien rawat inap harus ada DPJP nya, DPJP pembuat keputusan medis, dan DPJP adalah dokter yang paling kompeten dalam rumah sakit
NUMERATOR	Jumlah pasien jiwa dalam 1 bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien rawat inap jiwa dalam 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ pasien jiwa dalam 1 bulan yang mempunyai DPJP}}{\Sigma \text{ seluruh pasien rawat inap jiwa dalam 1 bulan}} x\ 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[V] Sensus harian [ ] Retrospektif
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekam Medis
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Inap
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah

c. Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Kecacatan/Kematian

JUDUL INDIKATOR	Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Kecacatan/Kematian
DEFINISI OPERASIONAL	- Jatuh adalah suatu peristiwa di mana seseorang mengalami jatuh dengan atau tanpa disaksikan oleh orang lain, tak disengaja/tak direncanakan, dengan arah jatuh ke lantai, dengan atau tanpa mencederai dirinya yang berakibat kecacatan/kematian - Pasien jatuh di lingkungan RS oleh sebab apapun
TUJUAN	Tergambarnya kejadian pasien jatuh di rumah sakit yang menyebabkan kecacatan/kematian
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan keamanan pasien
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Kejadian pasien jatuh menggambarkan upaya rumah sakit menjaga agar pasien tetap aman selama perawatan
NUMERATOR	-
DENOMINATOR	-
FORMULA PENGUKURAN	Jumlah pasien jatuh yang menyebabkan kecacatan/kematian
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	0
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Survei harian
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Inap
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

d. Kematian Pasien > 48 jam

JUDUL INDIKATOR	Kematian Pasien > 48 jam
DEFINISI OPERASIONAL	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi di Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Intensif, Instalasi Penanganan Korban Napza sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
TUJUAN	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan keselamatan, serta efektifitas
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Kejadian kematian setelah dilakukan tindakan medis menggambarkan bagaimana rumah sakit menjaga keamanan dan keselamatan pasien selama pengobatan dan pemantauan serta tindak lanjut apabila terjadi hal yang tidak diinginkan
NUMERATOR	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ kejadian kematian pasien ranap } > 48 \textit{ jam dalam } 1 \textit{ bulan}}{\Sigma \text{ seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan}} x\ 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 0,24%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekam Medis
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data Instalasi Rawat Inap
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah

e. Kejadian Pulang Paksa

JUDUL INDIKATOR	Kejadian Pulang Paksa
DEFINISI OPERASIONAL	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
TUJUAN	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit
DIMENSI MUTU	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Pulang paksa merupakan salah satu indikator ketidakpuasan dengan pelayanan di rumah sakit
NUMERATOR	Jumlah pasien pulang paksa dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ pasien pulang paksa dalam 1 bulan}}{\Sigma \text{ seluruh pasien yang dirawat dalam 1 bulan}} x\ 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 5%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekam Medis
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Inap
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah

f. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap di RS Jiwa

JUDUL INDIKATOR	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap di RS Jiwa
DEFINISI OPERASIONAL	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit jiwa yang diberikan kepada pasien tidak dan/atau gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psiko patologis
TUJUAN	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa
DIMENSI MUTU	Aksesibilitas
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Pelayanan di rumah sakit jiwa memberikan penyembuhan dan pemulihan terhadap ODGJ (Orang dengan Gangguan Jiwa) secara paripurna
NUMERATOR	-
DENOMINATOR	-
FORMULA PENGUKURAN	Jenis-jenis pelayanan rawat inap rumah sakit jiwa
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	Minimal: a. Gangguan mental organik b. NAPZA c. Gangguan psikotik d. Gangguan neurotik
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Register rawat inap
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Inap
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah

g. Kejadian Adanya Pasien Bunuh Diri

JUDUL INDIKATOR	Kejadian Adanya Pasien Bunuh Diri
DEFINISI OPERASIONAL	Kejadian bunuh diri adalah kejadian pasien yang mengakhiri hidupnya dengan cara mencederai dirinya sendiri yang mengakibatkan kematian
TUJUAN	Tergambarnya kejadian pasien bunuh diri selama dalam perawatan
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan keamanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Kejadian bunuh diri menggambarkan upaya rumah sakit menjaga agar pasien tetap aman selama perawatan
NUMERATOR	-
DENOMINATOR	-
FORMULA PENGUKURAN	Jumlah pasien yang bunuh diri
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	0
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Survei harian
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Inap
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

h. Angka *Re-admission* Pasien Gangguan Jiwa dalam Waktu ≤ 1 Bulan

JUDUL INDIKATOR	Angka *Re-admission* Pasien Gangguan Jiwa dalam Waktu ≤ 1 Bulan
DEFINISI OPERASIONAL	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali keperawatan di rumah sakit jiwa
TUJUAN	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
DIMENSI MUTU	Efektivitas, kompetensi teknis
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Gangguan jiwa merupakan gangguan yang memiliki angka kejadian rawat inap ulang (*re-admission*) yang tinggi
NUMERATOR	Jumlah pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu ≤ 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu } \leq 1 \text{ bulan}}{\Sigma \text{ seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan}} x\ 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 10%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekam Medis
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Inap
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

i. Lama Hari Perawatan Pasien Gangguan Jiwa

JUDUL INDIKATOR	Lama Hari Perawatan Pasien Gangguan Jiwa
DEFINISI OPERASIONAL	Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa Kriteria eksklusi: pasien NAPZA
TUJUAN	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
DIMENSI MUTU	Efektivitas, kesinambungan pelayanan dengan kompetensi teknis
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Menggambarkan kualitas kinerja medis dan efektifitas pelayanan rawat inap
NUMERATOR	Jumlah kumulatif waktu perawatan pasien jiwa dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah pasien rawat inap jiwa yang disurvei dalam 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ kumulatif waktu perawatan pasien jiwa dalam 1 bulan}}{\Sigma \text{ pasien rawat inap jiwa yang disurvei dalam 1 bulan}}$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[ ] Total [V] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 6 Minggu
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekam Medis
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Inap
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah

j. Kejadian Pasien Melarikan Diri

JUDUL INDIKATOR	Kejadian Pasien Melarikan Diri
DEFINISI OPERASIONAL	Kejadian pasien lari adalah kejadian pasien rawat inap yang meninggalkan rumah sakit tanpa pemberitahuan
TUJUAN	Tergambarnya kejadian pasien melarikan diri dari lingkungan RS
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan keamanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Kejadian pasien melarikan diri dapat menggambarkan bagaimana rumah sakit menjaga keamanan dan keselamatan pasien baik rawat jalan maupun rawat inap
NUMERATOR	-
DENOMINATOR	-
FORMULA PENGUKURAN	Jumlah pasien yang melarikan diri
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	0
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Survei harian
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Inap
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

k. Persentase Pasien yang Mampu ADL (*Activity Daily Living)*

JUDUL INDIKATOR	Persentase Pasien yang Mampu ADL (*Activity Daily Living)*
DEFINISI OPERASIONAL	Pasien mampu ADL adalah pasien mampu melakukan *Activity Daily Living* secara mandiri (tanpa bantuan) meliputi mandi, makan, eliminasi, berdandan, dan berhias berdasarkan hasil penilaian skor ADL
TUJUAN	Tergambar persentase pasien mampu ADL mandiri (tanpa bantuan)
DIMENSI MUTU	Kesinambungan pelayanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Persentase pasien mampu ADL sebagai salah satu indikator untuk mengetahui keberhasilan perawatan dan pengobatan
NUMERATOR	Jumlah pasien pulang rawat inap yang mampu ADL
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang pulang
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ pasien pulang rawat inap yang mampu ADL}}{\Sigma \text{ seluruh pasien rawat inap yang pulang}} x\ 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[V] Retrospektif [ ] SensusHarian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	87%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekam Medis
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Inap
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

1. Angka Reaksi Transfusi

JUDUL INDIKATOR	Angka Reaksi Transfusi
DEFINISI OPERASIONAL	Reaksi transfusi adalah Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisis akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
TUJUAN	Tergambarnya manajemen risiko pada pemberian transfusi darah
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan keamanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Menggambarkan keamanan tindakan medis yang dilakukan
NUMERATOR	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ kejadian reaksi transfusi dalam 1 bulan}}{\Sigma \text{ seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam 1 bulan}} x\ 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 0,01%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekam Medis
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Inap
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

m. Penegakan Diagnosis TB (Tuberculosis) Melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB

JUDUL INDIKATOR	Penegakan Diagnosis TB (Tuberculosis) melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB
DEFINISI OPERASIONAL	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
TUJUAN	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan keselamatan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Penegakan diagnosis TB dengan tepat dan cepat diperlukan untuk penentuan pengobatan pasien dengan tepat dan cepat pula agar pasien cepat sembuh tanpa atau dengan minimal lesi (cacat) jaringan parunya dan tidak menularkan penyakit TB pada orang lain
NUMERATOR	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan}}{\Sigma \text{ seluruh penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan}} x\ 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[V] Sensus harian [ ] Retrospektif
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 60%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekam Medis
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Jalan
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Tim TB Eksternal: Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, Pemerintah Daerah

n. Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB di Rumah Sakit

JUDUL INDIKATOR	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB di Rumah Sakit
DEFINISI OPERASIONAL	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang rawat inap ke RS
TUJUAN	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
DIMENSI MUTU	Efektivitas
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	- Sebagai salah satu fungsi manajemen untuk menilai keberhasilan pelaksanaan program - Untuk dapat segera mendeteksi bila ada masalah dalam pelaksanaan kegiatan yang telah direncanakan sehingga dapat dilakukan tindakan perbaikan segera
NUMERATOR	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh kasus TB rawat inap di RS
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan}}{\Sigma \text{ seluruh kasus TB rawat inap di RS}} \times 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[V] Sensus harian [ ] Retrospektif
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 60%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekam Medis
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Jalan
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Tim TB Eksternal: Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, Pemerintah Daerah

o. Kepuasan Pelanggan

JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan
DEFINISI OPERASIONAL	- Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS. Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survei kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM). - Pemantauan dan pengukuran Kepuasan Pasien dan Keluarga adalah kegiatan untuk mengukur tingkatan kesenjangan pelayanan RS yang diberikan dengan harapan pasien dan keluarga di Instalasi Rawat Inap
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan di Instalasi Rawat Inap yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan mutu pelayanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan IKM menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{Total\ nilai\ persepsi\ per\ unsur}{Total\ unsur\ yang\ terisi}\ x\ Nilai\ penimbang$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[ ] Total [V] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 80%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab dan mutu Bidang Pelayanan Medik
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

4. Pelayanan Rawat Intensif

a. Rata-Rata Pasien yang Kembali ke Perawatan Intensif dengan Kasus yang Sama < 72 Jam

JUDUL INDIKATOR	Rata-Rata Pasien yang Kembali Ke Perawatan Intensif dengan Kasus yang Sama < 72 Jam
DEFINISI OPERASIONAL	Pasien kembali ke wisma intensif dari wisma rawat inap *maintenance* dengan kasus yang sama kembali pada kondisi krisis dalam waktu < 72 jam
TUJUAN	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
DIMENSI MUTU	Efektivitas
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Bahwa pasien yang kembali ke ruang intensif < 72 jam dapat disebabkan karena kriteria keluar dari ruang intensif kurang sempurna atau pelayanan di ruang rawat inap tidak seintensif di ruang intensif
NUMERATOR	Jumlah pasien yang kembali ke wisma intensif dengan kasus krisis < 72 jam dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien yang telah dipindah dari wisma intensif ke wisma *maintenance* dalam 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ pasien yg kembali ke wisma intensif dg kasus krisis } < \text{ 72 jam dlm 1 bulan}}{\Sigma \text{ seluruh pasien yg dipindah dari wisma intensif ke wisma } maintenance \text{ dlm 1 bln}} x\ 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 3%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekam Medis
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu IRI
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal : Pemerintah Daerah

b. Lama perawatan di IRI (Instalasi Rawat Intensif) > 5 Hari

JUDUL INDIKATOR	Lama Perawatan di IRI (Instalasi Rawat Intensif) > 5 Hari
DEFINISI OPERASIONAL	Lama perawatan di IRI adalah waktu yang dibutuhkan untuk merawat pasien dari pasien masuk Instalasi Rawat Intensif sampai pasien di pindahkan ke ruang *maintenance*
TUJUAN	Tergambar lama perawatan di IRI
DIMENSI MUTU	Efisiensi
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Lama perawatan di IRI > 5 hari memberikan gambaran efektifitas dan efisiensi perawatan di wisma intensif sebelum pasien bisa dipindah ke wisma *maintenance*
NUMERATOR	Jumlah pasien dengan lama perawatan di IRI > 5 hari
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien yang pindah ke ruang *maintenance* pada periode penilaian
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ pasien dengan lama perawatan di IRI} > 5 \textit{ hari}}{\Sigma \text{ seluruh pasien yg pindah ke ruang } \textit{maintenance} \text{ padaperiode penilaian}} \times 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤10%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekam Medis
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Intensif
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

c. Penanganan Pasien Gaduh Gelisah > 48 Jam

JUDUL INDIKATOR	Penanganan Pasien Gaduh Gelisah > 48 Jam
DEFINISI OPERASIONAL	- Penanganan pasien gaduh gelisah adalah waktu yang diperlukan untuk merawat pasien gaduh gelisah menggunakan SPO gaduh gelisah - Gaduh gelisah adalah peningkatan aktivitas mental dan motorik seseorang sedemikian rupa sehingga sukar dikendalikan
TUJUAN	Tergambarnya penanganan pasien gaduh gelisah
DIMENSI MUTU	Efisiensi
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Penanganan pasien gaduh gelisah > 48 jam menggambarkan efektifitas penanganan pada pasien yang dapat meningkatkan kepuasan pelanggan dan meningkatkan keselamatan
NUMERATOR	Jumlah pasien gaduh gelisah yang teratasi > 48 jam
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien gaduh gelisah
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ pasien gaduh gelisah yang teratasi} > 48\ jam}{\Sigma \text{ seluruh pasien gaduh gelisah}} x\ 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 20%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekam medis
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Intensif
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

d. Kepatuhan Jam *Visite* Dokter Spesialis

JUDUL INDIKATOR	Kepatuhan Jam *Visite* Dokter Spesialis
DEFINISI OPERASIONAL	Kepatuhan Jam *Visite* Dokter Spesialis sebagai DPJP adalah kunjungan dokter spesialis untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya setiap hari sebelum jam 14.00 termasuk hari libur di ruang perawatan intensif psikiatri Catatan: 1. pasien baru masuk 2. batasan pukul 14.00 3. hari kerja
TUJUAN	Memastikan setiap pasien mendapatkan pelayanan sesuai dengan haknya untuk meningkatkan kualitas pelayanan
DIMENSI MUTU	Efisiensi, efektifitas, dan kesinambungan pelayanan
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Peningkatan kualitas pelayanan pasien rawat inap
NUMERATOR	Jumlah *visite* dokter spesialis sebelum jam 14.00 pada hari berjalan
DENOMINATOR	Jumlah *visite* dokter spesialis pada hari berjalan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ visite dokter spesialis sebelum jam 14.00 pada hariberjalan}}{\Sigma \text{ visite dokter spesialis pada hari berjalan}} x\ 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 80%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Laporan *visite* rawat inap dalam rekam medik
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Intensif
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

5. Pelayanan Rehabilitasi Medik

a. Kejadian Luka Bakar pada Tindakan *Heating*

JUDUL INDIKATOR	Kejadian Luka Bakar pada Tindakan *Heating*
DEFINISI OPERASIONAL	Kejadian luka bakar pada tindakan *heating* merupakan kejadian luka bakar yang terjadi setelah pemberian tindakan *heating* (IR, SWD) Kriteria inklusi: semua pasien yang mendapat pelayanan tindakan *heating* (IR, SWD) Kriteria eksklusi: luka bakar sudah terjadi sebelum tindakan *heating*
TUJUAN	Mengetahui ada tidaknya kejadian luka bakar setelah pemberian tindakan *heating* (IR, SWD), demi keselamatan pasien
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan keamanaan
DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Peningkatan keselamatan pasien
NUMERATOR	-
DENOMINATOR	-
FORMULA PENGUKURAN	Jumlah kejadian luka bakar setelah dilakukan tindakan *heating*
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	0
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend,* bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Register indikator mutu
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rehabilitasi Medik
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

b. Kepuasan Pelanggan

JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan
DEFINISI OPERASIONAL	- Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS. Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survei kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM). - Pemantauan dan pengukuran Kepuasan Pasien dan Keluarga adalah kegiatan untuk mengukur tingkatan kesenjangan pelayanan RS yang diberikan dengan harapan pasien dan keluarga di Instalasi Rehabilitasi Medik
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan di Instalasi Rehabilitasi Medik yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan mutu pelayanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan IKM menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{Total\ nilai\ persepsi\ per\ unsur}{Total\ unsur\ yang\ terisi}\ x\ Nilai\ penimbang$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[ ] Total [V] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 80%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab dan mutu Bidang Pelayanan Medik
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

6. Pelayanan Radiologi

a. Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Radiologi

JUDUL INDIKATOR	Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Radiologi
DEFINISI OPERASIONAL	Waktu tunggu hasil pemeriksaan radiologi adalah waktu yang diperlukan dari mulainya pasien difoto sampai dengan hasil siap diserahkan kepada pasien. Waktu yang diperlukan adalah ≤ 3 jam Kriteria eksklusi: waktu tunggu > 3 jam yang bukan disebabkan oleh faktor petugas dan atau RS
TUJUAN	Peningkatkan kualitas pelayanan radiologi
DIMENSI MUTU	Efektifitas, efisiensi
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Angka waktu tunggu hasil pemeriksaan < 3 jam menggambarkan upaya rumah sakit dalam upaya meningkatkan kepuasan pelanggan dan kenyamanan pasien
NUMERATOR	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pemeriksaan radiologi
DENOMINATOR	Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan radiologi
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ kumulatif waktu tunggu hasil pemeriksaan radiologi}}{\Sigma \text{ pasien yang dilakukan pemeriksaan radiologi}}$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[ ] Total [V] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 3 jam
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekap Harian
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Radiologi
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

b. Pelaksanaan Ekspertisi oleh Dokter Spesialis Radiologi

JUDUL INDIKATOR	Pelaksanaan Ekspertisi oleh Dokter Spesialis Radiologi
DEFINISI OPERASIONAL	Pelaksana ekspertisi Rontgen adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto Rontgen/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya pengesahan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.
TUJUAN	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan Rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Memastikan diagnosis dengan tepat guna menentukan penanganan yang akan diberikan
NUMERATOR	Jumlah foto Rontgen yang diekspertisi oleh Dokter Spesialis Radiologi dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pemeriksaan foto Rontgen dalam 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ foto } Rontgen \text{ yang diekspertisi oleh dokter SpRad dalam 1 bulan}}{\Sigma \text{ seluruh pemeriksaan foto Rontgen dalam 1 bulan}} \times 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Register di Instalasi Radiologi
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Radiologi
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah

c. Kepuasan Pelanggan

JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan
DEFINISI OPERASIONAL	- Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS. Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survei kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM). - Pemantauan dan pengukuran Kepuasan Pasien dan Keluarga adalah kegiatan untuk mengukur tingkatan kesenjangan pelayanan RS yang diberikan dengan harapan pasien dan keluarga di Instalasi Radiologi
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan mutu pelayanan
DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan IKM menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{Total\ nilai\ persepsi\ per\ unsur}{Total\ unsur\ yang\ terisi}\ x\ Nilai\ penimbang$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 80%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Bidang Pelayanan Medik
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

7. Pelayanan Laboratorium

a. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

JUDUL INDIKATOR	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium
DEFINISI OPERASIONAL	- Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan hasil yang sudah diekspertisi oleh Dokter SpPK siap diserahkan pada pasien - Pemeriksaan laboratorium adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium darah rutin dan kimia darah
TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
DIMENSI MUTU	Efisiensi, efektifitas, aksesibilitas, keselamatan, dan kesinambungan pelayanan
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Hasil pelayanan laboratorium yang cepat terhadap proses pendaftaran pasien dapat memberikan kenyamanan dan efisiensi waktu pelayanan selanjutnya
NUMERATOR	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium pasien yang disurvei dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah pasien yang diperiksa di Laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ kumulatif wkt tunggu hasil pelayanan lab pasien yg disurvei dlm 1 bulan}}{\Sigma \text{ pasien yg diperiksa di lab yg disurvei dlm bulan tsb}}$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[ ] Total [V] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 140 menit
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekap Harian
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Laboratorium
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

b. Pelaksana Ekspertisi oleh Dokter Spesialis Patologi Klinik

JUDUL INDIKATOR	Pelaksana Ekspertisi oleh Dokter Spesialis Patologi Klinik
DEFINISI OPERASIONAL	- Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah Dokter Spesialis Patologi Klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium - Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya pengesahan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta
TUJUAN	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Memastikan diagnosis dengan tepat guna menentukan penanganan yang akan diberikan
NUMERATOR	Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi oleh dokter SpPK dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ hasil lab yang diverifikasi oleh dokter SpPK dalam 1 bulan}}{\Sigma \text{ seluruh pemeriksaan lab dalam 1 bulan}} x\ 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Register di Instalasi Laboratorium
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Laboratorium
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah

c. Kejadian Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

JUDUL INDIKATOR	Kejadian Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium
DEFINISI OPERASIONAL	- Kejadian kesalahan penyerahan hasil adalah hasil pemeriksaan laboratorium yang tidak diserahkan atau diterimakan kepada pasien atau keluarga pasien atau petugas yang berwenang sesuai identitas pada formulir hasil laboratorium - Petugas yang berwenang adalah Profesional Pemberi Asuhan atau yang diberikan pelimpahan wewenang
TUJUAN	Untuk memastikan bahwa hasil pemeriksaan diterima pada pasien dan keluarga pasien atau petugas yang berwenang yang sesuai dengan formulir hasil pemeriksaan
DIMENSI MUTU	Efisiensi, keselamatan, dan keamanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Setiap hasil pemeriksaan merupakan dokumen penting tentang informasi hasil laboratorium yang harus diterima pada pasien dan keluarga pasien yang berhak atau petugas yang berwenang
NUMERATOR	-
DENOMINATOR	-
FORMULA PENGUKURAN	Jumlah kejadian kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan hasil laboratorium
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISA DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	0
METODOLOGI ANALISA DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekap Harian
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Laboratorium
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

d. Kepuasan Pelanggan

JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan
DEFINISI OPERASIONAL	- Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS. Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survei kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM). - Pemantauan dan pengukuran Kepuasan Pasien dan Keluarga adalah kegiatan untuk mengukur tingkatan kesenjangan pelayanan RS yang diberikan dengan harapan pasien dan keluarga di Instalasi Laboratorium
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan mutu pelayanan
DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan IKM menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{Total\ nilai\ persepsi\ per\ unsur}{Total\ unsur\ yang\ terisi}\ x\ Nilai\ penimbang$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 80%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Bidang Pelayanan Medik
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

8. Pelayanan Rehabilitasi Mental

a. Angka Ketidaksesuaian Rehabilitan Mendapatkan Kegiatan Sesuai Hasil Seleksi

JUDUL INDIKATOR	Angka Ketidaksesuaian Rehabilitan Mendapatkan Kegiatan Sesuai Hasil Seleksi
DEFINISI OPERASIONAL	Ketidaksesuaian rehabilitan mendapatkan kegiatan rehabilitasi sesuai hasil seleksi adalah di mana rehabilitan pada saat proses seleksi tidak sesuai dengan hasil kegiatan yang dipilih. Pada saat proses seleksi rehabilitan akan diberikan pilihan jenis kegiatan di unit rehabilitasi mental yang disesuaikan minimal yang mendekati dengan minat dan bakat rehabilitan. Kriteria inklusi: Keseluruhan rehabilitan yang mengikuti kegiatan rehabilitasi Kriteria eksklusi: Keseluruhan rehabilitan yang minimal sudah sekali mendapatkan kegiatan sesuai hasil seleksi kemudian pindah atau ganti ke kegiatan lain yang tidak sesuai hasil seleksi atau rehabilitan yang sudah sekali mendapatkan kegiatan tidak sesuai hasil seleksi kemudian pindah atau ganti ke kegiatan lain yang sesuai hasil seleksi.
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan di Instalasi Rehabilitasi Mental yang mampu memberikan kenyamanan dan kepuasan pelanggan
DIMENSI MUTU	Kesinambungan, efektifitas, efisiensi, dan manfaat
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Kesesuaian rehabilitan mendapatkan kegiatan rehabilitasi berdasarkan hasil seleksi menggambarkan upaya rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang tepat sesuai kebutuhan pasien
NUMERATOR	Jumlah rehabilitan yang mendapatkan kegiatan tidak sesuai hasil seleksi
DENOMINATOR	Jumlah rehabilitan yang mendapatkan kegiatan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{rehabilitan yg mendapatkan kegiatan tidak sesuai hasil seleksi}}{\Sigma \text{ rehabilitan yang mendapatkan kegiatan}} x\ 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] SensusHarian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 5%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekap harian
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rehabilitasi Mental
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

b. Angka Ketidakpatuhan Rehabilitan Menyelesaikan Proses Tahapan Rehabilitasi

JUDUL INDIKATOR	Angka Ketidakpatuhan Rehabilitan Menyelesaikan Proses Tahapan Rehabilitasi
DEFINISI OPERASIONAL	Ketidakpatuhan rehabilitan menyelesaikan proses rehabilitasi adalah di mana rehabilitan tidak mampu menyelesaikan proses di setiap tahapan kegiatan rehabilitasi. Proses rehabilitasi dimulai dari rehabilitan mengikuti seleksi oleh tim seleksi kemudian mengikuti kegiatan terapi okupasi atau pre-vokasional atau vokasional Kriteria inklusi: Rehabilitan yang sudah mengikuti proses seleksi Kriteria eksklusi: Rehabilitan yang sudah mengikuti kegiatan rehabilitasi dan berhenti karena terjadi peningkatan gejala/kambuh, pasien pulang
TUJUAN	Terselenggarannya pelayanan di Instalasi Rehabilitasi Mental yang mampu memberikan kenyamanan dan kepuasan pelanggan
DIMENSI MUTU	Kesinambungan, efektifitas, efisiensi, dan manfaat
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Adanya rehabilitan yang belum mencapai tahapan pre-vokasional dan vokasional
NUMERATOR	Jumlah rehabilitan yang tidak mampu menyelesaikan proses rehabilitasi
DENOMINATOR	Jumlah rehabilitan yang mengikuti proses kegiatan seleksi
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ rehabilitan yang tidak mampu menyelesaikan proses rehabilitasi}}{\Sigma \text{ rehabilitan yang mengikuti proses kegiatan seleksi}} x\ 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[V] Retrospektif [ ] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 15%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekap harian
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rehabilitasi Mental
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

9. Pelayanan Farmasi

a. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi untuk Pasien Rawat Jalan

JUDUL INDIKATOR	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi untuk Pasien Rawat Jalan
DEFINISI OPERASIONAL	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai resep selesai ditelaah dan dihitung harganya oleh petugas sampai dengan pasien menerima obat jadi Kriteria eksklusi: 1. Pasien menghendaki untuk meninggalkan resep obatnya dan mengambil obatnya di lain waktu 2. Pasien yang dipanggil sesuai antriannya namun tidak segera datang, baik pada saat panggilan di loket penerimaan resep maupun panggilan di loket penyerahan resep 3. Pasien rawat jalan dan pasien IGD yang ditetapkan untuk rawat inap
TUJUAN	Tergambarnya pelayanan farmasi
DIMENSI MUTU	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, dan efisiensi
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Waktu tunggu pelayanan resep yang lama mengakibatkan ketidakpuasan pasien
NUMERATOR	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan resep obat jadi pasien yang disurvei dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ kumulatif waktu tunggu pelayanan resep obat jadi pasien yg disurvei dalam 1 bulan}}{\Sigma \text{ pasien yang disurvei dalam bulan tersebut}}$
METODE PENGUMPULAN DATA	[V] Retrospektif [ ] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[ ] Total [V] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 30 menit
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Lembar bill pelayanan apotek
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Farmasi
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

b. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan untuk Pasien Rawat Jalan

JUDUL INDIKATOR	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan untuk Pasien Rawat Jalan
DEFINISI OPERASIONAL	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai resep selesai ditelaah dan dihitung harganya oleh petugas sampai dengan pasien menerima obat racikan Kriteria eksklusi: 1. Pasien menghendaki untuk meninggalkan resep obatnya dan mengambil obatnya di lain waktu 2. Pasien yang dipanggil sesuai antriannya namun tidak segera datang, baik pada saat panggilan di loket penerimaan resep maupun panggilan di loket penyerahan resep 3. Pasien rawat jalan dan pasien IGD yang ditetapkan untuk rawat inap
TUJUAN	Tergambarnya pelayanan farmasi
DIMENSI MUTU	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, dan efisiensi
DASAR PEMIKIRAN	Waktu tunggu pelayanan resep yang lama mengakibatkan ketidakpuasan pasien
NUMERATOR	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan resep obat racikan pasien yang disurvei dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ kumulatif wkt tunggu pelayanan resep obat racikan pasien yg disurvei dlm 1 bln}}{\Sigma \text{ pasien yang disurvei dalam bulan tersebut}}$
METODE PENGUMPULAN DATA	[V] Retrospektif [ ] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[ ] Total [V] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 60 menit
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Lembar bill pelayanan apotek
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Farmasi
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

c. Angka Kesalahan Pemberian Obat

JUDUL INDIKATOR	Angka Kesalahan Pemberian Obat
DEFINISI OPERASIONAL	Angka kesalahan pemberian obat meliputi: 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah dalam memberikan jumlah obat 4. Salah pasien
TUJUAN	Tergambarnya kesalahan dalam pemberian obat
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan kenyamanan
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Kesalahan dalam pemberian obat akan berisiko terhadap keselamatan pasien
NUMERATOR	Jumlah kesalahan pemberian obat
DENOMINATOR	Jumlah lembar resep
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ kesalahan pemberian obat}}{\Sigma \text{ lembar resep}} \times 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[V] Retrospektif [ ] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	0%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Laporan IKP (Insiden Keselamatan Pasien) Instalasi Farmasi
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Farmasi
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

d. Penulisan Resep sesuai Formularium

JUDUL INDIKATOR	Penulisan Resep sesuai Formularium
DEFINISI OPERASIONAL	Penulisan resep sesuai formularium adalah penulisan resep dokter sesuai dengan daftar obat yang tercantum dalam formularium Rumah Sakit
TUJUAN	Mengukur kepatuhan dokter terhadap formularium rumah sakit
DIMENSI MUTU	Efisiensi
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Menjamin pasien mendapatkan pengobatan yang sesuai dan mengetahui tingkat kepatuhan dokter terhadap formularium rumah sakit
NUMERATOR	Jumlah item resep yang sesuai formularium
DENOMINATOR	Jumlah total item resep
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ item resep yang sesuai formularium}}{\Sigma \text{ total item resep}} x\ 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[V] Retrospektif [ ] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Lembar resep di Instalasi Farmasi
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Farmasi
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

e. Kepuasan Pelanggan

JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan
DEFINISI OPERASIONAL	- Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS. Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survei kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM). - Pemantauan dan pengukuran Kepuasan Pasien dan Keluarga adalah kegiatan untuk mengukur tingkatan kesenjangan pelayanan RS yang diberikan dengan harapan pasien dan keluarga di Instalasi Farmasi.
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan mutu pelayanan
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan IKM menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya.
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{Total\ nilai\ persepsi\ per\ unsur}{Total\ unsur\ yang\ terisi}\ x\ Nilai\ penimbang$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[ ] Total [V] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 80%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Bidang Pelayanan Medik
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

10. Pelayanan Gizi

a. Angka Keterlambatan Pemberian Makanan kepada Pasien

JUDUL INDIKATOR	Angka Keterlambatan Pemberian Makanan kepada Pasien
DEFINISI OPERASIONAL	Angka keterlambatan pemberian makanan kepada pasien adalah keterlambatan waktu distribusi makanan pada pasien sehingga tidak sesuai dengan SPO distribusi makanan yang telah ditentukan
TUJUAN	Menggambarkan upaya RS dalam mewujudkan keunggulan dalam operasional dan memenuhi kepuasan pelanggan
DIMENSI MUTU	Efektifitas dan efisiensi
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Sebagai tolok ukur mutu pelayanan Instalasi Gizi
NUMERATOR	Jumlah pasien rawat inap yang terlambat mendapatkan makanan dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ pasien rawat inap yg terlambat mendapatkan makanan dalam 1 bulan}}{\Sigma \text{ seluruh pasien rawat inap yang disurvei}} \times 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISA DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 5%
METODOLOGI ANALISA DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekap harian
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Gizi
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

b. Angka Sisa Makanan yang Tidak Dimakan oleh Pasien

JUDUL INDIKATOR	Angka Sisa Makanan yang Tidak Dimakan oleh Pasien
DEFINISI OPERASIONAL	Angka sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien adalah banyaknya porsi makanan yang tidak dimakan/tersisa di alat makan pasien
TUJUAN	Menggambarkan upaya rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang unggul dalam operasionalnya, pengurangan biaya, dan melaksanakan manajemen risiko
DIMENSI MUTU	Efektifitas dan efisiensi
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Sebagai tolok ukur mutu pelayanan Instalasi Gizi terkait anggaran bahan makanan pasien dan memastikan kebutuhan gizi pasien tercukupi
NUMERATOR	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
DENOMINATOR	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei}}{\Sigma \text{ pasien yang disurvei dalam 1 bulan}} \times 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[ ] Total [V] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISA DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 10%
METODOLOGI ANALISA DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekap harian
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Gizi
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

c. Kejadian Kesalahan Pemberian Diet

JUDUL INDIKATOR	Kejadian Kesalahan Pemberian Diet
DEFINISI OPERASIONAL	Kejadian kesalahan pemberian diet adalah ketidaksesuaian antara diet yang ditentukan dengan yang disajikan kepada pasien pada saat makan
TUJUAN	Tergambarnya upaya rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang unggul secara klinis, meningkatkan manajemen risiko dan meningkatkan keselamatan pasien
DIMENSI MUTU	Efektifitas dan keselamatan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Sebagai tolok ukur mutu pelayanan Instalasi Gizi dan memastikan pasien mendapatkan makanan sesuai dengan kebutuhan tubuhnya
NUMERATOR	-
DENOMINATOR	-
FORMULA PENGUKURAN	Jumlah kejadian kesalahan pemberian diet
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	0
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekap harian
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Gizi
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

11. Pelayanan Rekam Medis (RM)

a. Angka Ketidaklengkapan Pengisian RM Rawat Jalan 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

JUDUL INDIKATOR	Angka Ketidaklengkapan Pengisian RM Rawat Jalan 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan
DEFINISI OPERASIONAL	Rekam medis yang lengkap adalah rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter, dokter gigi atau Profesional Pemberi Asuhan lainnya dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan *resume.* Rekam Medis Rawat Jalan LENGKAP meliputi: 1. Profil Ringkas Medis Rawat Jalan 2. Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi 3. Asesmen Awal Medis Rawat Jalan Jiwa (pasien baru) 4. Asesmen Terintegrasi Rawat Jalan (pasien baru) 5. Asesmen Awal Keperawatan Rawat Jalan (pasien baru) 6. Asesmen Awal Keperawatan Jiwa Rawat Jalan (pasien baru) Penentuan Sampel menggunakan teori dari *Joint Commission National Quality Measures (v2018A), Population and Sampling Specifications, Monthly Sample Size* : Jika Jumlah Populasi Sebulan (N) ≥ 516 maka jumlah sampel sebulan (n) minimal 104
TUJUAN	Tergambarnya kepatuhan PPA dalam pengisian rekam medis dan tergambarnya kelengkapan rekam medis rawat jalan dalam waktu 1 x 24 jam
DIMENSI MUTU	Kesinambungan pelayanan, keselamatan, dan keamanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Kelengkapan rekam medis rawat jalan dapat menggambarkan mutu rekam medis serta menggambarkan proses pengobatan pasien secara menyeluruh sehingga dapat menghasilkan keputusan pengobatan pasien yang tepat dan kesinambungan pelayanan yang optimal
NUMERATOR	Jumlah RM pasien rawat jalan yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam
DENOMINATOR	Jumlah RM pasien rawat jalan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ RM pasien rajal yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam}}{\Sigma \text{ RM pasien rawat jalan}} x\ 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[ ] Total [V] Sampel
FREKUENSI	Bulanan

PENGUMPULAN DATA	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	0%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekap harian
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rekam Medis
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

b. Angka Ketidaklengkapan Pengisian RM Rawat Inap

JUDUL INDIKATOR	Angka Ketidaklengkapan Pengisian RM Rawat Inap
DEFINISI OPERASIONAL	Rekam medis yang lengkap adalah rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter, dokter gigi atau Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya dalam waktu 3 x 24 jam setelah pasien pulang rawat inap atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan *resume.* Rekam Medis Rawat Inap LENGKAP meliputi: 1. Ringkasan Pulang 2. Asesmen medis psikiatri rawat inap 3. Catatan perkembangan pasien terintegrasi 4. Assesmen kebutuhan pendidikan pasien dan keluarga terintegrasi 5. Edukasi pasien dan keluarga terintegrasi 6. Transfer antar ruangan 7. Pengkajian keperawatan IGD 8. Pengkajian awal keperawatan rawat inap 9. Assesmen risiko jatuh (skala Edmonson) 10. Rencana tindakan keperawatan (intensif) 11. Rencana tindakan keperawatan (*maintenance*) 12. Catatan perkembangan rawat intensif 13. Catatan perkembangan rawat *maintenance* 14. Asuhan gizi pasien rawat inap 15. Persetujuan Umum (*General Consent*) Penentuan Sampel menggunakan teori dari *Joint Commission National Quality Measures (v2018A), Population and Sampling Specifications, Monthly Sample Size* : Jika Jumlah Populasi Sebulan (N) 131 – 515, maka jumlah sampel sebulan (n) minimal 20% dari populasi
TUJUAN	Tergambarnya kepatuhan PPA dalam pengisian rekam medis dan tergambarnya kelengkapan rekam medis rawat inap dalam waktu 3 x 24 jam
DIMENSI MUTU	Kesinambungan pelayanan, keselamatan, dan keamanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Kelengkapan rekam medis rawat inap dapat menggambarkan mutu rekam medis dan menggambarkan proses pengobatan pasien secara menyeluruh sehingga dapat menghasilkan keputusan pengobatan pasien yang tepat dan kesinambungan pelayanan yang optimal.
NUMERATOR	Jumlah RM pasien rawat inap yang tidak lengkap dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah RM rawat inap dalam 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ RM pasien ranap yang tidak lengkap dalam 1 bulan}}{\Sigma \text{ RM rawat inap dalam 1 bulan}} \times 100\%$

METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[ ] Total [V] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	0%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekam Medis
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rekam Medis
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

c. Angka Ketidaklengkapan *Informed Consent* Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas

JUDUL INDIKATOR	Angka Ketidaklengkapan *Informed Consent* Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas
DEFINISI OPERASIONAL	*Informed consent* adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
TUJUAN	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi yang jelas kepada pasien/penanggung jawab pasien dan mendapat persetujuan dari pasien/penanggung jawab pasien akan tindakan medik yang dilakukan
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan keamanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	1. Memberikan perlindungan kepada pasien terhadap tindakan yang dilakukan dokter 2. Memberikan perlindungan hukum kepada dokter terhadap tindakan medik yang dilakukan pada pasien
NUMERATOR	Jumlah *informed consent* yang tidak diisi lengkap yang disurvei dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah *informed consent* yang disurvei dalam 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma\ informed\ consent\ \text{yg}\ tdk\ \text{diisi lengkap yg disurvei dalam 1 bulan}}{\Sigma\ informed\ consent\ \text{yang disurvei dalam 1 bulan}}\ x\ 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[ ] Total [V] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	0%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekam Medis
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rekam Medis
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

d. Waktu Penyediaan RM Pelayanan Rawat Jalan

JUDUL INDIKATOR	Waktu Penyediaan RM Pelayanan Rawat Jalan
DEFINISI OPERASIONAL	Rekam medis rawat jalan adalah rekam medis pasien baru atau lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan rekam medis mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas. Penentuan Sampel menggunakan teori dari *Joint Commission National Quality Measures (v2018A), Population and Sampling Specifications, Monthly Sample Size* : Jika Jumlah Populasi Sebulan (N) ≥ 516 maka jumlah sampel sebulan (n) minimal 104.
TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
DIMENSI MUTU	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Proses penyediaan rekam medis pasien rawat jalan yang tepat waktu menghasilkan pelayanan yang optimal dan berkesinambungan.
NUMERATOR	Jumlah kumulatif waktu penyediaan sampel RM rawat jalan
DENOMINATOR	Jumlah total sampel RM rawat jalan yang diamati
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ kumulatif waktu penyediaan sampel RM rajal}}{\Sigma \text{ total sampel RM rajal yang diamati}}$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[ ] Total [V] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 10 menit
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekam Medis
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rekam Medis
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

e. Waktu Penyediaan RM Pelayanan Rawat Inap

JUDUL INDIKATOR	Waktu Penyediaan RM Pelayanan Rawat Inap
DEFINISI OPERASIONAL	Rekam medis rawat inap adalah rekam medis pasien yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan rekam medis pelayanan rawat inap dihitung mulai dari berkas rekam medis sampai di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap/TPPRI (yang diantar oleh petugas IGD/Klinik Jiwa) sampai dengan berkas rekam medis rawat inap siap dikirim kembali ke IGD/Klinik jiwa. Yang dimaksud dengan berkas rekam medis rawat inap siap dikirim kembali adalah berkas rekam medis rawat inap tersebut sudah diisi lengkap oleh petugas TPPRI, dan formulir-formulir persetujuan rawat inap sudah disetujui dan ditandatangani oleh penanggung jawab pasien. Penentuan Sampel menggunakan teori dari *Joint Commission National Quality Measures (v2018A), Population and Sampling Specifications, Monthly Sample Size* : Jika Jumlah Populasi Sebulan (N) 131 – 515 , maka jumlah sampel sebulan (n) minimal 20% dari populasi
TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
DIMENSI MUTU	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Proses penyediaan rekam medis pasien rawat inap yang tepat waktu menghasilkan pelayanan yang optimal dan berkesinambungan
NUMERATOR	Jumlah kumulatif waktu penyediaan sampel RM Rawat Inap
DENOMINATOR	Jumlah sampel RM Rawat Inap yang diamati
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ kumulatif waktu penyediaan sampel RM Rawat Inap}}{\Sigma \text{ sampel RM Rawat Inap yang diamati}}$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[ ] Total [V] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 15 menit
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekam Medis
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Rekam Medis
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

f. Kepuasan Pelanggan

JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan
DEFINISI OPERASIONAL	- Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS. Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survei kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM). - Pemantauan dan pengukuran Kepuasan Pasien dan Keluarga adalah kegiatan untuk mengukur tingkatan kesenjangan pelayanan RS yang diberikan dengan harapan pasien dan keluarga di Instalasi Rekam Medis
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan di Instalasi Rekam Medis yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan mutu pelayanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan IKM menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{Total\ nilai\ persepsi\ per\ unsur}{Total\ unsur\ yang\ terisi}\ x\ Nilai\ penimbang$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[ ] Total [V] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 80%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab dan mutu Bidang Pelayanan Medik
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

12. Pelayanan Pengelolaan Limbah

a. Baku Mutu Limbah Cair

JUDUL INDIKATOR	Baku Mutu Limbah Cair
DEFINISI OPERASIONAL	Standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator BOD, COD, TSS, dan pH.
TUJUAN	Tergambarnya kepedulian RS terhadap kemanan limbah cair RS
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan keamanan
DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Dasar PP LH Nomor 27 Tahun 2012 tentang Izin Lingkungan
NUMERATOR	-
DENOMINATOR	-
FORMULA PENGUKURAN	Hasil baku mutu limbah cair
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. pH 6-9
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Hasil pemeriksaan kualitas limbah cair
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu IPSRS
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah

b. Pengelolaan Limbah Padat Infeksius sesuai dengan Aturan

JUDUL INDIKATOR	Pengelolaan Limbah Padat Infeksius sesuai dengan Aturan
DEFINISI OPERASIONAL	Limbah padat infeksius adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar mikroorganisme yang dapat menularkan penyakit dan/atau mencederai, antara lain sisa jarum suntik, sisa ampul, kassa bekas, dan sisa jaringan tubuh. Pengelolaan limbah padat infeksius harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku.
TUJUAN	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di RS
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan keamanan
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Melindungi sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pengunjung dan masyarakat di sekitar rumah sakit dari faktor risiko lingkungan
NUMERATOR	Jumlah limbah padat infeksius yang dikelola sesuai dengan SPO yang diamati
DENOMINATOR	Jumlah seluruh proses pengelolaan limbah padat infeksius yang diamati
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ limbah padat infeksius yg dikelola sesuai dg SPO yg diamati}}{\Sigma \text{ seluruh proses pengelolaan limbah padat infeksius yg diamati}} \times 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend,* bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA /AREA MONITORING	Hasil pengamatan
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu IPSRS
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

13. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit

a. Kecepatan Perbaikan Kerusakan Ringan ≤ 3 x 24 Jam

JUDUL INDIKATOR	Kecepatan Perbaikan Kerusakan Ringan ≤ 3 x 24 Jam
DEFINISI OPERASIONAL	Kecepatan perbaikan adalah lama waktu yang dibutuhkan untuk memperbaiki sarana umum dan sanitasi dari hasil laporan kerusakan/hasil monitoring yang tidak memerlukan alat/bahan yang dibeli atau pihak III (bahan tersedia di gudang IPSRS), dikerjakan oleh petugas IPSRS Kriteria inklusi: kerusakan ringan Kriteria eksklusi: kerusakan sedang dan berat
TUJUAN	Tergambarnya kecepatan perbaikan/ pemeliharaan di IPSRS guna mendukung pelayanan rumah sakit dan meningkatkan keselamatan
DIMENSI MUTU	Efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, serta kesinambungan pelayanan
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Sarana umum dan sanitasi untuk menunjang pelayanan kesehatan kepada pasien di rumah sakit
NUMERATOR	Jumlah laporan kerusakan ringan yang dapat diperbaiki ≤ 3 x 24 jam
DENOMINATOR	Jumlah seluruh laporan kerusakan ringan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ laporan kerusakan ringan yang dapat diperbaiki } \leq 3 \text{ x24 jam}}{\Sigma \text{ seluruh laporan kerusakan ringan}} x\ 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[V] Retrospektif [ ] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	90%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Laporan permintaan perbaikan/Form Laporan Kerusakan
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu IPSRS
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

b. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Medis

JUDUL INDIKATOR	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Medis
DEFINISI OPERASIONAL	Waktu pemeliharaan alat medis adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/*service* untuk tiap-tiap alat medis sesuai ketentuan yang berlaku
TUJUAN	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat medis
DIMENSI MUTU	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Memastikan tersedianya peralatan kesehatan yang aman, bermutu, dan laik pakai serta efisien di rumah sakit sehingga meminimalkan risiko yang terkait dengan penggunaan peralatan medis tersebut
NUMERATOR	Jumlah alat medis yang dilakukan pemeliharaan (*service*) tepat waktu dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh alat medis yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ alat medis yang dilakukan pemeliharaan } (service) \text{ tepat waktu dalam 1 bulan}}{\Sigma \text{ seluruh alat medis yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 1 bulan}} \times 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[V] Retrospektif [ ] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Register pemeliharaan alat
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu IPSRS
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah

c. Kalibrasi Alat Medis Tepat Waktu

JUDUL INDIKATOR	Kalibrasi Alat Medis Tepat Waktu
DEFINISI OPERASIONAL	Kalibrasi alat medis tepat waktu adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan medis sesuai dengan batas waktu yang sudah disyaratkan
TUJUAN	Tergambarnya akurasi peralatan medis yang digunakan sesuai batas waktu yang dipersyaratkan
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan efektivitas
DASAR PEMIKIRAN/ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Memastikan alat medis laik dan aman untuk digunakan
NUMERATOR	Jumlah alat medis yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
DENOMINATOR	Jumlah alat medis yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ alat medis yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun}}{\Sigma \text{ alat medis yang } perlu \text{ dikalibrasi } dalam \text{ 1 tahun}} \; x \; 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[V] Retrospektif [ ] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Tahunan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Buku register alat
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu IPSRS
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah

14. Administrasi dan Manajemen

a. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

JUDUL INDIKATOR	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja
DEFINISI OPERASIONAL	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban RS untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/ kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator yang ada pada SPM, indikator kinerja pada rencana strategis RS, dan indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh Pemerintah Daerah. Hasil analisis akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali.
TUJUAN	Tergambarnya kepedulian administrasi Rumah Sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
DIMENSI MUTU	Efektivitas, efisiensi
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Perbaikan *governance* dan sistem manajemen merupakan agenda penting dalam reformasi pemerintahan yang sedang dijalankan oleh pemerintah
NUMERATOR	Jumlah laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam 1 tahun
DENOMINATOR	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 tahun
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ Lap akuntabilitas kinerja yg lengkap dan dilakukan min 3 bln dlm 1 tahun}}{\Sigma \text{ laporan akuntabilitas yg seharusnya disusun dlm 1 thn}} \times 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[V] Retrospektif [ ] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Tahunan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik*: Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Subbagian Program
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Subbagian Program
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah

b. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

JUDUL INDIKATOR	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat
DEFINISI OPERASIONAL	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
TUJUAN	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
DIMENSI MUTU	Efektivitas, efisiensi, dan kenyamanan
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Kenaikan pangkat merupakan penghargaan yang diberikan atas prestasi kerja dan pengabdian ASN terhadap Negara, sebagai dorongan kepada ASN untuk lebih meningkatkan prestasi kerja dan pengabdiannya.
NUMERATOR	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam 1 tahun
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam 1 tahun
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ pegawai yg diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dlm 1 thn}}{\Sigma \text{ seluruh pegawai yg seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam 1 tahun}} \times 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[V] Retrospektif [ ] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Tahunan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Subbagian Umum
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Subbagian Umum
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah

c. Ketepatan Waktu Pengurusan Gaji Berkala

JUDUL INDIKATOR	Ketepatan Waktu Pengurusan Gaji Berkala
DEFINISI OPERASIONAL	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU Nomor 5 Tahun 2014, PP Nomor 15 Tahun 2019)
TUJUAN	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kesejahteraan pegawai
DIMENSI MUTU	Efektivitas, kenyamanan
DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Gaji berkala merupakan hak ASN yang harus dipenuhi oleh negara
NUMERATOR	Jumlah ASN yang memenuhi syarat diajukan tepat waktu sesuai periode gaji berkala dalam 1 tahun
DENOMINATOR	Jumlah seluruh ASN yang telah memenuhi syarat yang seharusnya diajukan gaji berkala dalam 1 tahun
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ ASN yg memenuhi syarat diajukan tepat waktu sesuai periode gaji berkala dlm 1 thn}}{\Sigma \text{ seluruh ASN yg telah memenuhi syarat yg seharusnya diajukan gaji berkala dlm 1 thn}} \times 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[V] Retrospektif [ ] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Tahunan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik *: Run Chart* Interpretasi data : *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Subbagian Umum
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Subbagian Umum
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah

d. *Cost Recovery*

JUDUL INDIKATOR	*Cost Recovery*
DEFINISI OPERASIONAL	*Cost Recovery* adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
TUJUAN	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di RS
DIMENSI MUTU	Efisiensi, efektivitas
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	*Cost Recovery* menggambarkan upaya rumah sakit dalam kondisi sehat keuangannya
NUMERATOR	Jumlah pendapatan fungsional dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah pembelanjaan operasional dalam 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ pendapatan fungsional dalam 1 bulan}}{\Sigma \text{ pembelanjaan operasional dalam 1 bulan}} \times 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[V] Retrospektif [ ] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 40%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Deskriptif
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Subbagian Keuangan (Bendahara Pendapatan dan Pengeluaran)
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Subbagian Keuangan
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Subbagian Keuangan Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

e. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

JUDUL INDIKATOR	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan
DEFINISI OPERASIONAL	Laporan Keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas, harus diselesaikan sebelum tanggal 5 setiap bulan berikutnya
TUJUAN	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
DIMENSI MUTU	Efektifitas
DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan menggambarkan upaya rumah sakit dalam ketertiban dan kedisiplinan dalam menyusun laporan
NUMERATOR	Jumlah Laporan Keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 5 bulan berikutnya dalam 3 bulan
DENOMINATOR	Jumlah Laporan Keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ Laporan Keuangan yg diselesaikan sblm tgl 5 bln berikutnya dlm 3 bulan}}{\Sigma \text{ Laporan Keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan}} \times 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[V] Retrospektif [ ] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Deskriptif
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Subbagian Keuangan (Petugas Akuntansi)
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Subbagian Keuangan
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Subbagian Keuangan Eksternal: BPKA DIY, SISMADAK, Pemerintah Daerah

f. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi tentang Tagihan Pasien Rawat Inap ≥ 2 jam

JUDUL INDIKATOR	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi tentang Tagihan Pasien Rawat Inap ≥ 2 Jam
DEFINISI OPERASIONAL	- Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan - Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai penerimaan laporan obat dari Instalasi Farmasi sampai dengan informasi tagihan diterima oleh keluarga pasien dan keluarga pasien menyatakan setuju - Catatan: Informasi tagihan dengan cara bayar umum
TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
DIMENSI MUTU	Efektivitas, kenyamanan
DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Peningkatan kepuasan pelanggan
NUMERATOR	Jumlah pemberian informasi tagihan pasien rawat inap ≥ 2 jam
DENOMINATOR	Jumlah semua tagihan rawat inap yang diobservasi
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ pemberian informasi tagihan pasien ranap } \geq 2 \text{ jam}}{\Sigma \text{ semua tagihan rawat inap yang diobservasi}} x\ 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 10%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik*: Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Hasil pengamatan
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu subbagian Keuangan - Kassa
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Unit Kerja Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

g. Ketepatan Waktu Pemberian Jasa Layanan Sesuai Kesepakatan Waktu

JUDUL INDIKATOR	Ketepatan Waktu Pemberian Jasa Layanan sesuai Kesepakatan Waktu
DEFINISI OPERASIONAL	Pemberian jasa layanan adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan yang diberikan pada bulan berikutnya
TUJUAN	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
DIMENSI MUTU	Efektivitas
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Jasa layanan merupakan bentuk kompensasi yang diberikan rumah sakit buat memicu motivasi dan sebagai dorongan agar lebih bersemangat dalam bekerja.
NUMERATOR	Jumlah bulan dengan ketepatan pemberian jasa layanan
DENOMINATOR	3
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ bulan dengan ketepatan pemberian jasa layanan}}{3} \; x \; 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Catatan di Subbagian Keuangan
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Subbagian Keuangan
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Subbagian Keuangan Eksternal: Pemerintah Daerah

h. Kecepatan Respon Terhadap Komplain

JUDUL INDIKATOR	Kecepatan Respon terhadap Komplain
DEFINISI OPERASIONAL	- Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan Rumah Sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa yang sudah diidentifikasi tingkat risiko dan dampak risiko dengan penetapan *grading*/dampak risiko berupa Ekstrim (merah), Tinggi (kuning), Rendah (hijau), dan dibuktikan dengan data, dan tindak lanjut atas *respon time* komplain tersebut sesuai dengan kategorisasi/ grading/dampak risiko **Warna Merah:** cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dll. **Warna Kuning**: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dll. **Warna Hijau:** tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial. - Kriteria Penilaian: 1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau 2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar 3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain di setiap kategori - Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam - Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari - Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan mutu pelayanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Menjaga kepuasan pelanggan
NUMERATOR	KKM + KKK + KKH (%)

DENOMINATOR	3
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{KKM + KKK + KKH\ (\%)}{3}$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 75%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Jumlah seluruh KKM, KKK dan KKH baik dari survei kepuasan pelanggan, laporan, rekapitulasi komplain/keluhan
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Subbagian Umum
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Subbagian Umum Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

i. Kepuasan Pelanggan

JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan
DEFINISI OPERASIONAL	- Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS. Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survei kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM). - Pemantauan dan pengukuran Kepuasan Pasien dan Keluarga adalah kegiatan untuk mengukur tingkatan kesenjangan pelayanan RS yang diberikan dengan harapan pasien dan keluarga di pelayanan keluhan pelanggan dan informasi
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan keluhan pelanggan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan mutu pelayanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan IKM menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{Total\ nilai\ persepsi\ per\ unsur}{Total\ unsur\ yang\ terisi}\ x\ Nilai\ penimbang$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[ ] Total [V] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 80%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab dan mutu Bidang Pelayanan Medik
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

15. Pelayanan Ambulans Jenazah

a. Waktu Pelayanan Ambulans Jenazah

JUDUL INDIKATOR	Waktu Pelayanan Ambulans Jenazah
DEFINISI OPERASIONAL	Waktu pelayanan ambulans jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulans jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
TUJUAN	Tersedianya pelayanan ambulans jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
DIMENSI MUTU	Aksesibilitas
DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Memfasilitasi pasien/keluarga pasien yang sewaktu-waktu membutuhkan pelayanan ambulans jenazah
NUMERATOR	Jumlah waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulans dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah hari dalam bulan tersebut
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulans dalam 1 bulan}}{\Sigma \text{ hari dalam bulan tersebut}}$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	24 jam
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Instalasi Gawat Darurat
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Subbagian Umum
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Unit Kerja Eksternal: Pemerintah Daerah

b. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulans Jenazah di Rumah Sakit ≤ 30 menit

JUDUL INDIKATOR	Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulans Jenazah di Rumah Sakit ≤ 30 Menit
DEFINISI OPERASIONAL	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans jenazah diajukan oleh keluarga pasien di Rumah Sakit sampai tersedianya ambulans jenazah. Maksimal 30 menit.
TUJUAN	Tergambarnya ketanggapan Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulans jenazah
DIMENSI MUTU	Kenyamanan, keselamatan
DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Tergambarnya pelayanan ambulans jenazah secara optimal dan sesuai standar RS
NUMERATOR	Jumlah pelayanan ambulans jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh permintaan ambulans jenazah dalam 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ pelayanan ambulans jenazah yg tepat waktu dlm 1 bln}}{\Sigma \text{ seluruh permintaan ambulans jenazah dalam 1 bulan}} \times 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik*: Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Catatan penggunaan ambulans jenazah
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Subbagian Umum
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Unit Kerja Eksternal: Pemerintah Daerah

16. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

a. Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

JUDUL INDIKATOR	Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah
DEFINISI OPERASIONAL	Waktu pelayanan tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu mulai dari informasi kebutuhan pemulasaraan jenazah diterima oleh petugas di Instalasi Pemulasaraan Jenazah sampai dengan jenazah mendapat pelayanan pemulasaraan
TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan pemulasaraan jenazah
DIMENSI MUTU	Aksesibilitas
DASAR PEMIKIRAN	Menggambarkan upaya rumah sakit dalam memberikan pelayanan terhadap kebutuhan pemulasaraan jenazah
NUMERATOR	Jumlah kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh jenazah dalam 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah dlm 1 bulan}}{\Sigma \text{ seluruh jenazah dalam 1 bulan}}$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 2 jam
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan Rumah Sakit lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekap harian
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Pemulasaran Jenazah
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

17. Pelayanan Pemeliharaan Linen

a. Kejadian Linen yang Hilang

JUDUL INDIKATOR	Kejadian Linen yang Hilang
DEFINISI OPERASIONAL	Kejadian kehilangan linen adalah hilangnya salah satu atau beberapa jenis linen yang jumlahnya tidak sesuai antara penerimaan dan pengembalian
TUJUAN	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan
DIMENSI MUTU	Efisiensi dan efektifitas
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Adanya jumlah linen yang hilang menggambarkan kualitas pekerjaan dalam mengelola linen
NUMERATOR	-
DENOMINATOR	-
FORMULA PENGUKURAN	Jumlah linen yang hilang saat dikembalikan ke unit pengirim
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Harian
FREKUENSI ANALISIS DATA	Bulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	0
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik : *Run Chart* Interpretasi Data : *trend*, bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Buku Ekspedisi penerimaan linen kotor dan Buku Ekspedisi pengembalian/pendistribusian linen bersih
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Pemeliharaan Linen
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

b. Angka Ketidaktepatan Waktu Pengembalian Linen untuk Instalasi Rawat Inap ≤ 24 Jam

JUDUL INDIKATOR	Angka Ketidaktepatan Waktu Pengembalian Linen untuk Instalasi Rawat Inap ≤ 24 Jam
DEFINISI OPERASIONAL	Ketidaktepatan waktu pengembalian linen untuk Instalasi Rawat Inap adalah ketidaktepatan pengembalian atau distribusi linen bersih dalam waktu ≤ 24 jam
TUJUAN	Kesiapan penyediaan linen untuk digunakan lagi
DIMENSI MUTU	Efisiensi dan Efektifitas
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Pengembalian atau distribusi linen bersih tidak tepat waktu
NUMERATOR	Jumlah wisma yang tidak mendapatkan distribusi linen bersih dalam waktu ≤ 24 jam
DENOMINATOR	Jumlah seluruh wisma yang mendapatkan distribusi linen bersih pada periode yang sama
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ wisma yg tidak mendapatkan distribusi linen bersih dalam waktu} \leq 24 \text{ jam}}{\Sigma \text{ seluruh wisma yg mendapatkan distribusi linen bersih dlmperiode yg sama}} x\ 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Harian
FREKUENSI ANALISIS DATA	Harian
NILAI AMBANG/ STANDAR	0%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi Data: *trend*, bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Buku Ekspedisi Waktu Pengembalian Linen untuk Instalasi Rawat Inap
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Pemeliharaan Linen
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

18. Pelayanan terhadap Pasien Penerima Bantuan Iuran (PBI)

a. Pelayanan terhadap Pasien PBI dan Pasien Dinas Sosial yang Datang ke RS pada Setiap Unit Pelayanan

JUDUL INDIKATOR	Pelayanan terhadap Pasien PBI dan Pasien Dinas Sosial yang Datang ke RS pada Setiap Unit Pelayanan
DEFINISI OPERASIONAL	Pasien PBI adalah pasien pemegang kartu PBI JKN KIS dan Jamkesos
TUJUAN	Tergambarnya kepedulian RS terhadap masyarakat
DIMENSI MUTU	Aksesibilitas
DASAR PEMIKIRAN/ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan
NUMERATOR	Jumlah pasien PBI yang dilayani RS dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien PBI yang datang ke RS dalam 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ pasien PBI yang dilayani RS dalam 1 bulan}}{\Sigma \text{ seluruh pasien PBI yang datang ke RS dalam 1 bulan}} x\ 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Register pasien
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Administrasi Pasien dan Verifikasi Klaim
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah

19. Pelayanan Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan Pengembangan

a. Angka Karyawan yang Mendapatkan Pelatihan Minimal 20 Jam Setahun

JUDUL INDIKATOR	Angka Karyawan yang Mendapatkan Pelatihan Minimal 20 Jam Setahun
DEFINISI OPERASIONAL	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal
TUJUAN	Tersedianya staf rumah sakit yang kompeten, *capable,* dan berkinerja tinggi
DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis, keselamatan, dan keamanan
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Angka karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam setahun menggambarkan upaya RS dalam peningkatan kompetensi karyawan
NUMERATOR	Jumlah karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam dalam 1 tahun
DENOMINATOR	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit pada tahun yang sama
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ karyawan yg mendapatkan pelatihan minimal 20 jam dlm 1 tahun}}{\Sigma \text{ seluruh karyawan di RS pada tahun yang sama}} \times 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[V] Retrospektif [ ] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Tahunan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 60%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekapitulasi Data Pelatihan Karyawan (internal dan eksternal)
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Diklatlitbang
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

b. Kepuasan Pelanggan

JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan
DEFINISI OPERASIONAL	- Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS. Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survei kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM). - Pemantauan dan pengukuran Kepuasan Pelanggan adalah kegiatan untuk mengukur tingkatan kesenjangan pelayanan RS yang diberikan dengan harapan pelanggan di Instalasi Diklatlitbang
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan Instalasi Diklatlitbang yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan mutu pelayanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Survei kepuasan pelanggan dengan IKM menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{Total\ nilai\ persepsi\ per\ unsur}{Total\ unsur\ yang\ terisi}\ x\ Nilai\ penimbang$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[ ] Total [V] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 80%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab dan mutu Bidang Pelayanan Medik
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

20. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

a. Komite PPI Terlatih

JUDUL INDIKATOR	Komite PPI Terlatih
DEFINISI OPERASIONAL	Anggota Komite PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
TUJUAN	Tersedianya anggota Komite PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Komite PPI
DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Komite PPI tanggung jawab untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan
NUMERATOR	Jumlah anggota Komite PPI yang sudah terlatih
DENOMINATOR	Jumlah seluruh Komite PPI
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ anggota Komite PPI yang sudah terlatih}}{\Sigma \text{ seluruh Komite PPI}} \times 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[V] Total [ ] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 75%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Kepegawaian
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Komite PPI
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Komite Eksternal: Pemerintah Daerah

b. Angka Penggunaan APD (Alat Pelindung Diri)

JUDUL INDIKATOR	Angka Penggunaan APD
DEFINISI OPERASIONAL	1. Alat Pelindung Diri (APD) adalah pakaian khusus atau peralatan yang dipakai petugas untuk memproteksi diri dari bahaya fisik, kimia, biologi/bahan infeksius. 2. APD terdiri dari sarung tangan, masker/respirator partikulat, pelindung mata (goggle), perisai/pelindung wajah, kap penutup kepala, gaun pelindung/apron, sandal/sepatu tertutup (sepatu boot). 3. Kepatuhan penggunaan APD adalah ketaatan petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dan jenis APD saat melakukan suatu tindakan/kegiatan. 4. Indikasi penggunaan APD adalah jika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau kemungkinan pasien terkontaminasi dari petugas. Melepas APD segera dilakukan jika tindakan sudah selesai dilakukan. 5. Kriteria inklusi: penggunaan APD di Instalasi Laboratorium, IPL, dan IPKN
TUJUAN	Tergambarnya ketaatan dalam penggunaan APD di Instalasi Laboratorium, IPL, dan IPKN
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan kenyamanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Angka kepatuhan penggunaan APD
NUMERATOR	Jumlah ya dilakukan penggunaan APD
DENOMINATOR	Jumlah ya + tidak prosedur yang perlu penggunaan APD
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ ya dilakukan penggunaan APD}}{\Sigma \text{ ya} + \text{tidak prosedur yang perlu penggunaan APD}} \times 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[ ] Total [V] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI	Triwulanan

ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik*: Run Chart* Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER DATA	Catatan data lembar hasil monitoring penggunaan APD (Audit PPI)
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Komite PPI
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Komite Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

c. Angka Infeksi HAIs (*Healthcare Associated Infections*) ISK (Infeksi Saluran Kemih) di Wisma Rawat Inap

JUDUL INDIKATOR	Angka Infeksi HAIs ISK di Wisma Rawat Inap
DEFINISI OPERASIONAL	Infeksi Saluran Kemih (ISK) atau *Urinary Tract Infection* (*UTI*) ➢ Terjadi infeksi setelah pemasangan urine kateter ≥ 2 x 24 jam (48 jam) ➢ Merupakan suatu infeksi yang terjadi pada saluran kemih murni (urethra dan permukaan kandung kemih) atau melibatkan bagian yang lebih dalam dari organ-organ pendukung saluran kemih (ginjal, ureter, kandung kemih, urethra, dan jaringan retroperitonial atau rongga perinefrik). *CAUTI (Catheter-Associate Urinary Tract Infection)* merupakan infeksi yang terjadi karena sesudah instrumentasi, terutama oleh kateter maupun cystoscopy (Gray M. & Moore KN,2010). ➢ Gejala klinis yang muncul adalah demam, sakit pada supra pubik dan nyeri pada sudut costovertebra. ➢ Faktor resiko ISK adalah pasien yang terpasang kateter urin, sedang faktor-faktor lain berkaitan dengan: - Lama pemasangan kateter > 6-30 hari berisiko terjadinyainfeksi - Gender wanita - Diabetes, malnutrisi, *renalin sufficiency* - Monitoring *urine output* (manipulasi pengambilan spesimenurin) - Posisi *drainage* kateter lebih rendah dari *urinebag* - Kontaminasi selama pemasangan kateter urin - Inkontinensia fekal (kontaminasi E. coli padawanita) - Rusaknya sirkuit kateter urin
TUJUAN	Tergambarnya angka infeksi HAIs ISK di Instalasi Rawat Inap
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan kenyamanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Angka infeksi HAIs ISK di Wisma Rawat Inap menggambarkan kualitas pelayanan yang tidak mengakibatkan hal yang merugikan bagi pasien

NUMERATOR	Jumlah kasus ISK
DENOMINATOR	Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ kasus ISK}}{\Sigma \text{ lama hari pemakaian kateter urin menetap}} x\ 1000‰$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[ ] Total [V] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 5%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Catatan data hasil surveilans ISK
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Komite PPI
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Komite Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

d. Angka Phlebitis

JUDUL INDIKATOR	Angka Phlebitis
DEFINISI OPERASIONAL	1. Phlebitis dalam klasifikasi HAIs oleh CDC, dikelompokkan dalam CVS-VASC (*Arterial or venous Infection*) 2. Phlebitis merupakan tanda-tanda peradangan pada daerah lokal tusukan infus. Tanda-tanda peradangan tersebut adalah merah, bengkak, terasa seperti terbakar, dan sakit bila ditekan. 3. Kriteria phlebitis: infeksi arteri/vena harus memenuhi minimal 1 dari kriteria berikut: a. Pasien minimal mempunyai 1 gejala dan tanda berikut, tanpa ditemukan penyebab lainnya: • Demam (> 38°C), sakit, eritema, atau panas pada vaskuler yang terlibat,dan • Kultur semikuantitatif dari ujung kanula intravaskuler tumbuh >15 koloni mikroba,dan • Kultur darah tidak dilakukan atau hasilnegatif b. Adanya aliran nanah pada vaskuler yang terlibat 4. Penilaian dilakukan pada pasien yang terpasang infus
TUJUAN	Tergambarnya angka phlebitis di Instalasi Rawat Inap
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan kenyamanan
DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Terwujudnya patient *safety* dan mencegah terjadinya plebitis
NUMERATOR	Jumlah pasien yang mengalami phlebitis
DENOMINATOR	Jumlah lama hari pasien terpasang infus
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ pasien yang mengalami phlebitis}}{\Sigma \text{ lama hari pasien terpasang infus}} x\ 1000‰$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[ ] Total [V] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan

FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 5%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: *Trend*, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA	Catatan data surveilans
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Komite PPI
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Komite Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

e. Angka Ketidakpatuhan Cuci Tangan

JUDUL INDIKATOR	Angka Ketidakpatuhan Cuci Tangan
DEFINISI OPERASIONAL	- Kebersihan tangan (*hand hygiene*) adalah segala usaha yang dilakukan untuk membersihkan kotoran yang secara kasat mata terlihat dan pengangkatan mikroorganisme yang tinggal sementara di tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir (*hand wash*) atau dengan cairan berbasis alkohol (*handrub*) dalam 6 langkah (WHO, 2009). - Audit kebersihan tangan adalah prosedur penilaian kepatuhan petugas melakukan kebersihan tangan sesuai 5 indikasidari WHO yaitu: 1. sebelum kontak dengan pasien 2. setelah kontak dengan pasien 3. sebelum melakukan tindakan invasif dan aseptik 4. setelah kontak dengan cairan tubuh 5. setelah kontak dengan lingkungan dengan menjalankan 6 tahap teknik melakukan kebersihan tangan. - Enam indikasi kebersihan tangan: 1. Sebelum kontak dengan pasien, yaitu sebelum masuk ruangan perawatan pasien 2. Kontak dengan pasien meliputi menyentuh tubuh pasien, baju atau pakaian 3. Prosedur aseptik contoh tindakan transfusi, perawatan luka, pemasangan kateter urin, *suctioning*, perawatan daerah tindakan invasif 4. Tindakan invasif contohnya pemasangan kateter intravena (vena pusat/vena perifer), kateter arteri 5. Cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi drain, dll 6. Menyentuh lingkungan meliputi menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien, kertas/lembar untuk menulis yang ada di sekitar pasien - Enam langkah teknik melakukan kebersihan tangan sesuai WHO: 1. Ratakan dan gosokkan sabun dengan kedua telapak tangan 2. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya

	3. Gosok kedua telapak dan sela-sela jari 4. Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci 5. Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya 6. Gosokkan dengan memutar ujung jari–jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya, telapak tangan kiri dan sebaliknya Petugas yang dinilai mencakup semua petugas yang bertugas di ruangan (dokter, perawat, peserta didik, pekarya, CS)
TUJUAN	Tergambarnya kepatuhan tenaga kesehatan dalam melakukan cuci tangan sesuai indikasi
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan kenyamanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Kebersihan tangan (cuci tangan) wajib dilakukan oleh semua petugas yang ada di rumah sakit karena sebagai pilar pengendalian dan pencegahan infeksi dengan memutus mata rantai penularan penyakit.
NUMERATOR	Jumlah tidak dilakukan cuci tangan
DENOMINATOR	Jumlah ya + tidak dilakukan cuci tangan (jumlah momen/saat wajib praktek cuci tangan yang diobservasi)
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ tidak dilakukan cuci tangan}}{\Sigma \text{ ya + tidak dilakukan cuci tangan}} \times 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	[ ] Retrospektif [V] Sensus Harian
CAKUPAN DATA	[ ] Total [V] Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 15%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: *Run Chart* Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Catatan data dan pengamatan kebersihan tangan di semua unit pelayanan pasien (lembar hasil monitoring cuci tangan)
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Komite PPI

PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

GUBERNUR
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

ttd.

HAMENGKU BUWONO X

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
KEPALA BIRO HUKUM,

ttd.

DEWO ISNU BROTO I.S.
NIP. 19640714 199102 1 001