

### 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;
  - 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);
- 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;
  - 1. 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.

<u>DEWO ISNU BROTO I.S.</u> 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	1. Jam buka pelayanan gawat	24 jam
	Kegawatdaruratan	darurat  2. Angka dokter dan perawat pemberi layanan bersertifikat ACLS/PPGD/GELS ( <i>Advanced</i> Cardiac Life Support / Pelatihan	100%
		Penanganan Gawat Darurat / General Emergency Life Support) 3. Emergency Respon Time / ERT (IGD) ≤ 5 menit	100%
		<ul><li>4. Kematian pasien ≤ 24 jam</li><li>5. Kepuasan pelanggan</li></ul>	≤ 2 per 1000 (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam) ≥ 80%
2.	Pelayanan Rawat	Repuasan pelanggan     Pemberi pelayanan di poli jiwa	100%
۷.	Jalan	2. Ketersediaan pelayanan di RS Jiwa	<ul> <li>a. Gangguan mental organik</li> <li>b. NAPZA</li> <li>c. Gangguan psikotik</li> <li>d. Gangguan ansietas - depresi</li> <li>e. Psikosomatis</li> <li>f. Psikiatri anak dan remaja</li> <li>g. Mental retardasi</li> <li>h. Psikometri</li> <li>i. Usia lanjut</li> </ul>
		<ul><li>3. Angka jam mulai pelayanan sesuai ketentuan (08.00)</li><li>4. Waktu tunggu rawat jalan</li></ul>	100% ≤ 60 menit

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
		5. Penegakan diagnosis TB	≥ 60%
		(Tuberculosis) melalui	
		pemeriksaan mikroskopis TB	
		6. Terlaksananya kegiatan	≥ 60%
		pencatatan dan pelaporan TB di	
		rumah sakit	
		7. Kepuasan pelanggan	≥ 80%
3.	Pelayanan Rawat	1. Pemberi pelayanan di rawat inap:	100%
	Inap	a. Dokter Spesialis	
		b. Dokter Umum	
		c. Perawat minimal pendidikan D3	
		2. Dokter Spesialis Kedokteran	100%
		Jiwa penanggung jawab pasien	
		rawat inap jiwa	
		3. Kejadian pasien jatuh yang	0
		berakibat kecacatan/kematian	
		4. Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24%
		5. Kejadian pulang paksa	≤ 5%
		6. Ketersediaan pelayanan rawat	a. Gangguan
		inap di RS Jiwa	mental organik
			b. NAPZA
			c. Gangguan
			psikotik
			d. Gangguan neurotik
		7 Voiedien adanya nasian hunuh	neurotik 0
		<ol><li>Kejadian adanya pasien bunuh diri</li></ol>	0
		8. Angka <i>re-admission</i> pasien	≤10%
		gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1	
		bulan	
		<ol><li>Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa</li></ol>	≤ 6 minggu
		10. Kejadian pasien melarikan diri	0
		11. Persentase pasien yang mampu ADL ( <i>Activity Daily Living</i> )	87%
		12. Angka reaksi transfusi	≤ 0,01%
		13. Penegakan diagnosis TB	≥ 60%
		(Tuberculosis) melalui	
		pemeriksaan mikroskopis TB	
		14. Terlaksananya kegiatan	≥ 60%
		pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	
		15. Kepuasan pelanggan	≥ 80%
		10. Repuasan pelanggan	2 00 /0

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
4.	Pelayanan Rawat	1. Rata-rata pasien yang kembali ke	≤ 3%
	Intensif	perawatan intensif dengan kasus	
		yang sama < 72 jam	
		2. Lama perawatan di IRI (Instalasi	≤ 10%
		Rawat Intensif) > 5 hari	
		3. Penanganan pasien gaduh	≤ 20%
		gelisah > 48 jam	
		4. Kepatuhan jam <i>visite</i> dokter	≥ 80%
		spesialis	
5.	Pelayanan	1. Kejadian luka bakar pada	0
	Rehabilitasi	tindakan <i>heating</i>	
	Medik	2. Kepuasan pelanggan	≥ 80%
6.	Pelayanan	1. Waktu tunggu hasil pemeriksaan	≤ 3 jam
	Radiologi	radiologi	
		2. Pelaksanaan ekspertisi oleh	100%
		Dokter Spesialis Radiologi	
		3. Kepuasan pelanggan	≥ 80%
7.	Pelayanan	1. Waktu tunggu hasil pelayanan	≤140 menit
	Laboratorium	laboratorium	
		2. Pelaksana ekspertisi oleh Dokter	100%
		Spesialis Patologi Klinik	
		3. Kejadian kesalahan penyerahan	0
		hasil pemeriksaan laboratorium	
		4. Kepuasan pelanggan	≥ 80%
8.	Pelayanan	1. Angka ketidaksesuaian	≤ 5%
	Rehabilitasi	rehabilitan mendapatkan	
	Mental	kegiatan sesuai hasil seleksi	
		2. Angka ketidakpatuhan	≤15%
		rehabilitan menyelesaikan proses	
		tahapan rehabilitasi	
9.	Pelayanan	Waktu tunggu pelayanan obat	≤ 30 menit
	Farmasi	jadi untuk pasien rawat jalan	
		2. Waktu tunggu pelayanan obat	≤ 60 menit
		racikan untuk pasien rawat jalan	
		3. Angka kesalahan pemberian obat	0%
		4. Penulisan resep sesuai	100%
		formularium	
		5. Kepuasan pelanggan	≥ 80%
10.	Pelayanan Gizi	1. Angka keterlambatan pemberian	≤ 5%
		makanan kepada pasien	<b>.</b>
		2. Angka sisa makanan yang tidak	≤ 10%
		dimakan oleh pasien	^
		3. Kejadian kesalahan pemberian	0
	- ·	diet	201
11.	Pelayanan Rekam	1. Angka ketidaklengkapan	0%
	Medis	pengisian RM rawat jalan 24 jam	
		setelah selesai pelayanan	

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

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
		8. Kecepatan respon terhadap komplain	≥ 75%
		9. Kepuasan pelanggan	≥ 80%
15.	Pelayanan Ambulans	Waktu pelayanan ambulans jenazah	24 jam
	Jenazah	<ol> <li>Kecepatan memberikan pelayanan ambulans jenazah di rumah sakit ≤ 30 menit</li> </ol>	100%
16.	Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 jam
17.	Pelayanan Pemeliharaan Linen	<ol> <li>Kejadian linen yang hilang</li> <li>Angka ketidaktepatan waktu pengembalian linen untuk instalasi rawat inap ≤ 24 jam</li> </ol>	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	<ol> <li>Angka karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam setahun</li> <li>Kepuasan pelanggan</li> </ol>	≥ 60%
20.	Pengembangan Pelayanan PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi)	<ol> <li>Komite PPI terlatih</li> <li>Angka penggunaan APD (Alat Pelindung Diri)</li> <li>Angka infeksi HAIs (<i>Healthcare</i> Associated Infections) ISK (Infeksi Saluran Kemih) di wisma rawat inap</li> </ol>	≥ 75% 100% ≤ 5%
		<ul><li>4. Angka phlebitis</li><li>5. Angka ketidakpatuhan cuci tangan</li></ul>	≤ 5% ≤15%

### B. PROFIL INDIKATOR SPM

# 1. Pelayanan Kegawatdaruratan

# a. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

INDIKATOR   DEFINISI   Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap   OPERASIONAL   Tersedianya pelayanan selama 24 jam penuh   Tujuan   Tersedianya pelayanan gawat darurat 24 jam di setiap   rumah sakit   DIMENSI MUTU   Keselamatan dan keamanan   DASAR   Penanganan kegawatdaruratan harus disiagakan tanpa   henti   ALASAN   PEMILIHAN   INDIKATOR   Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 bulan   FORMULA   PENGUKURAN	JUDUL	Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat
DPERASIONAL memberikan pelayanan selama 24 jam penuh TUJUAN Tersedianya pelayanan gawat darurat 24 jam di setiap rumah sakit  DIMENSI MUTU Keselamatan dan keamanan DASAR Penanganan kegawatdaruratan harus disiagakan tanpa henti  ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR NUMERATOR Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 bulan DENOMINATOR Jumlah hari dalam 1 bulan  FORMULA PENGUKURAN  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  CAKUPAN DATA  CAKUPAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI Statistik : Run Chart Interpretasi data : Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER Laporan bulanan  PUBLIKASI DATA  Internal: Laporan Kerja Instalasi	INDIKATOR	
TUJUAN  Tersedianya pelayanan gawat darurat 24 jam di setiap rumah sakit  DIMENSI MUTU  Keselamatan dan keamanan  Penanganan kegawatdaruratan harus disiagakan tanpa henti  ALASAN  PEMILIHAN INDIKATOR  DENOMINATOR  Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 bulan  FORMULA  PENGUKURAN  METODE  PENGUMPULAN  DATA  CAKUPAN DATA  CAKUPAN DATA  FREKUENSI  PENGUMPULAN  DATA  FREKUENSI  ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI  ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI  ANALISIS DATA  Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER  DATA/AREA  MONITORING  PJ PENGUMPUL  DATA  PUBLIKASI DATA  Internal: Laporan Kerja Instalasi	DEFINISI	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap
rumah sakit  DIMENSI MUTU Keselamatan dan keamanan  DASAR Penanganan kegawatdaruratan harus disiagakan tanpa henti  ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 bulan  DENOMINATOR Jumlah hari dalam 1 bulan  FORMULA PENGUKURAN LE kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 bulan  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA V Total Sampel  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  METODOLOGI ANALISIS DATA  METODOLOGI Statistik: Run Chart Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL Kepala Instalasi Gawat Darurat  PUBLIKASI DATA  Internal: Laporan Kerja Instalasi	OPERASIONAL	memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
DIMENSI MUTU  DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR  NUMERATOR DENOMINATOR FORMULA PENGUKURAN  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  Triwulanan  ANALISIS DATA  METODOLOGI ANALISIS DATA  ME	TUJUAN	Tersedianya pelayanan gawat darurat 24 jam di setiap
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR  NUMERATOR  DENOMINATOR  FORMULA PENGUKURAN  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA		rumah sakit
PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR  NUMERATOR  DENOMINATOR  DENOMINATOR  FORMULA PENGUKURAN  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  SUMBER DATA/AREA MONITORING PUBLIKASI DATA  Henti  Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 bulan  E kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 bulan  E kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 bulan  E hari dalam 1 bulan  Fatirula an	DIMENSI MUTU	Keselamatan dan keamanan
ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR  NUMERATOR DENOMINATOR  Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 bulan DENOMINATOR  FORMULA PENGUKURAN  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  NILAI AMBER DATA/AREA MONITORING PJ PENGUMPUL DATA  PUBLIKASI DATA  Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 bulan  E kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 b	DASAR	Penanganan kegawatdaruratan harus disiagakan tanpa
PEMILHAN INDIKATOR  NUMERATOR  Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 bulan  DENOMINATOR  Jumlah hari dalam 1 bulan  FORMULA PENGUKURAN  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  CAKUPAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  MILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  MILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  MILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  Interpretasi data : Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA  MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA  PUBLIKASI DATA  Internal: Laporan Kerja Instalasi	PEMIKIRAN /	henti
INDIKATOR NUMERATOR Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 bulan DENOMINATOR FORMULA PENGUKURAN  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  CAKUPAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  Triwulanan ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  METODOLOGI ANALISIS DATA  Sumber  Statistik: Run Chart Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA  Internal: Laporan Kerja Instalasi	ALASAN	
NUMERATOR DENOMINATOR DENOMINATOR Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 bulan  FORMULA PENGUKURAN	PEMILIHAN	
DENOMINATOR  FORMULA PENGUKURAN	INDIKATOR	
FORMULA PENGUKURAN    E   E   E   E   E   E   E   E   E	NUMERATOR	
PENGUKURAN    E hari dalam 1 bulan	DENOMINATOR	Jumlah hari dalam 1 bulan
METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  V Total Sampel  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  Triwulanan  ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  METODOLOGI ANALISIS DATA  SUMBER DATA/AREA MONITORING PJ PENGUMPUL DATA  PUBLIKASI DATA  Internal: Laporan Kerja Instalasi	FORMULA	$\Sigma$ kumulatif jam buka gawat darurat dalam $1$ bulan
PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  CAKUPAN DATA  V Total Sampel  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  SUMBER DATA/AREA MONITORING PJ PENGUMPUL DATA  PUBLIKASI DATA  V Total Sampel  Total Sampel  Fuel Cart Triwulanan  Analisis Data  Interpretasi data : Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  Laporan bulanan  Kepala Instalasi Gawat Darurat  DATA  PUBLIKASI DATA  Internal: Laporan Kerja Instalasi	PENGUKURAN	
PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  CAKUPAN DATA  V Total Sampel  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  SUMBER DATA/AREA MONITORING PJ PENGUMPUL DATA  PUBLIKASI DATA  V Total Sampel  Total Sampel  Fuel Cart Triwulanan  Analisis Data  Interpretasi data : Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  Laporan bulanan  Kepala Instalasi Gawat Darurat  DATA  PUBLIKASI DATA  Internal: Laporan Kerja Instalasi	METODE	Petrospelatif
DATA  CAKUPAN DATA  V Total Sampel  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  METODOLOGI ANALISIS DATA  SUMBER DATA/AREA MONITORING PJ PENGUMPUL DATA  PUBLIKASI DATA  Internal: Laporan Kerja Instalasi		<del>   </del>
CAKUPAN DATA  V Total Sampel  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING PJ PENGUMPUL DATA  PUBLIKASI DATA  Internal: Laporan Kerja Instalasi		Sensus Harian
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA  PUBLIKASI DATA  Bulanan  Triwulanan  Ariwulanan  Triwulanan  Analisis DATA  Triwulanan  Statistik: Run Chart Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  Laporan bulanan  Kepala Instalasi Gawat Darurat DATA  PUBLIKASI DATA  Internal: Laporan Kerja Instalasi		W   m + 1
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA  PUBLIKASI DATA  Internal: Laporan Kerja Instalasi	CAKUPAN DATA	
PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  Interpretasi data : Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA  PUBLIKASI DATA  Internal: Laporan Kerja Instalasi		Sampel
FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA  PUBLIKASI DATA  Internal: Laporan Kerja Instalasi	FREKUENSI	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  Statistik: Run Chart Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA  PUBLIKASI DATA  Internal: Laporan Kerja Instalasi	PENGUMPULAN	
NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  Statistik: Run Chart Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA  PUBLIKASI DATA  Internal: Laporan Kerja Instalasi	DATA	
NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA Interpretasi data : Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA PUBLIKASI DATA Internal: Laporan Kerja Instalasi	FREKUENSI	Triwulanan
METODOLOGI ANALISIS DATA  Statistik: Run Chart Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA  PUBLIKASI DATA  Internal: Laporan Kerja Instalasi	ANALISIS DATA	
METODOLOGI ANALISIS DATA  Statistik: Run Chart Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA  PUBLIKASI DATA  Internal: Laporan Kerja Instalasi	NILAI AMBANG/	24 jam
ANALISIS DATA Interpretasi data : <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER Laporan bulanan  DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL Kepala Instalasi Gawat Darurat  DATA  PUBLIKASI DATA Internal: Laporan Kerja Instalasi	STANDAR	
dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA  PUBLIKASI DATA  Internal: Laporan Kerja Instalasi	METODOLOGI	Statistik : Run Chart
SUMBER DATA/AREA MONITORING PJ PENGUMPUL DATA PUBLIKASI DATA Internal: Laporan Kerja Instalasi	ANALISIS DATA	Interpretasi data : <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS lain,
DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL Kepala Instalasi Gawat Darurat DATA  PUBLIKASI DATA Internal: Laporan Kerja Instalasi		dengan standar, dengan praktik terbaik
MONITORING  PJ PENGUMPUL Kepala Instalasi Gawat Darurat  DATA  PUBLIKASI DATA Internal: Laporan Kerja Instalasi		Laporan bulanan
PJ PENGUMPUL Kepala Instalasi Gawat Darurat DATA PUBLIKASI DATA Internal: Laporan Kerja Instalasi		
DATA PUBLIKASI DATA Internal: Laporan Kerja Instalasi		
PUBLIKASI DATA Internal: Laporan Kerja Instalasi		Kepala Instalasi Gawat Darurat
	DATA	
Eksternal: Pemerintah Daerah	PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi
		Eksternal: Pemerintah Daerah

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

JUDUL	Angka Dokter dan Perawat Pemberi Layanan
INDIKATOR	Bersertifikat ACLS/PPGD/GELS
DEFINISI	Tenaga dokter dan perawat yang memberikan
OPERASIONAL	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	Petugas kesehatan khususnya dokter dan perawat
PEMIKIRAN /	telah memiliki keterampilan dan keahlian khusus
ALASAN	yang wajib dimiliki saat bertugas di Instalasi
PEMILIHAN	Gawat Darurat
INDIKATOR NUMERATOR	Jumlah dokter dan perawat yang memberikan
NUMERATOR	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	Σ dokter & perawat ya memberikan pelayanan di IGD bersertifikat ACLS / PPGD /GELS
PENGUKURAN	Σ seluruh dokter & perawat yang memberi pelayanan di IGD x 100%
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	- Selisus Harian
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA FREKUENSI	Triwulanan
	Triwulanan
ANALISIS DATA	1000/
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS
THAT ELLOT OF THE	lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER	Sistem Pelaporan
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Gawat
DATA	Darurat
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi
	Eksternal: SISMADAK (Sistem Manajemen
	Dokumentasi Akreditasi), Pemerintah Daerah
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·

# c. $Emergency Respon Time / ERT (IGD) \le 5 menit$

JUDUL	Emergency Respon Time/ERT (IGD) ≤ 5 menit
INDIKATOR	Emergency Respon Time, ERT (IGD) & 5 mem
DEFINISI	- Emergency Response Time (waktu tanggap) adalah
OPERASIONAL	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	Pasien harus mendapatkan penanganan yang cepat
PEMIKIRAN/	dan tepat sesuai kondisi untuk mencegah akibat
ALASAN	yang lebih berat/parah
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak
	pasien ditriage sampai dilayani dokter
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien yang dilayani
FORMULA	
PENGUKURAN	Σ kumulatif waktu yg diperlukan sejak pasien ditriage sampai dilayani dokter x 100%
FENGURURAN	Σ seluruh seluruh pasien yang dilayani
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
EDEKLIENOI	
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	m · 1
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	100%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS
	lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER	Sensus harian
DATA/AREA	Catatan: Survei observasi langsung (sampling) bila
MONITORING	jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu IGD
DATA	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi
	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

# d. Kematian Pasien ≤ 24 jam

JUDUL	Kematian Pasien ≤ 24 jam
INDIKATOR	110111411111
DEFINISI	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi
OPERASIONAL	dalam periode 24 jam sejak pasien datang
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu
	menyelamatkan pasien gawat darurat
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan keselamatan
DASAR	Tingkat kematian pasien di IGD menunjukkan
PEMIKIRAN/	kemampuan dari staf tenaga kesehatan di IGD dalam
ALASAN	menangani pasien gawat darurat yang datang di IGD
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤
	24 jam sejak pasien datang
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di IGD
FORMULA	∑ pasien yang meninggal ≤ 24 jam sejak pasien datang
PENGUKURAN	$\Sigma$ seluruh pasien yang ditangani di IGD $x = 100\%$
	2 Seith till pasien yang tiltangant til 100
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Triwulanan
PENGUMPULAN	
DATA	m · 1
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	≤ 2 per 1000 (pindah ke pelayanan rawat inap setelah
STANDAR	8 jam)
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS
	lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER	Rekam Medis
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu IGD
DATA	
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	Eksternal: Pemerintah Daerah

# e. Kepuasan Pelanggan

JUDUL	Kepuasan Pelanggan
INDIKATOR	. 50
DEFINISI OPERASIONAL	<ul> <li>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)</li> <li>Pemantauan dan pengukuran Kepuasan Pasien dan Keluarga adalah kegiatan untuk mengukur tingkatan kesenjangan pelayanan RS yang diberikan dengan harapan pasien dan keluarga di IGD</li> </ul>
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan di IGD yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan mutu pelayanan
DASAR	Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan IKM
PEMIKIRAN/	menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan
ALASAN PEMILIHAN	yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk
INDIKATOR	meningkatkan kualitas pelayanannya
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi
FORMULA	Total nilai persepsi per unsur
PENGUKURAN	Total unsur yang terisi x Nilai penimbang
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN DATA	V Sensus Harian
CAKUPAN	Total
DATA	V Sampel
FREKUENSI	Triwulanan
PENGUMPULAN	
DATA	m 1
FREKUENSI	Tahunan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	≥ 80%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner
DATA/AREA	hasil survei
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab dan mutu Bidang Pelayanan Medik
DATA	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi
	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

# 2. Pelayanan Rawat Jalan

# a. Pemberi Pelayanan di Poli Jiwa

JUDUL	Pemberi Pelayanan di Poli Jiwa
INDIKATOR	Ç
DEFINISI	Poli Jiwa adalah poliklinik pelayanan rawat jalan
OPERASIONAL	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	Pasien mendapatkan diagnosis yang tepat dan
PEMIKIRAN/	tindakan terapi yang tepat untuk mengatasi gejala
ALASAN	yang dialami pasien
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
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	$\Sigma$ hari buka poli jiwa yg ditangani dokter SpKJ dalam 1 bulan
PENGUKURAN	Σ seluruh hari buka poli jiwa dalam 1 bulan
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	Selisus Harian
CAKUPAN	V Total
DATA	Sampel
	•
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	100%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER	Register rawat jalan poli jiwa
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Jalan
PENGUMPUL	– Poli Jiwa
DATA	
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	Eksternal: Pemerintah Daerah

# b. Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa

JUDUL	Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa	
INDIKATOR	Dalamanan Damat Ialam Uma adalah malamanan	
DEFINISI OPERASIONAL	Pelayanan Rawat Jalan Jiwa adalah pelayanan rawat jalan spesialistik jiwa yang dilaksanakan di	
OPERASIONAL		
/T/1	Rumah Sakit Jiwa	
TUJUAN	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan jiwa yang	
	minimal harus ada di Rumah Sakit Jiwa	
DIMENSI MUTU	Aksesibilitas	
DASAR	Optimalisasi pelayanan kesehatan jiwa bagi setiap	
PEMIKIRAN/	orang dan terjaminnya hak ODGJ guna meningkatkan produktivitas SDM	
ALASAN	meningkatkan produktivitas SDW	
PEMILIHAN		
INDIKATOR		
NUMERATOR	-	
DENOMINATOR	-	
FORMULA	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang	
PENGUKURAN	ada (kualitatif)	
METODE	V Sensus harian	
PENGUMPULAN	Retrospektif	
DATA		
CAKUPAN	V Total	
DATA	Sampel	
FREKUENSI	Bulanan	
PENGUMPULAN		
DATA		
FREKUENSI	Triwulanan	
ANALISIS DATA		
NILAI AMBANG/	Gangguan mental organik, NAPZA, gangguan	
STANDAR	psikotik, gangguan ansietas – depresi, psikosomatis,	
	psikiatri anak dan remaja, mental retardasi,	
	psikometri, usia lanjut	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart	
ANALISIS DATA	Interpretasi data: Bandingkan dengan standar	
SUMBER	Register Rawat Jalan	
DATA/AREA		
MONITORING		
PJ	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Jalan	
PENGUMPUL	– Poli Jiwa	
DATA		
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi	
DATA	Eksternal: Pemerintah Daerah	
	Protestiai, i emerintan Pacian	

# c. Angka Jam Mulai Pelayanan Sesuai Ketentuan (08.00)

JUDUL	Angka Jam Mulai Pelayanan sesuai Ketentuan
INDIKATOR	(08.00)
DEFINISI	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya
OPERASIONAL	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	Σ seluruh pelayanan rajal spesialistik yg buka sesuai ketentuan dalam 1 bulan
PENGUKURAN	Σ seluruh hari pelayanan rajal spesialistik dalam 1 bulan x 100%
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN DATA	V Sensus Harian
CAKUPAN DATA	Total
	V Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	111W QIAIIAII
NILAI AMBANG/	100%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS
	lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER	Rekap Harian
DATA/AREA	
MONITORING PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat
DATA	Jalan
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi
	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah
	,

# d. Waktu Tunggu Rawat Jalan

JUDUL	Waktu Tunggu Rawat Jalan
INDIKATOR	wakta Tangga Rawat Galan
DEFINISI	- Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai
OPERASIONAL	pendaftaran sampai dilayani oleh dokter/dokter
OI EKASIOWAL	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
1000/111	kerja yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
DIMENSI MUTU	Efisiensi, efektifitas, dan kesinambungan pelayanan
DASAR	Peningkatan kualitas pelayanan dan kepuasan
PEMIKIRAN/	pelanggan
ALASAN	pelanggan
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan
1.01.121.11.011	yang disurvei
DENOMINATOR	Jumlah pasien rawat jalan yang disurvei
FORMULA	Σ kumulatif waktu tunggu pasien rajal yang disurvei
PENGUKURAN	Σ seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	Schsus Harian
CAKUPAN	Total
DATA	V Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	≤ 60 menit
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS
	lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER	Formulir pengambilan data rawat jalan
DATA/AREA	Catatan : Survei observasi langsung (sampling) bila
MONITORING	jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Jalan
DATA	
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah
DATA	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

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

JUDUL	Penegakan Diagnosis TB (Tuberculosis) melalui
INDIKATOR	Pemeriksaan Mikroskopis TB
DEFINISI	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan
OPERASIONAL	mikroskopis pada pasien rawat jalan
TUJUAN	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan
	mikroskopis TB
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan keselamatan
DASAR	Penegakan diagnosis TB dengan tepat dan cepat
PEMIKIRAN/	diperlukan untuk penentuan pengobatan pasien
ALASAN	dengan tepat dan cepat pula, agar pasien cepat
PEMILIHAN	sembuh tanpa atau dengan minimal lesi (cacat)
INDIKATOR	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	Σ penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
PENGUKURAN	Σ seluruh penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
METODE	V Sensus harian
PENGUMPULAN	Retrospektif
DATA	-
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Triwulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	≥ 60%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan
	standar
SUMBER	Rekam Medis
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat
DATA	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	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan
INDIKATOR	TB di Rumah Sakit
DEFINISI	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang
OPERASIONAL	berobat rawat jalan ke RS
TUJUAN	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di
	RS
DIMENSI MUTU	Efektivitas
DASAR	- Sebagai salah satu fungsi manajemen untuk
PEMIKIRAN/	menilai keberhasilan pelaksanaan program
ALASAN	- Untuk dapat segera mendeteksi bila ada masalah
PEMILIHAN	dalam pelaksanaan kegiatan yang telah
INDIKATOR	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	Σ seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
PENGUKURAN	Σ seluruh kasus TB rawat jalan di RS
METODE	V Sensus harian
PENGUMPULAN	Octions italian
DATA	Retrospektif
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
	Camper
FREKUENSI	Triwulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	≥ 60%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan
	standar
SUMBER	Rekam Medis
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat
DATA	Jalan
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Tim TB
	Eksternal: Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman,
	Pemerintah Daerah

# g. Kepuasan Pelanggan

JUDUL	Kepuasan Pelanggan
INDIKATOR	
DEFINISI OPERASIONAL	<ul> <li>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)</li> <li>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</li> </ul>
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan mutu pelayanan
DASAR	Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan IKM
PEMIKIRAN/	menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan
ALASAN	yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong
PEMILIHAN	setiap unit penyelenggara pelayanan untuk
INDIKATOR	meningkatkan kualitas pelayanannya
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi
FORMULA	Total nilai persepsi per unsur x Nilai penimbang
PENGUKURAN	Total unsur yang terisi
METODE	V Sensus harian
PENGUMPULAN	Retrospektif
DATA CAKUPAN DATA	
CAROFAN DATA	Total V Sampal
DDDIMENC	Samper
FREKUENSI	Triwulanan
PENGUMPULAN DATA	
FREKUENSI	Tahunan
ANALISIS DATA	ranunan
NILAI AMBANG/	≥ 80%
STANDAR	2 00 /0
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner
DATA/AREA	hasil survei
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Bidang Pelayanan Medik
DATA	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi
	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah
	,

# 3. Pelayanan Rawat Inap

# a. Pemberi Pelayanan di Rawat Inap

JUDUL	Domhori Dolovanon di Dowet Inon
INDIKATOR	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap
DEFINISI	- Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter
OPERASIONAL	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	Dalam rangka memenuhi kebutuhan pelayanan,
PEMIKIRAN/	pengobatan, dan perawatan ke pasien baik dengan
ALASAN	penyakit menular atau penyakit tidak menular
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
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	$\Sigma$ dokter dan perawat yg memberi pelayanan di ruang ranap sesuai dg ketentuan
PENGUKURAN	Σ seluruh dokter dan perawat yang bertugas di ranap
METODE	V Sensus harian
PENGUMPULAN	
DATA	Retrospektif
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
	•
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	100%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER	Kepegawaian
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Inap
DATA	
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	Eksternal: Pemerintah Daerah

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

JUDUL	Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Penanggung
INDIKATOR	Jawab Pasien Rawat Inap Jiwa
DEFINISI	Penanggung jawab rawat inap jiwa adalah dokter
OPERASIONAL	yang mengoordinasikan kegiatan pelayanan rawat
Of Bruioronnia	inap jiwa sesuai kebutuhan pasien
TUJUAN	Tersedianya pelayanan rawat inap jiwa yang
1000711	terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan
	pelayanan
DIMENSI MUTU	
DIMENSI MOTO	Kesinambungan pelayanan dengan kompetensi teknis
DACAD	
DASAR	Setiap pasien rawat inap harus ada DPJP nya, DPJP
PEMIKIRAN/	pembuat keputusan medis, dan DPJP adalah dokter
ALASAN	yang paling kompeten dalam rumah sakit
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah pasien jiwa dalam 1 bulan yang mempunyai
	dokter sebagai penanggung jawab
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien rawat inap jiwa dalam 1
	bulan
FORMULA	Σ pasien jiwa dalam 1 bulan yang mempunyai DPJP
PENGUKURAN	$\Sigma$ seluruh pasien rawat inap jiwa dalam 1 bulan $\times$ 100%
140000	
METODE	V Sensus harian
PENGUMPULAN	Retrospektif
DATA	
CAKUPAN	V Total
DATA	Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	Balanan
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	111w dianan
	1000/
NILAI AMBANG/	100%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER	Rekam Medis
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Inap
PENGUMPUL	
DATA	
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	Eksternal: Pemerintah Daerah

# c. Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Kecacatan/Kematian

JUDUL	Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat
INDIKATOR	Kecacatan/Kematian
DEFINISI	- Jatuh adalah suatu peristiwa di mana
OPERASIONAL	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	Kejadian pasien jatuh menggambarkan upaya
PEMIKIRAN/	rumah sakit menjaga agar pasien tetap aman
ALASAN	selama perawatan
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	-
DENOMINATOR	-
FORMULA	Jumlah pasien jatuh yang menyebabkan
PENGUKURAN	kecacatan/kematian
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	T. ( m 1
CAKUPAN DATA	
	Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	0
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS
	lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER	Survei harian
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat
DATA	Inap
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

# d. Kematian Pasien > 48 jam

JUDUL	Kematian Pasien > 48 jam
INDIKATOR	120111atiati 1 abiti 10 jaini
DEFINISI	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang
OPERASIONAL	terjadi di Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat
OI BIUIDIOINIB	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	Kejadian kematian setelah dilakukan tindakan
PEMIKIRAN/	medis menggambarkan bagaimana rumah sakit
ALASAN	menjaga keamanan dan keselamatan pasien selama
PEMILIHAN	pengobatan dan pemantauan serta tindak lanjut
INDIKATOR	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	Σkejadian kematian pasien ranap > 48 jam dalam 1 bulan
PENGUKURAN	Σ seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan x 100%
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	<del></del>
DATA	
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	Bulanan
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	TTW diditali
NILAI AMBANG/	≤ 0,24%
STANDAR	= 0,2170
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan
	RS lain, dengan standar, dengan praktik
	terbaik
SUMBER	Rekam Medis
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data Instalasi Rawat Inap
DATA	<b>1</b>
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	Eksternal: Pemerintah Daerah

# e. Kejadian Pulang Paksa

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

# f. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap di RS Jiwa

JUDUL	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap di RS Jiwa
INDIKATOR	
DEFINISI	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit
OPERASIONAL	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	Pelayanan di rumah sakit jiwa memberikan
PEMIKIRAN/	penyembuhan dan pemulihan terhadap ODGJ (Orang
ALASAN	dengan Gangguan Jiwa) secara paripurna
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	-
DENOMINATOR	-
FORMULA	Jenis-jenis pelayanan rawat inap rumah sakit jiwa
PENGUKURAN	
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	Minimal:
STANDAR	a. Gangguan mental organik
	b. NAPZA
	c. Gangguan psikotik
	d. Gangguan neurotik
METODOLOGI	d. Gangguan neurotik Statistik: Run Chart
METODOLOGI ANALISIS DATA	d. Gangguan neurotik Statistik: <i>Run Chart</i> Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS
ANALISIS DATA	d. Gangguan neurotik Statistik: Run Chart Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
ANALISIS DATA SUMBER	d. Gangguan neurotik Statistik: <i>Run Chart</i> Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS
ANALISIS DATA SUMBER DATA/AREA	d. Gangguan neurotik Statistik: Run Chart Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
ANALISIS DATA SUMBER DATA/AREA MONITORING	d. Gangguan neurotik Statistik: Run Chart Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik Register rawat inap
ANALISIS DATA  SUMBER DATA/AREA MONITORING PJ PENGUMPUL	d. Gangguan neurotik Statistik: Run Chart Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik Register rawat inap Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat
ANALISIS DATA  SUMBER DATA/AREA MONITORING PJ PENGUMPUL DATA	d. Gangguan neurotik Statistik: Run Chart Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik Register rawat inap  Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Inap
ANALISIS DATA  SUMBER DATA/AREA MONITORING PJ PENGUMPUL	d. Gangguan neurotik Statistik: Run Chart Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik Register rawat inap Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat

# g. Kejadian Adanya Pasien Bunuh Diri

JUDUL	Kejadian Adanya Pasien Bunuh Diri
	Rejadian Maniya Lasien Banan Bin
INDIKATOR	77 ' 1' 1 1 1' ' 1 1 1 ' 1' '
DEFINISI	Kejadian bunuh diri adalah kejadian pasien
OPERASIONAL	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	Kejadian bunuh diri menggambarkan upaya
PEMIKIRAN/	rumah sakit menjaga agar pasien tetap aman
ALASAN	selama perawatan
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	-
DENOMINATOR	-
FORMULA	Jumlah pasien yang bunuh diri
PENGUKURAN	
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	Schous Harian
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	0
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan
	RS lain, dengan standar, dengan praktik
	terbaik
SUMBER	Survei harian
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat
DATA	Inap
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi
	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah
	Discornar, Sistembrin, i chicrintan Dacran

# h. Angka Re-admission Pasien Gangguan Jiwa dalam Waktu $\leq 1$ Bulan

JUDUL	Angles De admission Design Congruen Livro
INDIKATOR	Angka <i>Re-admission</i> Pasien Gangguan Jiwa dalam Waktu ≤ 1 Bulan
DEFINISI	
OPERASIONAL	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah
OPERASIONAL	dipulangkan tidak kembali keperawatan di rumah sakit jiwa
TUJUAN	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di
TOJUAN	rumah sakit jiwa yang efektif
DIMENSI MUTU	Efektivitas, kompetensi teknis
DASAR	Gangguan jiwa merupakan gangguan yang memiliki
PEMIKIRAN/	angka kejadian rawat inap ulang ( <i>re-admission</i> ) yang
ALASAN	tinggi
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah pasien gangguan jiwa yang kembali
	dirawat dalam waktu ≤ 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang
BENOMINATION	dipulangkan dalam 1 bulan
FORMULA	Σ pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu ≤ 1 bulan
PENGUKURAN	$\Sigma$ seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan $x$ 100%
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	V M. 4.1
CAKUPAN DATA	<del></del>
	Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	≤ 10%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan
	RS lain, dengan standar, dengan praktik
	terbaik
SUMBER	Rekam Medis
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat
DATA	Inap
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah
DATA	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

# i. Lama Hari Perawatan Pasien Gangguan Jiwa

JUDUL	Lama Hari Perawatan Pasien Gangguan Jiwa
INDIKATOR	
DEFINISI	Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di
OPERASIONAL	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	Menggambarkan kualitas kinerja medis dan
PEMIKIRAN/	efektifitas pelayanan rawat inap
ALASAN	
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah kumulatif waktu perawatan pasien jiwa
	dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah pasien rawat inap jiwa yang disurvei
	dalam 1 bulan
FORMULA	Σ kumulatif waktu perawatan pasien jiwa dalam 1 bulan
PENGUKURAN	Σ pasien rawat inap jiwa yang disurvei dalam 1 bulan
	2 pasien rawat map jiwa yang tistir ver talahi 1 bulah
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN DATA	Total
	V Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	≤ 6 Minggu
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan
	RS lain, dengan standar, dengan praktik
	terbaik
SUMBER	Rekam Medis
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat
DATA	Inap
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	Eksternal: Pemerintah Daerah
	Ziiotoma, i omorimum Daoran

# j. Kejadian Pasien Melarikan Diri

JUDUL	Kejadian Pasien Melarikan Diri
INDIKATOR	
DEFINISI	Kejadian pasien lari adalah kejadian pasien
OPERASIONAL	rawat inap yang meninggalkan rumah sakit
	tanpa pemberitahuan
TUJUAN	Tergambarnya kejadian pasien melarikan diri
	dari lingkungan RS
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan keamanan
DASAR	Kejadian pasien melarikan diri dapat
PEMIKIRAN/	menggambarkan bagaimana rumah sakit
ALASAN	menjaga keamanan dan keselamatan pasien
PEMILIHAN	baik rawat jalan maupun rawat inap
INDIKATOR	
NUMERATOR	-
DENOMINATOR	-
FORMULA	Jumlah pasien yang melarikan diri
PENGUKURAN	
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	Bulanan
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	111W dianan
	0
NILAI AMBANG/ STANDAR	0
	Statistila Dun Chart
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: Run Chart
AIMU CICIANIA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan
	RS lain, dengan standar, dengan praktik
SUMBER	terbaik Survei harian
	Surver marian
DATA/AREA MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat
DATA	
PUBLIKASI	Inap Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	
DITII	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

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

JUDUL	Persentase Pasien yang Mampu ADL (Activity
INDIKATOR	Daily Living)
DEFINISI OPERASIONAL	Pasien mampu ADL adalah pasien mampu melakukan <i>Activity Daily Living</i> 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 METODE PENGUMPULAN DATA	<ul> <li>Σ pasien pulang rawat inap yang mampu ADL</li> <li>Σ seluruh pasien rawat inap yang pulang</li> <li>V Retrospektif</li> <li>SensusHarian</li> </ul>
CAKUPAN DATA	V Total Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	87%
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER	Rekam Medis
DATA/AREA MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat
DATA	Inap
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

## 1. Angka Reaksi Transfusi

JUDUL	Angka Reaksi Transfusi
	Aligka Reaksi Traffsiusi
INDIKATOR	D 1 1 2 C 1 1 1 1 77 1 1 77 1 1 D1 1
DEFINISI	Reaksi transfusi adalah Kejadian Tidak Diharapkan
OPERASIONAL	(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	Menggambarkan keamanan tindakan medis yang
PEMIKIRAN/	dilakukan
ALASAN	
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi
	dalam 1 bulan
FORMULA	Σ kejadian reaksi transfusi dalam 1 bulan
PENGUKURAN	$\Sigma$ seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam 1 bulan $x$ 100%
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	
DATA	V Sensus Harian
CAKUPAN DATA	V Total
CHROTHI DHILL	Sampel
	Samper
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	≤ 0,01%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan
	RS lain, dengan standar, dengan praktik
	terbaik
SUMBER	Rekam Medis
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Inap
DATA	
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah
	Discornar, Stommering, I chilefficall Dactail

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

JUDUL	Penegakan Diagnosis TB (Tuberculosis) melalui
INDIKATOR	Pemeriksaan Mikroskopis TB
DEFINISI	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan
OPERASIONAL	mikroskopis pada pasien rawat inap
TUJUAN	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan
	mikroskopis TB
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan keselamatan
DASAR	Penegakan diagnosis TB dengan tepat dan cepat
PEMIKIRAN/	diperlukan untuk penentuan pengobatan pasien
ALASAN	dengan tepat dan cepat pula agar pasien cepat
PEMILIHAN	sembuh tanpa atau dengan minimal lesi (cacat)
INDIKATOR	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	E penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
PENGUKURAN	Σ seluruh penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
METODE	V Sensus harian
PENGUMPULAN	Retrospektif
DATA	
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Triwulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	≥ 60%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan
	standar
SUMBER	Rekam Medis
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat
DATA	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	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan
INDIKATOR	TB di Rumah Sakit
DEFINISI	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang
OPERASIONAL	rawat inap ke RS
TUJUAN	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di
1000/111	RS
DIMENSI MUTU	Efektivitas
DASAR	- Sebagai salah satu fungsi manajemen untuk
PEMIKIRAN/	menilai keberhasilan pelaksanaan program
ALASAN	- Untuk dapat segera mendeteksi bila ada masalah
PEMILIHAN	dalam pelaksanaan kegiatan yang telah
INDIKATOR	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	Σ seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
PENGUKURAN	Σ seluruh kasus TB rawat inap di RS x 100%
METODE	77
PENGUMPULAN	Schous harian
DATA	Retrospektif
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Triwulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	≥ 60%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan
	standar
SUMBER	Rekam Medis
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat
DATA	Jalan
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Tim TB
	Eksternal: Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman,
	Pemerintah Daerah
•	

## o. Kepuasan Pelanggan

JUDUL	Kepuasan Pelanggan
INDIKATOR	
DEFINISI	- Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi
OPERASIONAL	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/	Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan IKM menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan
ALASAN	yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong
PEMILIHAN	setiap unit penyelenggara pelayanan untuk
INDIKATOR	meningkatkan kualitas pelayanannya
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi
FORMULA	Total nilai persepsi per unsur
PENGUKURAN	Total unsur yang terisi x Nilai penimbang
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN	Total
DATA	V Sampel
FREKUENSI	Triwulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Tahunan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	≥ 80%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner
DATA/AREA	hasil survei
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab dan mutu Bidang Pelayanan Medik
DATA	
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	Rata-Rata Pasien yang Kembali Ke Perawatan
INDIKATOR	Intensif dengan Kasus yang Sama < 72 Jam
DEFINISI	Pasien kembali ke wisma intensif dari wisma rawat
OPERASIONAL	inap maintenance dengan kasus yang sama kembali
	pada kondisi krisis dalam waktu < 72 jam
TUJUAN	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
DIMENSI MUTU	Efektivitas
DASAR	Bahwa pasien yang kembali ke ruang intensif < 72
PEMIKIRAN/	jam dapat disebabkan karena kriteria keluar dari
ALASAN	ruang intensif kurang sempurna atau pelayanan di
PEMILIHAN	ruang rawat inap tidak seintensif di ruang intensif
INDIKATOR	
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	Encerion we keembali he wieme intensif de beene briefe < 72 jam dlm 1 bulen
PENGUKURAN	$\frac{\Sigma}{\Sigma}$ pasien yg kembali ke wisma intensif dg kasus krisis < 72 jam dlm 1 bulan $\frac{\Sigma}{\Sigma}$ seluruh pasien yg dipindah dari wisma intensif ke wisma maintenance dlm 1 bln $\frac{\Sigma}{\Sigma}$
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	≤ 3%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan
	RS lain, dengan standar, dengan praktik
	terbaik
SUMBER	Rekam Medis
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu IRI
DATA	
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	Eksternal : Pemerintah Daerah

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

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

### c. Penanganan Pasien Gaduh Gelisah > 48 Jam

JUDUL	Penanganan Pasien Gaduh Gelisah > 48 Jam
INDIKATOR	
DEFINISI	- Penanganan pasien gaduh gelisah adalah
OPERASIONAL	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	Penanganan pasien gaduh gelisah > 48 jam
PEMIKIRAN/	menggambarkan efektifitas penanganan pada
ALASAN	pasien yang dapat meningkatkan kepuasan
PEMILIHAN INDIKATOR	pelanggan dan meningkatkan keselamatan
NUMERATOR	Jumlah pasien gaduh gelisah yang teratasi >
NUMERATOR	48 jam
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien gaduh gelisah
FORMULA	
PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ pasien gaduh gelisah yang teratasi} > 48 \text{ jam}}{\Sigma \text{ seluruh pasien gaduh gelisah}} x 100\%$
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	Selisus Harian
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	Triwulanan
FREKUENSI	111w dialiali
ANALISIS DATA	≤ 20%
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ ∠U /0
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan
	RS lain, dengan standar, dengan praktik
	terbaik
SUMBER	Rekam medis
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat
DATA	Intensif
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi
	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah
<u> </u>	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·

## d. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis

JUDUL INDIKATOR	Kepatuhan Jam <i>Visite</i> Dokter Spesialis
DEFINISI OPERASIONAL	Kepatuhan Jam <i>Visite</i> 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
DIMENOI MITTI	meningkatkan kualitas pelayanan
DIMENSI MUTU	Efisiensi, efektifitas, dan kesinambungan pelayanan
DASAR	Peningkatan kualitas pelayanan pasien rawat
PEMIKIRAN	inap
/ ALASAN	
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah <i>visite</i> dokter spesialis sebelum jam 14.00
DENOMINATOR	pada hari berjalan
FORMULA	Jumlah <i>visite</i> dokter spesialis pada hari berjalan
PENGUKURAN	Σ visite dokter spesialis sebelum jam 14.00 pada hariberjalan x 100%
	Σ visite dokter spesialis pada hari berjalan
METODE PENGUMPULAN	Retrospektif
DATA	V Sensus Harian
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	Dalanan
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	≥ 80%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS
SUMBER	lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
DATA/AREA	Laporan <i>visite</i> rawat inap dalam rekam medik
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat
DATA	Intensif
	Internal: Laporan Kerja Instalasi
	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah
	,

## 5. Pelayanan Rehabilitasi Medik

#### a. Kejadian Luka Bakar pada Tindakan Heating

INDIKATOR   DEFINISI	JUDUL	Kejadian Luka Bakar pada Tindakan <i>Heating</i>
OPERASIONAL  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  DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR  NUMERATOR - DENOMINATOR - DENOMINATOR - FORMULA  METODE PENGUKURAN  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  CAKUPAN DATA  CAKUPAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOL	INDIKATOR	
OPERASIONAL  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  DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR  NUMERATOR  DENOMINATOR  FORMULA Jumlah kejadian luka bakar setelah dilakukan tindakan heating  METODE PENGUKURAN  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  CAKUPAN DATA  Triwulanan  FREKUENSI ANALISIS DATA NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING PJ PENGUMPUL DATA  Penanggung jawab data mutu Instalasi Rehabilitasi Medik	DEFINISI	Kejadian luka bakar pada tindakan <i>heating</i>
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  DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMIKIHAN INDIKATOR  NUMERATOR  DENOMINATOR  FORMULA PENGUKURAN  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  CAKUPAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ BERDAR  NILAI AMBANG/ BERDAR  ANALISIS DATA  NILA	OPERASIONAL	merupakan kejadian luka bakar yang terjadi
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  DIMENSI MUTU  DASAR  PEMIKIRAN  /ALASAN  PEMIKIRAN  /ALASAN  PEMILIHAN  INDIKATOR  NUMERATOR  DENOMINATOR  FORMULA  PENGUKURAN  METODE  PENGUMPULAN  DATA  CAKUPAN DATA  CAKUPAN DATA  FREKUENSI  PENGUMPULAN  DATA  FREKUENSI  PENGUMPULAN  DATA  FREKUENSI  ANALISIS DATA  MILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI  ANALISIS DATA  MILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI  ANALISIS DATA  METODOLOGI		
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  DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMIKIHAN INDIKATOR  NUMERATOR  DENOMINATOR  PENGUKURAN  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  CAKUPAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  Sampel  Bulanan  Triwulanan ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  METODOLOGI ANALISI AMBANG  ANALISIS DATA  METODOLOGI ANALISIS DATA  METODOLOGI ANA		
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  DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR  NUMERATOR - DENOMINATOR - TORMULA PENGUKURAN  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  CAKUPAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  Sampel  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  METODOLOGI		
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  NUMERATOR - DENOMINATOR - FORMULA PENGUKURAN METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA V Total Sampel  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  METODOLOGI ANA		
setelah pemberian tindakan heating (IR, SWD), demi keselamatan pasien  DIMENSI MUTU Keselamatan dan keamanaan  DASAR PEMIKIRAN /ALASAN Peningkatan keselamatan pasien  PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR  NUMERATOR - DENOMINATOR - FORMULA Jumlah kejadian luka bakar setelah dilakukan tindakan heating  METODE PENGUKURAN WETODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA V Total Sampel  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI Statistik: Run Chart Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL  DATA Penanggung jawab data mutu Instalasi Rehabilitasi Medik		
setelah pemberian tindakan heating (IR, SWD), demi keselamatan pasien  DIMENSI MUTU Keselamatan dan keamanaan  DASAR PEMIKIRAN /ALASAN Peningkatan keselamatan pasien  PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR  NUMERATOR - DENOMINATOR -  FORMULA Jumlah kejadian luka bakar setelah dilakukan tindakan heating  METODE PENGUKURAN WETODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA V Total Sampel  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL  DATA Penanggung jawab data mutu Instalasi Rehabilitasi Medik	TUJUAN	Mengetahui ada tidaknya kejadian luka bakar
DIMENSI MUTU Keselamatan dan keamanaan  DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR NUMERATOR DENOMINATOR - FORMULA PENGUKURAN METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  METODOLOGI ANALISIS DATA  SUMBER DATA/AREA MONITORING PJ PENGUMPUL DATA  Peningkatan keselamatan pasien  Peningkatan kesela		setelah pemberian tindakan heating (IR, SWD),
DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR  NUMERATOR DENOMINATOR  FORMULA PENGUKURAN  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  MILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  METODOLOGI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  ANALISIS DATA  REPICATOR  REPICA		demi keselamatan pasien
PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR  NUMERATOR  DENOMINATOR  FORMULA PENGUKURAN  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  Triwulanan ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  METODOLOGI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  MILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  MILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  REPICATOR  REPIC	DIMENSI MUTU	
ALASAN   PEMILIHAN   INDIKATOR   NUMERATOR   DENOMINATOR   DENOMINATOR   TORMULA   DENGUKURAN   TODE   Retrospektif   V Sensus Harian   DATA   V Total   Sampel   Sampel   FREKUENSI   PENGUMPULAN DATA   Triwulanan   PENGUMPULAN DATA   PENGUMPUL DATA   Penanggung jawab data mutu Instalasi Rehabilitasi Medik   Penanggung jawab data mutu Instalasi Rehabilitasi Medik   PENGUMPUL DATA   Penanggung jawab data mutu Instalasi Rehabilitasi Medik   PENGUMPUL DATA   PENANGUMPUL PENANGUMPUL DATA   PENANGUMPUL PENANGUMPU	DASAR	Peningkatan keselamatan pasien
PEMILIHAN INDIKATOR  NUMERATOR  DENOMINATOR  FORMULA PENGUKURAN  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA	PEMIKIRAN	
INDIKATOR  NUMERATOR  DENOMINATOR  FORMULA PENGUKURAN  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  METODOLOGI ANALISIS DATA  METODOLOGI ANALISIS DATA  Sumber  METODOLOGI ANALISIS DATA  PENGUMPUL Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  Register indikator mutu  Penanggung jawab data mutu Instalasi Rehabilitasi Medik	/ALASAN	
NUMERATOR DENOMINATOR FORMULA FORMULA PENGUKURAN  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  CAKUPAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  MILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANA	PEMILIHAN	
FORMULA FORMULA PENGUKURAN  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  METODOLOGI ANALISIS  METODOLOGI ANALISIS DATA  METODOLOGI ANALISIS DATA  METODOL	INDIKATOR	
FORMULA PENGUKURAN  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  MILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  METODOLOGI ANALISIS DATA  Statistik: Run Chart Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA  Jumlah kejadian luka bakar setelah dilakukan tindakan heating  Retrospektif  V Sensus Harian  V Total Sampel  Frekuensi Sulanan  V Total Sampel  Frekuensi Sulanan  O Statistik: Run Chart Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA  Penanggung jawab data mutu Instalasi Rehabilitasi Medik	NUMERATOR	-
PENGUKURAN tindakan heating  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  CAKUPAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA  Rehabilitasi Medik	DENOMINATOR	-
METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  CAKUPAN DATA  V Total Sampel  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  METODOLOGI ANALISIS DATA  Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL Penanggung jawab data mutu Instalasi DATA  Rehabilitasi Medik	FORMULA	Jumlah kejadian luka bakar setelah dilakukan
PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  V Total Sampel  FREKUENSI Bulanan  PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI Triwulanan ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  METODOLOGI ANALISIS DATA  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL Penanggung jawab data mutu Instalasi DATA  Rehabilitasi Medik	PENGUKURAN	tindakan <i>heating</i>
DATA  CAKUPAN DATA  V Total Sampel  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  METODOLOGI ANALISIS DATA  Statistik: Run Chart Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL Penanggung jawab data mutu Instalasi Rehabilitasi Medik	METODE	Retrospektif
CAKUPAN DATA  V Total Sampel  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  Statistik: Run Chart Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA  Penanggung jawab data mutu Instalasi Rehabilitasi Medik	PENGUMPULAN	V Sensus Harian
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL Penanggung jawab data mutu Instalasi DATA  Rehabilitasi Medik	DATA	
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL Penanggung jawab data mutu Instalasi Rehabilitasi Medik	CAKUPAN DATA	V Total
PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL Penanggung jawab data mutu Instalasi Rehabilitasi Medik		Sampel
PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL Penanggung jawab data mutu Instalasi Rehabilitasi Medik	EDEKLIENCI	Pulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL Penanggung jawab data mutu Instalasi Rehabilitasi Medik		Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL Penanggung jawab data mutu Instalasi Rehabilitasi Medik		
ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI Statistik: Run Chart ANALISIS DATA Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER Register indikator mutu  DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL Penanggung jawab data mutu Instalasi Rehabilitasi Medik		The instant and the second sec
NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL Penanggung jawab data mutu Instalasi Rehabilitasi Medik		iriwulanan
METODOLOGI ANALISIS DATA Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL Penanggung jawab data mutu Instalasi Rehabilitasi Medik		
METODOLOGI ANALISIS DATA Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA Rehabilitasi Medik  Statistik: Run Chart Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  Register indikator mutu  Instalasi Rehabilitasi Medik	·	U
ANALISIS DATA Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER Register indikator mutu  DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL Penanggung jawab data mutu Instalasi Rehabilitasi Medik		
lain, dengan standar, dengan praktik terbaik  SUMBER     Register indikator mutu  DATA/AREA     MONITORING  PJ PENGUMPUL Penanggung jawab data mutu Instalasi     Rehabilitasi Medik		
SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL Penanggung jawab data mutu Instalasi DATA Register indikator mutu  A para para para para para para para par	ANALISIS DATA	
DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL Penanggung jawab data mutu Instalasi DATA Rehabilitasi Medik	OTIVE DE	
MONITORING  PJ PENGUMPUL Penanggung jawab data mutu Instalasi DATA Rehabilitasi Medik		Register indikator mutu
PJ PENGUMPUL Penanggung jawab data mutu Instalasi DATA Rehabilitasi Medik	· '	
DATA Rehabilitasi Medik		
		88 8 3
PUBLIKASI   Internal: Laporan Kerja Instalasi		
1		
DATA Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah	DATA	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

## b. Kepuasan Pelanggan

шрш	Vanuagan Dalanggan
JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan
DEFINISI	Vanuagan adalah namurataan tartara nagarat
OPERASIONAL	- Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan
OFERASIONAL	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
1000AIN	Medik yang mampu memberikan kepuasan
	pelanggan
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan mutu pelayanan
DASAR	Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan IKM
PEMIKIRAN/	menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan
ALASAN	yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong
PEMILIHAN	setiap unit penyelenggara pelayanan untuk
INDIKATOR	meningkatkan kualitas pelayanannya
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi
FORMULA	Total nilai persepsi per unsur x Nilai penimbang
PENGUKURAN	Total unsur yang terisi
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN	Total
DATA	V Sampel
FREKUENSI	Triwulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Tahunan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	≥ 80%
STANDAR METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Statistik: <i>Run Chart</i> Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner
DATA/AREA	hasil survei
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab dan mutu Bidang Pelayanan Medik
DATA	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi
	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

## 6. Pelayanan Radiologi

### a. Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Radiologi

JUDUL	Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Radiologi
INDIKATOR	wakta Tangga Hashi Temeriksaan Radiologi
DEFINISI	Waktu tunggu hasil pemeriksaan radiologi
OPERASIONAL	adalah waktu yang diperlukan dari mulainya
OI EKASIONAL	
	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	Angka waktu tunggu hasil pemeriksaan < 3
PEMIKIRAN/	jam menggambarkan upaya rumah sakit
ALASAN	dalam upaya meningkatkan kepuasan
PEMILIHAN	pelanggan dan kenyamanan pasien
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil
	pemeriksaan radiologi
DENOMINATOR	Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan
	radiologi
FORMULA	Σ kumulatif waktu tunggu hasil pemeriksaan radiologi
PENGUKURAN	Σ pasien yang dilakukan pemeriksaan radiologi
METODE	
PENGUMPULAN	Retrospektif
DATA	V Sensus Harian
CAKUPAN DATA	Total
	V Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	≤ 3 jam
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan
	RS lain, dengan standar, dengan praktik
	terbaik
SUMBER	Rekap Harian
DATA/AREA	Tomp Harmi
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi
	Penanggung jawab data mutu Instalasi Radiologi
DATA	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi
	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

## b. Pelaksanaan Ekspertisi oleh Dokter Spesialis Radiologi

JUDUL	Pelaksanaan Ekspertisi oleh Dokter Spesialis Radiologi
INDIKATOR	
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	Memastikan diagnosis dengan tepat guna menentukan
PEMIKIRAN /	penanganan yang akan diberikan
ALASAN	r y y y
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah foto Rontgen yang diekspertisi oleh Dokter
	Spesialis Radiologi dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pemeriksaan foto Rontgen dalam 1
	bulan
FORMULA	Σ foto Rontgen yang diekspertisi oleh dokter SpRad dalam 1 bulan
PENGUKURAN	Σ seluruh pemeriksaan foto Rontgen dalam 1 bulan
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	100%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER	Register di Instalasi Radiologi
DATA/AREA MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Radiologi
DATA	i changgang Jawab data mutu metalasi Nadiologi
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi
	Eksternal: Pemerintah Daerah
	Exoluliai, i chichillali Datiali

### c. Kepuasan Pelanggan

шрш	Vanuagan Dalanggan
JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan
DEFINISI	Kanyagan adalah namuyataan tantang namagai
OPERASIONAL	- Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan
OFERASIONAL	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	Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan
PEMIKIRAN	IKM menjadi bahan penilaian terhadap unsur
/ALASAN	pelayanan yang masih perlu perbaikan dan
PEMILIHAN	menjadi pendorong setiap unit penyelenggara
INDIKATOR	pelayanan untuk meningkatkan kualitas
NUMBER 1800	pelayanannya
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi
FORMULA	Total nilai persepsi per unsur x Nilai penimbang
PENGUKURAN	Total unsur yang terisi
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	
DATA	
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Triwulanan
PENGUMPULAN	111W dianan
DATA	
FREKUENSI	Tahunan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	≥ 80%
STANDAR	_ 55.5
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil
DATA/AREA	survei
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Bidang Pelayanan
DATA	Medik
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah
	,

### 7. Pelayanan Laboratorium

### a. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

JUDUL	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium
INDIKATOR	
DEFINISI	- Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
OPERASIONAL	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	Hasil pelayanan laboratorium yang cepat terhadap
PEMIKIRAN /	proses pendaftaran pasien dapat memberikan
ALASAN	kenyamanan dan efisiensi waktu pelayanan
PEMILIHAN	selanjutnya
INDIKATOR	
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	Σ kumulatif wkt tunggu hasil pelayanan lab pasien yg disurvei dlm 1 bulan
PENGUKURAN	Σ pasien yg diperiksa di lab yg disurvei dlm bulan tsb
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN DATA	Total
	V Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	≤ 140 menit
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS
	lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER	Rekap Harian
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi
DATA	Laboratorium
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi
	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

### b. Pelaksana Ekspertisi oleh Dokter Spesialis Patologi Klinik

JUDUL	Pelaksana Ekspertisi oleh Dokter Spesialis Patologi
INDIKATOR	Klinik
DEFINISI	- Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah Dokter
OPERASIONAL	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
1000711	laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk
	memastikan ketepatan diagnosis
DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis
DASAR	Memastikan diagnosis dengan tepat guna menentukan
PEMIKIRAN/	penanganan yang akan diberikan
ALASAN	
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi oleh
DENOMINATOR	dokter SpPK dalam 1 bulan  Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam
DENOMINATOR	1 bulan
FORMULA	Σ hasil lab yang diverifikasi oleh dokter SpPK dalam 1 bulan x 100%
PENGUKURAN	Σ seluruh pemeriksaan lab dalam 1 bulan x 100%
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	100%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS
SUMBER	lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
DATA/AREA	Register di Instalasi Laboratorium
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi
DATA	Laboratorium
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	Eksternal: Pemerintah Daerah

## c. Kejadian Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

JUDUL	Kejadian Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan
INDIKATOR	Laboratorium
DEFINISI	- Kejadian kesalahan penyerahan hasil adalah hasil
OPERASIONAL	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	Setiap hasil pemeriksaan merupakan dokumen penting
PEMIKIRAN/	tentang informasi hasil laboratorium yang harus diterima
ALASAN	pada pasien dan keluarga pasien yang berhak atau
PEMILIHAN	petugas yang berwenang
INDIKATOR	
NUMERATOR	-
DENOMINATOR	-
FORMULA	Jumlah kejadian kesalahan penyerahan hasil
PENGUKURAN	pemeriksaan hasil laboratorium
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISA DATA	
NILAI AMBANG/	0
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISA DATA	Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS lain,
	dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER	Rekap Harian
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Laboratorium
DATA	
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

## d. 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 untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada 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   Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan IKM menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanannya nutuk meningkatkan kualitas pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang terisi Total unsur yang terisi Sensus Harian	JUDUL	Kepuasan Pelanggan
DPERASIONAL  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 tingkata kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkata 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  DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMIKIRAN /ALASAN PEMIKIRAN /ALASAN INDIKATOR  DENOMINATOR  DENOMINATOR  DENOMINATOR  Total nilai persepsi per unsur  DENOMINATOR  DENOMINATOR  Total nilai persepsi per unsur  Total unsur yang terisi  PENGUMPULAN DATA  PENGUMPULAN DATA  Triwulanan  PEREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  METODOLOGI ANALISIS DATA  METODOLOGI ANALISIS DATA  Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei  Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei  Hesil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei  Hesil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei  Penanggung jawab data mutu Bidang Pelayanan  Medik  PUBLIKASI  Internal: Laporan Kerja Instalasi	INDIKATOR	
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		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
TUJUAN  Terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pelanggan  DIMENSI MUTU  Efektivitas dan mutu pelayanan  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  DENOMINATOR  Total nilai persepsi per unsur  Total unsur yang terisi  FORMULA PENGUKURAN  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  CAKUPAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  METODOLOGI ANALISIS DATA  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA  PENGUMPUL DATA  PUBLIKASI  Internal: Laporan Kerja Instalasi  IKM menjadi bahan menilaian terhadap unsur pelayanan dengan standar semanal pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan dengan standar semanal pendorong setiap unit penyelengara pelayanan dengan standar semanal pendorong setiap unit penyelengan semanal pendorong setiap unit penyelengara pelayanan pelayanan pelayanan pelayanan pelayanan pelayanan pelayanan pelayanan pendorong setiap unit penyelengara pelayanan pelayanan penjalian terhadap unsur penyelengara pelayanan pelayanan penjalian terhadap unsur penyelengara penayananyan pengananyan pengananyan pengayananyan pe		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
DIMENSI MUTU Efektivitas dan mutu pelayanan  DASAR PEMIKIRAN   Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan IKM menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanannya untuk meningkatkan kualitas pelayanannya  NUMERATOR   Total nilai persepsi per unsur  DENOMINATOR   Total unsur yang terisi  FORMULA   PENGUKURAN   Total unsur yang terisi  METODE   PENGUMPULAN DATA   Total unsur yang terisi  PENGUMPULAN DATA   Total unsur yang terisi  FREKUENSI   Sampel   FREKUENSI   Sampel    FREKUENSI   PENGUMPULAN DATA   Triwulanan    FREKUENSI   PENGUMPULAN DATA   Total unsur yang terisi    Sampel   FREKUENSI   Sampel    FREKUENSI   FREKUENSI   ANALISIS DATA   Tahunan    METODOLOGI   ANALISIS DATA   Statistik: Run Chart   Interpretasi data: Bandingkan dengan standar    SUMBER   DATA/AREA   MONITORING    PJ PENGUMPUL   Penanggung jawab data mutu Bidang Pelayanan   Medik    PUBLIKASI   Internal: Laporan Kerja Instalasi	(T) I I I I A D I	
DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR DENOMINATOR PENGUKURAN  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA FREKUENSI PENGUMPULAN DATA FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  INILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  PUBLIKASI  PUBLIKASI  Internal: Laporan Kerja Instalasi	TUJUAN	
DASAR PEMIKIRAN PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR DENOMINATOR DENOMINATOR PENGUKURAN  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA PERGUMPULAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  PUBLIKASI  PUBLIKASI  Internal: Laporan Kerja Instalasi	DIMENSI MUTU	1 1 00
PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR DENOMINATOR DENOMINATOR PENGUKURAN  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  PUBLIKASI  PUBLIKASI  Internal: Laporan Kerja Instalasi	DASAR	Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan
PEMILIHAN   menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya	PEMIKIRAN	IKM menjadi bahan penilaian terhadap unsur
INDIKATOR pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya  NUMERATOR Total nilai persepsi per unsur  DENOMINATOR Total unsur yang terisi  FORMULA PENGUKURAN Total unsur yang terisi  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  CAKUPAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  ITIWUIAnan  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL Penanggung jawab data mutu Bidang Pelayanan Medik  PUBLIKASI  Internal: Laporan Kerja Instalasi	/ALASAN	pelayanan yang masih perlu perbaikan dan
NUMERATOR  DENOMINATOR  DENOMINATOR  Total nilai persepsi per unsur  Total unsur yang terisi  FORMULA PENGUKURAN  METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA NILAI AMBANG/STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  SUMBER DATA/AREA MONITORING PJ PENGUMPUL DATA  Penanggung jawab data mutu Bidang Pelayanan Medik  PUBLIKASI  Total nilai persepsi per unsur Total unsur yang terisi  **Nilai penimbang* **Nilai penimbang*  **Nilai penimbang* **Nilai penimbang*  *	PEMILIHAN	menjadi pendorong setiap unit penyelenggara
NUMERATOR       Total nilai persepsi per unsur         DENOMINATOR       Total unsur yang terisi         FORMULA PENGUKURAN       Total nilai persepsi per unsur Total unsur yang terisi       x Nilai penimbang         METODE PENGUMPULAN DATA       Retrospektif Sensus Harian         CAKUPAN DATA       V         FREKUENSI PENGUMPULAN DATA       Triwulanan         FREKUENSI PENGUMPULAN DATA       Tahunan         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       Internal: Laporan Kerja Instalasi	INDIKATOR	pelayanan untuk meningkatkan kualitas
DENOMINATOR FORMULA PENGUKURAN  Total unsur yang terisi  Retrospektif Sensus Harian  CAKUPAN DATA  CAKUPAN DATA  Total Sampel  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  METODOLOGI ANALISIS DATA  SUMBER DATA/AREA MONITORING PJ PENGUMPUL DATA  PUBLIKASI  Total V Total Sensus Harian  Triwulanan  Triwulanan  Triwulanan  Analisis Data  NILAI AMBANG/ Statistik: Run Chart Interpretasi data: Bandingkan dengan standar  Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei  Medik  PUBLIKASI  Internal: Laporan Kerja Instalasi		pelayanannya
DENOMINATOR   Total unsur yang terisi	NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur
METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  CAKUPAN DATA  CAKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  Triwulanan  Triwulanan  Triwulanan  Triwulanan  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  METODOLOGI ANALISIS DATA  SUMBER DATA/AREA MONITORING PJ PENGUMPUL DATA  PUBLIKASI  PUBLIKASI  Total unsur yang terisi  X Nilai penimbang  Nelisi Sensus Harian  V Total Sampel  Triwulanan  Fried  Triwulanan  Fried  Analisis DATA  Tahunan  Analisis Panimbang  Total unsur yang terisi X Nilai penimbang X Nilai penimbang X Nilai penimbang  Nelisi V Denimbang  Total unsur yang terisi  Nelisi Nelisis penimbang  Total unsur yang terisi  Nilai penimbang  Penambang  Nelisis in Nilai penimbang  Penambang  Nelisis in Nilai penimbang  Penausur yang terisi  Nilai penausur yang terisi  Nilai penimbang  Penausur yang terisi  Nilai penau	DENOMINATOR	
METODE PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  CAKUPAN DATA  CAKUPAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  Triwulanan  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  METODOLOGI ANALISIS DATA  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA  PENGUMPULAN DATA  Interpretasi data: Bandingkan dengan standar Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei  PUBLIKASI  Internal: Laporan Kerja Instalasi  PUBLIKASI  Internal: Laporan Kerja Instalasi	FORMULA	Total nilai nersensi ner unsur
PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  CAKUPAN DATA  V Total Sampel  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA  V Total Sampel  Triwulanan  Tahunan  Analisis Data  Statistik: Run Chart Interpretasi data: Bandingkan dengan standar  Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei  PUBLIKASI  PUBLIKASI  Internal: Laporan Kerja Instalasi	PENGUKURAN	x Nilai penimbana
PENGUMPULAN DATA  CAKUPAN DATA  CAKUPAN DATA  V Total Sampel  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA  V Total Sampel  Triwulanan  Tahunan  Analisis Data  Statistik: Run Chart Interpretasi data: Bandingkan dengan standar  Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei  PUBLIKASI  PUBLIKASI  Internal: Laporan Kerja Instalasi	METODE	Retrospektif
DATA  CAKUPAN DATA  V Total Sampel  FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA  PUBLIKASI  CAKUPAN DATA  V Total Sampel  Triwulanan  Tahunan  Analisis DATA  Suman  Tahunan  Analisis DATA  Statistik: Run Chart Interpretasi data: Bandingkan dengan standar  Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei  PUPLISIANA  Medik  PUBLIKASI  Internal: Laporan Kerja Instalasi	_	
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA  Sampel  Triwulanan  Triwulanan  Tahunan  Analisis DATA  Tahunan  Analisis DATA  Statistik: Run Chart Interpretasi data: Bandingkan dengan standar  Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei  PJ PENGUMPUL DATA  Medik  PUBLIKASI  Internal: Laporan Kerja Instalasi		Sensus Harian
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  Interpretasi data: Bandingkan dengan standar  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA  PUBLIKASI  Internal: Laporan Kerja Instalasi	CAKUPAN DATA	V Total
PENGUMPULAN DATA  FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA  PUBLIKASI  Internal: Laporan Kerja Instalasi  Tahunan  Tahunan  Analisis Data  Statistik: Run Chart Interpretasi data: Bandingkan dengan standar  Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei  Penanggung jawab data mutu Bidang Pelayanan Medik  Internal: Laporan Kerja Instalasi		Sampel
DATAFREKUENSI ANALISIS DATATahunanNILAI AMBANG/ STANDAR≥ 80%METODOLOGI ANALISIS DATAStatistik: Run Chart Interpretasi data: Bandingkan dengan standarSUMBER DATA/AREA MONITORINGHasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil surveiPJ PENGUMPUL DATAPenanggung jawab data mutu Bidang Pelayanan MedikPUBLIKASIInternal: Laporan Kerja Instalasi	FREKUENSI	Triwulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA  NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA  PUBLIKASI  PUBLIKASI  Tahunan  Pusui Run Chart  Interpretasi data: Bandingkan dengan standar  Interpretasi data: Bandingkan dengan standar  Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei  Britain  Tahunan  Tahunan  Tahunan  Nedik  Internal: Laporan Kerja Instalasi	PENGUMPULAN	
NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI Statistik: Run Chart ANALISIS DATA Interpretasi data: Bandingkan dengan standar  SUMBER Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei  PJ PENGUMPUL Penanggung jawab data mutu Bidang Pelayanan Medik  PUBLIKASI Internal: Laporan Kerja Instalasi	DATA	
NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA  PUBLIKASI  PUBLIKASI  METODOLOGI Statistik: Run Chart Interpretasi data: Bandingkan dengan standar Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei  Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei  Sumbara Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei  Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei  Sumbara Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei  Sumbara Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei  PJ PENGUMPUL DATA  Medik  Internal: Laporan Kerja Instalasi	FREKUENSI	Tahunan
NILAI AMBANG/ STANDAR  METODOLOGI ANALISIS DATA  SUMBER DATA/AREA MONITORING  PJ PENGUMPUL DATA  PUBLIKASI  PUBLIKASI  METODOLOGI Statistik: Run Chart Interpretasi data: Bandingkan dengan standar Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei  Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei  Sumbara Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei  Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei  Sumbara Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei  Sumbara Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei  PJ PENGUMPUL DATA  Medik  Internal: Laporan Kerja Instalasi	ANALISIS DATA	
METODOLOGI ANALISIS DATA SUMBER DATA/AREA MONITORING PJ PENGUMPUL DATA PUBLIKASI PUBLIKASI METODOLOGI Statistik: Run Chart Interpretasi data: Bandingkan dengan standar Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei survei  Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei survei  Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei survei  Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei survei  Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei survei  Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei survei  Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei survei  Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei	NILAI AMBANG/	≥ 80%
ANALISIS DATA Interpretasi data: Bandingkan dengan standar  SUMBER Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei  MONITORING PJ PENGUMPUL Penanggung jawab data mutu Bidang Pelayanan Medik  PUBLIKASI Internal: Laporan Kerja Instalasi	STANDAR	
SUMBER DATA/AREA MONITORING PJ PENGUMPUL DATA PUBLIKASI PUBLIKASI BASI BASI BASI Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei survei survei hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei survei survei hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei survei survei hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei survei survei hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei survei hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei survei hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei survei hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei survei hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei	METODOLOGI	Statistik: Run Chart
SUMBER DATA/AREA MONITORING PJ PENGUMPUL DATA PUBLIKASI PUBLIKASI BASI BASI BASI Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei survei survei hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei survei survei hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei survei survei hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei survei survei hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei survei hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei survei hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei survei hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei survei hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei	ANALISIS DATA	Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
MONITORING  PJ PENGUMPUL Penanggung jawab data mutu Bidang Pelayanan Medik  PUBLIKASI Internal: Laporan Kerja Instalasi	SUMBER	
PJ PENGUMPUL Penanggung jawab data mutu Bidang Pelayanan Medik  PUBLIKASI Internal: Laporan Kerja Instalasi	DATA/AREA	<u> •</u>
DATA Medik PUBLIKASI Internal: Laporan Kerja Instalasi	MONITORING	
PUBLIKASI Internal: Laporan Kerja Instalasi	PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Bidang Pelayanan
D. M.	DATA	Medik
DATA Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah	PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
	DATA	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

## 8. Pelayanan Rehabilitasi Mental

a. Angka Ketidaksesuaian Rehabilitan Mendapatkan Kegiatan Sesuai Hasil Seleksi

JUDUL	Angka Ketidaksesuaian Rehabilitan Mendapatkan
INDIKATOR	Kegiatan Sesuai Hasil Seleksi
DEFINISI	Ketidaksesuaian rehabilitan mendapatkan kegiatan
OPERASIONAL	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
1000711	Mental yang mampu memberikan kenyamanan dan
	kepuasan pelanggan
DIMENSI MUTU	Kesinambungan, efektifitas, efisiensi, dan manfaat
DASAR	Kesesuaian rehabilitan mendapatkan kegiatan
PEMIKIRAN/	rehabilitasi berdasarkan hasil seleksi menggambarkan
ALASAN	upaya rumah sakit dalam memberikan pelayanan
PEMILIHAN	yang tepat sesuai kebutuhan pasien
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah rehabilitan yang mendapatkan kegiatan tidak
	sesuai hasil seleksi
DENOMINATOR	Jumlah rehabilitan yang mendapatkan kegiatan
FORMULA	Σrehabilitan yg mendapatkan kegiatan tidak sesuai hasil seleksi x 100%
PENGUKURAN	Σ rehabilitan yang mendapatkan kegiatan
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V   SensusHarian
DATA	
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	m: 1
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	≤ 5%
STANDAR	Charline II. Down Oh and
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS lain,
OTHER TO	dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER	Rekap harian
DATA/AREA	
MONITORING	Department is a large data was to the transfer of the transfer
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rehabilitasi
DATA	Mental
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

## b. Angka Ketidakpatuhan Rehabilitan Menyelesaikan Proses Tahapan Rehabilitasi

JUDUL INDIKATOR	Angka Ketidakpatuhan Rehabilitan Menyelesaikan Proses Tahapan Rehabilitasi
DEFINISI OPERASIONAL TUJUAN	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 Terselenggarannya pelayanan di Instalasi
	Rehabilitasi Mental yang mampu memberikan kenyamanan dan kepuasan pelanggan
DIMENSI	Kesinambungan, efektifitas, efisiensi, dan manfaat
MUTU	Adamsa mahahilitan sang halum managasi tahanan
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	Σ rehabilitan yang tidak mampu menyelesaikan proses rehabilitasi x 100%
PENGUKURAN	Σ rehabilitan yang mengikuti proses kegiatan seleksi
METODE PENGUMPULAN DATA	V Retrospektif Sensus Harian
CAKUPAN	V Total
DATA	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 15%
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekap harian
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rehabilitasi Mental
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

## 9. Pelayanan Farmasi

a. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi untuk Pasien Rawat Jalan

JUDUL	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi untuk Pasien
INDIKATOR	Rawat Jalan
DEFINISI	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah
OPERASIONAL	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	Waktu tunggu pelayanan resep yang lama
PEMIKIRAN/	mengakibatkan ketidakpuasan pasien
ALASAN	
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan resep
	obat jadi pasien yang disurvei dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
FORMULA	Σkumulatif waktu tunggu pelayanan resep obat jadi pasien yg disurvei dalam 1 bulan
PENGUKURAN	Σ pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
METODE	V Retrospektif
PENGUMPULAN	Sensus Harian
DATA	Selisus Harian
CAKUPAN DATA	Total
	V Sampel
FREKUENSI	Triwulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
I ANALISIS HATA I	
ANALISIS DATA NILAI AMBANG/	
NILAI AMBANG/	≤ 30 menit
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 30 menit
NILAI AMBANG/ STANDAR METODOLOGI	≤ 30 menit  Statistik: Run Chart
NILAI AMBANG/ STANDAR METODOLOGI ANALISIS DATA	≤ 30 menit  Statistik: <i>Run Chart</i> Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
NILAI AMBANG/ STANDAR METODOLOGI ANALISIS DATA SUMBER	≤ 30 menit  Statistik: Run Chart
NILAI AMBANG/ STANDAR METODOLOGI ANALISIS DATA SUMBER DATA/AREA	≤ 30 menit  Statistik: <i>Run Chart</i> Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
NILAI AMBANG/ STANDAR METODOLOGI ANALISIS DATA SUMBER DATA/AREA MONITORING	≤ 30 menit  Statistik: Run Chart Interpretasi data: Bandingkan dengan standar Lembar bill pelayanan apotek
NILAI AMBANG/ STANDAR METODOLOGI ANALISIS DATA SUMBER DATA/AREA MONITORING PJ PENGUMPUL	≤ 30 menit  Statistik: Run Chart Interpretasi data: Bandingkan dengan standar Lembar bill pelayanan apotek
NILAI AMBANG/ STANDAR METODOLOGI ANALISIS DATA SUMBER DATA/AREA MONITORING PJ PENGUMPUL DATA	≤ 30 menit  Statistik: Run Chart Interpretasi data: Bandingkan dengan standar Lembar bill pelayanan apotek  Penanggung jawab data mutu Instalasi Farmasi
NILAI AMBANG/ STANDAR METODOLOGI ANALISIS DATA SUMBER DATA/AREA MONITORING PJ PENGUMPUL	≤ 30 menit  Statistik: Run Chart Interpretasi data: Bandingkan dengan standar Lembar bill pelayanan apotek

### b. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan untuk Pasien Rawat Jalan

JUDUL	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan untuk
INDIKATOR	Pasien Rawat Jalan
DEFINISI	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah
OPERASIONAL	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	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, dan efisiensi
MUTU	
DASAR	Waktu tunggu pelayanan resep yang lama
PEMIKIRAN	mengakibatkan ketidakpuasan pasien
NUMERATOR	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan resep
DENOMINATOR	obat racikan pasien yang disurvei dalam 1 bulan
FORMULA	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
PENGUKURAN	Σ kumulatif wkt tunggu pelayanan resep obat racikan pasien yg disurvei dlm 1 bln
METODE	Σ pasien yang disurvei dalam bulan tersebut  V Retrospektif
PENGUMPULAN	Sensus Harian
DATA	Selisus Harian
CAKUPAN	Total
DATA	V Sampel
FREKUENSI	Triwulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	≤ 60 menit
STANDAR	Charles II a Dans Clause
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER	Lembar bill pelayanan apotek
DATA/AREA	
MONITORING	D
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Farmasi
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi
I ODDIKASI DATA	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah
	EASICITIAI. SISMADAK, PEHIEHIIIAH DAEFAH

### c. Angka Kesalahan Pemberian Obat

JUDUL INDIKATOR	Angka Kesalahan Pemberian Obat
DEFINISI	Angka kesalahan pemberian obat meliputi:
OPERASIONAL	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	Kesalahan dalam pemberian obat akan berisiko
PEMIKIRAN	terhadap keselamatan pasien
/ ALASAN	-
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah kesalahan pemberian obat
DENOMINATOR	Jumlah lembar resep
FORMULA	Σ kesalahan pemberian obat
PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ Hessalattar periods tail obta}}{\Sigma \text{ lembar resep}} \times 100\%$
METODE	•
METODE	V   Retrospektif
PENGUMPULAN	Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	0%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan RS
	lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER	Laporan IKP (Insiden Keselamatan Pasien) Instalasi
DATA/AREA	Farmasi
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Farmasi
DATA	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi
	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

### d. Penulisan Resep sesuai Formularium

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

### e. Kepuasan Pelanggan

JUDUL	Kepuasan Pelanggan
INDIKATOR	
DEFINISI OPERASIONAL	<ul> <li>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).</li> <li>Pemantauan dan pengukuran Kepuasan Pasien dan Keluarga adalah kegiatan untuk mengukur tingkatan kesenjangan pelayanan RS yang</li> </ul>
	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	Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan
PEMIKIRAN	IKM menjadi bahan penilaian terhadap unsur
/ ALASAN	pelayanan yang masih perlu perbaikan dan
PEMILIHAN	menjadi pendorong setiap unit penyelenggara
INDIKATOR	pelayanan untuk meningkatkan kualitas
	pelayanannya.
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi
FORMULA	Total nilai persepsi per unsur
PENGUKURAN	x Nilai penimbana
	Total unsur yang terisi
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN DATA	
	V Sampel
FREKUENSI	Triwulanan
PENGUMPULAN	
DATA	m 1
FREKUENSI	Tahunan
ANALISIS DATA	0.007
NILAI AMBANG/	≥ 80%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil
DATA/AREA	survei
MONITORING PJ PENGUMPUL	Denongging joweb data mutu Didaga Dalawaran
	Penanggung jawab data mutu Bidang Pelayanan Medik
DATA	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi
אוע	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

### 10. Pelayanan Gizi

### a. Angka Keterlambatan Pemberian Makanan kepada Pasien

JUDUL	Angka Keterlambatan Pemberian Makanan
INDIKATOR	kepada Pasien
DEFINISI	Angka keterlambatan pemberian makanan
OPERASIONAL	kepada pasien adalah keterlambatan waktu
OI DIGITION ID	distribusi makanan pada pasien sehingga tidak
	sesuai dengan SPO distribusi makanan yang
	telah ditentukan
TUJUAN	Menggambarkan upaya RS dalam mewujudkan
1000711	keunggulan dalam operasional dan memenuhi
	kepuasan pelanggan
DIMENSI MUTU	Efektifitas dan efisiensi
DASAR	Sebagai tolok ukur mutu pelayanan Instalasi Gizi
PEMIKIRAN/	bebagai tolok akai mata pelayahan metalasi cizi
ALASAN	
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah pasien rawat inap yang terlambat
	mendapatkan makanan dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
FORMULA	$\Sigma$ pasien rawat inap yg terlambat mendapatkan makanan dalam 1 bulan $x$ 100%
PENGUKURAN	$\Sigma$ seluruh pasien rawat inap yang disurvei $x$ 100%
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	School Harlan
CAKUPAN	V Total
DATA	Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISA DATA	
NILAI AMBANG/	≤ 5%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISA DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS
	lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER	Rekap harian
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Gizi
DATA	
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

## b. Angka Sisa Makanan yang Tidak Dimakan oleh Pasien

JUDUL	Angka Sisa Makanan yang Tidak Dimakan
INDIKATOR	oleh Pasien
DEFINISI	Angka sisa makanan yang tidak dimakan oleh
OPERASIONAL	pasien adalah banyaknya porsi makanan yang
OI DIGITION ID	tidak dimakan/tersisa di alat makan pasien
TUJUAN	Menggambarkan upaya rumah sakit dalam
10007111	memberikan pelayanan yang unggul dalam
	operasionalnya, pengurangan biaya, dan
	melaksanakan manajemen risiko
DIMENSI MUTU	Efektifitas dan efisiensi
DASAR	Sebagai tolok ukur mutu pelayanan Instalasi
PEMIKIRAN/	Gizi terkait anggaran bahan makanan pasien
ALASAN	dan memastikan kebutuhan gizi pasien
PEMILIHAN	tercukupi
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien
	yang disurvei
DENOMINATOR	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 bulan
FORMULA	arSigma kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
PENGUKURAN	$\Sigma$ pasien yang disurvei dalam 1 bulan
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	Schisus Harian
CAKUPAN DATA	Total
	V Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISA DATA	
NILAI AMBANG/	≤ 10%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISA DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan
	RS lain, dengan standar, dengan praktik
	terbaik
SUMBER	Rekap harian
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Gizi
DATA	
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah
DATA	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

## c. Kejadian Kesalahan Pemberian Diet

JUDUL	Kejadian Kesalahan Pemberian Diet
INDIKATOR	
DEFINISI	Kejadian kesalahan pemberian diet adalah
OPERASIONAL	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	Sebagai tolok ukur mutu pelayanan Instalasi
PEMIKIRAN/	Gizi dan memastikan pasien mendapatkan
ALASAN	makanan sesuai dengan kebutuhan tubuhnya
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	-
DENOMINATOR	<del>-</del>
FORMULA	Jumlah kejadian kesalahan pemberian diet
PENGUKURAN	
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	0
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan
	RS lain, dengan standar, dengan praktik
	terbaik
SUMBER	Rekap harian
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Gizi
DATA	
PUBLIKASI	Internal: Laporan kerja Instalasi
DATA	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

#### 11. Pelayanan Rekam Medis (RM)

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

DEFINISI   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 (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 Relengkapan rekam medis rawat jalan dapat menggambarkan mutu rekam medis serta 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 waktu 1 x 24 jam  DENOMINATOR Jumlah RM pasien rawat jalan waktu 1 x 24 jam  DENOMINATOR Jumlah RM pasien rawat jalan waktu 1 x 24 jam  DENOMINATOR Jumlah RM pasien rawat jalan waktu 1 x 24 jam  DENOMINATOR Jumlah RM pasien rawat jalan waktu 1 x 24 jam	JUDUL	Angka Ketidaklengkapan Pengisian RM Rawat Jalan 24
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  DASAR  PEMILIHAN  INDIKATOR  Jumlah RM pasien rawat jalan yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam  DENOMINATOR  Jumlah RM pasien rawat jalan yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam  DENOMINATOR  Jumlah RM pasien rawat jalan S RM pasien rawat jalan S RM pasien rawat jalan waktu 1 x 24 jam  DENOMINATOR  ΣRM pasien rawat jalan waktu 1 x 24 jam  ΣRM pasien rawat jalan waktu 1 x 24 jam	INDIKATOR	
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  DASAR  PEMILIHAN  INDIKATOR  Jumlah RM pasien rawat jalan yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam  DENOMINATOR  Jumlah RM pasien rawat jalan yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam  DENOMINATOR  Jumlah RM pasien rawat jalan S RM pasien rawat jalan S RM pasien rawat jalan waktu 1 x 24 jam  DENOMINATOR  ΣRM pasien rawat jalan waktu 1 x 24 jam  ΣRM pasien rawat jalan waktu 1 x 24 jam	DEFINISI	Rekam medis yang lengkap adalah rekam medis yang
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 menggambarkan mutu rekam medis serta menggambarkan proses pengobatan pasien secara menyeluruh sehingga dapat menghasilkan keputusan 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  TRM pasien rajal yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam  TRM pasien rawat jalan  TRM pasien rawat jalan	OPERASIONAL	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
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  PEngobatan pasien yang tepat dan kesinambungan pelayanan yang optimal  NUMERATOR  DENOMINATOR  DENOMINATOR  FORMULA  PENGUKURAN  Tergambarnya kepatuhan PPA dalam pengisian rekam medis rawat jalan dapat mengkapanan mengambarkan mutu rekam medis serta menggambarkan proses pengobatan pasien secara menyeluruh sehingga dapat menghasilkan keputusan pelayanan yang optimal  NUMERATOR  Jumlah RM pasien rawat jalan yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam  DENOMINATOR  FORMULA  PENGUKURAN  Tergambarnya kelengkapan rekam medis rawat jalan dapat menghasilan rekam medis rawat jalan dapat menghayanan dapat menghasilkan keputusan pelayanan yang optimal  Jumlah RM pasien rawat jalan yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam  Tergambarnya kelengkap dalam pengisian rekam medis rawat jalan dapat menghayanan, keselamatan, dan keamanan  Reamanan  Ergambarnya kelengkapan rekam medis rawat jalan dapat menghayanan, keselamatan, dan keamanan  Reamanan  Ergambarnya kelengkapan rekam medis rawat jalan dapat menghayanan, keselamatan, dan keamanan dapat menghayanan pelayanan pasien secara menggambarkan proses pengobatan pasien secara menggambarkan penghayanan pelayanan yang optimal pengobatan pasien rawat jalan yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam rawat jalan yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam rawat jalan yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam rawat jalan yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam rawat jalan yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam rawat jalan yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam rawat jalan yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam rawat jalan yang tidak lengkap dalam yang tidak		_ ` '
DIMENSI MUTU Kesinambungan pelayanan, keselamatan, dan keamanan  DASAR Kelengkapan rekam medis rawat jalan dapat menggambarkan mutu rekam medis serta menggambarkan proses pengobatan pasien secara 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 ΣRM pasien rajal yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam  ΣRM pasien rajal yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam  ΣRM pasien rawat jalan	TUJUAN	Tergambarnya kepatuhan PPA dalam pengisian rekam medis dan tergambarnya kelengkapan rekam medis
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR  NUMERATOR  DENOMINATOR  DENOMINATOR  PENGUKURAN  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  FORMULA PENGUKURAN  E RM pasien rajal yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam  E RM pasien rawat jalan  x 100%	DIMENSI MUTU	Kesinambungan pelayanan, keselamatan, dan
PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR  NUMERATOR DENOMINATOR  DENOMINATOR  PEMILIHAN DENOGUKURAN  menggambarkan mutu rekam medis serta menggambarkan proses pengobatan pasien secara menyeluruh sehingga dapat menghasilkan keputusan pengobatan pasien yang tepat dan kesinambungan pelayanan yang optimal  Jumlah RM pasien rawat jalan yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam  FORMULA PENGUKURAN  TRM pasien rawat jalan  **TRM pasien rawat jalan**  **TRM	DASAR	
ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR  NUMERATOR  DENOMINATOR  DENOMINATOR  PENGUKURAN  menggambarkan proses pengobatan pasien secara menyeluruh sehingga dapat menghasilkan keputusan pengobatan pasien yang tepat dan kesinambungan pelayanan yang optimal  Jumlah RM pasien rawat jalan yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam  FORMULA PENGUKURAN  TRM pasien rawat jalan  TRM pasien rawat jalan  TRM pasien rawat jalan  TRM pasien rawat jalan		
PEMILIHAN INDIKATORmenyeluruh sehingga dapat menghasilkan keputusan pengobatan pasien yang tepat dan kesinambungan pelayanan yang optimalNUMERATORJumlah RM pasien rawat jalan yang tidak lengkap 		38
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  ΣRM pasien rajal yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam ΣRM pasien rawat jalan	PEMILIHAN	menyeluruh sehingga dapat menghasilkan keputusan
NUMERATOR       Jumlah RM pasien rawat jalan yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam         DENOMINATOR       Jumlah RM pasien rawat jalan         FORMULA PENGUKURAN       Σ RM pasien rajal yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam x 100%         Σ RM pasien rawat jalan	INDIKATOR	pengobatan pasien yang tepat dan kesinambungan
dalam waktu 1 x 24 jam  DENOMINATOR  Jumlah RM pasien rawat jalan  FORMULA PENGUKURAN  Σ RM pasien rajal yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam Σ RM pasien rawat jalan  x 100%		pelayanan yang optimal
DENOMINATOR  Jumlah RM pasien rawat jalan  FORMULA PENGUKURAN  Σ RM pasien rajal yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam Σ RM pasien rawat jalan  x 100%	NUMERATOR	Jumlah RM pasien rawat jalan yang tidak lengkap
FORMULA PENGUKURAN  Σ RM pasien rajal yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam Σ RM pasien rawat jalan x 100%		dalam waktu 1 x 24 jam
PENGUKURAN $\frac{\sum RM \text{ pasien rayang tidak rengkap dalam waktu } x \text{ 100}\%}{\sum RM \text{ pasien rawat jalan}} \times 100\%$	DENOMINATOR	Jumlah RM pasien rawat jalan
PENGUKURAN Σ RM pasien rawat jalan x 100%	FORMULA	Σ RM pasien rajal yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam
	PENGUKURAN	r 100%
METODE     Retrospektif	METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN V Sensus Harian		
DATA		
CAKUPAN DATA Total	CAKUPAN DATA	Total
V Sampel		
FREKUENSI Bulanan	FREKUENSI	-

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

## b. Angka Ketidaklengkapan Pengisian RM Rawat Inap

JUDUL	Angka Ketidaklengkapan Pengisian RM Rawat Inap
INDIKATOR	S at a series of S at the series of
DEFINISI	Rekam medis yang lengkap adalah rekam medis yang
OPERASIONAL	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 ( <i>maintenance</i> )
	12.Catatan perkembangan rawat intensif
	13.Catatan perkembangan rawat <i>maintenance</i>
	14.Asuhan gizi pasien rawat inap
	15.Persetujuan Umum ( <i>General Consent</i> )
	Penentuan Sampel menggunakan teori dari <i>Joint</i>
	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
DIMENSOR	rawat inap dalam waktu 3 x 24 jam
DIMENSI MUTU	Kesinambungan pelayanan, keselamatan, dan
DACAD	keamanan
DASAR DEMIZIDAN/	Kelengkapan rekam medis rawat inap dapat
PEMIKIRAN/ ALASAN	menggambarkan mutu rekam medis dan
PEMILIHAN	menggambarkan proses pengobatan pasien secara
INDIKATOR	menyeluruh sehingga dapat menghasilkan keputusan
MDIMATOR	pengobatan pasien yang tepat dan kesinambungan
NUMERATOR	pelayanan yang optimal.
NUMERATUR	Jumlah RM pasien rawat inap yang tidak lengkap dalam 1 bulan
DENOMINATOR	
DENOMINATOR	Jumlah RM rawat inap dalam 1 bulan
FORMULA	Σ RM pasien ranap yang tidak lengkap dalam 1 bulan x 100%
PENGUKURAN	Σ RM rawat inap dalam 1 bulan

METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN DATA	Total
	V Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	0%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS
	lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER	Rekam Medis
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rekam
DATA	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 <i>Informed Consent</i> Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas
DEFINISI	Informed consent adalah persetujuan yang diberikan
OPERASIONAL	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	Memberikan perlindungan kepada pasien terhadap
PEMIKIRAN/	tindakan yang dilakukan dokter
ALASAN	2. Memberikan perlindungan hukum kepada dokter
PEMILIHAN	terhadap tindakan medik yang dilakukan pada
INDIKATOR	pasien
NUMERATOR	Jumlah informed consent yang tidak diisi lengkap yang
	disurvei dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah informed consent yang disurvei dalam 1 bulan
FORMULA	$\Sigma$ informed consent yg tdk diisi lengkap yg disurvei dalam 1 bulan
PENGUKURAN	$\Sigma$ informed consent yang disurvei dalam 1 bulan $x$ 100%
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN	Total
DATA	V Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	m · 1
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	00/
NILAI AMBANG/ STANDAR	0%
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS
AIVALISIS DATA	lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER	Rekam Medis
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rekam
DATA	Medis
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	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	Σ kumulatif waktu penyediaan sampel RM rajal
PENGUKURAN	Σ total sampel RM rajal yang diamati
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN DATA	V Sensus Harian
CAKUPAN	Total
DATA	V Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 10 menit
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , 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	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

### e. Waktu Penyediaan RM Pelayanan Rawat Inap

J <b>É</b> DUL INDIKATOR	Waktu Penyediaan RM Pelayanan Rawat Inap
INDIKATOR DEFINISI	Rekam medis rawat inan adalah rekam medis nasien, yang
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	Σ kumulatif waktu penyediaan sampel RM Rawat Inap Σ sampel RM Rawat Inap yang diamati
METODE PENGUMPULAN DATA	Retrospektif V Sensus Harian
CAKUPAN	Total
DATA	V Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	2.15 manit
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 15 menit
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER	Rekam Medis
DATA/AREA MONITORING	Decrease investigated and the second
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Rekam Medis
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

## f. Kepuasan Pelanggan

шрш	T D1
JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan
DEFINISI	- Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi
OPERASIONAL	pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan
Of Eldiolollin	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
DIMENSON	yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan mutu pelayanan
DASAR DEMIKIDAN/	Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan IKM
PEMIKIRAN/ ALASAN	menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong
PEMILIHAN	setiap unit penyelenggara pelayanan untuk
INDIKATOR	meningkatkan kualitas pelayanannya
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi
FORMULA	Total nilai persepsi per unsur
PENGUKURAN	Total unsur yang terisi x Nilai penimbang
	yg
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN	Total
DATA	V Sampel
FREKUENSI	Triwulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Tahunan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	≥ 80%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner
DATA/AREA	hasil survei
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab dan mutu Bidang Pelayanan Medik
DATA	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi
	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah
	DASICITIAI. DIDWADAN, FEIIIEITHIAH DACIAH

### 12. Pelayanan Pengelolaan Limbah

#### a. Baku Mutu Limbah Cair

JUDUL	Baku Mutu Limbah Cair
INDIKATOR	
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	Dasar PP LH Nomor 27 Tahun 2012 tentang Izin
PEMIKIRAN	Lingkungan
/ALASAN	
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	-
DENOMINATOR	_
FORMULA	Hasil baku mutu limbah cair
PENGUKURAN	
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	a. BOD < 30 mg/1
STANDAR	b. COD < 80 mg/1
	c. TSS < 30 mg/1
	d. pH 6-9
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS
	lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER	Hasil pemeriksaan kualitas limbah cair
DATA/AREA	
MONITORING	December 2 is such data resets IDODO
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu IPSRS
DATA	Internal, Language India Installati
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan kerja Instalasi
מאוא	Eksternal: Pemerintah Daerah

#### b. Pengelolaan Limbah Padat Infeksius sesuai dengan Aturan

JUDUL	Pengelolaan Limbah Padat Infeksius sesuai dengan
INDIKATOR	Aturan
DEFINISI	Limbah padat infeksius adalah sampah pada akibat
OPERASIONAL	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	Melindungi sumber daya manusia rumah sakit,
PEMIKIRAN	pasien, pengunjung dan masyarakat di sekitar rumah
/ ALASAN	sakit dari faktor risiko lingkungan
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah limbah padat infeksius yang dikelola
DEMOMINATOR	sesuai dengan SPO yang diamati
DENOMINATOR	Jumlah seluruh proses pengelolaan limbah padat
FORMULA	infeksius yang diamati
	Σ limbah padat infeksius yg dikelola sesuai dg SPO yg diamati
PENGUKURAN	Σ seluruh proses pengelolaan limbah padat infeksius yg diamati
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	100%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS
OTH (DDD D T T T	lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER DATA	Hasil pengamatan
/AREA	
MONITORING	Dependence iomob data martia IDODO
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu IPSRS
DATA	Totament Language levels Installed
PUBLIKASI DATA	1
	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

#### 13. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit

#### a. Kecepatan Perbaikan Kerusakan Ringan $\leq 3 \times 24$ Jam

JUDUL	Kecepatan Perbaikan Kerusakan Ringan ≤ 3 x 24
INDIKATOR	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	$rac{arSigma}{arSigma}$ E laporan kerusakan ringan yang dapat diperbaiki $\leq 3$ x24 jam $\simeq 100\%$
METODE	V Retrospektif
PENGUMPULAN DATA	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	V Total Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	90%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: <i>Run Chart</i> Interpretasi data: <i>Trend</i> , 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	Internal: Laporan kerja Instalasi
DATA	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

### b. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Medis

JUDUL	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Medis
INDIKATOR	
DEFINISI	Waktu pemeliharaan alat medis adalah waktu yang
OPERASIONAL	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	Memastikan tersedianya peralatan kesehatan yang
PEMIKIRAN/	aman, bermutu, dan laik pakai serta efisien di
ALASAN	rumah sakit sehingga meminimalkan risiko yang
PEMILIHAN	terkait dengan penggunaan peralatan medis
INDIKATOR	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	$\Sigma$ alat medis yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam 1 bulan $x$ 100%
PENGUKURAN	Σ seluruh alat medis yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 1 bulan
METODE	V Retrospektif
PENGUMPULAN	Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	100%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan
	RS lain, dengan standar, dengan praktik
	terbaik
SUMBER	Register pemeliharaan alat
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu IPSRS
DATA	
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	Eksternal: Pemerintah Daerah

#### c. Kalibrasi Alat Medis Tepat Waktu

JUDUL	Kalibrasi Alat Medis Tepat Waktu
INDIKATOR	
DEFINISI	Kalibrasi alat medis tepat waktu adalah pengujian
OPERASIONAL	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	Memastikan alat medis laik dan aman untuk
PEMIKIRAN/AL	digunakan
ASAN	
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah alat medis yang dikalibrasi tepat waktu
DENIONATIVATION	dalam 1 tahun
DENOMINATOR	Jumlah alat medis yang perlu dikalibrasi dalam 1
DODIUM A	tahun
FORMULA	$\Sigma$ alat medis yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun x 100%
PENGUKURAN	$\Sigma$ alat medis yang $perlu$ dikalibrasi d $alam$ 1 tahun
METODE	V Retrospektif
PENGUMPULAN	Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Tahunan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Tahunan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	100%
STANDAR	100,0
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan
	RS lain, dengan standar, dengan praktik
	terbaik
SUMBER	Buku register alat
DATA/AREA	-
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu IPSRS
DATA	
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	Eksternal: Pemerintah Daerah

#### 14. Administrasi dan Manajemen

#### a. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

JUDUL	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja
INDIKATOR DEFINISI	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban RS
OPERASIONAL	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
DIMENSI MUTU	dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan Efektivitas, efisiensi
DASAR	Perbaikan governance dan sistem manajemen
PEMIKIRAN	merupakan agenda penting dalam reformasi
/ ALASAN PEMILIHAN	pemerintahan yang sedang dijalankan oleh pemerintah
INDIKATOR	
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	Σ Lap akuntabilitas kinerja yg lengkap dan dilakukan min 3 bln dlm 1 tahun x 100%
METODE	Σ laporan akuntabilitas yg seharusnya disusun dlm 1 thn  V Retrospektif
PENGUMPULAN	V Retrospektif Sensus Harian
DATA	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	V Total
FREKUENSI	Sampel Tahunan
PENGUMPULAN	Tarranan
DATA	m 1
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan
NILAI AMBANG/	100%
STANDAR	Statistile, Dun Chart
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: Run Chart Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan
	standar
SUMBER	Subbagian Program
DATA/AREA MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Subbagian Program
DATA	Internal: Langran Varia Instalaci
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah
1	Discornar, i chicimtan Dactan

#### 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	Kenaikan pangkat merupakan penghargaan yang
PEMIKIRAN	diberikan atas prestasi kerja dan pengabdian ASN
/ ALASAN	terhadap Negara, sebagai dorongan kepada ASN
PEMILIHAN	untuk lebih meningkatkan prestasi kerja dan
INDIKATOR	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	$\Sigma$ pegawai yg diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dlm 1 thn
PENGUKURAN	arSigma seluruh pegawai yg seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam $1$ tahun
METODE	V Retrospektif
PENGUMPULAN	Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN DATA	V Total Sampel
FREKUENSI	Tahunan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Tahunan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	100%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan
	RS lain, dengan standar, dengan praktik
	terbaik
SUMBER	Subbagian Umum
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Subbagian Umum
DATA	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi
	Eksternal: Pemerintah Daerah

#### c. Ketepatan Waktu Pengurusan Gaji Berkala

JUDUL	Ketepatan Waktu Pengurusan Gaji Berkala
INDIKATOR	
DEFINISI	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji
OPERASIONAL	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	Gaji berkala merupakan hak ASN yang harus
PEMIKIRAN	dipenuhi oleh negara
/ALASAN	
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
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	Σ ASN yg memenuhi syarat diajukan tepat waktu sesuai periode gaji berkala dlm 1 thn
PENGUKURAN	Σ seluruh ASN yg telah memenuhi syarat yg seharusnya diajukan gaji berkala dlm 1 thn
METODE	V Retrospektif
PENGUMPULAN	Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN DATA	V <sub>Total</sub>
	Sampel
FREKUENSI	Tahunan
PENGUMPULAN	Tananan
DATA	
FREKUENSI	Tahunan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	100%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik : Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data : <i>Trend</i> , bandingkan dengan
	RS lain, dengan standar, dengan praktik
	terbaik
SUMBER	Subbagian Umum
DATA/AREA	_
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Subbagian Umum
DATA	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi
	Eksternal: Pemerintah Daerah

#### d. Cost Recovery

JUDUL	Cost Recovery
INDIKATOR	esser resourcing
DEFINISI	Cost Recovery adalah jumlah pendapatan
OPERASIONAL	fungsional dalam periode waktu tertentu
	dibagi dengan jumlah pembelanjaan
	operasional dalam periode waktu tertentu
TUJUAN	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di
1000/111	RS
DIMENSI MUTU	Efisiensi, efektivitas
DASAR	Cost Recovery menggambarkan upaya rumah
PEMIKIRAN/	sakit dalam kondisi sehat keuangannya
ALASAN	sakit dalam kondisi senat kedangannya
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah pendapatan fungsional dalam 1
NOWERATOR	bulan
DENOMINATOR	Jumlah pembelanjaan operasional dalam 1
	bulan
FORMULA	Σ pendapatan fungsional dalam 1 bulan
PENGUKURAN	Σ pembelanjaan operasional dalam 1 bulan x 100%
METODE	
	V Retrospektif
PENGUMPULAN	Sensus Harian
DATA	Tr. m
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	≥ 40%
STANDAR	
METODOLOGI	Deskriptif
ANALISIS DATA	
SUMBER	Subbagian Keuangan (Bendahara Pendapatan
DATA/AREA	dan Pengeluaran)
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Subbagian
DATA	Keuangan
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Subbagian Keuangan
DATA	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah
DATA FREKUENSI ANALISIS DATA NILAI AMBANG/ STANDAR METODOLOGI ANALISIS DATA SUMBER DATA/AREA MONITORING PJ PENGUMPUL DATA PUBLIKASI	≥ 40%  Deskriptif  Subbagian Keuangan (Bendahara Pendapatan dan Pengeluaran)  Penanggung jawab data mutu Subbagian Keuangan

#### e. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

JUDUL	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan
INDIKATOR	Keuangan
DEFINISI	Laporan Keuangan meliputi realisasi anggaran
OPERASIONAL	dan arus kas, harus diselesaikan sebelum
	tanggal 5 setiap bulan berikutnya
TUJUAN	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan
	rumah sakit
DIMENSI MUTU	Efektifitas
DASAR	Ketepatan waktu penyusunan laporan
PEMIKIRAN	keuangan menggambarkan upaya rumah sakit
/ALASAN	dalam ketertiban dan kedisiplinan dalam
PEMILIHAN	menyusun laporan
INDIKATOR	
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	Σ Laporan Keuangan yg diselesaikan sblm tgl 5 bln berikutnya dlm 3 bulan
PENGUKURAN	$\Sigma$ Laporan Keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan $x$ 100%
METODE	V Retrospektif
PENGUMPULAN	Sensus Harian
DATA	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
DDDIVIDNO	-
FREKUENSI	Triwulanan
PENGUMPULAN	
DATA FREKUENSI	Triwulanan
	Triwulanan
ANALISIS DATA	1000/
NILAI AMBANG/	100%
STANDAR	D 1 : 4:6
METODOLOGI	Deskriptif
ANALISIS DATA	
SUMBER	Subbagian Keuangan (Petugas Akuntansi)
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Subbagian
DATA	Keuangan
PUBLIKASI	Internal: Laporan Subbagian Keuangan
DATA	Eksternal: BPKA DIY, SISMADAK, Pemerintah
	Daerah

# f. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi tentang Tagihan Pasien Rawat Inap $\geq 2$ jam

JUDUL	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi tentang Tagihan
INDIKATOR	Pasien Rawat Inap ≥ 2 Jam
DEFINISI	- Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua
OPERASIONAL	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
/DILILIANI	umum
TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi
	pembayaran pasien rawat inap
DIMENSI MUTU	Efektivitas, kenyamanan
DASAR	Peningkatan kepuasan pelanggan
PEMIKIRAN	
/ALASAN	
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah pemberian informasi tagihan pasien rawat inap ≥
	2 jam
DENOMINATOR	Jumlah semua tagihan rawat inap yang diobservasi
FORMULA	$\Sigma$ pemberian informasi tagihan pasien ranap $\geq 2$ jam
PENGUKURAN	$\Sigma$ semua tagihan rawat inap yang diobservasi $x$ 100%
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	
DATA	V Sensus Harian
CAKUPAN DATA	V Total
CHROTHN BHILL	
	Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	≤ 10%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS
	lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER	Hasil pengamatan
DATA/AREA	1 0
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu subbagian Keuangan -
DATA	Kassa
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Unit Kerja
I ODLIKASI DATA	
1	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

### g. Ketepatan Waktu Pemberian Jasa Layanan Sesuai Kesepakatan Waktu

JUDUL	Ketepatan Waktu Pemberian Jasa Layanan
INDIKATOR	sesuai Kesepakatan Waktu
DEFINISI	Pemberian jasa layanan adalah imbalan yang
OPERASIONAL	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	Jasa layanan merupakan bentuk kompensasi yang
PEMIKIRAN/	diberikan rumah sakit buat memicu motivasi dan
ALASAN	sebagai dorongan agar lebih bersemangat dalam
PEMILIHAN	bekerja.
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah bulan dengan ketepatan pemberian jasa
	layanan
DENOMINATOR	3
FORMULA	Σ bulan dengan ketepatan pemberian jasa layanan
PENGUKURAN	$\frac{2 \text{ butan dengan ketepatan pembenan just layanan}}{3} \times 100\%$
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	<del>                                     </del>
DATA	V Sensus Harian
CAKUPAN DATA	V Total
CAROFAN DATA	
DDDIIIIDNGI	Sampel
FREKUENSI	Triwulanan
PENGUMPULAN	
DATA	W.:1
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	1000/
NILAI AMBANG/	100%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan
	RS lain, dengan standar, dengan praktik
GILLIDEE	terbaik
SUMBER	Catatan di Subbagian Keuangan
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Subbagian
DATA	Keuangan
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Subbagian Keuangan
DATA	Eksternal: Pemerintah Daerah

### h. Kecepatan Respon Terhadap Komplain

JUDUL	Kecepatan Respon terhadap Komplain
INDIKATOR	
DEFINISI	- Kecepatan respon terhadap komplain adalah
OPERASIONAL	kecepatan Rumah Sakit dalam menanggapi
	komplain baik tertulis, lisan atau melalui
	media massa yang sudah diidentifikasi
	tingkat risiko dan dampak risiko dengan
	penetapan <i>grading</i> /dampak risiko berupa
	Ekstrim (merah), Tinggi (kuning), Rendah
	(hijau), dan dibuktikan dengan data, dan
	tindak lanjut atas <i>respon time</i> 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	Menjaga kepuasan pelanggan
PEMIKIRAN/	
ALASAN	
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	KKM + KKK + KKH (%)

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

### i. Kepuasan Pelanggan

шыш	V D-1
JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan
DEFINISI	- Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi
OPERASIONAL	pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan
OI DIGIOIONID	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
1000/111	mampu memberikan kepuasan pelanggan
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan mutu pelayanan
DASAR	Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan IKM
PEMIKIRAN/	menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan
ALASAN	yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong
PEMILIHAN	setiap unit penyelenggara pelayanan untuk
INDIKATOR	meningkatkan kualitas pelayanannya
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi
FORMULA	Total nilai persepsi per unsur x Nilai penimbang
PENGUKURAN	Total unsur yang terisi
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN	Total
DATA	V Sampel
FREKUENSI	Triwulanan
PENGUMPULAN	111wulaliali
DATA	
FREKUENSI	Tahunan
ANALISIS DATA	ranunan
	> 000/
NILAI AMBANG/	≥ 80%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner
DATA/AREA	hasil survei
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab dan mutu Bidang Pelayanan Medik
DATA	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi
	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah
·	

#### 15. Pelayanan Ambulans Jenazah

#### a. Waktu Pelayanan Ambulans Jenazah

JUDUL	Waktu Pelayanan Ambulans Jenazah
INDIKATOR	
DEFINISI	Waktu pelayanan ambulans jenazah adalah
OPERASIONAL	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	Memfasilitasi pasien/keluarga pasien yang
PEMIKIRAN	sewaktu-waktu membutuhkan pelayanan
/ALASAN	ambulans jenazah
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulans dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah hari dalam bulan tersebut
FORMULA	Σ waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulans dalam 1 bulan
PENGUKURAN	$\Sigma$ hari dalam bulan tersebut
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	Schsus Harian
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	24 jam
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan
	RS lain, dengan standar, dengan praktik
	terbaik
SUMBER	Instalasi Gawat Darurat
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Subbagian Umum
DATA	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Unit Kerja
	Eksternal: Pemerintah Daerah

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

JUDUL	Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulans
INDIKATOR	Jenazah di Rumah Sakit ≤ 30 Menit
DEFINISI	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans jenazah
OPERASIONAL	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	Tergambarnya pelayanan ambulans jenazah secara
PEMIKIRAN	optimal dan sesuai standar RS
/ALASAN	
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah pelayanan ambulans jenazah yang tepat
	waktu dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh permintaan ambulans jenazah
	dalam 1 bulan
FORMULA	Σ pelayanan ambulans jenazah yg tepat waktu dlm 1 bln
PENGUKURAN	$\frac{\Sigma}{\Sigma}$ seluruh permintaan ambulans jenazah dalam 1 bulan x 100%
	- '
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	100%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS
	lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER	Catatan penggunaan ambulans jenazah
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Subbagian Umum
DATA	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Unit Kerja
	Eksternal: Pemerintah Daerah
	Discornar, i chici ilitali Daciali

#### 16. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

#### a. Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

JUDUL	Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan
INDIKATOR	Jenazah
DEFINISI	Waktu pelayanan tanggap pelayanan
OPERASIONAL	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	Menggambarkan upaya rumah sakit dalam
PEMIKIRAN	memberikan pelayanan terhadap kebutuhan
	pemulasaraan jenazah
NUMERATOR	Jumlah kumulatif waktu pelayanan
	pemulasaraan jenazah dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh jenazah dalam 1 bulan
FORMULA	$\boldsymbol{\Sigma}$ kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah d lm 1 bulan
PENGUKURAN	$\Sigma$ seluruh jenazah dalam $1$ bulan
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	≤ 2 jam
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan
	Rumah Sakit lain, dengan standar, dengan
	praktik terbaik
SUMBER	Rekap harian
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi
DATA	Pemulasaran Jenazah
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi
	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

#### 17. Pelayanan Pemeliharaan Linen

#### a. Kejadian Linen yang Hilang

JUDUL	Kejadian Linen yang Hilang
INDIKATOR	
DEFINISI	Kejadian kehilangan linen adalah hilangnya
OPERASIONAL	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	Adanya jumlah linen yang hilang
PEMIKIRAN/	menggambarkan kualitas pekerjaan dalam
ALASAN	mengelola linen
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	-
DENOMINATOR	-
FORMULA	Jumlah linen yang hilang saat dikembalikan
PENGUKURAN	ke unit pengirim
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
EDEKLIENCI	Harian
FREKUENSI	папап
PENGUMPULAN	
DATA	D-1
FREKUENSI	Bulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	0
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik : Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi Data : <i>trend</i> , bandingkan dengan
	standar
SUMBER	Buku Ekspedisi penerimaan linen kotor dan
DATA/AREA	Buku Ekspedisi pengembalian/pendistribusian
MONITORING	linen bersih
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi
DATA	Pemeliharaan Linen
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

## b. Angka Ketidaktepatan Waktu Pengembalian Linen untuk Instalasi Rawat Inap $\leq 24$ Jam

JUDUL	Angka Ketidaktepatan Waktu Pengembalian
INDIKATOR	Linen untuk Instalasi Rawat Inap ≤ 24 Jam
DEFINISI	Ketidaktepatan waktu pengembalian linen untuk
OPERASIONAL	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	Pengembalian atau distribusi linen bersih tidak
PEMIKIRAN/	tepat waktu
ALASAN	
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
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	Σ wisma yg tidak mendapatkan distribusi linen bersih dalam waktu ≤ 24 jam x 100%
PENGUKURAN	$\Sigma$ seluruh wisma yg mendapatkan distribusi linen bersih dlmperiode yg sama
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN	V Total
DATA	Sampel
FREKUENSI	Harian
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Harian
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	0%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi Data: <i>trend</i> , bandingkan dengan
	standar
SUMBER	Buku Ekspedisi Waktu Pengembalian Linen untuk
DATA/AREA	Instalasi Rawat Inap
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi
DATA	Pemeliharaan Linen
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	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	Pelayanan terhadap Pasien PBI dan Pasien Dinas
INDIKATOR	Sosial yang Datang ke RS pada Setiap Unit
INDIKATOR	Pelayanan
DEFINISI	Pasien PBI adalah pasien pemegang kartu PBI JKN
OPERASIONAL	KIS dan Jamkesos
TUJUAN	
DIMENSI MUTU	Tergambarnya kepedulian RS terhadap masyarakat Aksesibilitas
DASAR	
PEMIKIRAN/AL	Setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan
ASAN	kesenatan yang undutunkan
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah pasien PBI yang dilayani RS dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien PBI yang datang ke RS
DENOMINATOR	dalam 1 bulan
FORMULA	
PENGUKURAN	Σ pasien PBI yang dilayani RS dalam 1 bulan x 100%
TENGORORAN	$\Sigma$ seluruh pasien PBI yang datang ke RS dalam 1 bulan
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Bulanan
	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	m !
FREKUENSI	Triwulanan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	100%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: Trend, bandingkan dengan
	RS lain, dengan standar, dengan praktik
	terbaik
SUMBER	Register pasien
DATA/AREA	
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi
DATA	Administrasi Pasien dan Verifikasi Klaim
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	Eksternal: Pemerintah Daerah

#### 19. Pelayanan Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan Pengembangan

a. Angka Karyawan yang Mendapatkan Pelatihan Minimal 20 Jam Setahun

шыш	Anala Varrana Mandanathan Dalatihan
JUDUL	Angka Karyawan yang Mendapatkan Pelatihan
INDIKATOR	Minimal 20 Jam Setahun
DEFINISI	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan
OPERASIONAL	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	Angka karyawan yang mendapatkan pelatihan
PEMIKIRAN /	minimal 20 jam setahun menggambarkan upaya RS
ALASAN	dalam peningkatan kompetensi karyawan
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah karyawan yang mendapatkan pelatihan
	minimal 20 jam dalam 1 tahun
DENOMINATOR	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit pada
	tahun yang sama
FORMULA	Σ karyawan yg mendapatkan pelatihan minimal 20 jam dlm 1 tahun
PENGUKURAN	Σ seluruh karyawan di RS pada tahun yang sama x 100%
METODE	V Retrospektif
PENGUMPULAN	Sensus Harian
DATA	Sensus Harian
CAKUPAN	Total
DATA	V Total
DATA	Sampel
FREKUENSI	Tahunan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Tahunan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	≥ 60%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS
	lain, dengan standar, dengan praktik terbaik
SUMBER	Rekapitulasi Data Pelatihan Karyawan (internal dan
DATA/AREA	eksternal)
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Instalasi Diklatlitbang
DATA	
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Instalasi
DATA	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah
L	· ·

#### b. Kepuasan Pelanggan

JUDUL	Kepuasan Pelanggan
INDIKATOR	
DEFINISI	- Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi
OPERASIONAL	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	Survei kepuasan pelanggan dengan IKM menjadi
PEMIKIRAN/ ALASAN	bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong
PEMILIHAN	setiap unit penyelenggara pelayanan untuk
INDIKATOR	meningkatkan kualitas pelayanannya
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi
FORMULA	Total nilai persepsi per unsur
PENGUKURAN	Total unsur yang terisi x Nilai penimbang
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN	Total
DATA	V Sampel
FREKUENSI	Triwulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Tahunan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	≥ 80%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner
DATA/AREA	hasil survei
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab dan mutu Bidang Pelayanan Medik
DATA	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi
	Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

#### 20. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

#### a. Komite PPI Terlatih

1110111	TZ ' DDI (B. 1 . II
JUDUL	Komite PPI Terlatih
INDIKATOR	
DEFINISI	Anggota Komite PPI yang telah mengikuti
OPERASIONAL	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	Komite PPI tanggung jawab untuk mencegah dan
PEMIKIRAN/	meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien,
ALASAN	petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar
PEMILIHAN	fasilitas pelayanan kesehatan
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah anggota Komite PPI yang sudah
	terlatih
DENOMINATOR	Jumlah seluruh Komite PPI
FORMULA	Σ anggota Komite PPI yang sudah terlatih x 100%
PENGUKURAN	Σ seluruh Komite PPI
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	Schous Harian
CAKUPAN DATA	V Total
	Sampel
FREKUENSI	Triwulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Tahunan
ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	≥ 75%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan
	RS lain, dengan standar
SUMBER	Kepegawaian
DATA/AREA	<u>-</u> _
MONITORING	
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Komite PPI
DATA	
PUBLIKASI	Internal: Laporan Kerja Komite
DATA	Eksternal: Pemerintah Daerah
	Protestiai, i chicilitati Daciati

#### b. Angka Penggunaan APD (Alat Pelindung Diri)

JUDUL	Angka Penggunaan APD
INDIKATOR	
DEFINISI	1. Alat Pelindung Diri (APD) adalah pakaian
OPERASIONAL	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	Angka kepatuhan penggunaan APD
PEMIKIRAN/	
ALASAN	
PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah ya dilakukan penggunaan APD
DENOMINATOR	Jumlah ya + tidak prosedur yang perlu
FORMULA	penggunaan APD
	Σ ya dilakukan penggunaan APD x 100%
PENGUKURAN	Σya + tidak prosedur yang perlu penggunaan APD
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	
CAKUPAN DATA	Total
	V Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan

ANALISIS DATA	
NILAI AMBANG/	100%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER DATA	Catatan data lembar hasil monitoring
	penggunaan APD (Audit PPI)
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Komite PPI
DATA	
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	Angka Infeksi HAIs ISK di Wisma Rawat Inap
INDIKATOR	
DEFINISI	Infeksi Saluran Kemih (ISK) atau <i>Urinary Tract</i>
OPERASIONAL	
OPERASIONAL	<ul> <li>Infection (UTI)</li> <li>Terjadi infeksi setelah pemasangan urine kateter ≥ 2 x 24 jam (48 jam)</li> <li>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. &amp; Moore KN,2010).</li> <li>Gejala klinis yang muncul adalah demam, sakit pada supra pubik dan nyeri pada sudut costovertebra.</li> <li>Faktor resiko ISK adalah pasien yang terpasang kateter urin, sedang faktor-faktor lain berkaitan dengan: <ul> <li>Lama pemasangan kateter &gt; 6-30 hari berisiko terjadinyainfeksi</li> <li>Gender wanita</li> <li>Diabetes, malnutrisi, renalin sufficiency</li> <li>Monitoring urine output (manipulasi pengambilan spesimenurin)</li> <li>Posisi drainage kateter lebih rendah dari urinebag</li> <li>Kontaminasi selama pemasangan kateter</li> </ul> </li> </ul>
	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	Angka infeksi HAIs ISK di Wisma Rawat Inap
PEMIKIRAN/	menggambarkan kualitas pelayanan yang
ALASAN	tidak mengakibatkan hal yang merugikan bagi
PEMILIHAN	pasien
INDIKATOR	

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

### d. Angka Phlebitis

JUDUL	Angka Phlebitis
INDIKATOR	8 1 1 1 1
DEFINISI	1. Phlebitis dalam klasifikasi HAIs oleh CDC,
OPERASIONAL	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  intrava algular, tugakuh 315 laalagi
	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
DIMENIOI MITTUI	Inap
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan kenyamanan
DASAR PEMIKIRAN	Terwujudnya patient <i>safety</i> dan mencegah terjadinya plebitis
	piebitis
/ALASAN PEMILIHAN	
INDIKATOR	
NUMERATOR	Jumlah pasien yang mengalami phlebitis
DENOMINATOR	Jumlah lama hari pasien terpasang infus
FORMULA	Σ pasien yang mengalami phlebitis
PENGUKURAN	$\frac{\Sigma}{\Sigma}$ lama hari pasien terpasang infus $x$ 1000%
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA  CAKUDAN DATA	
CAKUPAN DATA	Total
PDEKLENG	V Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	

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

### e. Angka Ketidakpatuhan Cuci Tangan

JUDUL	Angka Ketidakpatuhan Cuci Tangan
INDIKATOR	
DEFINISI OPERASIONAL	<ul> <li>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).</li> <li>Audit kebersihan tangan adalah prosedur penilaian kepatuhan petugas melakukan kebersihan tangan sesuai 5 indikasidari WHO yaitu: <ol> <li>sebelum kontak dengan pasien</li> <li>sebelum melakukan tindakan invasif dan aseptik</li> <li>setelah kontak dengan cairan tubuh</li> <li>setelah kontak dengan lingkungan dengan menjalankan 6 tahap teknik melakukan</li> </ol> </li> </ul>
	kebersihan tangan.
	- Enam indikasi kebersihan tangan:
	<ol> <li>Sebelum kontak dengan pasien, yaitu sebelum masuk ruangan perawatan pasien</li> <li>Kontak dengan pasien meliputi menyentuh</li> </ol>
	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
	<ul> <li>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</li> <li>- Enam langkah teknik melakukan kebersihan</li> </ul>
	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	Kebersihan tangan (cuci tangan) wajib dilakukan
PEMIKIRAN/	oleh semua petugas yang ada di rumah sakit
ALASAN	karena sebagai pilar pengendalian dan
PEMILIHAN	pencegahan infeksi dengan memutus mata rantai
INDIKATOR	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	,
	Σ tidak dilakukan cuci tangan x 100%
PENGUKURAN	Σya + tidak dilakukan cuci tangan
METODE	Retrospektif
PENGUMPULAN	V Sensus Harian
DATA	School Harlan
CAKUPAN DATA	Total
	V Sampel
FREKUENSI	Bulanan
PENGUMPULAN	
DATA	
FREKUENSI	Triwulanan
	11111 41411411
ANALISIS DATA	. 150/
NILAI AMBANG/	≤ 15%
STANDAR	
METODOLOGI	Statistik: Run Chart
ANALISIS DATA	Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER	Catatan data dan pengamatan kebersihan tangan
DATA/AREA	di semua unit pelayanan pasien (lembar hasil
MONITORING	monitoring cuci tangan)
PJ PENGUMPUL	Penanggung jawab data mutu Komite PPI
DATA	i changgang jawas data mutu ixumite i i i
DATA	

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

#### GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

ttd.

#### HAMENGKU BUWONO X

Salinan Sesuai Dengan Aslinya KEPALA BIRO HUKUM,

ttd.

<u>DEWO ISNU BROTO I.S.</u> NIP. 19640714 199102 1 001