



**GUBERNUR NUSA TENGGARA TIMUR**

**PERATURAN GUBERNUR NUSA TENGGARA TIMUR  
NOMOR 51 TAHUN 2023**

**TENTANG**

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
PADA UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH RUMAH SAKIT JIWA NAIMATA KUPANG  
PADA DINAS KESEHATAN, KEPENDUDUKAN DAN PENDAFTARAN SIPIL  
PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA  
GUBERNUR NUSA TENGGARA TIMUR,**

- Menimbang** : a. bahwa untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum pada Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Jiwa Naimata Kupang pada Dinas Kesehatan, Kependudukan dan Pencatatan Sipil Provinsi Nusa Tenggara Timur, diperlukan standar pelayanan minimal;
- b. bahwa sesuai amanat Pasal 43 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, standar pelayanan minimal diatur dengan Peraturan Kepala Daerah;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Standar Pelayanan Minimal Pada Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Jiwa Naimata Kupang Pada Dinas Kesehatan, Kependudukan Dan Pencatatan Sipil Provinsi Nusa Tenggara Timur;
- Mengingat** : 1. 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 beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
2. Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2022 tentang Provinsi Nusa Tenggara Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 164, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6810);

3. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
4. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

**MEMUTUSKAN :**

**Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH RUMAH SAKIT Jiwa NAIMATA KUPANG PADA DINAS KESEHATAN, KEPENDUDUKAN DAN PENCATATAN SIPIL PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR.**

**BAB I**

**KETENTUAN UMUM**

**Bagian Kesatu**

**Batasan Pengertian dan Definisi**

**Pasal 1**

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Provinsi Nusa Tenggara Timur.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Timur
3. Gubernur adalah Gubernur Nusa Tenggara Timur.
4. Dinas Kesehatan, Kependudukan dan Pencatatan Sipil yang selanjutnya disebut Dinas adalah Dinas Kesehatan, Kependudukan dan Pencatatan Sipil Provinsi Nusa Tenggara Timur.
5. Kepala Dinas Kesehatan, Kependudukan dan Pencatatan Sipil yang selanjutnya disebut Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan, Kependudukan dan Pencatatan Sipil Provinsi Nusa Tenggara Timur.
6. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Jiwa Naimata Kupang.
7. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK BLUD adalah Pola Pengelolaan Keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menetapkan praktek-praktek bisnis yang sehat.
8. Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Jiwa Naimata Kupang yang selanjutnya disebut RSJ Naimata adalah Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Jiwa Naimata Kupang pada Dinas Kesehatan, Kependudukan dan Pencatatan Sipil Provinsi Nusa Tenggara Timur.



9. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan RSJ Naimata kepada masyarakat.
10. Penerima Bantuan Iuran adalah masyarakat miskin dan tidak mampu yang iuran jaminan kesehatannya dibiayai oleh pemerintah pusat dan Pemerintah Daerah.
11. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat.
12. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
13. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
14. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
15. Target adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.

## **Bagian Kedua**

### **Maksud dan Tujuan**

#### **Pasal 2**

- (1) Maksud ditetapkannya Peraturan Gubernur ini adalah sebagai pedoman bagi Pemerintah Daerah dan RSJ Naimata dalam perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM RSJ Naimata.
- (2) Tujuan ditetapkannya Peraturan Gubernur adalah terwujudnya peningkatan sekaligus menjamin mutu pelayanan RSJ Naimata kepada masyarakat.

## **Bagian Ketiga**

### **Ruang Lingkup**

#### **Pasal 3**

Ruang lingkup Peraturan Gubernur ini meliputi:

- a. Jenis Pelayanan, Indikator Kinerja dan target;
- b. pelaksanaan; dan
- c. pembinaan.

**BAB II**  
**JENIS PELAYANAN DAN SPM**  
**Bagian Kesatu**  
**Jenis Pelayanan**  
**Pasal 4**

- (1) RSJ Naimata bertugas memberikan pelayanan kesehatan terhadap perorangan secara paripurna melalui upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan dan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.
- (2) Jenis Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:
- 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 psikososial;
  - i. pelayanan farmasi;
  - j. pelayanan gizi;
  - k. pelayanan transfusi darah;
  - l. pelayanan rekam medis;
  - m. pelayanan pengelolaan limbah;
  - n. pelayanan pemeliharaan sarana prasarana rumah sakit;
  - o. pelayanan administrasi dan manajemen;
  - p. pelayanan ambulans jenazah;
  - q. pelayanan pemulasaraan jenazah;
  - r. pelayanan pemeliharaan linen;
  - s. pelayanan terhadap pasien Penerima Bantuan Iuran;
  - t. pelayanan pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan;
  - u. pelayanan pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - v. pelayanan Central Sterilisasi Suplay dan Distribusi (CSSD); dan
  - w. pelayanan sistem informasi RSJ Naimata.



## **Bagian Kedua**

### **SPM**

#### **Pasal 5**

- (1) SPM RSJ Naimata, indikator dan Standar setiap pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran I dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.
- (2) Uraian SPM RSJ Naimata sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran II dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

## **BAB III**

### **PELAKSANAAN**

#### **Pasal 6**

- (1) RSJ Naimata melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM yang telah ditetapkan dalam Peraturan Gubernur ini.
- (2) Direktur bertanggung jawab terhadap pelaksanaan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- (3) Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## **BAB IV**

### **PEMBINAAN DAN PENGAWASAN**

#### **Pasal 7**

- (1) Gubernur melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Peraturan Gubernur ini.
- (2) Pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), didelegasikan kepada Kepala Dinas.

## **BAB V**

### **PERAN SERTA MASYARAKAT**

#### **Pasal 8**

- (1) Setiap orang dapat memberikan kritik, saran, dan/atau pengaduan terhadap pelayanan RSJ Naimata yang tidak memenuhi SPM.
- (2) Kritik, saran, dan/atau pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada Direktur.
- (3) Mekanisme pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

**BAB VI**  
**KETENTUAN PENUTUP**

**Pasal 9**

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Nusa Tenggara Timur.

Ditetapkan di Kupang  
pada tanggal 4 SEPTEMBER 2023  
GUBERNUR NUSA TENGGARA TIMUR,

  
VIKTOR BUNGTILU LAISKODAT

Diundangkan di Kupang  
pada tanggal 4 September 2023

SEKRETARIS DAERAH  
PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR,

  
KOSMAS D. LANA

BERITA DAERAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR TAHUN 2023 NOMOR 051



**LAMPIRAN I**  
**PERATURAN GUBERNUR NUSA TENGGARA TIMUR**  
**NOMOR : 51 TAHUN 2023**  
**TANGGAL : 4 September 2023**

TENTANG SPM RSJ NAIMATA, INDIKATOR DAN STANDAR SETIAP JENIS PELAYANAN PADA RSJ NAIMATA

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
1.	Pelayanan Kegawatdaruratan	<div>1. Jam buka pelayanan gawat darurat;</div> <div>2. Angka dokter dan perawat pemberi layanan bersertifikat ACLS/PPGD/GELS (<i>Advanced Cardiac Life Support</i> / Pelatihan Penanganan Gawat Darurat / <i>General Emergency Life Support</i>);</div> <div>3. <i>Emergency Respon Time</i> / ERT (IGD) ≤ 5 menit;</div> <div>4. Kematian pasien ≤ 24 jam;</div> <div>5. Pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 Jam;</div> <div>6. Kepuasan pelanggan;</div> <div>7. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka.</div>	<div>24 jam</div> <div>100%</div> <div>100%</div> <div>≤ 2 per 1000 (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)</div> <div>100 %</div> <div>≥ 70 %</div> <div>100 %</div>
2.	Pelayanan Rawat Jalan	<div>1. Pemberi pelayanan di poli jiwa;</div> <div>2. Ketersediaan pelayanan di Rumah Sakit Jiwa Naimata Kupang.</div>	<div>100%</div> <div>a. Gangguan mental organik; b. NAPZA; c. Gangguan psikotik; d. Gangguan ansietas-depresi; e. Psikosomatis; f. Psikiatri anak dan remaja;</div>

		3. Angka jam mulai pelayanan sesuai ketentuan (08.00); 4. Waktu tunggu rawat jalan; 5. Penegakan diagnosis TB (Tuberculosis) melalui pemeriksaan mikroskopis TB; 6. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit; 7. Kepuasan pelanggan.	g. Mental retardasi; h. Psikometri; i. Usia lanjut. 100%  ≤ 60 menit  ≥ 60%  ≥ 60%  ≥ 90%
3.	Pelayanan Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di rawat inap: a. Dokter Spesialis; b. Dokter Umum; c. Perawat minimal pendidikan D3. 2. Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa penanggung jawab pasien rawat inap jiwa; 3. Kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian; 4. Kematian pasien > 48 jam; 5. Kejadian pulang paksa; 6. Ketersediaan pelayanan rawat inap di RS Jiwa;  7. Kejadian adanya pasien bunuh diri; 8. Angka <i>re-admission</i> pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan; 9. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa; 10. Kejadian pasien melarikan diri; 11. Kepuasan pelanggan	100%  100%  0  ≤ 0,24%  ≤ 5% a. Gangguan mental organik; b. NAPZA; c. Gangguan psikotik; d. Gangguan neurotik.  0  ≤ 10%  ≤ 6 minggu  0 87,15 %



4	Pelayanan Rawat Intensif	1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam; 2. Lama perawatan di IRI (Instalasi Rawat Intensif) > 7 hari; 3. Penanganan pasien gaduh gelisah > 48 jam; 4. Kepatuhan jam <i>visite</i> dokter spesialis; 5. Pemberi pelayanan Unit Intensif.	$\leq 3\%$  $\leq 10\%$  $\leq 20\%$  $\geq 80\%$  a. Dokter spesialis jiwa; b. 100% Perawat minimal D3 dengan Sertifikat Perawat mahir.
5.	Pelayanan Rehabilitasi Medik	1. Kejadian luka bakar pada tindakan <i>heating</i> ; 2. Kepuasan pelanggan.	0  $\geq 80\%$
6	Pelayanan Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pemeriksaan radiologi; 2. Pelaksanaan ekspertisi oleh Dokter Spesialis Radiologi; 3. Kepuasan pelanggan; 4. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen.	$\leq 3$ jam  100%  $\geq 80\%$  Kerusakan foto $\leq 2\%$
7	Pelayanan Laboratorium	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium; 2. Pelaksana ekspertisi oleh Dokter Spesialis Patologi Klinik; 3. Kejadian kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium; 4. Kepuasan pelanggan.	$\leq 140$ menit  100%  0  $\geq 80\%$
8	Pelayanan Rehabilitasi Mental	1. Angka ketidaksesuaian rehabilitan mendapatkan kegiatan sesuai hasil seleksi; 2. Angka ketidakpatuhan rehabilitan menyelesaikan proses tahapan rehabilitasi;	$\leq 5\%$  $\leq 15\%$
9	Pelayanan Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi untuk pasien	$\leq 30$ menit

		rawat jalan; 2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan untuk pasien rawat jalan; 3. Angka kesalahan pemberian obat; 4. Penulisan resep sesuai formularium; 5. Kepuasan pelanggan.	$\leq 60$ menit  0% 100% $\geq 80\%$
10	Pelayanan Gizi	1. Angka keterlambatan pemberian makanan kepada pasien; 2. Angka sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien; 3. Kejadian kesalahan pemberian diet.	$\leq 5\%$  $\leq 10\%$  0
11	Pelayanan Rekam Medis	1. Angka ketidaklengkapan pengisian RM rawat jalan 24 jam setelah selesai pelayanan; 2. Angka ketidaklengkapan pengisian RM Rawat Inap; 3. Angka ketidaklengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas; 4. Waktu penyediaan RM pelayanan rawat jalan; 5. Waktu penyediaan RM pelayanan rawat inap; 6. Kepuasan pelanggan.	0%  0%  0%  $\leq 10$ menit  $\leq 15$ menit  $\geq 80\%$
12	Pelayanan Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair;  2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan.	a. BOD ( <i>Biological Oxygen Demand</i> ) < 30 mg/l; b. COD ( <i>Chemical Oxygen Demand</i> ) < 80 mg/l; c. TSS ( <i>Total Suspended Solid</i> ) < 30 mg/l; d. pH 6-9. 100%
13	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Prasarana RS	1. Kecepatan perbaikan kerusakan ringan $\leq 3 \times 24$ jam; 2. Ketepatan waktu	90%  100%



		pemeliharaan alat medis; 3. Kalibrasi alat medis tepat waktu.	100%
14	Pelayanan Administrasi dan Manajemen	1. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja; 2. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat; 3. Ketepatan waktu pengelolaan gaji berkala; 4. <i>Cost recovery</i> ; 5. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan; 6. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap $\geq 2$ jam; 7. Ketepatan waktu pemberian jasa layanan sesuai kesepakatan waktu; 8. Kecepatan respon terhadap complain; 9. Kepuasan pelanggan.	100% 100% 100% $\geq 40\%$ 100% $\leq 10\%$ 100% $\geq 75\%$ $\geq 80\%$
15	Pelayanan Ambulans Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulans jenazah; 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans jenazah di rumah sakit $\leq 30$ menit.	24 jam 100%
16	Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah.	$\leq 2$ jam
17	Pelayanan Pemeliharaan Linen	1. Kejadian linen yang hilang; 2. Angka ketidaktepatan waktu pengembalian linen untuk instalasi rawat inap $\leq 24$ jam.	0 0%
18	Pelayanan terhadap Pasien Penerima Bantuan Iuran (PBI)	Pelayanan terhadap pasien PBI dan pasien Dinas Sosial yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan.	100%
19	Pelayanan Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan Pengembangan	1. Angka karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam setahun; 2. Kepuasan pelanggan.	$\geq 60\%$ $\geq 80\%$
20	Pelayanan PPI (Pencegahan dan	1. Komite PPI terlatih; 2. Angka penggunaan APD	$\geq 75\%$

Pengendalian Infeksi)	(Alat Pelindung Diri);	100%
	3. Angka infeksi HAIs (Healthcare Associated Infections) ISK (Infeksi Saluran Kemih) di wisma rawat inap;	≤ 5%
	4. Angka phlebitis;	≤ 5%
	5. Angka ketidakpatuhan cuci tangan.	≤15%

GUBERNUR NUSA TENGGARA TIMUR,

VIKTOR BUNGILU LAISKODAT

a/



**LAMPIRAN II**  
**PERATURAN GUBERNUR NUSA TENGGARA TIMUR**  
**NOMOR** : 5/ TAHUN 2023  
**TANGGAL** : 4 SEPTEMBER 2023

TENTANG URAIAN SPM RSJ NAIMATA

**1. PELAYANAN KEGAWATDARURATAN.**

a. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat.

JUDUL INDIKATOR	Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat.				
DEFINISI OPERASIONAL	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.				
TUJUAN	Tersedianya pelayanan gawat darurat 24 jam di setiap rumah sakit.				
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan keamanan.				
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Penanganan kegawatdaruratan harus disiagakan tanpa henti.				
NUMERATOR	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 bulan.				
DENOMINATOR	Jumlah hari dalam 1 bulan.				
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 bulan}}{\Sigma \text{ hari dalam 1 bulan}}$				
METODE PENGUMPULAN DATA	<table><tr><td></td><td>Retrospektif</td></tr><tr><td>V</td><td>Sensus Harian</td></tr></table>		Retrospektif	V	Sensus Harian
	Retrospektif				
V	Sensus Harian				
CAKUPAN DATA	<table><tr><td></td><td>Total</td></tr><tr><td>V</td><td>Sampel</td></tr></table>		Total	V	Sampel
	Total				
V	Sampel				
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan.				
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan.				
NILAI AMBANG/ STANDAR	24 jam.				

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 bulanan.
PJ PENGUMPUL DATA	Kepala Instalasi Gawat Darurat.
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah.

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

JUDUL INDIKATOR	Angka Dokter dan Perawat Pemberi Layanan Bersertifikat ACLS/PPGD/GELS.
DEFINISI OPERASIONAL	Tenaga dokter dan perawat yang memberikan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat adalah tenaga yang kompeten yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ACLS/PPGD/GELS yang masih berlaku sesuai ketentuan.
TUJUAN	Tergambarnya upaya rumah sakit dalam peningkatan nilai, keunggulan klinis, manajemen risiko, dan keselamatan pasien.
DIMENSI MUTU	Kesinambungan pelayanan kompetensi teknis dan hubungan antar manusia.
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Petugas kesehatan khususnya dokter dan perawat telah memiliki keterampilan dan keahlian khusus yang wajib dimiliki saat bertugas di Instalasi Gawat Darurat.
NUMERATOR	Jumlah dokter dan perawat yang memberikan pelayanan di IGD yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ACLS/PPGD/GELS yang masih berlaku sesuai ketentuan.
DENOMINATOR	Jumlah seluruh dokter dan perawat yang memberikan pelayanan di IGD.
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\text{Jumlah dokter \& perawat yg memberikan pelayanan di IGD bersertifikat ACLS/PPGD/GELS}}{\text{Jumlah seluruh dokter \& perawat yang memberi pelayanan di IGD}} \times 100\%$



METODE PENGUMPULAN DATA	<div> <div></div>Retrospektif <div>V</div>Sensus Harian </div>
CAKUPAN DATA	<div> <div>V</div>Total <div></div>Sampel </div>
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan.
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan.
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%
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	Sistem Pelaporan.
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Gawat Darurat.
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK (Sistem Manajemen Dokumentasi Akreditasi), Pemerintah Daerah.

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

JUDUL INDIKATOR	<i>Emergency Respon Time</i> /ERT (IGD) ≤ 5 menit
DEFINISI OPERASIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Emergency Response Time</i> (waktu tanggap) adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dilakukan Triage di IGD sampai mendapat pelayanan dokter;</li> <li>▪ Triage adalah usaha pemilahan pasien sebelum ditangani berdasarkan tingkat kegawatdaruratan/ trauma/penyakit dengan mempertimbangkan prioritas penanganan dan sumber daya yang ada.</li> </ul>
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsif, dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat.

DIMENSI MUTU	Efisiensi, efektifitas, keselamatan dan keamanan, serta kesinambungan pelayanan.		
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Pasien harus mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat sesuai kondisi untuk mencegah akibat yang lebih berat/parah.		
NUMERATOR	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak pasien ditriage sampai dilayani dokter.		
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien yang dilayani.		
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ kumulatif waktu yg diperlukan sejak pasien ditriage sampai dilayani dokter}}{\Sigma \text{ seluruh seluruh pasien yang dilayani}} \times 100\%$		
METODE PENGUMPULAN DATA	<table border="1"><tr><td></td></tr><tr><td>V</td></tr></table> Retrospektif Sensus Harian		V
V			
CAKUPAN DATA	<table border="1"><tr><td>V</td></tr><tr><td></td></tr></table> Total Sampel	V	
V			
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan.		
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan.		
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%.		
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	Sensus harian Catatan: Survei observasi langsung (sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan.		
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu IGD.		
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi, Websait Rumah Sakit jiwa Naimata. Eksternal: SISMAKAP, Pemerintah Daerah.		



d. Kematian Pasien ≤ 24 jam.

JUDUL INDIKATOR	Kematian Pasien ≤ 24 jam.	
DEFINISI OPERASIONAL	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang.	
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat.	
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan keselamatan	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Tingkat kematian pasien di IGD menunjukkan kemampuan dari staf tenaga kesehatan di IGD dalam menangani pasien gawat darurat yang datang di IGD	
NUMERATOR	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang	
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di IGD	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\text{J pasien yang meninggal} \leq 24 \text{ jam sejak pasien datang}}{\text{J seluruh pasien yang ditangani di IGD}} \times 100\%$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<div>V</div>	Retrospektif Sensus
CAKUPAN DATA	<div>V</div>	Total Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan	
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 2 per 1000 (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: <i>Run Chart</i> 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 IGD	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah	

2

e. Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam.

JUDUL INDIKATOR	Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam.	
DEFINISI OPERASIONAL	Pasien dapat ditenangkan adalah pasien dengan gangguan jiwa yang dengan intervensi medis tidak lagi menunjukkan gejala dan tanda agresif yang dapat mencelakakan diri sendiri maupun orang lain sebagai akibat gangguan jiwa yang diderita.	
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menenangkan dan menyelamatkan pasien jiwa dalam pelayanan gawat darurat kesehatan jiwa.	
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan Keselamatan.	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Pasien jiwa yang di bawa oleh keluarga pasien dari rumah ke sarana pelayanan kesehatan harus mendapat pelayanan yang cepat tepat dan akurat untuk meningkatkan keselamatan pasien.	
NUMERATOR	Jumlah pasien gangguan jiwa yang dapat ditenangkan.	
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang menunjukkan gejala dan tanda agresif yang ditangani di Gawat Darurat.	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\sum \text{Jumlah pasien yg ditenangkan}}{\sum \text{jumlah pasien Jiwa yang ditangani di IGD}} \times 100\%$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<div><div></div><div>V</div></div>	Retrospektif Sensus Harian
CAKUPAN DATA	<div><div></div><div>V</div></div>	Total Samnel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan	
FREKUENSI ANALISIS DATA	3 Bulanan	
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%.	
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: <i>Run Chart</i> . Interpretasi data: trend, bandingkan dengan rumah sakit lain.	
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekam Medis.	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu IGD.	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi. Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah.	

2



f. Kepuasan Pelanggan.

JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan.	
DEFINISI OPERASIONAL	<ul style="list-style-type: none"><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 PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan IKM menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya.	
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur.	
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi.	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\text{Total nilai persepsi per unsur}}{\text{Total unsur yang terisi}} \times \text{Nilai penimbang}$	
METODE PENGUMPULAN DATA		Retrospektif
	V	Sensus Harian
CAKUPAN DATA		Total
	V	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan.	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan.	
NILAI AMBANG/ STANDAR	$\geq 80\%$	
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: <i>Run Chart</i> . Interpretasi data: Bandingkan dengan standar.	
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survey.	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab dan mutu Bidang Pelayanan Medik.	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi. Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah.	

2

## 2. PELAYANAN RAWAT JALAN

### a. Pemberi Pelayanan di Poli Jiwa.

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

*J*



b. Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa.

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

*D*

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

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



d. Waktu Tunggu Rawat Jalan.

JUDUL INDIKATOR	Waktu Tunggu Rawat Jalan.	
DEFINISI OPERASIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pendaftaran sampai dilayani oleh dokter/dokter spesialis;</li> <li>➤ Untuk pasien dengan pendaftaran online dihitung mulai pasien konfirmasi kedatangan di poliklinik;</li> <li>➤ Dilayani oleh dokter/dokter spesialis adalah waktu pasien kontak awal dengan dokter/dokter spesialis.</li> </ul>	
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan pada hari kerja yang mudah dan cepat diakses oleh pasien.	
DIMENSI MUTU	Efisiensi, efektifitas, dan kesinambungan pelayanan.	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Peningkatan kualitas pelayanan dan kepuasan pelanggan.	
NUMERATOR	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei.	
DENOMINATOR	Jumlah pasien rawat jalan yang disurvei.	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\sum \text{kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei}}{\sum \text{seluruh pasien rawat jalan yang disurvei}}$	
METODE PENGUMPULAN DATA		Retrospektif
	V	Sensus Hari
CAKUPAN DATA		Total
	V	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan.	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan.	
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 60 menit.	
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	Formulir pengambilan data rawat jalan. Catatan : Survei observasi langsung (sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan.	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Jalan.	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi. Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah.	

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

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

*J*



f. Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB di Rumah Sakit.

JUDUL INDIKATOR	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB di Rumah Sakit.	
DEFINISI OPERASIONAL	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RS.	
TUJUAN	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS.	
DIMENSI MUTU	Efektivitas.	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Sebagai salah satu fungsi manajemen untuk menilai keberhasilan pelaksanaan program;</li><li>➤ Untuk dapat segera mendeteksi bila ada masalah dalam pelaksanaan kegiatan yang telah direncanakan sehingga dapat dilakukan tindakan perbaikan segera.</li></ul>	
NUMERATOR	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan.	
DENOMINATOR	Jumlah seluruh kasus TB rawat jalan di RS.	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan}}{\Sigma \text{ seluruh kasus TB rawat jalan di RS}} \times 100\%$	
METODE PENGUMPULAN DATA	V	Sensus harian
	<input type="checkbox"/>	Retrospektif
	<input type="checkbox"/>	
CAKUPAN DATA	V	Total
	<input type="checkbox"/>	Sampel
	<input type="checkbox"/>	
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan.	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan.	
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 60%.	
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: <i>Run Chart</i> . Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan standar.	
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekam Medis.	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Jalan.	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Tim TB. Eksternal: Dinas Kesehatan Kependudukan dan Pencatatan Sipil, Pemerintah Daerah.	

7

g. Kepuasan Pelanggan.

JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan.	
DEFINISI OPERASIONAL	<p>➤ 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);</p> <p>➤ 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.</p>	
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pelanggan.	
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan mutu pelayanan.	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan IKM menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya.	
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur.	
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi..	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\text{Total nilai persepsi per unsur}}{\text{Total unsur yang terisi}} \times \text{Nilai penimbang}$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/> V	Sensus harian
	<input type="checkbox"/>	Retrospektif
CAKUPAN DATA	<input type="checkbox"/>	Total
	<input checked="" type="checkbox"/> V	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan.	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan.	
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 80%.	
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: <i>Run Chart</i> . Interpretasi data: Bandingkan dengan standar.	
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Bidang Pelayanan Medik.	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi. Eksternal: SISMAKAD, Pemerintah Daerah.	

2



3. PELAYANAN RAWAT INAP

a. Pemberi Pelayanan di Rawat Inap.

JUDUL INDIKATOR	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap.	
DEFINISI OPERASIONAL	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter spesialis, dokter umum, dan perawat (minimal D3) yang kompeten;</li><li>- Pemberi pelayanan rawat inap wajib memiliki STR.</li></ul>	
TUJUAN	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten.	
DIMENSI MUTU	Kesesinambungan pelayanan dengan kompetensi teknis.	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Dalam rangka memenuhi kebutuhan pelayanan, pengobatan, dan perawatan ke pasien baik dengan penyakit menular atau penyakit tidak menular.	
NUMERATOR	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan.	
DENOMINATOR	Jumlah seluruh dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap.	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\sum \text{dokter dan perawat yg memberi pelayanan di ruang ranap sesuai dg ketentuan}}{\sum \text{seluruh dokter dan perawat yang bertugas di ranap}} \times 100\%$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/>	Sensus harian
	<input type="checkbox"/>	Retrospektif
CAKUPAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/>	Total
	<input type="checkbox"/>	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan.	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan.	
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%.	
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: <i>Run Chart</i> . Interpretasi data: Bandingkan dengan standar.	
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Kepegawaian.	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Inap.	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi. Eksternal: Pemerintah Daerah.	

2

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

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



c. Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Kecacatan/Kematian

JUDUL INDIKATOR	Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Kecacatan/Kematian.	
DEFINISI OPERASIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jatuh adalah suatu peristiwa di mana seseorang mengalami jatuh dengan atau tanpa disaksikan oleh orang lain, tak disengaja/tak direncanakan, dengan arah jatuh ke lantai, dengan atau tanpa mencederai dirinya yang berakibat kecacatan/kematian;</li> <li>- Pasien jatuh di lingkungan RS oleh sebab apapun.</li> </ul>	
TUJUAN	Tergambarnya kejadian pasien jatuh di rumah sakit yang menyebabkan kecacatan/kematian.	
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan keamanan pasien	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Kejadian pasien jatuh menggambarkan upaya rumah sakit menjaga agar pasien tetap aman selama perawatan.	
NUMERATOR	-	
DENOMINATOR	-	
FORMULA PENGUKURAN	Jumlah pasien jatuh yang menyebabkan kecacatan/kematian.	
METODE PENGUMPULAN DATA		Retrospektif
	V	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	V	Total
		Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan.	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan.	
NILAI AMBANG/ STANDAR	0.	
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: <i>Run Chart</i> . Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik.	
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Survei harian.	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Inap.	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi. Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah.	

d. Kematian Pasien > 48 jam

JUDUL INDIKATOR	Kematian Pasien > 48 jam.	
DEFINISI OPERASIONAL	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi di Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Intensif, Instalasi Penanganan Korban Napza sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit.	
TUJUAN	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif.	
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan keselamatan, serta efektifitas.	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Kejadian kematian setelah dilakukan tindakan medis menggambarkan bagaimana rumah sakit menjaga keamanan dan keselamatan pasien selama pengobatan dan pemantauan serta tindak lanjut apabila terjadi hal yang tidak diinginkan.	
NUMERATOR	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam 1 bulan.	
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan.	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{kejadian kematian pasien ranap} > 48 \text{ jam dalam 1 bulan}}{\Sigma \text{seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan}} \times 100\%$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input type="checkbox"/>	Retrospektif
	<input checked="" type="checkbox"/>	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/>	Total
	<input type="checkbox"/>	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan.	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan.	
NILAI AMBANG/ STANDAR	$\leq 0,24\%$ .	
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	Rekam Medis.	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data Instalasi Rawat Inap.	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah	

7



e. Kejadian Pulang Paksa

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

2

f. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap di RS Jiwa

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

2



g. Kejadian Adanya Pasien Bunuh Diri

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

9

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

JUDUL INDIKATOR	Angka <i>Re-admission</i> Pasien Gangguan Jiwa dalam Waktu ≤ 1 Bulan.	
DEFINISI OPERASIONAL	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali keperawatan di rumah sakit jiwa.	
TUJUAN	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif.	
DIMENSI MUTU	Efektivitas, kompetensi teknis	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Gangguan jiwa merupakan gangguan yang memiliki angka kejadian rawat inap ulang ( <i>re-admission</i> ) yang tinggi.	
NUMERATOR	Jumlah pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu ≤ 1 bulan.	
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan.	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu } \leq 1 \text{ bulan}}{\Sigma \text{seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan}} \times 100\%$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input type="checkbox"/>	Retrospektif
	<input checked="" type="checkbox"/>	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/>	Total
	<input type="checkbox"/>	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan.	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan.	
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 10%.	
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	Rekam Medis.	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Inap.	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi. Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah.	

*J*



i. Lama Hari Perawatan Pasien Gangguan Jiwa

JUDUL INDIKATOR	Lama Hari Perawatan Pasien Gangguan Jiwa.	
DEFINISI OPERASIONAL	Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa. Kriteria eksklusi: pasien NAPZA.	
TUJUAN	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif.	
DIMENSI MUTU	Efektivitas, kesinambungan pelayanan dengan kompetensi teknis.	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Menggambarkan kualitas kinerja medis dan efektifitas pelayanan rawat inap.	
NUMERATOR	Jumlah kumulatif waktu perawatan pasien jiwa dalam 1 bulan.	
DENOMINATOR	Jumlah pasien rawat inap jiwa yang disurvei dalam 1 bulan.	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ kumulatif waktu perawatan pasien jiwa dalam 1 bulan}}{\Sigma \text{ pasien rawat inap jiwa yang disurvei dalam 1 bulan}}$	
METODE PENGUMPULAN		Retrospektif
	V	Sensus Harian
CAKUPAN DATA		Total
	V	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan.	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan.	
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 6 Minggu.	
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: <i>Run Chart</i> . 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 Rawat Inap.	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi.. Eksternal: Pemerintah Daerah.	

2

j. Kejadian Pasien Melarikan Diri

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

2



k. Kepuasan Pelanggan

JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan.	
DEFINISI OPERASIONAL	<ul style="list-style-type: none"><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 Inap.</li></ul>	
TUJUAN	Terselenggarany pelayanan di Instalasi Rawat Inap yang mampu memberikan kepuasan pelanggan.	
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan mutu pelayanan.	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Survei kepuasanpasien dan keluarga dengan IKM menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya.	
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur.	
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi.	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\text{Total nilai persepsi per unsur}}{\text{Total unsur yang terisi}} \times \text{Nilai penimbang}$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input type="checkbox"/>	Retrospektif
	<input checked="" type="checkbox"/>	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	<input type="checkbox"/>	Total
	<input checked="" type="checkbox"/>	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan.	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan.	
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 80%.	
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: <i>Run Chart</i> . Interpretasi data: Bandingkan dengan standar.	
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei.	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab dan mutu Bidang Pelayanan Medik.	

2

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

2



#### 4. PELAYANAN RAWAT INTENSIF

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

JUDUL INDIKATOR	Rata-Rata Pasien yang Kembali Ke Perawatan Intensif dengan Kasus yang Sama < 72 Jam.	
DEFINISI OPERASIONAL	Pasien kembali ke wisma intensif dari wisma rawat inap <i>maintenance</i> dengan kasus yang sama kembali pada kondisi krisis dalam waktu < 72 jam.	
TUJUAN	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif.	
DIMENSI MUTU	Efektivitas.	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Bahwa pasien yang kembali ke ruang intensif < 72 jam dapat disebabkan karena kriteria keluar dari ruang intensif kurang sempurna atau pelayanan di ruang rawat inap tidak seintensif di ruang intensif.	
NUMERATOR	Jumlah pasien yang kembali ke wisma intensif dengan kasus krisis < 72 jam dalam 1 bulan.	
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien yang telah dipindah dari wisma intensif ke wisma <i>maintenance</i> dalam 1 bulan.	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\sum \text{pasien yg kembali ke wisma intensif dg kasus krisis} < 72 \text{ jam dlm 1 bulan}}{\sum \text{seluruh pasien yg dipindah dari wisma intensif ke wisma maintenance dlm 1 bln}} \times 100\%$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input type="checkbox"/>	Retrospektif
	<input checked="" type="checkbox"/>	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/>	Total
	<input type="checkbox"/>	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan.	
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 3%.	
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	Rekam Medis.	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu IRI.	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi. Eksternal : Pemerintah Daerah.	

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

JUDUL INDIKATOR	Lama Perawatan di IRI (Instalasi Rawat Intensif) >5 Hari.	
DEFINISI OPERASIONAL	Lama perawatan di IRI adalah waktu yang dibutuhkan untuk merawat pasien dari pasien masuk Instalasi Rawat Intensif sampai pasien di pindahkan ke ruang <i>maintenance</i> .	
TUJUAN	Tergambar lama perawatan di IRI.	
DIMENSI MUTU	Efisiensi.	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Lama perawatan di IRI > 5 hari memberikan gambaran efektifitas dan efisiensi perawatan di wisma intensif sebelum pasien bisa dipindah ke wisma <i>maintenance</i> .	
NUMERATOR	Jumlah pasien dengan lama perawatan di IRI > 5 hari.	
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien yang pindah ke ruang. <i>maintenance</i> pada periode penilaian	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\sum \text{pasien dengan lama perawatan di IRI} > 5 \text{ hari}}{\sum \text{seluruh pasien yg pindah ke ruang maintenance pada periode penilaian}} \times 100\%$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input type="checkbox"/>	Retrospektif
	<input checked="" type="checkbox"/>	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/>	Total
	<input type="checkbox"/>	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan.	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan.	
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤10%.	
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	Rekam Medis.	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Intensif.	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi. Eksternal: SISMAKAP, Pemerintah Daerah.	



c. Penanganan Pasien Gaduh Gelisah > 48 Jam.

JUDUL INDIKATOR	Penanganan Pasien Gaduh Gelisah > 48 Jam.	
DEFINISI OPERASIONAL	<ul style="list-style-type: none"><li>- Penanganan pasien gaduh gelisah adalah waktu yang diperlukan untuk merawat pasien gaduh gelisah menggunakan SPO gaduh gelisah;</li><li>- Gaduh gelisah adalah peningkatan aktivitas mental dan motorik seseorang sedemikian rupa sehingga sukar dikendalikan.</li></ul>	
TUJUAN	Tergambarnya penanganan pasien gaduh gelisah.	
DIMENSI MUTU	Efisiensi	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Penanganan pasien gaduh gelisah > 48 jam menggambarkan efektifitas penanganan pada pasien yang dapat meningkatkan kepuasan pelanggan dan meningkatkan keselamatan.	
NUMERATOR	Jumlah pasien gaduh gelisah yang teratasi >48 jam.	
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien gaduh gelisah.	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{pasien gaduh gelisah yang teratasi} > 48 \text{ jam}}{\Sigma \text{seluruh pasien gaduh gelisah}} \times 100\%$	
METODE PENGUMPULAN	<input type="checkbox"/>	Retrospektif
	<input checked="" type="checkbox"/>	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/>	Total
	<input type="checkbox"/>	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan.	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan.	
NILAI AMBANG/ STANDAR	$\leq 20\%$ .	
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	Rekam medis.	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Intensif.	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi. Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah.	

d. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis.

JUDUL INDIKATOR	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis.	
DEFINISI OPERASIONAL	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis sebagai DPJP adalah kunjungan dokter spesialis untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya setiap hari sebelum jam 14.00 termasuk hari libur di ruang perawatan intensif psikiatri Catatan: 1. pasien baru masuk; 2. batasan pukul 14.00; 3. hari kerja.	
TUJUAN	Memastikan setiap pasien mendapatkan pelayanan sesuai dengan haknya untuk meningkatkan kualitas pelayanan.	
DIMENSI MUTU	Efisiensi, efektifitas, dan kesinambungan pelayanan.	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Peningkatan kualitas pelayanan pasien rawat inap.	
NUMERATOR	Jumlah <i>visite</i> dokter spesialis sebelum jam 14.00 pada hari berjalan.	
DENOMINATOR	Jumlah <i>visite</i> dokter spesialis pada hari berjalan.	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ visite dokter spesialis sebelum jam 14.00 pada hari berjalan}}{\Sigma \text{ visite dokter spesialis pada hari berjalan}} \times 100\%$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input type="checkbox"/>	Retrospektif
	<input checked="" type="checkbox"/>	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/>	Total
	<input type="checkbox"/>	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan.	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan.	
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 80%.	
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 <i>visite</i> rawat inap dalam rekam medic.	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Intensif.	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi. Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah.	



e. Pemberi pelayanan Unit Intensif.

JUDUL INDIKATOR	Pemberi Pelayanan di Unit Intensif.	
DEFINISI OPERASIONAL	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pemberi pelayanan Unit Intensif adalah dokter spesialis, dokter umum, dan perawat (minimal D3) yang kompeten;</li><li>- Pemberi pelayanan rawat inap wajib memiliki STR.</li></ul>	
TUJUAN	Tersedianya pelayanan Unit Intensif oleh tenaga yang kompeten.	
DIMENSI MUTU	Kesinambungan pelayanan dengan kompetensi teknis	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Dalam rangka memenuhi kebutuhan pelayanan, pengobatan, dan perawatan ke pasien baik dengan penyakit menular atau penyakit tidak menular.	
NUMERATOR	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang Unit Intensif yang sesuai dengan ketentuan.	
DENOMINATOR	Jumlah seluruh dokter dan perawat yang bertugas di Unit Intensif.	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\text{Jumlah dokter dan perawat yg memberi pelayanan di ruang rawat sesuai dg ketentuan}}{\text{Jumlah seluruh dokter dan perawat yang bertugas di rawat}} \times 100\%$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/>	Sensus harian
	<input type="checkbox"/>	Retrospektif
CAKUPAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/>	Total
	<input type="checkbox"/>	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan.	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan.	
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%.	
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: <i>Run Chart</i> . Interpretasi data: Bandingkan dengan standar.	
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Kepegawaian.	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rawat Inap.	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi. Eksternal: Pemerintah Daerah.	

5. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

a. Kejadian Luka Bakar pada Tindakan *Heating*.

JUDUL INDIKATOR	Kejadian Luka Bakar pada Tindakan <i>Heating</i> .				
DEFINISI OPERASIONAL	Kejadian luka bakar pada tindakan <i>heating</i> merupakan kejadian luka bakar yang terjadi setelah pemberian tindakan <i>heating</i> (IR, SWD) Kriteria inklusi: semua pasien yang mendapat pelayanan tindakan <i>heating</i> (IR, SWD). Kriteria eksklusi: luka bakar sudah terjadi sebelum tindakan <i>heating</i> .				
TUJUAN	Mengetahui ada tidaknya kejadian luka bakar setelah pemberian tindakan <i>heating</i> (IR, SWD), demi keselamatan pasien.				
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan keamanan.				
DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Peningkatan keselamatan pasien.				
NUMERATOR	-				
DENOMINATOR	-				
FORMULA PENGUKURAN	Jumlah kejadian luka bakar setelah dilakukan tindakan <i>heating</i> .				
METODE PENGUMPULAN DATA	<table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Retrospektif</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Sensus Harian</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	Retrospektif	<input checked="" type="checkbox"/>	Sensus Harian
<input type="checkbox"/>	Retrospektif				
<input checked="" type="checkbox"/>	Sensus Harian				
CAKUPAN DATA	<table><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Total</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Sampel</td></tr></table>	<input checked="" type="checkbox"/>	Total	<input type="checkbox"/>	Sampel
<input checked="" type="checkbox"/>	Total				
<input type="checkbox"/>	Sampel				
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan.				
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan.				
NILAI AMBANG/ STANDAR	0.				
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	Register indikator mutu.				
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rehabilitasi Medik.				
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi. Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah.				

2



b. Kepuasan Pelanggan.

JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan.	
DEFINISI OPERASIONAL	<ul style="list-style-type: none"><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 Rehabilitasi Medik.</li></ul>	
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan di Instalasi Rehabilitasi Medik yang mampu memberikan kepuasan pelanggan.	
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan mutu pelayanan.	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan IKM menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya.	
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur.	
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi.	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\text{Total nilai persepsi per unsur}}{\text{Total unsur yang terisi}} \times \text{Nilai penimbang}$	
METODE PENGUMPULAN DATA		Retrospektif
	V	Sensus Harian
CAKUPAN DATA		Total
	V	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan.	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan.	
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 80%.	
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: <i>Run Chart</i> . Interpretasi data: <u>Bandingkan dengan standar.</u>	
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survey.	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab dan mutu Bidang Pelayanan Medik.	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi. Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah.	



6. PELAYANAN RADIOLOGI

a. Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Radiologi.

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

2



b. Pelaksanaan Ekspertisi oleh Dokter Spesialis Radiologi.

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



c. Kepuasan Pelanggan.

JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan.	
DEFINISI OPERASIONAL	<ul style="list-style-type: none"><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 Radiologi</li></ul>	
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pelanggan.	
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan mutu pelayanan.	
DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan IKM menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya.	
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur.	
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi.	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\text{Total nilai persepsi per unsur}}{\text{Total unsur yang terisi}} \times \text{Nilai penimbang}$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input type="checkbox"/>	Retrospektif
	<input checked="" type="checkbox"/> V	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/> V	Total
	<input type="checkbox"/>	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan.	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan.	
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 80%.	
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: <i>Run Chart</i> . Interpretasi data: Bandingkan dengan standar.	
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Bidang Pelayanan. Medik	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi. Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah.	

2



d. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen.

JUDUL INDIKATOR	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen.	
DEFINISI OPERASIONAL	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca.	
TUJUAN	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen.	
DIMENSI MUTU	Efektifitas, efisiensi.	
DASAR PEMIKIRAN/ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Adanya kegagalan pada saat pelayanan rontgen yang membuat kerusakan pada foto sehingga dapat mengakibatkan kerugian rumah sakit.	
NUMERATOR	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan.	
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan.	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\sum \text{foto yang rusak}}{\sum \text{seluruh foto pemeriksaan dalam 1 bulan}} \times 100 \%$	
METODE PENGUMPULAN DATA		Retrospektif
	V	Sensus Harian
CAKUPAN DATA		Total
	V	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan.	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan.	
NILAI AMBANG/STANDAR	≤ 3 jam.	
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: <i>Run Chart</i> . Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS lain.	
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekap Harian.	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Radiologi.	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi. Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah.	

7. PELAYANAN LABORATORIUM

a. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

JUDUL INDIKATOR	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium	
DEFINISI OPERASIONAL	<ul style="list-style-type: none"><li>- Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan hasil yang sudah diekspertisi oleh Dokter SpPK siap diserahkan pada pasien</li><li>- Pemeriksaan laboratorium adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium darah rutin dan kimia darah</li></ul>	
TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium	
DIMENSI MUTU	Efisiensi, efektifitas, aksesibilitas, keselamatan, dan kesinambungan pelayanan	
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Hasil pelayanan laboratorium yang cepat terhadap proses pendaftaran pasien dapat memberikan kenyamanan dan efisiensi waktu pelayanan selanjutnya	
NUMERATOR	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium pasien yang disurvei dalam 1 bulan	
DENOMINATOR	Jumlah pasien yang diperiksa di Laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\sum \text{kumulatif wkt tunggu hasil pelayanan lab pasien yg disurvei dlm 1 bulan}}{\sum \text{pasien yg diperiksa di lab yg disurvei dlm bulan tsb}}$	
METODE PENGUMPULAN DATA		Retrospektif
	V	Sensus Harian
CAKUPAN DATA		Total
	V	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan	
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 140 menit	
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: <i>Run Chart</i> Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik	
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekap Harian	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Laboratorium	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah	



b. Pelaksana Ekspertisi oleh Dokter Spesialis Patologi Klinik

JUDUL INDIKATOR	Pelaksana Ekspertisi oleh Dokter Spesialis Patologi Klinik	
DEFINISI OPERASIONAL	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah Dokter Spesialis Patologi Klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium</li><li>- Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya pengesahan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta</li></ul>	
TUJUAN	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis	
DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Memastikan diagnosis dengan tepat guna menentukan penanganan yang akan diberikan	
NUMERATOR	Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi oleh dokter SpPK dalam 1 bulan	
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam 1 bulan	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ hasil lab yang diverifikasi oleh dokter SpPK dalam 1 bulan}}{\Sigma \text{ seluruh pemeriksaan lab dalam 1 bulan}} \times 100\%$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input type="checkbox"/>	Retrospektif
	<input checked="" type="checkbox"/>	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/>	Total
	<input type="checkbox"/>	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan	
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%	
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	Register di Instalasi Laboratorium	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Laboratorium	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah	

2

c. Kejadian Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

JUDUL INDIKATOR	Kejadian Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	
DEFINISI OPERASIONAL	<ul style="list-style-type: none"><li>- Kejadian kesalahan penyerahan hasil adalah hasil pemeriksaan laboratorium yang tidak diserahkan atau diterimakan kepada pasien atau keluarga pasien atau petugas yang berwenang sesuai identitas pada formulir hasil laboratorium</li><li>- Petugas yang berwenang adalah Profesional Pemberi Asuhan atau yang diberikan pelimpahan wewenang</li></ul>	
TUJUAN	Untuk memastikan bahwa hasil pemeriksaan diterima pada pasien dan keluarga pasien atau petugas yang berwenang yang sesuai dengan formulir hasil pemeriksaan	
DIMENSI MUTU	Efisiensi, keselamatan, dan keamanan	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Setiap hasil pemeriksaan merupakan dokumen penting tentang informasi hasil laboratorium yang harus diterima pada pasien dan keluarga pasien yang berhak atau petugas yang berwenang	
NUMERATOR	-	
DENOMINATOR	-	
FORMULA PENGUKURAN	Jumlah kejadian kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan hasil laboratorium	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input type="checkbox"/>	Retrospektif
	<input checked="" type="checkbox"/>	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/>	Total
	<input type="checkbox"/>	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan	
FREKUENSI ANALISA DATA	Triwulanan	
NILAI AMBANG/ STANDAR	0	
METODOLOGI ANALISA DATA	Statistik: <i>Run Chart</i> Interpretasi data: <i>Trend</i> , bandingkan dengan RS lain, dengan standar, dengan praktik terbaik	
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Rekap Harian	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Laboratorium	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMAKAP, Pemerintah Daerah	

7



d. Kepuasan Pelanggan

JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan	
DEFINISI OPERASIONAL	<ul style="list-style-type: none"><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 Laboratorium</li></ul>	
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pelanggan	
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan mutu pelayanan	
DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan IKM menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya	
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur	
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\text{Total nilai persepsi per unsur}}{\text{Total unsur yang terisi}} \times \text{Nilai penimbang}$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input type="checkbox"/>	Retrospektif
	<input checked="" type="checkbox"/> V	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/> V	Total
	<input type="checkbox"/>	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan	
NILAI AMBANG/ STANDAR	$\geq 80\%$	
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: <i>Run Chart</i> Interpretasi data: Bandingkan dengan standar	
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Bidang Pelayanan Medik	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMAK, Pemerintah Daerah	

2



8. PELAYANAN REHABILITASI MENTAL

a. Angka Ketidaksesuaian Rehabilitan Mendapatkan Kegiatan Sesuai Hasil Seleksi

JUDUL INDIKATOR	Angka Ketidaksesuaian Rehabilitan Mendapatkan Kegiatan Sesuai Hasil Seleksi	
DEFINISI OPERASIONAL	<p>Ketidaksesuaian rehabilitan mendapatkan kegiatan rehabilitasi sesuai hasil seleksi adalah di mana rehabilitan pada saat proses seleksi tidak sesuai dengan hasil kegiatan yang dipilih. Pada saat proses seleksi rehabilitan akan diberikan pilihan jenis kegiatan di unit rehabilitasi mental yang disesuaikan minimal yang mendekati dengan minat dan bakat rehabilitan.</p> <p>Kriteria inklusi: Keseluruhan rehabilitan yang mengikuti kegiatan rehabilitasi</p> <p>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.</p>	
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan di Instalasi Rehabilitasi Mental yang mampu memberikan kenyamanan dan kepuasan pelanggan	
DIMENSI MUTU	Kesesinambungan, efektifitas, efisiensi, dan manfaat	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Kesesuaian rehabilitan mendapatkan kegiatan rehabilitasi berdasarkan hasil seleksi menggambarkan upaya rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang tepat sesuai kebutuhan pasien	
NUMERATOR	Jumlah rehabilitan yang mendapatkan kegiatan tidak sesuai hasil seleksi	
DENOMINATOR	Jumlah rehabilitan yang mendapatkan kegiatan	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\text{Rehabilitan yg mendapatkan kegiatan tidak sesuai hasil seleksi}}{\Sigma \text{ rehabilitan yang mendapatkan kegiatan}} \times 100\%$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input checked="" type="checkbox"/></div>	<div>Retrospektif</div> <div>Sensus Harian</div>
CAKUPAN DATA	<div><input checked="" type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	<div>Total</div> <div>Sampel</div>
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan	
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 5%	
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	Rekap harian	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rehabilitasi Mental	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMAKAP, Pemerintah Daerah	

2



b. Angka Ketidakpatuhan Rehabilitan Menyelesaikan Proses Tahapan Rehabilitasi

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



9. PELAYANAN FARMASI

a. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi untuk Pasien Rawat Jalan

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

2



b. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan untuk Pasien Rawat Jalan

JUDUL INDIKATOR	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan untuk Pasien Rawat Jalan	
DEFINISI OPERASIONAL	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai resep selesai ditelaah dan dihitung harganya oleh petugas sampai dengan pasien menerima obat racikan Kriteria eksklusi: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pasien menghendaki untuk meninggalkan resep obatnya dan mengambil obatnya di lain waktu</li><li>2. Pasien yang dipanggil sesuai antriannya namun tidak segera datang, baik pada saat panggilan di loket penerimaan resep maupun panggilan di loket penyerahan resep</li><li>3. Pasien rawat jalan dan pasien IGD yang ditetapkan untuk rawat inap</li></ol>	
TUJUAN	Tergambarnya pelayanan farmasi	
DIMENSI MUTU	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, dan efisiensi	
DASAR PEMIKIRAN	Waktu tunggu pelayanan resep yang lama mengakibatkan ketidakpuasan pasien	
NUMERATOR	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan resep obat racikan pasien yang disurvei dalam 1 bulan	
DENOMINATOR	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\sum \text{kumulatif wkt tunggu pelayanan resep obat racikan pasien yg disurvei dlm 1 bln}}{\sum \text{pasien yang disurvei dalam bulan tersebut}}$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/> V	Retrospektif
	<input type="checkbox"/>	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	<input type="checkbox"/>	Total
	<input checked="" type="checkbox"/> V	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan	
NILAI AMBANG / STANDAR	≤ 60 menit	
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	Lembar bill pelayanan apotek	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Farmasi	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah	

*J*

c. Angka Kesalahan Pemberian Obat

JUDUL INDIKATOR	Angka Kesalahan Pemberian Obat	
DEFINISI OPERASIONAL	Angka kesalahan pemberian obat meliputi: 1. Salah dalam memberikan jenis obat; 2. Salah dalam memberikan dosis; 3. Salah dalam memberikan jumlah obat; 4. Salah pasien.	
TUJUAN	Tergambarnya kesalahan dalam pemberian obat	
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan kenyamanan	
DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Kesalahan dalam pemberian obat akan berisiko terhadap keselamatan pasien	
NUMERATOR	Jumlah kesalahan pemberian obat	
DENOMINATOR	Jumlah lembar resep	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{kesalahan pemberian obat}}{\Sigma \text{lembar resep}} \times 100\%$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/> V	Retrospektif
	<input type="checkbox"/>	Sensus Harian
	<input type="checkbox"/>	
CAKUPAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/> V	Total
	<input type="checkbox"/>	Sampel
	<input type="checkbox"/>	
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan	
NILAI AMBANG/ STANDAR	0%	
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 IKP (Insiden Keselamatan Pasien) Instalasi Farmasi	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Farmasi	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMAKAP, Pemerintah Daerah	

7



d. Penulisan Resep sesuai Formularium

JUDUL	Penulisan Resep sesuai Formularium	
INDIKATOR		
DEFINISI OPERASIONAL	Penulisan resep sesuai formularium adalah penulisan resep dokter sesuai dengan daftar obat yang tercantum dalam formularium Rumah Sakit	
TUJUAN	Mengukur kepatuhan dokter terhadap formularium rumah sakit	
DIMENSI MUTU	Efisiensi	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Menjamin pasien mendapatkan pengobatan yang sesuai dan mengetahui tingkat kepatuhan dokter terhadap formularium rumah sakit	
NUMERATOR	Jumlah item resep yang sesuai formularium	
DENOMINATOR	Jumlah total item resep	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ item resep yang sesuai formularium}}{\Sigma \text{ total item resep}} \times 100\%$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/> V	Retrospektif
	<input type="checkbox"/>	Sensus Harian
	<input type="checkbox"/>	
CAKUPAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/> V	Total
	<input type="checkbox"/>	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan	
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%	
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	Lembar resep di Instalasi Farmasi	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Farmasi	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah	

7

e. Kepuasan Pelanggan

JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan	
DEFINISI OPERASIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <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 Farmasi.</li> </ul>	
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pelanggan	
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan mutu pelayanan	
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan IKM menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya.	
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur	
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\text{Total nilai persepsi per unsur}}{\text{Total unsur yang terisi}} \times \text{Nilai penimbang}$	
METODE PENGUMPULAN DATA		Retrospektif
	V	Sensus Harian
CAKUPAN DATA		Total
	V	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan	
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 80%	
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: <i>Run Chart</i> Interpretasi data: Bandingkan dengan standar	
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei	
PJ PENGUMPULAN DATA	Penanggung jawab data mutu Bidang Pelayanan Medik	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah	

7



10. PELAYANAN GIZI

a. Angka Keterlambatan Pemberian Makanan kepada Pasien

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

2

b. Angka Sisa Makanan yang Tidak Dimakan oleh Pasien

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



c. Kejadian Kesalahan Pemberian Diet

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



11. PELAYANAN REKAM MEDIS (RM)

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

JUDUL INDIKATOR	Angka Ketidaklengkapan Pengisian RM Rawat Jalan 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan	
DEFINISI OPERASIONAL	<p>Rekam medis yang lengkap adalah rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter, dokter gigi atau Profesional Pemberi Asuhan lainnya dalam waktu <math>\leq 24</math> jam setelah selesai pelayanan rawat jalan, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan <i>resume</i>.</p> <p>Rekam Medis Rawat Jalan LENGKAP meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Profil Ringkas Medis Rawat Jalan</li><li>2. Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi</li><li>3. Asesmen Awal Medis Rawat Jalan Jiwa (pasien baru)</li><li>4. Asesmen Terintegrasi Rawat Jalan (pasien baru)</li><li>5. Asesmen Awal Keperawatan Rawat Jalan (pasien baru)</li><li>6. Asesmen Awal Keperawatan Jiwa Rawat Jalan (pasien baru)</li></ol> <p>Penentuan Sampel menggunakan teori dari <i>Joint Commission National Quality Measures (v2018A), Population and Sampling Specifications, Monthly Sample Size</i> : Jika Jumlah Populasi Sebulan (N) <math>\geq 516</math> maka jumlah sampel sebulan (n) minimal 104</p>	
TUJUAN	Tergambarnya kepatuhan PPA dalam pengisian rekam medis dan tergambarnya kelengkapan rekam medis rawat jalan dalam waktu 1 x 24 jam	
DIMENSI MUTU	Kesinambungan pelayanan, keselamatan, dan keamanan	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Kelengkapan rekam medis rawat jalan dapat menggambarkan mutu rekam medis serta menggambarkan proses pengobatan pasien secara menyeluruh sehingga dapat menghasilkan keputusan pengobatan pasien yang tepat dan kesinambungan pelayanan yang optimal	
NUMERATOR	Jumlah RM pasien rawat jalan yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam	
DENOMINATOR	Jumlah RM pasien rawat jalan	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ RM pasien rajal yang tidak lengkap dalam waktu 1 x 24 jam}}{\Sigma \text{ RM pasien rawat jalan}} \times 100\%$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input type="checkbox"/>	Retrospektif
	<input checked="" type="checkbox"/>	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	<input type="checkbox"/>	Total
	<input checked="" type="checkbox"/>	Sampel
FREKUENSI	Bulanan	

2



PENGUMPULAN DATA	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/STANDAR	0%
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	Rekap harian
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rekam Medis
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

b. Angka Ketidaklengkapan Pengisian RM Rawat Inap

JUDUL INDIKATOR	Angka Ketidaklengkapan Pengisian RM Rawat Inap
DEFINISI OPERASIONAL	<p>Rekam medis yang lengkap adalah rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter, dokter gigi atau Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya dalam waktu 3 x 24 jam setelah pasien pulang rawat inap atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan <i>resume</i>.</p> <p>Rekam Medis Rawat Inap LENGKAP meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ringkasan Pulang;</li><li>2. Asesmen medis psikiatri rawat inap</li><li>3. Catatan perkembangan pasien terintegrasi</li><li>4. Asesmen kebutuhan pendidikan pasien dan keluarga terintegrasi</li><li>5. Edukasi pasien dan keluarga terintegrasi</li><li>6. Transfer antar ruangan</li><li>7. Pengkajian keperawatan IGD</li><li>8. Pengkajian awal keperawatan rawat inap</li><li>9. Asesmen risiko jatuh (skala Edmonson)</li><li>10. Rencana tindakan keperawatan (intensif)</li><li>11. Rencana tindakan keperawatan (maintenance)</li><li>12. Catatan perkembangan rawat intensif</li><li>13. Catatan perkembangan rawat maintenance</li><li>14. Asuhan gizi pasien rawat inap</li><li>15. Persetujuan Umum (General Consent)</li></ol> <p>Penentuan Sampel menggunakan teori dari <i>Joint Commission National Quality Measures (v2018A), Population and Sampling Specifications, Monthly Sample Size</i> : Jika Jumlah Populasi Sebulan (N) 131 – 515, maka jumlah sampel sebulan (n) minimal 20% dari populasi</p>
TUJUAN	Tergambarnya kepatuhan PPA dalam pengisian rekam medis dan tergambarnya kelengkapan rekam medis rawat inap dalam waktu 3 x 24 jam
DIMENSI MUTU	Kesinambungan pelayanan, keselamatan, dan keamanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Kelengkapan rekam medis rawat inap dapat menggambarkan mutu rekam medis dan menggambarkan proses pengobatan pasien secara menyeluruh sehingga dapat menghasilkan keputusan pengobatan pasien yang tepat dan kesinambungan pelayanan yang optimal.
NUMERATOR	Jumlah RM pasien rawat inap yang tidak lengkap dalam 1 bulan
DENOMINATOR	Jumlah RM rawat inap dalam 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ RM pasien ranap yang tidak lengkap dalam 1 bulan}}{\Sigma \text{ RM rawat inap dalam 1 bulan}} \times 100\%$

2



METODE PENGUMPULAN DATA	<input type="checkbox"/>	Retrospektif
	<input checked="" type="checkbox"/>	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	<input type="checkbox"/>	Total
	<input checked="" type="checkbox"/>	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan	
NILAI AMBANG/ STANDAR	0%	
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	Rekam Medis	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Rekam Medis	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah	

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

JUDUL INDIKATOR	Angka Ketidaklengkapan <i>Informed Consent</i> Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas	
DEFINISI OPERASIONAL	<i>Informed consent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut	
TUJUAN	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi yang jelas kepada pasien/penanggung jawab pasien dan mendapat persetujuan dari pasien/penanggung jawab pasien akan tindakan medik yang dilakukan	
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan keamanan	
DASAR PEMIKIRAN/ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan perlindungan kepada pasien terhadap tindakan yang dilakukan dokter</li> <li>2. Memberikan perlindungan hukum kepada dokter terhadap tindakan medik yang dilakukan pada pasien</li> </ol>	
NUMERATOR	Jumlah <i>informed consent</i> yang tidak diisi lengkap yang disurvei dalam 1 bulan	
DENOMINATOR	Jumlah <i>informed consent</i> yang disurvei dalam 1 bulan	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\sum \text{informed consent yg tdk diisi lengkap yg disurvei dalam 1 bulan}}{\sum \text{informed consent yang disurvei dalam 1 bulan}} \times 100\%$	
METODE PENGUMPULAN DATA		Retrospektif
	V	Sensus Harian
CAKUPAN DATA		Total
	V	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan	
NILAI AMBANG/STANDAR	0%	
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: <i>Run Chart</i> 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 DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah	

*J*



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 <i>Joint Commission National Quality Measures (v2018A), Population and Sampling Specifications, Monthly Sample Size</i> : Jika Jumlah Populasi Sebulan (N) ≥ 516 maka jumlah sampel sebulan (n) minimal 104.	
TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan	
DIMENSI MUTU	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Proses penyediaan rekam medis pasien rawat jalan yang tepat waktu menghasilkan pelayanan yang optimal dan berkesinambungan.	
NUMERATOR	Jumlah kumulatif waktu penyediaan sampel RM rawat jalan	
DENOMINATOR	Jumlah total sampel RM rawat jalan yang diamati	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ kumulatif waktu penyediaan sampel RM rajal}}{\Sigma \text{ total sampel RM rajal yang diamati}}$	
METODE PENGUMPULAN DATA		Retrospektif
	V	Sensus Harian
CAKUPAN DATA		Total
	V	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan	
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 10 menit	
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: <i>Run Chart</i> 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 DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah	

2



e. Waktu Penyediaan RM Pelayanan Rawat Inap

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



f. Kepuasan Pelanggan

JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan	
DEFINISI OPERASIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <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 Rekam Medis</li> </ul>	
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan di Instalasi Rekam Medis yang mampu memberikan kepuasan pelanggan	
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan mutu pelayanan	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan IKM menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya	
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur	
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\text{Total nilai persepsi per unsur}}{\text{Total unsur yang terisi}} \times \text{Nilai penimbang}$	
METODE PENGUMPULAN DATA		Retrospektif
	V	Sensus Harian
CAKUPAN DATA		Total
	V	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan	
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 80%	
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: <i>Run Chart</i> Interpretasi data: Bandingkan dengan standar	
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab dan mutu Bidang Pelayanan Medik	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMAKAD, Pemerintah Daerah	

12. PELAYANAN PENGELOLAAN LIMBAH

a. Baku Mutu Limbah Cair

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

7



b. Pengelolaan Limbah Padat Infeksius sesuai dengan Aturan

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

7



13. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA PRASARANA RUMAH SAKIT

a. Kecepatan Perbaikan Kerusakan Ringan ≤ 3 x 24 Jam

JUDUL INDIKATOR	Kecepatan Perbaikan Kerusakan Ringan ≤ 3 x 24 Jam	
DEFINISI OPERASIONAL	Kecepatan perbaikan adalah lama waktu yang dibutuhkan untuk memperbaiki sarana umum dan sanitasi dari hasil laporan kerusakan/hasil monitoring yang tidak memerlukan alat/bahan yang dibeli atau pihak III (bahan tersedia di gudang IPSRS), dikerjakan oleh petugas IPSRS Kriteria inklusi: kerusakan ringan Kriteria eksklusi: kerusakan sedang dan berat	
TUJUAN	Tergambarnya kecepatan perbaikan/ pemeliharaan di IPSRS guna mendukung pelayanan rumah sakit dan meningkatkan keselamatan	
DIMENSI MUTU	Efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, serta kesinambungan pelayanan	
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Sarana umum dan sanitasi untuk menunjang pelayanan kesehatan kepada pasien di rumah sakit	
NUMERATOR	Jumlah laporan kerusakan ringan yang dapat diperbaiki ≤ 3 x 24 jam	
DENOMINATOR	Jumlah seluruh laporan kerusakan ringan	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{laporan kerusakan ringan yang dapat diperbaiki} \leq 3 \times 24 \text{ jam}}{\Sigma \text{seluruh laporan kerusakan ringan}} \times 100\%$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/> V	Retrospektif
	<input type="checkbox"/>	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/> V	Total
	<input type="checkbox"/>	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 DATA	Internal: Laporan kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah	

7



b. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Medis

JUDUL INDIKATOR	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Medis	
DEFINISI OPERASIONAL	Waktu pemeliharaan alat medis adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/ <i>service</i> untuk tiap-tiap alat medis sesuai ketentuan yang berlaku	
TUJUAN	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat medis	
DIMENSI MUTU	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Memastikan tersedianya peralatan kesehatan yang aman, bermutu, dan laik pakai serta efisien di rumah sakit sehingga meminimalkan risiko yang terkait dengan penggunaan peralatan medis tersebut	
NUMERATOR	Jumlah alat medis yang dilakukan pemeliharaan ( <i>service</i> ) tepat waktu dalam 1 bulan	
DENOMINATOR	Jumlah seluruh alat medis yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 1 bulan	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\sum \text{alat medis yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam 1 bulan}}{\sum \text{seluruh alat medis yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 1 bulan}} \times 100\%$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/>	Retrospektif
	<input type="checkbox"/>	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/>	Total
	<input type="checkbox"/>	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan	
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%	
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	Register pemeliharaan alat	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu IPSRS	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah	

7

c. Kalibrasi Alat Medis Tepat Waktu

JUDUL INDIKATOR	Kalibrasi Alat Medis Tepat Waktu	
DEFINISI OPERASIONAL	Kalibrasi alat medis tepat waktu adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan medis sesuai dengan batas waktu yang sudah disyaratkan	
TUJUAN	Tergambarnya akurasi peralatan medis yang digunakan sesuai batas waktu yang dipersyaratkan	
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan efektivitas	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Memastikan alat medis laik dan aman untuk digunakan	
NUMERATOR	Jumlah alat medis yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun	
DENOMINATOR	Jumlah alat medis yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ alat medis yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun}}{\Sigma \text{ alat medis yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun}} \times 100\%$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/> V	Retrospektif
	<input type="checkbox"/>	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/> V	Total
	<input type="checkbox"/>	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Tahunan	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan	
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%	
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	Buku register alat	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu IPSRS	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah	

*J*



## 14. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

### a. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

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



b. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

JUDUL INDIKATOR	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	
DEFINISI OPERASIONAL	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober	
TUJUAN	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai	
DIMENSI MUTU	Efektivitas, efisiensi, dan kenyamanan	
DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Kenaikan pangkat merupakan penghargaan yang diberikan atas prestasi kerja dan pengabdian ASN terhadap Negara, sebagai dorongan kepada ASN untuk lebih meningkatkan prestasi kerja dan pengabdianya.	
NUMERATOR	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam 1 tahun	
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam 1 tahun	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\sum \text{pegawai yg diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dlm 1 thn}}{\sum \text{seluruh pegawai yg seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam 1 tahun}} \times 100\%$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/> V	Retrospektif <input type="checkbox"/> Sensus Harian
CAKUPAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/> V	Total <input type="checkbox"/> Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Tahunan	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan	
NILAI AMBANG/ STANDAR	100%	
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	Sub bagian Umum	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Subbagian Umum	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah	

2



c. Ketepatan Waktu Pengurusan Gaji Berkala

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

2

d. Cost Recovery

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

7



e. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

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

*J*

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

JUDUL INDIKATOR	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi tentang Tagihan Pasien Rawat Inap ≥ 2 Jam	
DEFINISI OPERASIONAL	<ul style="list-style-type: none"><li>- Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan</li><li>- 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</li><li>- Catatan: Informasi tagihan dengan cara bayar umum</li></ul>	
TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap	
DIMENSI MUTU	Efektivitas, kenyamanan	
DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Peningkatan kepuasan pelanggan	
NUMERATOR	Jumlah pemberian informasi tagihan pasien rawat inap ≥ 2 jam	
DENOMINATOR	Jumlah semua tagihan rawat inap yang diobservasi	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\sum \text{pemberian informasi tagihan pasien ranap} \geq 2 \text{ jam}}{\sum \text{semua tagihan rawat inap yang diobservasi}} \times 100\%$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input type="checkbox"/>	Retrospektif
	<input checked="" type="checkbox"/>	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/>	Total
	<input type="checkbox"/>	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan	
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 10%	
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	Hasil pengamatan	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu subbagian Keuangan - Kassa	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Unit Kerja Eksternal: SISMAKAP, Pemerintah Daerah	

7



g. Ketepatan Waktu Pemberian Jasa Layanan Sesuai Kesepakatan Waktu

JUDUL INDIKATOR	Ketepatan Waktu Pemberian Jasa Layanan sesuai Kesepakatan Waktu	
DEFINISI OPERASIONAL	Pemberian jasa layanan adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan yang diberikan pada bulan berikutnya	
TUJUAN	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan	
DIMENSI MUTU	Efektivitas	
DASAR PEMIKIRAN/ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Jasa layanan merupakan bentuk kompensasi yang diberikan rumah sakit buat memicu motivasi dan sebagai dorongan agar lebih bersemangat dalam bekerja.	
NUMERATOR	Jumlah bulan dengan ketepatan pemberian jasa layanan	
DENOMINATOR	3	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\text{Σ bulan dengan ketepatan pemberian jasa layanan}}{3} \times 100\%$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input type="checkbox"/>	Retrospektif
	<input checked="" type="checkbox"/>	Sensus Harian
	<input type="checkbox"/>	
CAKUPAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/>	Total
	<input type="checkbox"/>	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan	
NILAI AMBANG/STANDAR	100%	
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	Catatan di Subbagian Keuangan	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Subbagian Keuangan	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Subbagian Keuangan Eksternal: Pemerintah Daerah	

7

#### h. Kecepatan Respon Terhadap Komplain

JUDUL INDIKATOR	Kecepatan Respon terhadap Komplain
DEFINISI OPERASIONAL	<p>- Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan Rumah Sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa yang sudah diidentifikasi tingkat risiko dan dampak risiko dengan penetapan <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/ <i>grading</i>/dampak risiko</p> <p>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.</p> <p>Warna Hijau: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.</p> <p>- Kriteria Penilaian:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau</li> <li>2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar</li> <li>3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain di setiap kategori</li> </ol> <p>- Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam</p> <p>- Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari</p> <p>- Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari</p>
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan mutu pelayanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Menjaga kepuasan pelanggan
NUMERATOR	KKM + KKK + KKH (%)



DENOMINATOR	3
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{KKM + KKK + KKH (\%)}{3}$
METODE PENGUMPULAN DATA	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input checked="" type="checkbox"/> Sensus Harian
CAKUPAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan
NILAI AMBANG/ STANDAR	$\geq 75\%$
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	Jumlah seluruh KKM, KKK dan KKH baik dari survei kepuasan pelanggan, laporan, rekapitulasi komplain/keluhan
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Subbagian Umum
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Subbagian Umum Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah

i. Kepuasan Pelanggan

JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan	
DEFINISI OPERASIONAL	<ul style="list-style-type: none"><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 pelayanan keluhan pelanggan dan informasi</li></ul>	
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan keluhan pelanggan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan	
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan mutu pelayanan	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan IKM menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya	
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur	
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\text{Total nilai persepsi per unsur}}{\text{Total unsur yang terisi}} \times \text{Nilai penimbang}$	
METODE PENGUMPULAN DATA		Retrospektif
	V	Sensus Harian
CAKUPAN DATA		Total
	V	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan	
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 80%	
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: <i>Run Chart</i> Interpretasi data: Bandingkan dengan standar	
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab dan mutu Bidang Pelayanan Medik	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah	

7



15. PELAYANAN AMBULANS JENAZAH

a. Waktu Pelayanan Ambulans Jenazah

JUDUL INDIKATOR	Waktu Pelayanan Ambulans Jenazah	
DEFINISI OPERASIONAL	Waktu pelayanan ambulans jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulans jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien	
TUJUAN	Tersedianya pelayanan ambulans jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan	
DIMENSI MUTU	Aksesibilitas	
DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Memfasilitasi pasien/keluarga pasien yang sewaktu-waktu membutuhkan pelayanan ambulans jenazah	
NUMERATOR	Jumlah waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulans dalam 1 bulan	
DENOMINATOR	Jumlah hari dalam bulan tersebut	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulans dalam 1 bulan}}{\Sigma \text{ hari dalam bulan tersebut}}$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input type="checkbox"/>	Retrospektif
	<input checked="" type="checkbox"/>	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/>	Total
	<input type="checkbox"/>	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan	
NILAI AMBANG/ STANDAR	24 jam	
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	Instalasi Gawat Darurat	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Subbagian Umum	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Unit Kerja Eksternal: Pemerintah Daerah	

7

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

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



## 16. PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH

### Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

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

**17. PELAYANAN PEMELIHARAAN LINEN**

a. Kejadian Linen yang Hilang

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

g



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

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

2

**18. PELAYANAN TERHADAP PASIEN PENERIMA BANTUAN IURAN (PBI)**

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

JUDUL INDIKATOR	Pelayanan terhadap Pasien PBI dan Pasien Dinas Sosial yang Datang ke RS pada Setiap Unit Pelayanan	
DEFINISI OPERASIONAL	Pasien PBI adalah pasien pemegang kartu PBI JKN KIS dan Jamkesmas	
TUJUAN	Tergambarnya kepedulian RS terhadap masyarakat	
DIMENSI MUTU	Aksesibilitas	
DASAR PEMIKIRAN/ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan	
NUMERATOR	Jumlah pasien PBI yang dilayani RS dalam 1 bulan	
DENOMINATOR	Jumlah seluruh pasien PBI yang datang ke RS dalam 1 bulan	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\sum \text{pasien PBI yang dilayani RS dalam 1 bulan}}{\sum \text{seluruh pasien PBI yang datang ke RS dalam 1 bulan}} \times 100\%$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input type="checkbox"/>	Retrospektif
	<input checked="" type="checkbox"/> V	Sensus Harian
	<input type="checkbox"/>	
CAKUPAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/> V	Total
	<input type="checkbox"/>	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan	
NILAI AMBANG/STANDAR	100%	
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	Register pasien	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Instalasi Administrasi Pasien dan Verifikasi Klaim	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: Pemerintah Daerah	

2



## 19. PELAYANAN PENDIDIKAN, PELATIHAN, PENELITIAN, DAN PENGEMBANGAN

a. Angka Karyawan yang Mendapatkan Pelatihan Minimal 20 Jam Setahun

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



b. Kepuasan Pelanggan

JUDUL INDIKATOR	Kepuasan Pelanggan	
DEFINISI OPERASIONAL	<ul style="list-style-type: none"><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 Pelanggan adalah kegiatan untuk mengukur tingkatan kesenjangan pelayanan RS yang diberikan dengan harapan pelanggan di Instalasi Diklatlitbang</li></ul>	
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan Instalasi Diklatlitbang yang mampu memberikan kepuasan pelanggan	
DIMENSI MUTU	Efektivitas dan mutu pelayanan	
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Survei kepuasan pelanggan dengan IKM menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya	
NUMERATOR	Total nilai persepsi per unsur	
DENOMINATOR	Total unsur yang terisi	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\text{Total nilai persepsi per unsur}}{\text{Total unsur yang terisi}} \times \text{Nilai penimbang}$	
METODE PENGUMPULAN DATA		Retrospektif
	V	Sensus Harian
CAKUPAN DATA		Total
	V	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Triwulanan	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Tahunan	
NILAI AMBANG/ STANDAR	≥ 80%	
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: <i>Run Chart</i> Interpretasi data: Bandingkan dengan standar	
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Hasil kuesioner dan rekapitulasi hasil kuesioner hasil survei	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab dan mutu Bidang Pelayanan Medik	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Instalasi Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah	

7



20. PELAYANAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

a. Komite PPI Terlatih

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

7

b. Angka Penggunaan APD (Alat Pelindung Diri)

JUDUL INDIKATOR	Angka Penggunaan APD
DEFINISI OPERASIONAL	<p>1. Alat Pelindung Diri (APD) adalah pakaian khusus atau peralatan yang dipakai petugas untuk memproteksi diri dari bahaya fisik, kimia, biologi/bahan infeksius.</p> <p>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).</p> <p>3. Kepatuhan penggunaan APD adalah ketaatan petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dan jenis APD saat melakukan suatu tindakan/kegiatan.</p> <p>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.</p> <p>5. Kriteria inklusi: penggunaan APD di Instalasi Laboratorium, IPL, dan IPKN</p>
TUJUAN	Tergambarnya ketaatan dalam penggunaan APD di Instalasi Laboratorium, IPL, dan IPKN
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan kenyamanan
DASAR PEMIKIRAN/ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Angka kepatuhan penggunaan APD
NUMERATOR	Jumlah ya dilakukan penggunaan APD
DENOMINATOR	Jumlah ya + tidak prosedur yang perlu penggunaan APD
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ya dilakukan penggunaan APD}}{\Sigma \text{ya} + \text{tidak prosedur yang perlu penggunaan APD}} \times 100\%$
METODE PENGUMPULAN DATA	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input checked="" type="checkbox"/> Sensus Harian
CAKUPAN DATA	<input type="checkbox"/> Total <input checked="" type="checkbox"/> Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI	Triwulanan



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

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

JUDUL INDIKATOR	Angka Infeksi HAIs ISK di Wisma Rawat Inap
DEFINISI OPERASIONAL	<p>Infeksi Saluran Kemih (ISK) atau <i>Urinary Tract Infection (UTI)</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>&gt; Terjadi infeksi setelah pemasangan urine kateter <math>\geq 2 \times 24</math> jam (48 jam)</li><li>&gt; 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 retroperitoneal atau rongga perinefrik). <i>CAUTI (Catheter-Associate Urinary Tract Infection)</i> merupakan infeksi yang terjadi karena sesudah instrumentasi, terutama oleh kateter maupun cystoscopy (Gray M. &amp; Moore KN,2010).</li><li>&gt; Gejala klinis yang muncul adalah demam, sakit pada supra pubik dan nyeri pada sudut costovertebra.</li><li>&gt; Faktor resiko ISK adalah pasien yang terpasang kateter urin, sedang faktor-faktor lain berkaitan dengan:<ul style="list-style-type: none"><li>- Lama pemasangan kateter &gt; 6-30 hari berisiko terjadinya infeksi</li><li>- Gender wanita</li><li>- Diabetes, malnutrisi, <i>renalin sufficiency</i></li><li>- Monitoring <i>urine output</i> (manipulasi pengambilan spesimen urin)</li><li>- Posisi <i>drainage</i> kateter lebih rendah dari <i>urine bag</i></li><li>- Kontaminasi selama pemasangan kateter urin</li><li>- Inkontinensia fekal (kontaminasi <i>E. coli</i> padawanita)</li><li>- Rusaknya sirkuit kateter urin</li></ul></li></ul>
TUJUAN	Tergambarnya angka infeksi HAIs ISK di Instalasi Rawat Inap
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan kenyamanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Angka infeksi HAIs ISK di Wisma Rawat Inap menggambarkan kualitas pelayanan yang tidak mengakibatkan hal yang merugikan bagi pasien





NUMERATOR	Jumlah kasus ISK	
DENOMINATOR	Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ kasus ISK}}{\Sigma \text{ lama hari pemakaian kateter urin menetap}} \times 1000\text{‰}$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input type="checkbox"/>	Retrospektif
	<input checked="" type="checkbox"/>	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	<input type="checkbox"/>	Total
	<input checked="" type="checkbox"/>	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan	
NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 5%	
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	Catatan data hasil surveilans ISK	
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Komite PPI	
PUBLIKASI DATA	Internal: Laporan Kerja Komite Eksternal: SISMADAK, Pemerintah Daerah	

d. Angka Phlebitis

JUDUL INDIKATOR	Angka Phlebitis	
DEFINISI OPERASIONAL	<p>1. Phlebitis dalam klasifikasi HAIs oleh CDC, dikelompokkan dalam CVS-VASC (<i>Arterial or venous Infection</i>)</p> <p>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.</p> <p>3. Kriteria phlebitis: infeksi arteri/vena harus memenuhi minimal 1 dari kriteria berikut:</p> <p>a. Pasien minimal mempunyai 1 gejala dan tanda berikut, tanpa ditemukan penyebab lainnya:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Demam (&gt; 38°C), sakit, eritema, atau panas pada vaskuler yang terlibat,dan</li><li>• Kultur semikuantitatif dari ujung kanula intravaskuler tumbuh &gt;15 koloni mikroba,dan</li><li>• Kultur darah tidak dilakukan atau hasilnegatif</li></ul> <p>b. Adanya aliran nanah pada vaskuler yang terlibat</p> <p>4. Penilaian dilakukan pada pasien yang terpasang infus</p>	
TUJUAN	Tergambarnya angka phlebitis di Instalasi Rawat Inap	
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan kenyamanan	
DASAR PEMIKIRAN /ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Terwujudnya patient <i>safety</i> dan mencegah terjadinya plebitis	
NUMERATOR	Jumlah pasien yang mengalami phlebitis	
DENOMINATOR	Jumlah lama hari pasien terpasang infus	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ pasien yang mengalami phlebitis}}{\Sigma \text{ lama hari pasien terpasang infus}} \times 1000\%$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input type="checkbox"/>	Retrospektif
	<input checked="" type="checkbox"/>	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	<input type="checkbox"/>	Total
	<input checked="" type="checkbox"/>	Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan	

7



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

7

e. Angka Ketidakpatuhan Cuci Tangan

JUDUL INDIKATOR	Angka Ketidakpatuhan Cuci Tangan
DEFINISI OPERASIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kebersihan tangan (<i>hand hygiene</i>) 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 (<i>hand wash</i>) atau dengan cairan berbasis alkohol (<i>handrub</i>) dalam 6 langkah (WHO, 2009).</li> <li>- Audit kebersihan tangan adalah prosedur penilaian kepatuhan petugas melakukan kebersihan tangan sesuai 5 indikasi dari WHO yaitu: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. sebelum kontak dengan pasien;</li> <li>2. setelah kontak dengan pasien;</li> <li>3. sebelum melakukan tindakan invasif dan aseptik;</li> <li>4. setelah kontak dengan cairan tubuh;</li> <li>5. setelah kontak dengan lingkungan.</li> </ol> dengan menjalankan 6 tahap teknik melakukan kebersihan tangan. </li> <li>- Enam indikasi kebersihan tangan: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sebelum kontak dengan pasien, yaitu sebelum masuk ruangan perawatan pasien</li> <li>2. Kontak dengan pasien meliputi menyentuh tubuh pasien, baju atau pakaian</li> <li>3. Prosedur aseptik contoh tindakan transfusi, perawatan luka, pemasangan kateter urin, <i>suctioning</i>, perawatan daerah tindakan invasif</li> <li>4. Tindakan invasif contohnya pemasangan kateter intravena (vena pusat/vena perifer), kateter arteri</li> <li>5. Cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi drain, dll</li> <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> </ol> </li> </ul>



	<p>- Enam langkah teknik melakukan kebersihan tangan sesuai WHO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ratakan dan gosokkan sabun dengan kedua telapak tangan;</li> <li>2. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya;</li> <li>3. Gosok kedua telapak dan sela-sela jari;</li> <li>4. Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci;</li> <li>5. Gosok ibu jari kiri berputar dalam gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya;</li> <li>6. Gosokkan dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya, telapak tangan kiri dan sebaliknya.</li> </ol> <p>Petugas yang dinilai mencakup semua petugas yang bertugas di ruangan (dokter, perawat, peserta didik, pekarya, CS)</p>	
TUJUAN	Tergambarnya kepatuhan tenaga kesehatan dalam melakukan cuci tangan sesuai indikasi	
DIMENSI MUTU	Keselamatan dan kenyamanan	
DASAR PEMIKIRAN/ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Kebersihan tangan (cuci tangan) wajib dilakukan oleh semua petugas yang ada di rumah sakit karena sebagai pilar pengendalian dan pencegahan infeksi dengan memutus mata rantai penularan penyakit.	
NUMERATOR	Jumlah tidak dilakukan cuci tangan	
DENOMINATOR	Jumlah ya + tidak dilakukan cuci tangan (jumlah momen/saat wajib praktek cuci tangan yang diobservasi)	
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\Sigma \text{ tidak dilakukan cuci tangan}}{\Sigma \text{ ya + tidak dilakukan cuci tangan}} \times 100\%$	
METODE PENGUMPULAN DATA	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> V	Retrospektif Sensus Harian
CAKUPAN DATA	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> V	Total Sampel
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan	
FREKUENSI ANALISIS DATA	Triwulanan	

NILAI AMBANG/ STANDAR	≤ 15%
METODOLOGI ANALISIS DATA	Statistik: <i>Run Chart</i> Interpretasi data: Bandingkan dengan standar
SUMBER DATA/AREA MONITORING	Catatan data dan pengamatan kebersihan tangan di semua unit pelayanan pasien (lembar hasil monitoring cuci tangan)
PJ PENGUMPUL DATA	Penanggung jawab data mutu Komite PPI
PUBLIKASI DATA	Internal : Laporan Kerja Instalasi Eksternal : SISMADAK, Pemerintah Daerah

GUBERNUR NUSA TENGGARA TIMUR,

  
VIKTOR BUNGILU LAISKODAT