

# LAPORAN KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

SEMESTER I TAHUN 2018

RS. DR. H. MARZOEKI  
MAHDI BOGOR



KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN  
RS DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR  
TAHUN 2018



**PENCAPAIAN KINERJA INDIKATOR KINERJA INDIVIDU DIREKTUR UTAMA  
SEMESTER I TAHUN 2018  
RS. DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR**

KATEGORI	NO	INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN 2016						SM 1
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	
<b>PELAYANAN MEDIS</b>										
Kepatuhan Terhadap Standar	1	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i> (CP)	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
	2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	≥80%	99.97%	99.98%	99.97%	99.96%	99.86%	99.91%	99.94%
	3	Prosentase kejadian pasien jatuh	≤3%	0.36%	0.70%	0.27%	0.00%	0.32%	0.58%	0.37%
	4	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri ( <i>Psychiatric Intensive Care Unit</i> )/UPIP	≤1,5%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	5	Penerapan keselamatan <i>Electro Convulsive Teraphy</i> (ECT)	100%	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten
Pengendalian Infeksi di RS	6	Infeksi aliran darah perifer ( <i>Phlebitis</i> )	≤5%	1.62%	0.22%	0.89%	0.30%	0.25%	0.32%	0.60%
Capaian Indikator Medik	7	Cuci Tangan ( <i>Hand Hygiene</i> )	100%	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi
	8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	100.00%	99.35%	99.49%	100.00%	99.48%	99.38%	99.62%
	9	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	≥90%	100.00%	100.00%	100.00%	99.67%	100.00%	100.00%	99.95%
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	Cara lain sesuai	Cara lain sesuai	Cara lain sesuai	Cara lain sesuai	Cara lain sesuai	Cara lain sesuai	Cara lain sesuai

				variabel dan diberikan ke seluruh produk layanan	variabel dan diberikan ke seluruh produk layanan	variabel dan diberikan ke seluruh produk layanan	variabel dan diberikan ke seluruh produk layanan	variabel dan diberikan ke seluruh produk layanan	variabel dan diberikan ke seluruh produk layanan	variabel dan diberikan ke seluruh produk layanan
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	>75%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	<i>Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)</i>	≤240 Menit	51.93 menit	52.53 menit	53.97 menit	54.31 menit	51.73 menit	59.50 menit	00:53:59
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 Menit	57.60 menit	46.70 menit	52.80 menit	47.40 menit	49.10 menit	46.5 menit	00:50:01
	14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤3 Jam	2 jam 57 menit	1 jam 48 menit	2 jam 49 menit	2 jam	1 jam 39 menit	1 jam 38 menit	02:08:28
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤2 Jam	1 jam 34 menit	1 jam 35 menit	1 jam 36 menit	1 jam 24 menit	1 jam 35 menit	1 jam 36.5 menit	01:33:22
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 Menit	49.67 menit	40.57 menit	45.30 menit	56.17 menit	1 jam 1 menit	56.67 menit	00:51:30
	17	Pengembalian Rekam Medik lengkap dlm waktu 24 jam (PRM)	>80%	56.37%	77.80%	77.12%	77.47%	82.44%	82.39%	75.60%
<b>PELAYANAN KEUANGAN</b>										
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	45%	45%	64.65%	45%	45%	55.88%	55.88%
		<b>JUMLAH TS</b>		96.00	97.00	97.00	95.75	95.00	96.25	96.17
		<b>NILAI IKI</b>		2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000

**PENCAPAIAN KINERJA INDIKATOR KINERJA TERPILIH  
SEMESTER I TAHUN 2018  
RS. DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR**

NO	INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN SEMESTER I 2018					
			TARGET TW I	HAPER TW I	IKT	TARGET TW II	HAPER TW II	IKT
<b>INDIKATOR KINERJA TERPILIH</b>								
1	Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam medik Dalam Waktu 24 Jam	80%	81%	70.43%	92.67%	81%	80.77%	100.33%
2	Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	100%	81%	83.27%	102.18%	81%	90.48%	107.52%
3	Sistem Pendaftaran Pasien rawat Jalan (Online/SMS)	80%	11%	28.47%	199.29%	12%	29.26%	194.32%
4	Informasi Ketersediaan Tempat Tidur	100%	100%	100.00%	100.00%	100%	100.00%	100.00%
5	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	100%	46%	64.65%	125.21%	47%	55.88%	113.12%
6	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online Sistem/BIOS)	45%	100%	120.00%	112.00%	100%	120.00%	112.00%
	Total				121.89%			121.21%

**PENCAPAIAN INDIKATOR KINERJA UTAMA RENCANA STRATEGIS BISNIS  
SEMESTER 1 TAHUN 2018  
RS. DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR**

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)	STANDAR	CAPAIAN 2018						SM 1		
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN			
<b>PERSPEKTIF STAKEHOLDER/CUSTOMER</b>												
1.	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan/ Stakeholder	1	Tingkat Kepuasan Pelanggan	90%	87.71%	87.04%	86.90%	88.06%	86.54%	85.22%	86.91%	
		2	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	80%	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %
2.	Terwujudnya Peran Strategis Menjadi RS Jiwa Rujukan Nasional	Tingkat Kualitas Sistem Rujukan Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa										
		3	a. Persentase rujukan yang berkualitas	60%	93.75%	100.00 %	100.00 %	100.00 %	80.00%	NA	94.75%	
			b. Persentase Konsultasi	60%	91.60%	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	98.60%
			c. Persentase Pencapaian Integrasi Layanan	100%	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %
		4	Pengembangan Model Layanan Kesehatan Jiwa dengan Pendekatan Pelayanan Multidisiplin	1 Model Layanan	1 Model Layanan	1 Model Layanan	1 Model Layanan	1 Model Layanan	1 Model Layanan	1 Model Layanan	1 Model Layanan	1 Model Layanan
		5	Pusat Promosi Kesehatan Jiwa	80%	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %
6	Kerjasama Nasional dan Internasional Dalam Pendidikan, Penelitian dan Layanan di Bidang Rehabilitasi Psikososial	2 Institusi Nasional dan 1 Institusi di Asean	2 Institusi Nasional dan 1 Institusi di Asean	2 Institusi Nasional dan 1 Institusi di Asean	2 Institusi Nasional dan 1 Institusi di Asean	2 Institusi Nasional dan 1 Institusi di Asean	2 Institusi Nasional dan 1 Institusi di Asean	2 Institusi Nasional dan 1 Institusi di Asean	2 Institusi Nasional dan 1 Institusi di Asean	2 Institusi Nasional dan 1 Institusi di Asean		
<b>PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL</b>												
3.	Terwujudnya Layanan Ungulan Rehabilitasi Psikososial	7	Persentase Rehabilitan yang Mengalami Perbaikan Fungsi Personal dan Sosial	70%	97.01%	98.41%	95.77%	88.41%	91.80%	85.71%	92.85%	
		8	Persentase Rehabilitan Yang Mandiri di Masyarakat	50%	92.86%	57.14%	66.67%	51.72%	55.56%	100.00 %	70.66%	

4.	Terwujudnya Layanan Kesehatan Jiwa yang Bermutu	9	Akreditasi Paripurna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lulus Akreditasi Versi 2012 Paripurna</li> <li>• Survei Verifikasi 1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lulus Akreditasi Versi 2012 Paripurna. Lulus Survei Verifikasi I. Monitoring pasca akreditasi. Persiapan re-akreditasi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lulus Akreditasi Versi 2012 Paripurna. Lulus Survei Verifikasi I. Monitoring pasca akreditasi. Persiapan re-akreditasi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lulus Akreditasi Versi 2012 Paripurna. Lulus Survei Verifikasi I. Monitoring pasca akreditasi. Persiapan re-akreditasi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lulus Akreditasi Versi 2012 Paripurna. Lulus Survei Verifikasi I. Monitoring pasca akreditasi. Persiapan re-akreditasi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lulus Akreditasi Versi 2012 Paripurna. Lulus Survei Verifikasi I. Monitoring pasca akreditasi. Persiapan re-akreditasi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lulus Akreditasi Versi 2012 Paripurna. Lulus Survei Verifikasi I. Monitoring pasca akreditasi. Persiapan re-akreditasi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lulus Akreditasi Versi 2012 Paripurna. Lulus Survei Verifikasi I. Monitoring pasca akreditasi. Persiapan re-akreditasi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lulus Akreditasi Versi 2012 Paripurna. Lulus Survei Verifikasi I. Monitoring pasca akreditasi. Persiapan re-akreditasi.</li> </ul>
5.	Terwujudnya Pusat Riset dan Pendidikan Kesehatan Jiwa Yang Aplikabel untuk Mendukung Layanan Unggulan Rehabilitasi Psikososial	10	Lisensi Sebagai Pusat Riset dan Pendidikan di Bidang Rehabilitasi Psikososial dari Lembaga yang Berwenang (Kementerian Kesehatan RI)	Program penelitian oleh staf internal	PROSES	PROSES	PROSES	PROSES	PROSES	PROSES	PROSES	PROSES
6.	Terwujudnya Kemitraan yang Berkualitas di Bidang Kesehatan Jiwa	11	Tingkat Kualitas Kemitraan Layanan Kesehatan Jiwa	70%	81.80%	85.70%	85.70%	85.70%	85.70%	85.70%	85.70%	85.05%
7.	Terwujudnya Transformasi Layanan Kesehatan Jiwa dengan Pendekatan Layanan Multidisiplin	12	Proses bisnis yang Terintegrasi dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa	5 Layanan	6 Layanan	6 Layanan	6 Layanan	6 Layanan	6 Layanan	6 Layanan	6 Layanan	6 Layanan
8.	Terwujudnya Pemberdayaan Masyarakat dalam Meningkatkan Derajat Kesehatan Jiwa	13	Pembinaan Kelompok Swabantu Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa	3 Kelompok	5 Kelompok	5 Kelompok	5 Kelompok	5 Kelompok	5 Kelompok	5 Kelompok	5 Kelompok	3 Kelompok

**PERSPEKTIF FINANSIAL**

9.	Terwujudnya Efisiensi Anggaran Berbasis Kebutuhan	14	Tingkat Efisiensi Anggaran	90%							
10.	Terwujudnya POBO yang Optimal	15	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	65%			64.65%			55.88%	55.88%

**PERSPEKTIF PEMBELAJARAN DAN PERTUMBUHAN**

11.	Terwujudnya Budaya Kinerja yang Efektif	16	Tingkat Proses Budaya Kinerja	80%	95.42%	94.16%	95.47%	97.81%	95.96%	98.31%	96.19%
		17	Persentase SDM yang memiliki Kinerja Sesuai Standar	70%	70.89%	74.36%	69.13%	76.52%	73.01%		
12.	Terwujudnya Sistem Informasi Rumah Sakit yang Terintegrasi	18	Level IT yang Terintegrasi	Siloed 2	Siloed 2	Siloed 2	Siloed 2	Siloed 2	Siloed 2	Siloed 2	Siloed 2
13.	Terwujudnya Keandalan Sarana dan Prasarana	19	Tingkat Keandalan Sarpras / <i>Overall Equipment Effectiveness (OEE)</i>	80%	70.00%	70.00%	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	90.00%
14.	Terwujudnya SDM yang Handal dan Kompeten	20	Persentase SDM yang Memiliki Kompetensi Sesuai Standar	70%	96.07%	96.07%	96.07%	96.07%	96.07%	97.07%	96.24%
		21	Persentase SDM yang Mendapat Pelatihan Sesuai Standar	70%							

**PENCAPAIAN INDIKATOR MUTU PRIORITAS  
SEMESTER 1 TAHUN 2018  
RS. DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR**

NO	AREA KLINIK	INDIKATOR	STAND AR	CAPAIAN 2018						SM 1
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	
<b>INDIKATOR AREA KLINIS (IAK)</b>										
1	Asesmen pasien	Assesmen medis pra bedah	100%	76.47%	95.14%	90.84%	90.18%	89.80%	90.91%	88.89%
2	Pelayanan laboratorium	Waktu pelaporan hasil kritis Laboratorium	≤ 30 menit	00:14:49	00:22:19	00:20:41	00:19:17	00:23:30	00:29:55	00:21:45
3	Pelayanan radiologi dan diagnostik imaging	Waktu pelaporan hasil kritis radiodiagnostik dan imaging	≤ 30 menit	00:18:58	00:19:04	00:21:44	00:19:18	00:17:47	00:21:54	00:19:48
4	Prosedur bedah	Kepatuhan Informed Consent pada pasien bedah	100%	76.92%	95.70%	88.52%	92.05%	89.12%	93.51%	89.30%
5	Penggunaan antibiotika dan obat lainnya	Kepatuhan penggunaan Fornas	90%	99.97%	99.98%	99.97%	99.96%	99.86%	99.91%	99.94%
6	Kesalahan medikasi ( <i>medication error</i> ) dan kejadian nyaris cidera (KNC)	Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (Medication Error)	0%	0.45%	0.47%	0.27%	0.45%	0.38%	0.42%	0.41%
7	Penggunaan anestesi dan sedasi	Assesmen pra anestesi	100%	76.18%	95.56%	89.28%	94.94%	94.81%	98.35%	91.52%
8	Penggunaan darah dan produk darah	Kejadian reaksi transfusi	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0.00%
9	Ketersediaan, isi dan penggunaan rekam medis pasien	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan	≤ 35 menit	00:38:13	00:36:55	00:44:14	00:26:23	00:28:41	00:33:13	00:34:37
10	Pencegahan dan pengendalian infeksi, surveilans dan pelaporan	Angka kejadian phlebitis	≤ 157‰	3.93	0.55	1.85	0.63	0.53	0.70	1.36
11	Riset klinis	Penelitian klinis yang dilaksanakan oleh staf internal	1 Penelitian/tahun	NA	NA	NA	NA	NA	2	2
12	Layanan Unggulan	Persentase rehabilitant yang mengalami perbaikan fungsi personal dan sosial	80%	97.01%	98.41%	95.77%	88.41%	91.80%	85.71%	92.85%
<b>INDIKATOR INTERNATIONAL LIBRARY (IIL)</b>										



13	Hospital Based Inpatient Psychiatry Service (HBIPS) Pelayanan psikiatri rawat inap berbasis rumah sakit	Tidak adanya kejadian pasien gangguan jiwa yang difiksasi setelah masa rawat 24 jam di PHCU (Psychiatric High Care Unit)	> 95 %	100.00%	99.35%	99.49%	100.00%	99.48%	99.38%	99.62%
14	Hospital Based Inpatient Psychiatry Service (HBIPS) Pelayanan psikiatri rawat inap berbasis rumah sakit	Tidak adanya pasien yang dirawat di PHCU (Psychiatric High Care Unit) >10 hari	> 90 %	100.00%	99.35%	98.98%	97.35%	98.45%	98.14%	98.71%
15	Nursing Sensitive Care (NSC): Asuhan perawatan sensitif	Angka kejadian decubitus selama dirawat di rumah sakit	< 122 ‰	5.68	0.00	2.76	2.92	0.00	0.00	1.89
16	Nursing Sensitive Care (NSC): Asuhan perawatan sensitif	Tidak adanya kejadian pasien jatuh	100%	99.64%	99.30%	99.73%	100.00%	99.68%	99.42%	99.63%
17	Perinatal care (PC) Perawatan perinatal	Pemberian ASI eksklusif pada bayi baru lahir selama masa perawatan	> 80 %	84.31%	75.86%	35.29%	87.10%	94.12%	58.33%	72.50%
<b>INDIKATOR AREA MANAJERIAL (IAM)</b>										
18	Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat penting untuk memenuhi kebutuhan pasien	Ketersediaan obat emergency	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.00%
19	Pelaporan aktifitas yang diwajibkan oleh perundang-undangan	Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
20	Manajemen risiko	Program Manajemen Risiko di unit kerja	70%	Proses	Proses	Proses	Proses	Proses	Proses	Proses
21	Manajemen penggunaan sumber daya	Bed occupancy Ratio ( BOR)	70%-85%	70.21%	72.00%	74.92%	69.31%	66.11%	51.95%	67.42%
22	Harapan dan kepuasan pasien dan keluarga	Tingkat Kepuasan pelanggan	>85%	87.71%	87.04%	86.90%	88.06%	86.54%	85.22%	86.91%
23	Harapan dan kepuasan staf	Tingkat Kepuasan karyawan	≥ 80 %							
24	Demografi pasien dan diagnosis klinis	Ketersediaan jumlah laporan diagnosa terbanyak	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.00%
25	Manajemen keuangan	Rasio pendapatan dan biaya operasional ( POBO )	45%	Per Triwulan	Per Triwulan	64.65%	/Triwulan	/Triwulan	55.88%	55.88%
26	Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%	78.10%	78.07%	83.42%	81.18%	84.57%	83.89%	81.54%

**PENCAPAIAN KINERJA INDIKATOR MUTU SASARAN KESELAMATAN PASIEN  
SEMESTER I TAHUN 2018  
RS. DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR**

NO	KATEGORI	INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN 2018						SM 1
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	
<b>INDIKATOR SASARAN KESELAMATAN PASIEN</b>										
1	Mengidentifikasi pasien dengan benar	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	95.20%	97.75%	97.30%	98.31%	98.41%	98.26%	97.54%
2	Meningkatkan Komunikasi Yang efektif	Ketepatan pelaksanaan metode TBAK	≥ 90%	98.32%	100.00%	99.88%	99.88%	99.40%	99.84%	99.55%
3	Meningkatkan keamanan obat yang perlu diwaspadai (High Alert Medication)	Kepatuhan penyiapan elektrolit konsentrat	100%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
4	Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar	Pelaksanaan Surgery Safety Checklist	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
5	Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	Kepatuhan Hand Hygiene	100%	77.02%	74.88%	77.23%	69.03%	70.51%	69.49%	73.03%
6	Mengurangi risiko cidera pasien akibat terjatuh	Kepatuhan Upaya pencegahan risiko cedera pasien akibat terjatuh	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

**PENCAPAIAN KINERJA INDIKATOR MUTU PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI  
SEMESTER I TAHUN 2018  
RS. DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR**

NO	KATEGORI	INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN 2018						SM 1
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	
<b>INDIKATOR PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (IPPI)</b>										
1	Kewaspadaan Isolasi	Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD) di Setiap Instalasi/Unit	100%	83.84%	82.31%	83.73%	89.95%	93.29%	94.19%	87.89%
2		Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%	78.10%	78.07%	83.42%	81.18%	84.57%	83.89%	81.54%
3		Ketersediaan Sarpras <i>Hand Hygiene</i>	100%	78.15%	84.74%	84.36%	89.30%	91.83%	92.19%	86.76%
4		Kepatuhan Melakukan <i>Hand Hygiene</i>	100%	77.02%	74.88%	77.23%	69.03%	70.51%	69.49%	73.03%
5		Etika Batuk	100%	85.28%	84.46%	76.92%	77.07%	80.21%	84.85%	81.47%
6		Manajemen Laundry Ruangan	100%	80.93%	81.28%	84.83%	87.12%	83.54%	88.91%	84.44%
7		Manajemen Limbah Tajam Ruangan	100%	79.69%	85.22%	79.51%	81.57%	87.88%	82.42%	82.72%
8		Manajemen Lingkungan Kerja Ruangan	100%	68.87%	71.20%	71.62%	73.96%	73.76%	74.64%	72.34%
9		Manajemen Limbah Infeksius Ruangan	100%	86.76%	86.08%	82.00%	87.00%	85.79%	92.50%	86.69%
10		Personal Hygiene Pasien Psikiatri	100%	91.51%	89.04%	85.76%	75.43%	78.34%	79.63%	83.29%
11	Kejadian <i>Healthcare Associated Infection</i> (HAIs)	Angka Kejadian Phlebitis	≤ 5%	1.62%	0.22%	0.89%	0.30%	0.25%	0.32%	0.60%
		Angka Kejadian Phlebitis	≤ 157‰	3.93	0.55	1.85	0.63	0.53	0.70	1.36
12		Angka Kejadian ISK	< 16.6‰	0	0	0	0	0	0	0.00
13		Angka Kejadian IDO	< 2%	0.00%	0.00%	0.00%	1.96%	3.85%	0.00%	0.97%
14		Angka Kejadian VAP	< 150‰	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
15		Angka Kejadian Dekubitus	< 12%	0.95%	0.00%	1.54%	1.45%	1.79%	0.00%	0.95%
	Angka Kejadian Dekubitus	< 122 ‰	5.68	0.00	2.76	2.92	0.00	0.00	1.89	
16	Angka Kepatuhan <i>Five Moment</i>	Sebelum Kontak Dengan Pasien	100%	37.62%	39.50%	41.50%	41.50%	31.50%	40.50%	38.69%
17		Sebelum Melakukan Tindakan Aseptik	100%	56.35%	54.44%	52.05%	48.00%	34.52%	40.44%	47.63%
18		Setelah Kontak Dengan Cairan Tubuh	100%	98.58%	83.25%	97.52%	98.76%	95.56%	98.90%	95.43%
19		Setelah Kontak Dengan Pasien	100%	89.60%	85.50%	86.50%	83.50%	76.50%	74.50%	82.68%
20		Setelah Kontak Dengan Lingkungan Pasien	100%	73.27%	69.50%	63.00%	70.50%	64.50%	61.50%	67.04%

**PENCAPAIAN KINERJA STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
SEMESTER I TAHUN 2018  
RS. DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR**

JENIS	INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN SEMESTER I 2018							
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	SM 1	
<b>PELAYANAN GAWAT DARURAT</b>										
<i>Input</i>	Kemampuan Menangani Life Saving	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
	Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat	100%	82.05%	82.05%	78.95%	78.95%	84.21%	78.95%	80.86%	
	Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	1 Tim	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
<i>Proses</i>	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Gawat Darurat	≤5 menit	00:03:14	00:03:30	00:03:30	00:03:36	00:03:36	00:03:50	0.25%	
	Waktu Tanggap Pelayanan Perawat di Gawat Darurat	≤2 menit	00:01:14	00:01:30	00:01:30	00:01:30	00:01:30	00:01:41	0.10%	
	<i>Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT)</i>	≤240 menit	51.93 menit	52.53 menit	53.97 menit	54.31 menit	51.73 menit	59.50 menit	54.00 menit	
<i>Output</i>	Angka Kematian Pasien Di IGD	≤2perseribu (≤2‰)	11.66	5.24	4.14	7.54	8.53	6.81	732.12%	
<i>Outcome</i>	Kepuasan Pelanggan Pada Gawat Darurat	≥85%	90.41%	90.41%	86.11%	87.67%	87.67%	87.67%	88.32%	
<b>PELAYANAN RAWAT JALAN</b>										
<b>II.A. PELAYANAN RAWAT JALAN</b>										
<i>Input</i>	II.a.1. Pemberi Pelayanan Di Klinik Spesialis *	100 %	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>
	II.a.2 Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan *	100 %	91.70%	96.60%	92.50%	97.00%	97.10%	97.00%	<b>95.32%</b>	
<i>Proses</i>	II.a.3. Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 menit	57.60 menit	46.70 menit	52.80 menit	47.40 menit	49.10 menit	46.5 menit	<b>50.02 menit</b>	
<i>Outcome</i>	Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan	≥85%	88.00%	86.00%	81.00%	84.10%	86.75%	80.13%	<b>84.33%</b>	
	Persentase rujukan yang berkualitas	40%	93.75%	100.00%	100.00%	100.00%	80.00%	NA	<b>94.75%</b>	
	Drop Out Minum Obat (NAPZA)	<22%	23.55%	23.62%	15.64%	21.52%	18.39%	14.63%	<b>19.56%</b>	
	Kesediaan Secara Mandiri Untuk di rawat	5%	NA	25.00%	NA	NA	NA	NA	<b>25.00%</b>	
<b>II.B. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK</b>										

Proses	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>
Output	Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang direncanakan	≤50%	1.26%	1.10%	0.93%	1.58%	1.27%	1.40%	<b>1.26%</b>
Outcome	Kepuasan Pelanggan pada Rehabilitasi Medik	≥80%	85.08%	84.67%	84.67%	83.33%	86.67%	88.33%	<b>85.46%</b>
	Waktu tunggu pasien Rehabilitasi Medik	≤60 menit	00:36:25	00:28:05	00:23:59	00:26:14	00:20:33	00:23:05	<b>00:26:23</b>
<b>II.C. PELAYANAN RADIODIAGNOSTIK DAN IMAGING</b>									
Proses	II.c.1. Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTRP)	≥ 85 % WTPR ≤3=100 3<WTPR ≤4=75 4<WTPR ≤5=50 5<WTPR ≤6=25 WTPR >6=0	2 jam 57 menit	1 jam 48 menit	2 jam 49 menit	2 jam	1 jam 39 menit	1 jam 38 menit	<b>2 jam 8.47 menit</b>
Output	II.c.2. Kerusakan Foto	≤2 %		0.4%	0.5%	0.39%	0.29%	0.65%	<b>0.39%</b>
	II.c.3. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Label	100 %	99%	99.50%	99.45%	99.74%	99.70%	99.78%	<b>99.53%</b>
Outcome	II.c.4 Kepuasan Pelanggan Pada Radiodiagnostik dan Imaging	≥ 85 %	88.20%	88.90%	90.44%	88%	94.44%	92.31%	<b>90.38%</b>
	Waktu tunggu pemeriksaan thorax radiologi	<3 jam	00:08:38	00:11:26	00:17:08	00:17:08	00:10:52	00:11:31	<b>00:12:47</b>
	Waktu pelaporan hasil kritis radiologi	≤30 menit	00:18:58	00:19:04	00:21:44	00:19:18	00:17:47	00:21:54	<b>00:19:48</b>
<b>II.D. ASSESSMENT CENTER</b>									
Proses	II.d.1. Waktu tunggu Pelayanan di Assasment Terpadu *	≤ 30 menit	00:01:42	00:02:10	00:02:10	00:03:36	00:03:03	00:03:04	<b>00:02:37</b>
	II.d.2. Waktu Tunggu Pengambilan Hasil *	≤ 2 hari kerja	1 hari 12 jam	1 hari 23 jam 57 menit	2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	<b>2 hari</b>
Outcome	II.b.3 Kepuasan Pelanggan Pada Assasment Terpadu *	≥ 85 %	94.95%	87.89%	87.17%	85.63%	87.51%	87.39%	<b>88.42%</b>
<b>PELAYANAN RAWAT INAP</b>									
Input	Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>

	Penerapan Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP)/SP2KP	>75%	94.15%	91.69%	92.40%	90.79%	85.27%	100.00%	<b>92.38%</b>
	Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>
Proses	Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	80%	86.96%	83.63%	79.21%	86.72%	93.22%	91.50%	<b>86.87%</b>
	Pengkajian awal medis dan keperawatan	≥80%	99.40%	99.18%	99.00%	98.72%	98.95%	99.45%	<b>99.11%</b>
	Pengkajian awal medis	≥80%	98.80%	98.35%	97.99%	97.43%	98.26%	98.90%	<b>98.29%</b>
	Pengkajian awal keperawatan	≥80%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	99.64%	100.00%	<b>99.94%</b>
	Tidak adanya Kejadian Pasien Jatuh	100%	99.64%	99.30%	99.73%	100.00%	99.68%	99.42%	<b>99.63%</b>
	Kepatuhan Upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>
OutCome	III.9. Kepatuhan terhadap Clinical Pathway	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>
	III.10 Kejadian Pulang Sebelum Dinyatakan Sembuh	≤ 5%	3.48%	2.53%	4.19%	2.82%	2.22%	4.06%	<b>3.22%</b>
	III.11. Kepuasan Pelanggan (KP) pada Rawat Inap	≥ 85%	77.00%	90.50%	90.50%	91.40%	92.60%	92.70%	<b>89.12%</b>
<b>III.A. PELAYANAN RAWAT INAP PSIKIATRI</b>									
Proses	III.a.1. Penerapan Keselamatan Electro Convulsive Teraphy (ECT) / Detoksifikasi	100%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	<b>#DIV/0!</b>
	III.a.2. Kejadian Rawat Ulang (re-admission) Pasien Gangguan Jiwa Dalam Waktu ≤ 1 Bulan	<10%	8.73%	9.81%	7.29%	7.33%	12.68%	10.53%	<b>9.40%</b>
	III.a.4. Lama pemeriksaan Visum Et Repertum Psychiatricum	14 hari	14 hari	14 hari	14 hari	14 hari	14 hari	14 hari	<b>14 hari</b>
	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (UPIP)	≤1.5%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	<b>0.00%</b>
Output	Tidak adanya kejadian pasien yang difiksasi dalam 24 jam dalam Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (UPIP)	≥95%	100.00%	99.35%	99.49%	100.00%	99.48%	99.38%	<b>99.62%</b>
	Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat di UPIP > 10 hari	≥90%	100.00%	99.35%	98.98%	97.35%	98.45%	98.14%	<b>98.71%</b>
	Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat inap psikiatri > 42 hari	42 hari	99.72%	99.68%	93.88%	98.33%	100.00%	100.00%	<b>98.60%</b>
	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	100%	100.00%	100.00%	100.00%	99.67%	100.00%	100.00%	<b>99.94%</b>

	Tidak adanya kejadian pasien lari	≥95%	99.88%	99.72%	99.59%	99.01%	99.84%	99.81%	<b>99.64%</b>
<b>III.B. PELAYANAN BEDAH DAN ANESTESI</b>									
<i>Proses</i>	III.b.1. Waktu Tunggu Operasi Elektif (jam)	≤ 48 jam	10.28	37.50	52.23	33.87	32.48	13.5	<b>29.98</b>
<i>Output</i>	III.b.2. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100.00%</b>
	III.b.3. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100.00%</b>
	III.b.4. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100.00%</b>
	III.b.5. Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100.00%</b>
	III.b.6. Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi Dan Salah penempatan Endotracheal tube	≤6 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	<b>0.00%</b>
	III.b.7. Kejadian Kematian Di Meja Operasi	≤1 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	<b>0.00%</b>
<i>Outcome</i>	III.b.8. Kepuasan Pelanggan pada Bedah Sentral	≥85 %	NA	NA	NA	NA	NA	NA	<b>#DIV/0!</b>
<b>III.C. PELAYANAN INTENSIF</b>									
<i>Output</i>	Rata-Rata Pasien Yang Kembali Ke Perawatan Intensif Dengan kasus yang sama < 72 jam	≤3%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	<b>0.00%</b>
<i>Outcome</i>	Kepuasan Pelanggan pada Pelayanan Intensif	≥85%	93.00%	86.60%	93.75%	92.50%	93.30%	93.30%	<b>92.08%</b>
	Pemberi pelayanan unit intensif	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>
<b>III.D. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI</b>									
<i>Input</i>	Pemberi Pelayanan Persalinan Normal	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>
	Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>
	Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>
<i>Proses</i>	Kemampuan Menangani BBLR 1500 Gr – 2500 Gr	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>
	Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria	≤20%	50.98%	48.28%	47.06%	29.03%	29.41%	75.00%	<b>46.63%</b>

<i>Output</i>	Angka Kematian Ibu Karena Persalinan	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	<b>0.00%</b>
<i>Outcome</i>	Kepuasan Pelanggan pada Persalinan dan Perinatologi	≥85%	96.85%	96.84%	92.80%	92.20%	88.65%	91.55%	<b>93.15%</b>
	Pemberian ASI eksklusif pada bayi baru lahir selama perawatan	>60%	84.31%	75.86%	35.29%	87.10%	94.12%	58.33%	<b>72.50%</b>
	Persentase rawat gabung	>60%	94.12%	72.41%	64.71%	77.42%	88.24%	66.67%	<b>77.26%</b>
	Perawatan Metode Kanguru	>60%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>
	BBLR		8	5	5	2	2	1	<b>383.33%</b>

### PELAYANAN REHABILITASI PSIKOSOSIAL

<i>Input</i>	Pemberi Pelayanan Di Instalasi Rehabilitasi Psikososial (Tersedia Dokter spesialis kedokteran jiwa, dokter umum yang mendapat sertifikat dan masih berlaku, psikolog klinis, perawat bersertifikat, pekerja sosial, okupasi terapis dan instruktur latihan kerja)	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>
<i>Proses</i>	Jam Buka Pelayanan Di Instalasi Rehabilitasi Psikososial	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>
	Paket Pelayanan Rehabilitasi Psikososial	>12 kali	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>
<i>Output</i>	Hasil Pencapaian Rehabilitasi Psikososial	>75%	77.91%	67.02%	89.87%	88.46%	78.21%	93.33%	<b>82.47%</b>
	Persentase Rehabilitant yang mengalami perbaikan fungsi personal dan sosial	80%	97.01%	98.41%	95.77%	88.41%	91.80%	85.71%	<b>92.85%</b>
<i>Outcome</i>	Kepuasan Pelanggan Pada Unit Rehabilitasi Psikososial	≥85%	86.49%	86.49%	98.51%	98.51%	98.51%	85.71%	<b>92.37%</b>
	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan	<25%	22.09%	32.98%	10.13%	11.54%	21.79%	6.67%	<b>17.53%</b>
	Persentase Rehabilitant yang mandiri di masyarakat	40%	92.86%	57.14%	66.67%	51.72%	55.56%	100.00%	<b>70.66%</b>
	Asesmen Rehabilitasi Psikososial	≥80%	85.38%	46.34%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>88.62%</b>
	Rujukan Rehab sesuai indikasi	≥80%	56.52%	76.28%	65.38%	100.00%	90.13%	65.26%	<b>75.60%</b>

### PELAYANAN JIWA BERBASIS MASYARAKAT

<i>Input</i>	Pelayanan Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat	100%	90.53%	85.15%	86.02%	87.72%	78.57%	65.05%	<b>82.17%</b>
	Ketersediaan Upaya Pelayanan Kesehatan Jiwa Masyarakat. Minimal pelayanan kesehatan jiwa masyarakat : pembinaan kepada puskesmas dan sarana kesehatan lain, program kesehatan jiwa masyarakat, pelayanan	100%	64.52%	58.82%	23.81%	66.67%	45.00%	41.18%	<b>50.00%</b>



	penjangkauan (outreach), krisis intervensi, program keswa berbasis sekolah, program keswa berbasis tempat kerja								
	Ketersediaan Tim Penanggulangan Kesehatan Jiwa akibat Bencana	Satu Tim	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
<i>Output</i>	Persentase pasien psikiatri yang dilayani Case Management	40%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
<b>PELAYANAN NAPZA</b>									
<i>Input</i>	Ketersediaan Pelayanan VCT (terlatih)	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
<i>Outcome</i>	Kepuasan Pelanggan pada IPK Napza	≥85%	85.00%	85.17%	70.67%	86.00%	67.33%	59.33%	75.58%
	Asesmen ASI max 3x24 jam	100%	100.00%	94.74%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	99.12%
	Tidak ada pasien MRSTI	100%	100.00%	95.56%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	99.26%
	Upaya pencegahan jatuh karena withdrawl	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
	Konseling selama pasien rawat inap (minimal 3x)	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
	Terlaksananya sesi terstruktur	100%	100.00%	95.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	99.17%
	Terlaksananya terapi vokasional minimal 8x/bulan)	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
	Pemeriksaan urine negatif pada pasien pulang	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
<b>PELAYANAN LABORATORIUM</b>									
<i>Proses</i>	VII.1. Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	< 2 Jam	1 jam 34 menit	1 jam 35 menit	1 jam 36 menit	1 jam 24 menit	1 jam 35 menit	1 jam 36.5 menit	1 jam 33.37 menit
<i>Output</i>	VII.2. Tidak Adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium	100%	99.95%	100.00%	100.00%	99.98%	100.00%	100.00%	99.99%
	VII.3. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
	VII.4. Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal	100%	Hasil Evaluasi PME belum keluar	Hasil Evaluasi PME belum keluar	Hasil Evaluasi PME belum keluar	Hasil Evaluasi PME belum keluar	Hasil Evaluasi PME belum keluar	Hasil Evaluasi PME belum keluar	Hasil Evaluasi PME belum keluar
<i>Outcome</i>	VII.5 Kepuasan Pelanggan Pada Laboratorium	≥85 %	90.80%	90.00%	90.50%	89.00%	91.00%	90.00%	90.22%
	Angka Pengulangan Sampel Laboratorium	0%	0.05%	0.10%	0.07%	0.06%	0.06%	0.03%	0.06%
<b>PELAYANAN FARMASI</b>									

<i>nput</i>	Ketersediaan Formularium (Tersedia dan updated paling lama 3 tahun)	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>
<i>Proses</i>	VIII.2. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi	< 30 menit	49.67 menit	40.57 menit	45.30 menit	56.17 menit	1 jam 1 menit	56.67 menit	<b>51.49 menit</b>
	VIII.3. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	≤60 menit	01:18:26	00:58:16	00:56:42	01:02:42	01:18:53	00:59:32	<b>01:05:45</b>
<i>Output</i>	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	99.99%	<b>100.00%</b>
	Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat ( <i>Medication Error</i> )	0%	0.45%	0.47%	0.27%	0.45%	0.38%	0.42%	<b>0.41%</b>
	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	≥ 90%	99.97%	99.98%	99.97%	99.96%	99.86%	99.91%	<b>99.94%</b>
<i>Outcome</i>	Kepuasan Pelanggan pada Instalasi Farmasi	≥85%	78.94%	80.50%	78.90%	79.88%	78.50%	79.01%	<b>79.29%</b>
<b>PELAYANAN GIZI</b>									
<i>Proses</i>	IX.1. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien	≥90 %	100.00%	99.13%	100.00%	58.63%	95.17%	96.23%	<b>91.53%</b>
<i>Output</i>	IX.2. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>
	IX.3. Prosentase Pasien yang dilakukan Pengkajian Gizi Terhadap Pasien yang Beresiko	100 % pasien terasesmen	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>
<i>Outcome</i>	IX.4. Kepuasan Pelanggan Terhadap Pelayanan Gizi di Rawat Inap	≥85 %	77.02%	77.57%	79.64%	78.73%	82.90%	79.14%	<b>79.17%</b>
<b>PELAYANAN REKAM MEDIK</b>									
<i>Proses</i>	X.1. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan	≤ 20 menit	≤35 menit	00:38:13	00:36:55	00:44:14	00:26:23	00:28:41	00:33:13
	X.2. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap	≤15 menit	00:20:01	00:31:00	00:15:10	00:16:13	00:18:25	00:17:00	<b>00:19:38</b>
<i>Output</i>	X.3. Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 24 Jam (PRM)	> 80%	56.37%	77.80%	77.12%	77.47%	82.44%	82.39%	<b>75.60%</b>
	X.4. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas	100%	76.00%	80.49%	94.30%	94.92%	89.12%	93.51%	<b>88.05%</b>
<b>PELAYANAN TRANSFUSI DARAH</b>									
<i>Output</i>	XII.1 Kejadian Reaksi Transfusi	≤0,01 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	<b>0.00%</b>

**PELAYANAN KESEHATAN LINGKUNGAN**

**PELAYANAN IPAL**

Output	Baku Mutu Limbah Cair	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.00%
Proses	Pengelolaan Limbah Cair (Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 tahun 2004)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.00%
	Pengelolaan Limbah Padat (Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2005)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.00%
	Pengelolaan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Aturan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.00%
Output	Tingkat Penilaian Proper	2015 s.d 2019 → Biru	Belum mengikuti proper	Belum mengikuti proper	Belum mengikuti proper	Belum mengikuti proper	Belum mengikuti proper	Belum mengikuti proper	Belum mengikuti proper
	Pengelolaan Limbah Infeksius	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.00%
	Pengelolaan Limbah Tajam	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.00%
	Pengendalian Lingkungan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.00%

**PELAYANAN LAUNDRY**

Output	Tidak ada Kejadian Linen yang hilang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.00%
	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen untuk Ruang Rawat Inap	1 hari	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.00%
	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap Dan Ruang Pelayanan	1 hari	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.00%
	Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.00%

**PELAYANAN CSSD**

	Ketepatan Waktu Penyediaan Alat Sterill	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.00%
	Ketersediaan Alat Sterill	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.00%
	Ketepatan Pemrosesan Sterillisasi Alat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.00%
	Ketersediaan Linen Steril Untuk Kamar Operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.00%

**PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH**

Output	XIII.b.1 Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	≤ 2 jam	1 jam 30 menit	1 jam	1 jam 30 menit	1 jam 30 menit	1 jam 30 menit	1 jam 30 menit	<b>1 jam 25 menit</b>
	XIII.b.2 Waktu Tanggap Pelayanan Perawatan Jenazah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
Proses	XIII.b.3 Perawatan Jenazah Sesuai <i>Universal Precaution</i>	100%	100%	100%	100%	90%	90%	90%	<b>95.00%</b>
Outcome	XIII.b.4 Kepuasan Pelanggan pada Pemulasaraan Jenazah	≥85 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
<b>IPSRS</b>									
Output	Ketepatan kalibrasi alat sesuai jadwal	2015 s.d 2019 : 100%	81.13%	81.13%	81.13%	81.13%	81.13%	81.13%	<b>81.13%</b>
	Tingkat Keandalan Sarpras (OEE)	2018 → 90 %	70.00%	70.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>90.00%</b>
	Waktu Tanggap Kerusakan Alat	≥80 %	80.39%	80.37%	83.33%	89.00%	88.46%	88.46%	<b>85.00%</b>
	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat	100%	83.02%	84.91%	86.79%	84.91%	90.57%	88.68%	<b>86.48%</b>
	Alat Ukur Dan Alat Laboratorium Yang Dikalibrasi Tepat Waktu	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>
<b>PELAYANAN AMBULANCE</b>									
Input	Ketersediaan Mobil Ambulans Dan Mobil Jenazah (Mobil ambulans terpisah dari mobil jenazah)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100.00%</b>
			385	395	434	450	445	420	<b>42150.00%</b>
Output	Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah Di Rumah Sakit	≤ 30 menit	00:10:00	00:10:00	00:07:30	00:07:00	00:07:00	00:06:00	<b>0.55%</b>
			10	10	7.5	7	7	6	<b>791.67%</b>
	Waktu Tanggap Memberikan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah di Rumah Sakit	≤ 30 menit	00:00:10	00:00:10	00:07:30	00:07:00	00:07:00	00:06:00	<b>0.32%</b>
			10	10	7.5	7	7	6	<b>791.67%</b>
	Tidak Terjadinya Kecelakaan Ambulans/Mobil Jenazah Yang Menyebabkan Kecacatan Atau Kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100.00%</b>
Outcome	Kepuasan Pelanggan pada Ambulan/ Kereta Jenazah	≥85 %	81%	83%	80%	82%	83%	83%	<b>82.00%</b>
<b>PELAYANAN SATPAM</b>									

Input	Petugas Keamanan bersertifikat Pengamanan	100%	85%	85%	85%	85%	80%	85%	<b>84.17%</b>
Proses	Petugas Keamanan melakukan pengawasan keliling RS	100%	100%	100%	95%	95%	90%	100%	<b>96.67%</b>
Output	Evaluasi terhadap sistem pengamanan	100%	100%	95%	90%	90%	95%	95%	<b>94.17%</b>
	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang Hilang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100.00%</b>
	Kepuasan Pasien terhadap pelayanan keamanan	≥85 %	85%	80%	80%	80%	80%	85%	<b>81.67%</b>
<b>PELAYANAN ADMINISTRASI PASIEN</b>									
	XVII.a.1 Kelengkapan Pengisian Jati Diri/ Identitas Pasien	95%	95%	97%	97%	98.00%	98.00%	97.00%	<b>97.00%</b>
Output	XVII.a.2 Waktu Penginputan Data Pasien Baru	Pasien Baru ≤ 7 menit	5 menit	10 menit	4 menit	5 menit	4 menit	5 menit	<b>5.5 menit</b>
	XVII.a.2 Waktu Penginputan Data Pasien Lama	pasien lama ≤ 2 menit	2 menit	5 menit	2 menit	2 menit	1 menit	1 menit	<b>2.17 menit</b>
	XVII.a.3 Waktu Melengkapi Berkas Tagihan Pasien	≤ 3 hari kerja	3 hari	3 hari	20 hari	10 hari	5 hari	5 hari	<b>7.67 menit</b>
	XVII.a.4 Kelengkapan Berkas Tagihan	100%	95%	97%	50%	70%	85%	90%	<b>81.17%</b>
	XVII.a.6 Tidak Ada Penolakan Klaim Karena Masalah Administrasi	100 % tidak ada penolakan klaim karena masalah administrasi	90%	95%	85%	85%	90%	95%	<b>90.00%</b>
	XVII.a.7 Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan	≤ 15 menit	10 menit	15 menit	2 menit	2 menit	2 menit	2 menit	<b>5.5 menit</b>
<b>PELAYANAN ADMINISTRASI MANAJEMEN</b>									
<b>TU DAN PELAPORAN</b>									
	XVII.b.2 Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan Struktural	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	<b>0%</b>
Output	XVII.b.3 Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Direksi	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	<b>0%</b>
	XVII.b.4 Waktu Proses Administrasi Persuratan	≤ 1 Minggu	10 hari	8 hari 4 jam	8 hari 9 jam	5 hari 12 jam	3 hari 6 jam	2 hari 14 jam	<b>6 hari 7.44 jam</b>

	XVII.b.5 Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100.00%	100%	100%	100%	100%			<b>100%</b>
	XVII.b.6 Ketepatan Waktu Pelaporan Akuntabilitas Kinerja	100.00%	100%						<b>100%</b>
<b>HUKORMAS</b>									
Output	Ketersediaan Informasi Tempat Tidur RS Dalam Bentuk <i>Display</i>	≤ 30 menit	0	0	0	0	100%	100%	<b>33.33%</b>
	Ketersediaan Informasi Tepat Waktu	Poster, leaflet, dan web dinamis 100% Poster, leaflet, dan web statis 75% Poster dan leaflet 50% Poster 25%	75%	75%	75%	100%	100%	100%	<b>87.50%</b>
	XVII.b.1 Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK) *)16	> 75%	100%	75%	100%	100%	100%	100%	<b>95.83%</b>
	Kepuasan Pelanggan	≥ 85 %	92.04%	92.69%	90.07%	90.03%	89.29%	88.62%	<b>90.46%</b>
<b>SIRS</b>									
Output	XVII.b.6 Level Informasi Teknologi yang Terintegrasi *)28	2015 --> Siloed 1 2016 → Siloed 2 2018 → Integrated 1 2018 → Integrated 2 2019 → Advanced	Siloed 1	Siloed 1	Siloed 1	Siloed 1	Siloed 1	Siloed 1	<b>Siloed 1</b>
	Ketersediaan Konektivitas Untuk Pelaporan <i>Online</i>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
	Waktu Tanggap Penanganan Kerusakan ( <i>Hardware</i> dan <i>Software</i> )	< 60 menit	35 menit	35 menit	32 menit	46 menit	45 menit	49 menit	<b>40.33 menit</b>
	Ketepatan Waktu <i>Maintenance</i> Komputer	100%	95%	92%	92%	90.00%	90.00%	90.00%	<b>91.50%</b>
	Kepuasan Pelanggan	≥ 85 %	89%	82%	86%	85.00%	82.00%	84.00%	<b>84.67%</b>
<b>KEUANGAN</b>									

Output	Rasio PNPB terhadap Biaya Operasional	> 65%	/Triwulan	/Triwulan	64.65%	/Triwulan	/Triwulan	55.88%	<b>55.88%</b>
	<i>Cost Recovery</i>	≥ 60 %	/Triwulan	/Triwulan	64.65%	/Triwulan	/Triwulan	55.88%	<b>55.88%</b>
	Ketepatan Waktu Pemberian Insentif	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>
	Waktu Penagihan Per Bulan	Penagihan selambat-lambatnya N+1	N+2	N+2	N+2	N+2	N+2	N+2	<b>N+2</b>
	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	≥ 90 %	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>
<b>SDM</b>									
	Program reward and punishment	Ada program dilaksanakan sepenuhnya	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>
Input	Jumlah Tenaga Kesehatan Pendidikan Minimal D.III	100%	96.07%	96.07%	96.07%	96.07%	96.07%	97.07%	<b>96.24%</b>
	Jumlah Tenaga Kesehatan yang memiliki STR	100%	88.35%	88.35%	88.35%	88.35%	93.91%	93.91%	<b>90.20%</b>
	Perencanaan pengembangan SDM Rumah sakit	Ada dokumen rencana pengembangan SDM	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100%	100%	<b>100.00%</b>
	Daftar Urutan Kepangkatan	Ada dan di update tiap 6 bulan	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100%	100%	<b>100.00%</b>
	Peraturan Karyawan Rumah Sakit	Ada ditetapkan oleh direktur rumah sakit	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100%	100%	<b>100.00%</b>
Proses	Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM	≥90%	5.21%	10.43%	15.64%	20.86%	23.41%	25.99%	<b>16.92%</b>
Output	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100%	100%	<b>100.00%</b>
	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100%	100%	<b>100.00%</b>
	Kelengkapan Pengisian Jabatan	≥90%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100%	100%	<b>100.00%</b>
	Kepuasan Karyawan	≥80%							

	Tingkat proses budaya kinerja	70%	95.42%	94.16%	95.47%	97.81%	95.96%	98.31%	<b>96.19%</b>
	Persentase SDM yang memiliki kinerja sesuai standar	60%	70.89%	74.36%	69.13%	76.52%	73.01%		<b>72.78%</b>
	Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar	60%	96.07%	96.07%	96.07%	96.07%	96.07%	97.07%	<b>96.24%</b>
<b>PENDIDIKAN DAN PELATIHAN</b>									
Input	Jumlah Pegawai Yang Pernah Melanjutkan Pendidikan Formal	2 % dari seluruh pegawai	4.59%	4.59%	4.59%	4.59%	4.49%	4.49%	<b>4.49%</b>
	Jumlah Pegawai Yang Mengikuti Pendidikan Non Formal	5%	3.57%	8.78%	7.04%	10.31%	15.41%	0.31%	<b>45.41%</b>
	Pembimbing Klinik Mahasiswa D3 Keperawatan	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>
	Pembimbing Klinik Mahasiswa S1	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>
Output	Pembimbing Klinik Kedokteran	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>
	Pembimbing Klinik Sp 1 Kedokteran	100%	NA	NA	NA	NA	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>
	Pembimbing Klinik Sp 2 Kedokteran	100%	NA	NA	NA	NA	100.00%	100.00%	<b>100.00%</b>
	Jumlah Penelitian Yang Difasilitasi	50%/Tahun							<b>83.33%</b>
	Jumlah Studi Banding	50%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100.00%</b>
	Prosentase staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam/orang per tahun	2018 → 90 %							<b>50.00%</b>
	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥ 60 %							<b>22.26%</b>



