

**KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN  
NOMOR : 1419/SK/DIR/RSMU/VI/2019  
TANGGAL : 25 JUNI 2019  
TENTANG  
INDIKATOR MUTU YANG DIKONTRAKKAN  
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA  
DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN**

Menimbang : a. Bahwa RS. Mata Undaan Surabaya berupaya untuk meningkatkan mutu pelayanan sesuai standar yang ditentukan oleh peraturan, perundangan yang berlaku dan harapan masyarakat;  
b. Bahwa dalam rangka memantau dan evaluasi mutu pelayanan yang dikontrakkan di RS. Mata Undaan Surabaya dipandang perlu adanya penetapan indikator mutu yang dikontrakkan RS. Mata Undaan Surabaya;  
c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan b, maka perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Menimbang : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;  
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;  
3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Minimal Pelayanan Rumah Sakit;  
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;  
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit;  
6. Peraturan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata (P4M) Undaan Nomor 029/P4MU/IV/2018 Tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;  
7. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor : 014/P4M/SK/II/2019 Tentang Berlakunya Struktur Organisasi, *Job Description* dan *Job Spesification* Rumah Sakit Mata Undaan;  
8. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata (P4M) Undaan Nomor : 035/P4M/SK/VII/2017 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

**MEMUTUSKAN**

Menetapkan :  
Kesatu : Memberlakukan dan menetapkan Indikator Mutu Yang Dikontrakkan di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

- Kedua : Daftar Indikator Mutu Yang Dikontrakkan di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya sebagaimana dimaksud tercantum dalam lampiran Keputusan Direktur ini.
- Ketiga : Profil setiap Indikator Mutu Yang Dikontrakkan di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya tercantum dalam lampiran Keputusan Direktur ini dan menjadi satu bagian yang tidak terpisahkan.
- Keempat : Keputusan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya dan dievaluasi setiap tahun.
- Kelima : Apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam Keputusan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Surabaya  
Pada tanggal 25 Juni 2019  
Direktur,

The image shows a blue circular official stamp of Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya. The stamp contains the text 'RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA' and '195008 00100 19 5 100'. A blue ink signature is written over the stamp.

dr. Sudjarno, Sp.M (K)

LAMPIRAN  
 KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN  
 NOMOR : 1419/SK/DIR/RSMU/VI/2019  
 TANGGAL : 25 JUNI 2019  
 TENTANG  
 INDIKATOR MUTU YANG DIKONTRAKKAN  
 RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

**INDIKATOR MUTU YANG DIKONTRAKKAN RS. MATA UNDAAN SURABAYA**

No.	Indikator	Target	Kategori	PIC
1	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis laboratorium	100%	Klinis	Inst. Penunjang Medis
2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi RS Provider BPJS	≥ 80%	Klinis	Inst. Farmasi
3	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen untuk Ruang Rawat Inap	100%	Manajemen	Inst. Sanitasi & Lingkungan
4	Kejadian Laporan Kehilangan Barang Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit	0%	Manajemen	Subbag Tata Usaha
5	Linen Hilang	0%	Manajemen	Inst. Sanitasi & Lingkungan
6	Ketidaktepatan Administrasi Keuangan Laboratorium Eksternal	0%	Manajemen	Bagian Keuangan
7	Sisa Makan Pasien dengan Diet Khusus	0%	Manajemen	Inst. Gizi
8	Ketepatan Diet Pasien	100%	Manajemen	Inst. Gizi

JUDUL INDIKATOR	<b>Waktu Lapor hasil tes kritis laboratorium (1)</b>
DASAR PEMIKIRAN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SPM RS tahun 2008 dan SNARS edisi 1</li> <li>• Kecepatan respon dalam laporan hasil test kritis Laboratorium akan meningkatkan tingkat keselamatan pasien.</li> </ul>
DIMENSI MUTU	<input type="checkbox"/> AKSESIBILITAS <input type="checkbox"/> KESELAMATAN & KEAMANAN <input checked="" type="checkbox"/> EFEKTIFITAS <input checked="" type="checkbox"/> KESINAMBUNGAN PELAYANAN <input checked="" type="checkbox"/> EFISIENSI <input type="checkbox"/> BERORIENTASI PADA PASIEN
TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
DEFINISI OPERASIONAL	<p>Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium adalah waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh Dokter/ Analis Laboratorium sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan).</p> <p>Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 30 (tiga puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan</p> <p>Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS. RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera</p> <p>Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menurunkan kepercayaan terhadap layanan laboratorium</li> <li>• Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita</li> </ul>
JENIS INDIKATOR	<input type="checkbox"/> INPUT <input type="checkbox"/> PROSES <input type="checkbox"/> OUTCOME <input checked="" type="checkbox"/> PROSES & OUTCOME
KRITERIA INKLUSI EKSKLUSI	<p>Inklusi : Hasil Laboratorium yang tergolong kritis</p> <p>Eksklusi : Semua pemeriksaan dan hasil pemeriksaan laboratorium yang bukan Kritis.</p>
NUMERATOR (Pembilang)	Jumlah pemeriksaan laboratorium kritis yang dilaporkan $\leq 30$ menit
DENUMERATOR (Penyebut)	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium kritis
FORMULA	Jumlah pemeriksaan laboratorium kritis yang dilaporkan $< 30$ menit dibagi Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium kritis di kali 100%
STANDAR	100%
SUMBER DATA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Form hasil Laboratorium</li> <li>• Rekam Medik (SBAR dalam CPPT)</li> </ul>
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/> HARIAN <input type="checkbox"/> MINGGUAN <input type="checkbox"/> BULANAN
PERIODE ANALISIS	<input checked="" type="checkbox"/> 3 BULAN <input type="checkbox"/> 6 BULAN
CARA PENGUMPULAN DATA	<input type="checkbox"/> RETROSPEKTIF <input checked="" type="checkbox"/> CONCURRENT
METODE PENGUMPULAN DATA	<input checked="" type="checkbox"/> TOTAL SAMPLING <input type="checkbox"/> SAMPLING* *JIKA SAMPLING $\geq 640$ : 128 320 – 639 : 20 % POPULASI 64 – 319 : 64 $\leq 64$ : 100% POPULASI
RENCANA ANALISIS	Run Chart

INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Lembar pengumpulan data pelaporan hasil lab kritis
PENANGGUNG JAWAB DATA	Ka. Ins. Penunjang Medis
PUBLIKASI	INTERNAL : Unit / Instalasi (storyboard), TMKP, Direktur (dashboard) EKSTERNAL : Sismadak (benchmark)

JUDUL INDIKATOR	<b>Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi RS Provider BPJS (2)</b>
DASAR PEMIKIRAN	Kemendes RI nomor HK.02.02/MENKES/137/2016 tentang perubahan atas Keputusan Menteri kesehatan nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 tentang Formularium Nasional.
DIMENSI MUTU	( ) AKSESIBILITAS ( ) KESELAMATAN & KEAMANAN ( ✓ ) EFEKTIVITAS ( ) KESINAMBUNGAN PELAYANAN ( ✓ ) EFISIENSI ( ) BERORIENTASI PADA PASIEN
TUJUAN	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien JKN
DEFINISI OPERASIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah kepatuhan para dokter meresepkan obat kepada pasien sesuai dengan daftar obat-obatan Formularium Nasional.</li> <li>Disebut patuh bila seluruh obat dalam resep mengikuti formularium nasional</li> </ul>
JENIS INDIKATOR	( ) INPUT ( ) PROSES ( ) OUTCOME ( ✓ ) PROSES & OUTCOME
KRITERIA INKLUSI EKSKLUSI	<p>Inklusi : Semua resep yang dilayani di RS</p> <p>Bila dalam resep terdapat obat diluar FORNAS tetapi dibutuhkan oleh pasien dan telah mendapatkan rekomendasi dari Komite Medik dan mendapatkan persetujuan dari Direktur.</p> <p>Bila dalam resep terdapat obat diluar FORNAS karena stok obat nasional berdasarkan e-katalog habis/kosong.</p>
NUMERATOR (Pembilang)	Jumlah R/ yang patuh dengan formularium nasional
DENUMERATOR (Penyebut)	Jumlah seluruh R/ pasien JKN
FORMULA	Jumlah R/ yang patuh dengan formularium nasional dibagi Jumlah seluruh R/ pasien JKN dikalikan 100%
STANDAR	≥ 80 %
SUMBER DATA	Lembar resep di Instalasi Farmasi
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	( ) HARIAN ( ) MINGGUAN ( ✓ ) BULANAN
PERIODE ANALISIS	( ✓ ) 3 BULAN ( ) 6 BULAN
CARA PENGUMPULAN DATA	( ✓ ) RETROSPEKTIF ( ) CONCURRENT
METODE PENGUMPULAN DATA	<p>( ) TOTAL SAMPLING ( ✓ ) SAMPLING*</p> <p>Cara pengambilan sampel : Simple Random Sampling</p> <p><b>*JIKA SAMPLING</b></p> <p>≥ 640 : 128</p> <p>320 – 639 : 20 % POPULASI</p> <p>64 – 319 : 64</p> <p>≤ 64 : 100% POPULASI</p>
RENCANA ANALISIS	Run Chart
INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Lembar pengumpulan data ketidakkepatuhan penggunaan FORNAS
PENANGGUNG JAWAB DATA	Ka. Ins. Farmasi
PUBLIKASI	INTERNAL : Unit / Instalasi (storyboard), TMKP, Direktur (dashboard) EKSTERNAL : Sismadak (benchmark)

JUDUL INDIKATOR	<b>Linen Hilang (3)</b>
DASAR PEMIKIRAN	Kepmenkes RI No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
DIMENSI MUTU	( ) AKSESIBILITAS ( ) KESELAMATAN & KEAMANAN (√) EFEKTIFITAS ( ) KESINAMBUNGAN PELAYANAN (√) EFISIENSI ( ) BERORIENTASI PADA PASIEN
TUJUAN	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
DEFINISI OPERASIONAL	Linen hilang adalah linen yang hilang dan dalam waktu 4 hari tidak ditemukan
JENIS INDIKATOR	( ) INPUT ( ) PROSES (√) OUTCOME ( ) PROSES & OUTCOME
KRITERIA INKLUSI EKSKLUSI	Linen yang didistribusikan ke seluruh unit yang membutuhkan Linen yang tidak atau belum didistribusikan
NUMERATOR ( )	Jumlah linen yang hilang dan dalam waktu 4 hari tidak ditemukan
DENUMERATOR ( )	Jumlah linen yang didistribusikan
FORMULA	$\frac{\text{Jumlah linen yang hilang dan dalam waktu 4 hari tidak ditemukan}}{\text{Jumlah linen yang didistribusikan}} \times 100\%$
STANDAR	0%
SUMBER DATA	Formulir serah terima linen
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	( ) HARIAN (√) MINGGUAN ( ) BULANAN
PERIODE ANALISIS	(√) 3 BULAN ( ) 6 BULAN
CARA PENGUMPULAN DATA	(√) RETROSPEKTIF ( ) CONCURRENT
METODE PENGUMPULAN DATA	(√) TOTAL POPULASI ( ) SAMPLING*  *JIKA SAMPLING ≥ 640 : 128 320 – 639 : 20 % POPULASI 64 – 319 : 64 ≤ 64 : 100% POPULASI
RENCANA ANALISIS	Run chart
INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Form serah terima linen
PENANGGUNG JAWAB DATA	Ka. Instalasi Sanitasi dan Lingkungan
PUBLIKASI	INTERNAL : Unit / Instalasi (storyboard), TMKP, Direktur (dashboard) EKSTERNAL : Sismadak (benchmark)

JUDUL INDIKATOR	<b>Ketepatan Waktu Penyediaan Linen untuk Ruang Rawat Inap (4)</b>
DASAR PEMIKIRAN	Kepmenkes RI No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
DIMENSI MUTU	( ) AKSESIBILITAS ( ) KESELAMATAN & KEAMANAN (√) EFEKTIFITAS ( ) KESINAMBUNGAN PELAYANAN (√) EFISIENSI ( ) BERORIENTASI PADA PASIEN
TUJUAN	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
DEFINISI OPERASIONAL	Ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
JENIS INDIKATOR	( ) INPUT (√) PROSES ( ) OUTCOME ( ) PROSES & OUTCOME
KRITERIA INKLUSI EKSKLUSI	Linen Rawat Inap
	Linen dari Unit/Instalasi lainnya
NUMERATOR ( )	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
DENUMERATOR ( )	Jumlah hari dalam satu bulan
FORMULA	$\frac{\text{Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu}}{\text{Jumlah hari dalam satu bulan}} \times 100\%$
STANDAR	100%
SUMBER DATA	Formulir serah terima linen Rawat Inap
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	( ) HARIAN ( ) MINGGUAN (√) BULANAN
PERIODE ANALISIS	(√) 3 BULAN ( ) 6 BULAN
CARA PENGUMPULAN DATA	(√) RETROSPEKTIF ( ) CONCURRENT
METODE PENGUMPULAN DATA	(√) TOTAL POPULASI ( ) SAMPLING*  *JIKA SAMPLING ≥ 640 : 128 320 – 639 : 20 % POPULASI 64 – 319 : 64 ≤ 64 : 100% POPULASI
RENCANA ANALISIS	Diagram garis
INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Formulir serah terima linen Rawat Inap
PENANGGUNG JAWAB DATA	Ka. Instalasi Sanitasi dan Lingkungan
PUBLIKASI	INTERNAL : Unit / Instalasi (storyboard), TMKP, Direktur (dashboard) EKSTERNAL : Sismadak (benchmark)




JUDUL INDIKATOR	<b>Kejadian Laporan kehilangan barang pasien rawat inap di rumah sakit (5)</b>
DASAR PEMIKIRAN	Adanya laporan kehilangan barang oleh pasien dan keluarga di rawat inap
DIMENSI MUTU	( )AKSESIBILITAS ( V)KESELAMATAN & KEAMANAN ( )EFEKTIFITAS ( )KESINAMBUNGAN PELAYANAN ( )EFISIENSI ( )BERORIENTASI PADA PASIEN
TUJUAN	Agar terciptanya suasana dan lingkungan yang nyaman dan aman untuk pasien dan keluarga di rumah sakit
DEFINISI OPERASIONAL	Laporan kehilangan barang pasien rawat inap adalah kejadian kehilangan barang pasien di rawat inap yang dilaporkan ke petugas satpam mulai dari pasien masuk rawat inap sampai pasien pulang.
JENIS INDIKATOR	( )INPUT ( V)PROSES ( )OUTCOME ( )PROSES & OUTCOME
KRITERIA INKLUSI	Semua laporan kehilangan barang pasien di rawat inap
EKSKLUSI	Laporan kehilangan barang pasien non rawat inap
NUMERATOR ( )	Jumlah laporan kehilangan barang pasien rawat inap dalam sebulan
DENUMERATOR ( )	Jumlah pasien rawat inap dalam sebulan
FORMULA	$\frac{\text{Jumlah laporan kehilangan barang pasien rawat inap dalam sebulan}}{\text{Jumlah pasien rawat inap dalam sebulan}} \times 100\%$
STANDAR	0 %
SUMBER DATA	Laporan kehilangan barang pasien
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	( V)HARIAN ( )MINGGUAN ( )BULANAN
PERIODE ANALISIS	( V)3 BULAN ( )6 BULAN
CARA PENGUMPULAN DATA	( )RETROSPEKTIF ( V)CONCURRENT
METODE PENGUMPULAN DATA	( V)TOTAL POPULASI ( )SAMPLING*  *JIKA SAMPLING ≥ 640 : 128 320 – 639 : 20 % POPULASI 64 – 319 : 64 ≤ 64 : 100% POPULASI
RENCANA ANALISIS	Run Chart
INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Form laporan kehilangan barang pasien
PENANGGUNG JAWAB DATA	Kasubag Tata Usaha
PUBLIKASI	INTERNAL : Unit / Instalasi (storyboard), TMKP, Direktur (dashboard) EKSTERNAL : Sismadak (benchmark)

JUDUL INDIKATOR	<b>Sisa Makan Pasien dengan Diet Khusus (6)</b>
DASAR PEMIKIRAN	Kebutuhan nutrisi masalah klinis yang ditemukan Instalasi Gizi
DIMENSI MUTU	( ) AKSESIBILITAS (√) KESELAMATAN & KEAMANAN (√) EFEKTIVITAS ( ) KESINAMBUNGAN PELAYANAN (√) EFISIENSI ( ) BERORIENTASI PADA PASIEN
TUJUAN	Tercapainya tujuan terapi atau intervensi gizi
DEFINISI OPERASIONAL	Sisa makan adalah jumlah makanan yang tidak dimakan oleh pasien Diet khusus adalah pemberian diet pada pasien dengan riwayat penyakit tertentu
JENIS INDIKATOR	( ) INPUT ( ) PROSES (√) OUTCOME ( ) PROSES & OUTCOME
KRITERIA INKLUSI	Semua pasien yang mendapat diet khusus
EKSKLUSI	Pasien non diet
NUMERATOR ( )	Jumlah sisa makan pasien yang mendapat diet khusus
DENUMERATOR ( )	Jumlah makan yang diberikan kepada pasien yang mendapat diet khusus
FORMULA	$(\text{Jumlah pemberian diet pada pasien yang benar} / \text{Jumlah seluruh pasien yang disurvei dalam satu bulan}) \times 100\%$
STANDAR	0%
SUMBER DATA	Catatan petugas pantry ruang rawat inap
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	(√) HARIAN ( ) MINGGUAN ( ) BULANAN
PERIODE ANALISIS	(√) 3 BULAN ( ) 6 BULAN
CARA PENGUMPULAN DATA	( ) RETROSPEKTIF (√) CONCURRENT
METODE PENGUMPULAN DATA	(√) TOTAL POPULASI ( ) SAMPLING*  *JIKA SAMPLING ≥ 640 : 128 320 – 639 : 20 % POPULASI 64 – 319 : 64 ≤ 64 : 100% POPULASI
RENCANA ANALISIS	Runcchart
INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Formulir sisa makan pasien
PENANGGUNG JAWAB DATA	PIC DATA GIZI
PUBLIKASI	INTERNAL : Unit / Instalasi (storyboard), TMKP, Direktur (dashboard) EKSTERNAL : Sismadak (benchmark)

JUDUL INDIKATOR	<b>Ketepatan Diet Pasien (7)</b>
DASAR PEMIKIRAN	Diet yang tepat untuk meningkatkan angka kesembuhan pasien
DIMENSI MUTU	( ) AKSESIBILITAS (√) KESELAMATAN & KEAMANAN ( ) EFEKTIFITAS ( ) KESINAMBUNGAN PELAYANAN (√) EFISIENSI ( ) BERORIENTASI PADA PASIEN
TUJUAN	Meningkatkan efektifitas pengolahan diet
DEFINISI OPERASIONAL	Ketepatan diet adalah pemberian jenis diet yang disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi pasien
JENIS INDIKATOR	( ) INPUT ( ) PROSES (√) OUTCOME ( ) PROSES & OUTCOME
KRITERIA INKLUSI	Pasien yang mendapatkan terapi diet
EKSKLUSI	Pasien yang tidak mendapatkan terapi diet
NUMERATOR ( )	Pasien dengan diet tepat
DENUMERATOR ( )	Jumlah pasien yang mendapat diet
FORMULA	(Jumlah pemberian diet pada pasien yang benar / Jumlah seluruh pasien yang disurvei dalam satu bulan) x 100%
STANDAR	100%
SUMBER DATA	Catatan petugas pantry ruangan
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	(√) HARIAN ( ) MINGGUAN ( ) BULANAN
PERIODE ANALISIS	(√) 3 BULAN ( ) 6 BULAN
CARA PENGUMPULAN DATA	( ) RETROSPEKTIF (√) CONCURRENT
METODE PENGUMPULAN DATA	(√) TOTAL POPULASI ( ) SAMPLING*  *JIKA SAMPLING ≥ 640 : 128 320 – 639 : 20 % POPULASI 64 – 319 : 64 ≤ 64 : 100% POPULASI
RENCANA ANALISIS	runcchart
INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Formulir edukasi gizi
PENANGGUNG JAWAB DATA	PIC DATA GIZI
PUBLIKASI	INTERNAL : Unit / Instalasi (storyboard), TMKP, Direktur (dashboard) EKSTERNAL : Sismadak (benchmark)

JUDUL INDIKATOR	<b>Ketidaktepatan administrasi keuangan laboratorium Eksternal (8)</b>
DASAR PEMIKIRAN	Masih ada beberapa tagihan yang lolos karena sistem pencatatan dari lab luar yang belum satu pintu dan masih manual
DIMENSI MUTU	( ) AKSESIBILITAS ( ) KESELAMATAN & KEAMANAN (√) EFEKTIFITAS (√) KESINAMBUNGAN PELAYANAN ( ) EFISIENSI ( ) BERORIENTASI PADA PASIEN
TUJUAN	Menghindari berkas tak tertagih karena ketidaktepatan administrasi keuangan laboratorium Eksternal
DEFINISI OPERASIONAL	Angka yang menunjukkan ketidaktepatan pelayanan administrasi keuangan laboratorium: kesalahan biling, ketidaklengkapan biling, biling lab luar tercecer.
JENIS INDIKATOR	( ) INPUT ( ) PROSES (√) OUTCOME ( ) PROSES & OUTCOME
KRITERIA INKLUSI	Kesalahan memasukkan biling dan ketidaklengkapan biling pemeriksaan laboratorium ke dalam komputer
EKSKLUSI	
NUMERATOR ( )	Jumlah ketidaktepatan administrasi keuangan laboratorium Eksternal perbulan.
DENUMERATOR ( )	Jumlah pelayanan administrasi keuangan laboratorium Eksternal dalam bulan tersebut
FORMULA	Jumlah ketidaktepatan administrasi keuangan laboratorium luar perbulan: Jumlah pelayanan administrasi keuangan dalam bulan tersebut x 100%
STANDAR	0 %
SUMBER DATA	Biling sistem
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	(√) HARIAN ( ) MINGGUAN ( ) BULANAN
PERIODE ANALISIS	(√) 3 BULAN ( ) 6 BULAN
CARA PENGUMPULAN DATA	( ) RETROSPEKTIF (√) CONCURRENT
METODE PENGUMPULAN DATA	( ) TOTAL POPULASI (√) SAMPLING* *JIKA SAMPLING ≥ 640 : 128 320 – 639 : 20 % POPULASI 64 – 319 : 64 ≤ 64 : 100% POPULASI
RENCANA ANALISIS	Dengan diagram garis
INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Lembar pengumpulan data ketidaktepatan administrasi keuangan laboratorium luar
PENANGGUNG JAWAB DATA	Kepala bagian keuangan
PUBLIKASI	INTERNAL : Unit Keuangan, TMKP, Direktur (dashboard) EKSTERNAL : Sismadak (benchmark)

Ditetapkan di Surabaya  
Pada tanggal 25 Juni 2019  
Direktur,  
  
dr. Sudjarno, Sp.M (K)