



KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA GARUT
Nomor : 156/SK/PER/DIR/RSIH/XI/2023

TENTANG

PENETAPAN INDIKATOR MUTU UNIT RUMAH SAKIT INTAN HUSADA TAHUN 2024
DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA,

Menimbang :

- a. bahwa rumah sakit dituntut untuk memperhatikan mutu pelayanan agar dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, akuntabel dan transparan kepada masyarakat, khususnya bagi jaminan keselamatan pasien (*Patient Safety*)
- b. bahwa mutu pelayanan rumah sakit harus ditingkatkan secara berkesinambungan
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana yang dimaksud pada butir a dan b, perlu ditetapkan Keputusan Direktur Tentang Penetapan Indikator Mutu Unit Rumah Sakit Intan Husada Tahun 2024

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan;
2. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit;
7. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C kepada Rumah Sakit Intan Husada;
8. Keputusan Direktur Utama PT. RS Intan Husada Nomor 34/PT.RSIH/XI/2021 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur Rumah Sakit Intan Husada;

9. Peraturan Direktur Utama PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 052/PT-RSIH/X/2021-S0 Tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Intan Husada;
10. Peraturan Direktur RS Intan Husada Nomor 3530/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit;
11. Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 3531/A000/XI/2021 Tentang Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*);

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA TENTANG PENETAPAN INDIKATOR MUTU UNIT RUMAH SAKIT INTAN HUSADA TAHUN 2024**
- Kesatu : Mencabut Keputusan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 164/SK/DIR/RSIH/VI/2022 Tentang Penetapan Indikator Mutu Unit Rumah Sakit Intan Husada
- Kedua : Memberlakukan Keputusan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 156/SK/DIR/RSIH/XI/2023 Tentang Penetapan Indikator Mutu Unit Rumah Sakit Intan Husada Tahun 2024
- Ketiga : Penetapan Indikator Mutu Unit Rumah Sakit Intan Husada digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Intan Husada
- Keempat : Penetapan Indikator Mutu Unit Rumah Sakit Intan Husada sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Keempat : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut
Pada Tanggal : 15 November 2023
Direktur,



drg. Muhammad Hasan, MARS
NIK: 21110183633

Lampiran Keputusan Direktur
Rumah Sakit Intan Husada
Nomor : 156/SK/DIR/RSIH/XI/2023
Tentang : Penetapan Indikator Mutu Unit
Rumah Sakit Intan Husada Tahun 2024

**PENETAPAN INDIKATOR MUTU UNIT
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA TAHUN 2024**

1. Medik-Keperawatan

No	Unit	Kode Indikator	Nomor Urut	Indikator	Standar
14	Unit Gawat Darurat	IMP-Unit	13a	Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawatdarurat \leq 5 menit)	100%
			13b	Kecepatan Respon Time Penerimaan Rujukan Eksternal Ke UGD (Respon Time < 30 menit)	100%
15	Unit Rawat Inap	IMP-Unit	14a	Pemulangan Pasien \leq 2 jam	100%
			14b	Kepatuhan Personal Hygiene Pada Pasien Di Ruang Rawat Inap	100%
16	Unit Rawat Jalan	IMP-Unit	15a	Ketepatan Waktu Praktik Dokter Poliklinik	100%
17	Unit Kamar Operasi	IMP-Unit	16a	Tidak Dilakukannya Penandaan Luka Operasi	\geq 0%
			16b	Kepatuhan Penata Anestesi dalam pemantauan pasien pasca operasi	100%
18	Unit Kamar Bersalin	IMP-Unit	17a	Kejadian Tidak Dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) pada Bayi Baru Lahir normal dengan persalinan normal	0.50%
			17b	Kejadian Kematian ibu melahirkan karena perdarahan	0%
			17c	Kejadian Gawat Janin Pada Persalinan Induksi	0%

19	Unit Intensif Dewasa	IMP-Unit	18a	Pasien yang kembali ke Instalasi pelayanan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	3%
		IMP-Unit	18b	Angka kejadian cedera pada pasien restrain	0%
20	Unit Intensif Anak	IMP-Unit	19a	Kemampuan Menangani BBLR 1500-2500gr	95%
			19b	Kepatuhan Perawat Intensif Anak Dalam Pemasangan Gelang Identitas Bayi Baru Lahir Kepada Ibu Bayi	>80%
21	Unit Radiologi	IMP-Unit	20a	Penolakan Expertise	1%
			20b	Pemeriksaan Ulang Radiologi	2%
			20c	Kejadian Penolakan/Reject Film Radiologi	0%
22	Unit Laboratorium	IMP-Unit	21 a	Kejadian Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	0%
23	Unit Farmasi	IMP-Unit	22a	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi	100%
			22b	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Racikan	100%
			22c	Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Obat	100%
24	Unit Rekam Medik	IMP-Unit	23a	Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan	100%
25	Unit Gizi	IMP-Unit	24a	Sisa Makanan Pasien	< 20%
			24b	Ketepatan Diit Pasien	100%
			24c	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan ke Pasien	≥ 90 %
42	Unit Logistik	IMP-Unit	46a	Ketepatan Respon time pengadaan BPPB barang	100%
			46 b	Kejadian Kehilangan Stok Barang Rutin Umum di Unit Logistik	0%

2. Komite Rumah Sakit

No	Unit	Kode Indikator	Nomor Urut	Indikator	Standar
26	Komite PPI	IMP-Unit	30a	Angka Kejadian Infeksi Ventilator Associated Pneumoniae (VAP)	< 5,8%
			30b	Angka Kejadian Infeksi Aliran Darah (IAD)	< 2%
			30c	Angka Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)	< 2%
			30d	Angka Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK	< 4,7%
			30e	Angka kejadian infeksi flebitis	< 1%
			30f	Angka kejadian Infeksi Hospital Acquired Pneumoni (HAP)	<5%
			30g	Angka kejadian Dekubitus	<5%
27	Komite Mutu	IMP-Unit	31a	Kepatuhan Pelaporan Indikator Mutu	85%
			31b	Pelaksanaan PDSA Skala Rumah Sakit	100%
			31c	Persentase Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien	100%
			31d	Pelaksanaan Failure Mode Effect Analysis (FMEA)	100%
28	Komite Keperawatan	IMP-Unit	32a	Angka kredensial perawat dan bidan	100%
			32b	Angka re-kredensial perawat dan bidan	100%
			32c	Kesesuaian SPK perawat dengan tindakan mandiri keperawatan	100%
29	Komite Medik				
30	Komite Tenaga Kesehatan Lain	IMP-Unit	34a	Angka kredensial Tenaga Kesehatan Lainnya	100%
			34b	Angka re-kredensial Tenaga Kesehatan Lainnya	100%
			34c	Ketepatan waktu proses perpanjangan SIP Tenaga Kesehatan Lainnya	100%

3. PKRS dan Keuangan

No	Unit	Kode Indikator	Nomor Urut	Indikator	Standar
32	Unit PKRS	IMP-Unit	36a	Angka Kesalahan Informasi Melalui Telepon	0%
33	Unit Pendapatan	IMP-Unit	37a	Ketepatan Penginputan Nota Tindakan	100%
			37b	Respon time pengiriman laporan harian Rawat Jalan dan Rawat Inap	100%
34	Unit Pengeluaran	IMP-Unit	38a	Kepatuhan Respon Time Pengajuan Pembayaran	100%
			38b	Kepatuhan Respon Time Pelaporan Pertanggungjawaban Pengajuan Pengeluaran	100%
35	Unit Akuntansi	IMP-Unit	39a	Ketepatan Penyajian Laporan Keuangan	100%
36	Unit SIRS	IMP-Unit	40a	Response time penanganan kerusakan hardware	100%
			40b	Respon time penanganan kerusakan jaringan (standar < 1 jam)	100%
37	Unit Bisnis	IMP-Unit	41a	Ketidaksesuaian Jumlah Fisik Barang dengan Pencatatan Stok Opname di Unit Bisnis	0%
			41b	Ketepatan waktu penyajian makanan/minuman di I-Food	100%

4. Umum dan SDM

No	Unit	Kode Indikator	Nomor Urut	Indikator	Standar
38	Unit Umum	IMP-Unit	42a	Keterlambatan Respon Time Genset	0%
			42b	Kesesuaian kualitas air dengan baku mutu	100%
39	Unit SDM & Diklat	IMP-Unit	43a	Ketepatan Waktu Perpanjangan Kontrak Kerja Staf	100%
			43b	Kepatuhan Grooming Staf RS Intan Husada	100%
40	Unit Kesekretariatan	IMP-Unit	44a	Persentase Pengesahan Dokumen	100%
41	Unit Binatu	IMP-Unit	45a	Kejadian Kehilangan Linen Di Unit Binatu	0%

			45b	Ketepatan Waktu Pengiriman Linen Bersih ke Ruang Perawatan dan Pelayanan	100%
42	Unit Logistik	IMP-Unit	46a	Ketepatan Respon time pengadaan BPPB barang	100%
			46 b	Kejadian Kehilangan Stok Barang Rutin Umum di Unit Logistik	0%

INDIKATOR MUTU UNIT MEDIK KEPERAWATAN

1. Indikator Mutu Unit Gawat Darurat

Kode Indikator	IMP-Unit 13a
Nama Indikator	Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawatdarurat ≤ 5 menit)
Dasar Pemikiran / Literatur	PMK No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit, Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Depkes Tahun 2008.
Dimensi Mutu	Berorientasi pada Pasien
Tujuan	Mengukur kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan pada pasien yang datang ke UGD memerlukan standar sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan response time yang cepat dan penanganan yang tepat.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none">1) Response Time adalah kecepatan penanganan pasien, dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan.2) Skrining adalah suatu proses yang dilakukan untuk mengidentifikasi apakah kebutuhan dan kondisi pasien dapat dipenuhi oleh sumber daya atau fasilitas yang ada di rumah sakit yang dilakukan pada kontak pertama dengan pasien.3) Triage adalah suatu proses yang mana korban riage adalah sistem seleksi dan pemilihan pasien dalam menentukan tingkat kegawatan dan prioritas penanganan pasien lebih lanjut.4) Alat pengumpul data yang digunakan yaitu lembar observasi dan <i>stop watch</i>.5) Populasi dalam penelitian ini adalah semua tenaga kesehatan yang sedang (<i>shift jaga</i>) pagi, siang, malam.
Jenis Indikator	Proses dan <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Total respon time tenaga kesehatan yang menangani pasien ≤ 5 menit dalam 1 hari
Denominator	Jumlah seluruh pasien dengan Triase Merah dan Kuning ≤ 5 menit dalam 1 hari
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Seluruh pasien dengan Triase Merah dan Kuning dalam 1 hari
Kriteria Eksklusi	Pasien dengan Triage Hijau dan Hitam
Formula	Total respon time tenaga kesehatan yang menangani pasien ≤ 5 menit dalam 1 hari di bagi Jumlah pasien dengan Triase Merah dan Kuning
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Sumber Data	Observasi
Instrumen Pengumpulan Data	Lembar observasi dan <i>stop watch</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan, Tahunan
Besaran Sampel	Total Sampling
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Kepala Unit Gawat Darurat

Kode Indikator	IMP-Unit 13b
Nama Indikator	Kecepatan Respon Time Penerimaan Rujukan Eksternal Ke UGD (Respon Time < 30 menit)
Dasar Pemikiran / Literatur	PMK No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit, Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Depkes Tahun 2008, Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor Hk.02.02/D/1131/2023 Tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Aplikasi Sistem Informasi Rujukan Terintegrasi
Dimensi Mutu	Pelayanan berfokus pada Pasien
Tujuan	Mengukur kecepatan dan ketepatan respon time petugas dalam memfasilitasi rujukan baik melalui SISROUTE atau melalui telepon/ pesan elektronik untuk pasien yang akan dirujuk ke UGD oleh fasilitas kesehatan sebelumnya baik praktek mandiri, puskesmas, klinik dan atau rumah sakit.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Response Time adalah kecepatan penanganan pasien, dihitung sejak telepon, pesan elektronik atau notifikasi masuk sampai dilakukan respon oleh petugas UGD. 2. Alat pengumpul data yang digunakan yaitu lembar observasi dan <i>stop watch</i>, komputer, <i>handphone</i>. 3. Populasi dalam penelitian ini adalah semua tenaga kesehatan yang sedang (<i>shift jaga</i>) pagi, siang, malam.
Jenis Indikator	Proses dan <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Total Kecepatan Respon Time Penerimaan Rujukan Eksternal Ke UGD < 30 menit dalam 1 bulan
Denominator	Total keseluruhan penerimaan rujukan external ke UGD dalam 1 bulan
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Seluruh pasien yang di rujuk ke RSIH dengan konfirmasi
Kriteria Eksklusi	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien datang sendiri - Pasien rujukan tanpa konfirmasi
Formula	Total Kecepatan Respon Time Penerimaan Rujukan Eksternal Ke UGD < 30 menit dalam 1 bulan dibagi Total keseluruhan penerimaan rujukan external ke UGD dalam 1 bulan dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Sumber Data	Observasi, Aplikasi SISROUTE, Handphone UGD
Instrumen Pengumpulan Data	Lembar observasi dan <i>stop watch</i> , komputer, <i>handphone</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan, Tahunan
Besaran Sampel	Sesuai tabel Sampel Krejcie dan Morgan

Penyajian Data	- Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Kepala Unit Gawat Darurat

2. Indikator Mutu Unit Rawat Jalan

Kode Indikator	IMP-Unit 15a
Nama Indikator	Ketepatan Waktu Praktik Dokter Poliklinik
Dasar Pemikiran / Literatur	PMK No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Berorientasi kepada pasien, tepat waktu Keselamatan berfokus pada pasien
Tujuan	Mengukur ketepatan waktu praktik dokter di Poliklinik sesuai dengan jam praktik
Definisi Operasional	Ketepatan waktu praktik dokter adalah kepatuhan kedatangan dokter terhadap jadwal praktik yang telah disepakati.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Total Ketepatan waktu praktik sesuai jam praktik dalam 1 bulan
Denominator	Total keseluruhan praktik dokter di poliklinik dalam 1 bulan
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Pasien yang berobat di rawat jalan
Kriteria Eksklusi	Seluruh dokter yang praktik di poliklinik RSIH
Formula	Total Ketepatan waktu praktik sesuai jam praktik dalam 1 bulan dibagi total keseluruhan praktik dokter di poliklinik dalam 1 bulan dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Observasi
Instrumen Pengumpulan Data	1. Catatan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan 2. Rekam Medik Pasien Rawat Jalan 3. Formulir Waktu Tunggu Rawat Jalan
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
Besaran Sampel	Total Sampling
Penyajian Data	- Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Kepala Unit Rawat Jalan Manajer Pelayanan Medik

3. Indikator Mutu Unit Rawat Inap

Kode Indikator	IMP-Unit 14a
Nama Indikator	Pemulangan Pasien \leq 2 jam
Dasar Pemikiran / Literatur	025/SE/DIR/RSIH/VI/2023 tentang himbauan Percepatan Pasien Pulang
Dimensi Mutu	Keselamatan berfokus pada pasien
Tujuan	Untuk meningkatkan mutu layanan pasien rawat inap terkait percepatan pemulangan pasien rawat inap
Definisi Operasional	Pemulangan pasien \leq 2 jam adalah waktu tunggu pemulangan pasien sejak diputuskan pasien pulang oleh Dokter Penanggungjawab Pelayanan sampai pasien meninggalkan ruangan dan gelang identitas dilepas oleh petugas kesehatan kurang dari sama dengan 2 jam.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien yang pulang sejak diputuskan pasien pulang oleh Dokter Penanggungjawab Pelayanan sampai pasien meninggalkan ruangan dan gelang identitas dilepas oleh petugas kesehatan kurang dari sama dengan 2 jam pada 1 bulan periode
Denominator	Jumlah seluruh pasien pulang di rawat inap pada 1 bulan periode
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Seluruh pasien yang pulang
Kriteria Eksklusi	Pasien yang ditunda pemulangan $>$ 2 jam dengan kriteria: 1. Obat tidak tersedia di RS Intan Husada dan mengharuskan melakukan pembelian ke farmasi rekanan 2. Kendala dari keluarga pasien yang menyebabkan pasien tidak dapat tepat waktu
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang pulang sejak diputuskan pasien pulang oleh Dokter Penanggungjawab Pelayanan sampai pasien meninggalkan ruangan dan gelang identitas dilepas oleh petugas kesehatan kurang dari sama dengan 2 jam pada 1 bulan periode}}{\text{Jumlah seluruh pasien pulang di rawat inap pada 1 bulan periode}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Hasil pengamatan
Instrumen Pengambilan Data	<i>Bed management</i>
Periode Pengumpulan Data	<i>Total Sampling</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan

Besaran Sampel	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
Penyajian Data	- Tabel - <i>Diagram Chart</i>
Penanggung jawab	Kepala Ruang Rawat Inap
Kode Indikator	IMP-Unit 14b
Nama Indikator	Kepatuhan <i>Personal Hygiene</i> Pada Pasien Di Ruang Rawat Inap
Dasar Pemikiran / Literatur	PMK No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit, Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Depkes Tahun 2008.
Dimensi Mutu	Berorientasi pada Pasien
Tujuan	Mengetahui jumlah pasien yang dilakukan personal hygiene di Ruang Rawat Inap
Definisi Operasional	1. Menurut <i>World Health Organization</i> (WHO) (2020) menyatakan bahwa <i>hygiene</i> atau kebersihan adalah tindakan kebersihan yang mengacu pada kondisi untuk menjaga kesehatan dan mencegah penyebaran penyakit 2. <i>Personal hygiene</i> atau kebersihan diri merupakan tindakan merawat diri sendiri termasuk dalam memelihara kebersihan bagian tubuh seperti rambut, mata, hidung, mulut, gigi, dan kulit.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien yang dilakukan personal hygiene di ruang rawat inap dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dilakukan perawatan di ruang rawat inap dalam satu bulan
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Semua pasien yang di rawat dan dilakukan <i>personal hygiene</i>
Kriteria Eksklusi	Pasien yang tidak dilakukan <i>personal hygiene</i> karena penolakan dari pihak pasien/keluarga
Formula	Jumlah pasien yang dilakukan personal hygiene di ruang rawat inap dalam satu bulan di bagi Jumlah seluruh pasien yang dilakukan perawatan di ruang rawat inap dalam satu bulan
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Sumber Data	Observasi
Instrumen Pengumpulan Data	Lembar observasi
Periode Pengumpulan Data	Harian
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
Besaran Sampel	Total Sampling
Penyajian Data	- Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Manajer Keperawatan

4. Indikator Mutu Unit Kamar Operasi

Kode Indikator	IMP-Unit 16a
Nama Indikator	Tidak Dilakukannya Penandaan Luka Operasi
Dasar Pemikiran / Literatur	PMK No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan berfokus pada Pasien
Tujuan	Sebagai acuan dalam langkah-langkah keselamatan pasien sebagai tanda atau ciri bagi petugas kesehatan yang akan melakukan tindakan pembedahan invasive
Definisi Operasional	Suatu proses penandaan yang dilakukan oleh dokter/operator bedah untuk melakukan proses penandaan area Operasi. Penandaan dilakukan dengan simbol atau teknik khusus, sesuai dengan yang berlaku di Rumah Sakit Intan Husada yaitu angka O
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien akan dilakukan tindakan <i>invasive</i> dan tidak dilakukan <i>site marking</i> pada periode tertentu
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang sudah di jadwalkan untuk tindakan pembedahan pada periode tertentu
Target Pencapaian	0%
Kriteria Inklusi	Penandaan Area Operasi dilakukan pada operasi yang melibatkan: 1) Sisi kanan/kiri tubuh pasien. 2) Struktur tubuh berlevel/multi level antara lain: jari tangan, jari kaki, tulang belakang
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah pasien akan dilakukan tindakan <i>invasive</i> dan tidak dilakukan <i>site marking</i> pada periode tertentu dibagi Jumlah seluruh pasien yang sudah di jadwalkan untuk tindakan pembedahan pada periode tertentu dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Observasi
Instrumen Pengumpulan Data	Data sekunder dari catatan pasien yang dijadwalkan operasi dan data observasi terhadap pasien
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
Besaran Sampel	Total sampling
Penyajian Data	- Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Kepala Unit Kamar Operasi Manajer Pelayanan Medik

Kode Indikator	IMP-Unit 16b
Nama Indikator	Kepatuhan Penata Anestesi Dalam Pemantauan Pasien Pasca Operasi
Dasar Pemikiran / Literatur	PMK No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Berorientasi pada Pasien
Tujuan	Sebagai acuan dalam Memonitoring status fisiologis dan Tanda-tanda vital pasien pasca operasi demi terwujudnya kualitas pelayanan anestesi terhadap pasien
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> - Kepatuhan pemantauan pasien adalah kepatuhan perawat Anestesi dalam mengisi status rekam medis pasien dalam memonitoring tanda-tanda vital pasien di ruang RR pasca pembedahan di mulai dari pasien masuk RR sampai dengan serah terima pasien dengan petugas rawat inap - Pemantauan pasca operasi di Ruang RR dengan total lama observasi \pm 1 jam dengan nilai Aldrete Score > 8, Steward Score > 5 ,PADSS nilai 9 dan Bromage Score Nilai 2
Jenis Indikator	Proses dan <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang dilakukan tindakan operasi dan dilakukan pemantauan oleh perawat anestesi pasca pembedahan di mulai dari pasien masuk RR sampai dengan serah terima pasien dengan petugas rawat inap dalam periode 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dilakukan tindakan Operasi dalam 1 bulan
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Seluruh pasien yang masuk Ke Unit kamar Operasi dengan Menggunakan Tindakan Anestesi
Kriteria Eksklusi	Pasien yang mendapatkan tindakan Anestesi Loka
Formula	Jumlah seluruh pasien yang dilakukan tindakan operasi dan dilakukan pemantauan oleh perawat anestesi pasca pembedahan di mulai dari pasien masuk RR sampai dengan serah terima pasien dengan petugas rawat inap dalam periode 1 bulandalam periode 1 bulan dibagi Jumlah seluruh pasien yang dilakukan tindakan Operasi dalam 1 bulan dikali 100
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Sumber Data	Observasi
Instrumen Pengumpulan Data	Formulir transfer pasien dari RR ke ruang perawatan, Formulir Pemantauan Anestesi dan Sedasi, komputer, jam dinding dan handphone
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan, Tahunan
Besaran Sampel	Total Sampling
Penyajian Data	- Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Kepala Unit kamar Operasi

5. Indikator Mutu Unit Kamar Bersalin

Kode Indikator	IMP-Unit 17a
Nama Indikator	Kejadian Tidak Dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) pada Bayi Baru Lahir normal dengan persalinan normal
Dasar Pemikiran / Literatur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128 Tahun 2009 Tentang Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit.
Dimensi Mutu	Berfokus pada pasien
Tujuan	Tujuan IMD adalah meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dan bayi, mempertahankan suhu bayi tetap hangat, merangsang kontraksi otot rahim sehingga mengurangi risiko perdarahan sesudah melahirkan.
Definisi Operasional	<p>Inisiasi Menyusu Dini (IMD) adalah tindakan menaruh bayi di dada ibunya, kontak kulit dengan kulit (<i>skin to skin contact</i>) segera setelah lahir selama satu jam atau lebih sampai bayi dapat menyusui sendiri. Apabila bayi sehat diletakkan segera pada perut dan dada ibu setelah lahir untuk kontak kulit ibu dan kulit bayi, bayi memperlihatkan kemampuan yang menakjubkan.</p> <p>Bayi dapat merangkak dirangsang oleh sentuhan ibu yang lembut, melintasi perut ibu mencapai payudara. Bayi mulai menyentuh dan menekan payudara. Sentuhan awal yang lembut oleh tangan atau kepala bayi pada payudara merangsang produksi oksitosin ibu, sehingga mulailah ASI mengalir dan juga meningkatkan rasa cinta kasih pada bayi. Kemudian bayi mencium, menyentuh dengan mulut dan menjilat puting ibu. Akhirnya bayi melekat pada payudara dan menghisap minum ASI.</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah Kejadian Tidak Dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) pada Bayi Baru Lahir normal dengan persalinan normal

Denominator	Jumlah seluruh proses kelahiran hidup dengan persalinan normal dan bayi baru lahir normal di Rumah Sakit Intan Husada pada periode tertentu
Target Pencapaian	0,5 %
Kriteria Inklusi	Seluruh ibu yang melakukan proses persalinan normal dan bayi baru lahir normal di Rumah Sakit Intan Husada
Kriteria Eksklusi	Ibu dengan persalinan indikasi gawat janin atau indikasi operasi SC
Formula	Jumlah Kejadian Tidak Dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) pada Bayi Baru Lahir normal dengan persalinan normal dibagi Jumlah seluruh proses kelahiran hidup dengan persalinan normal dan bayi baru lahir normal di Rumah Sakit Intan Husada pada periode tertentu x 100%
Metode Pengumpulan Data	Sensus
Sumber Data	Ruang bersalin
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Catatan Kebidanan
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Besaran Sampel	Total Sampling
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Kepala Unit Kamar Bersalin

Kode Indikator	IMP-Unit 17b
Nama Indikator	Kejadian Kematian ibu melahirkan karena perdarahan
Dasar Pemikiran / Literatur	Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Dep Kes RI 2008
Dimensi Mutu	Keselamatan dan keamanan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan
Definisi Operasional	<p>Perdarahan saat persalinan adalah perdarahan yang terjadi pada semua kala persalinan</p> <p>Kejadian Kematian ibu melahirkan karena perdarahan adalah jumlah ibu melahirkan yang meninggal karena pendarahan di ruang bersalin</p>
Jenis Indikator	Proses dan <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah ibu melahirkan yang meninggal karena perdarahan pada periode tertentu
Denominator	Jumlah seluruh ibu melahirkan dengan perdarahan pada periode tertentu
Target Pencapaian	≤ 1 %

Kriteria Inklusi	Kematian ibu melahirkan karena perdarahan yang disebabkan oleh solution plasenta, plasenta previa, atonia uteri, retensio plasenta, rupture uteri.
Kriteria Eksklusi	Perdarahan yang terjadi karena faktor lain, yang tidak ada hubungannya dengan persalinan
Formula	Jumlah ibu melahirkan yang meninggal karena perdarahan pada periode tertentu dibagi Jumlah seluruh ibu melahirkan dengan perdarahan pada periode tertentu dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Sensus jumlah pasien harian di ruang VK
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Catatan Kebidanan
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Besaran Sampel	Total Sampling
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Kepala Unit Kamar Bersalin
Kode Indikator	IMP-Unit 17c
Judul Indikator	Kejadian Gawat Janin Pada Persalinan Induksi
Dasar Pemikiran / Literatur	<ul style="list-style-type: none"> - Kepmenkes RI No HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit - Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, Sarwono 2014.
Dimensi Mutu	Keselamatan berfokus pada pasien
Tujuan	Mengetahui dan mengurangi angka kejadian gawat janin pada Persalinan Induksi.
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> - Gawat Janin adalah apabila janin tidak menerima O₂ yang cukup, dimana DJJ <110 x/menit atau >160 x/menit. - Induksi persalinan adalah proses yang dilakukan tenaga medis untuk merangsang rahim mempercepat proses persalinan. - Kejadian Gawat Janin pada Persalinan Induksi adalah kondisi dimana denyut jantung janin berada pada kondisi abnormal yang disebabkan oleh tingginya frekuensi kontraksi pada saat terjadinya proses pemberian induksi persalinan.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien inpartu dengan gawat janin pada persalinan induksi dalam 1 bulan periode
Denominator	Jumlah seluruh pasien inpartu persalinan induksi dalam 1 bulan periode
Target Pencapaian	0%
Kriteria Inklusi	Seluruh pasien inpartu persalinan induksi

Kriteria Eksklusi	Seluruh pasien inpartu yang bukan kategori persalinan induksi
Formula	Jumlah pasien inpartu dengan gawat janin pada persalinan induksi dalam 1 bulan periode dibagi Jumlah seluruh pasien inpartu persalinan induksi dalam 1 bulan periode dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurent</i>
Sumber Data	Hasil pengamatan
Instrumen Pengambilan Data	Register Pasien Ruang VK
Populasi/sampel	<i>Total Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
Penyajian Data	Tabel <i>Diagram Chart</i>
Penanggung jawab	Koordinator Kamar Bersalin

6. Indikator Mutu Unit Intensif Dewasa

Kode Indikator	IMP-Unit 18a
Nama Indikator	Pasien yang kembali ke Instalasi pelayanan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dasar Pemikiran/ Literatur	Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan pelayanan intensif
Definisi	Instansi Pelayanan Intensif adalah perawatan..... Pasien kembali ke Instalasi pelayanan intensif (ICU) dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah Pasien kembali ke Unit Intensif Dewasa dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 dalam waktu 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di Unit Intensif Dewasa dalam waktu 1 bulan
Target Pencapaian	≤ 3 %
Kriteria Inklusi	Pasien yang dirawat di Unit Intensif Dewasa dan boleh pindah rawat inap kemudian masuk kembali ke Unit Intensif < 72 jam dengan diagnosa atau kasus yang sama
Kriteria Eksklusi	-

Formula	Jumlah pasien yang kembali ke Unit Intensif Dewasa < 72 jam dengan kasus yang sama dibagi jumlah pasien yang dirawat di Unit Intensif Dewasa dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Observasi
Instrumen Pengambilan Data	Catatan Sensus Harian Pasien
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
Besaran Sampel	<i>Total Sampling</i>
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung Jawab	Kepala Unit intensif Dewasa Manajer Pelayanan Medik

Kode Indikator	IMP-Unit 18b
Nama Indikator	Angka Kejadian Cidera Pada Pasien Restrain
Dasar Pemikiran/ Literatur	Permenkes RI No.11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
Dimensi Mutu	Keselamatan, keamanan, dan kenyamanan pasien
Penyebab	Pergerakan pasien yang kuat
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> - Menjaga keamanan dan keselamatan pasien selama perawatan - Proses perawatan dapat berlangsung optimal tanpa terganggu oleh ketidakkooperatifan pasien demi memperoleh hasil sesuai harapan
Definisi	Angka Kejadian Cidera Pada Pasien Restrain adalah cedera berupa lecet pada kulit, terjatuh atau aspirasi yang diakibatkan oleh pemasangan restrain.
Jenis Indikator	Proses
Numerator	Angka Kejadian Cidera Pada Pasien Restrain in dalam waktu 1 bulan
Denominator	Total keseluruhan pasien Unit Intensif Dewasa yang terpasang restrain dalam waktu 1 bulan
Target Pencapaian	0%
Kriteria Inklusi	<ul style="list-style-type: none"> - Perilaku amuk/tidak kooperatif yang membahayakan diri dan orang lain - Perilaku agitasi yang tidak dapat dikendalikan dengan pengobatan - Ancaman terhadap integritas fisik yang berhubungan dengan penolakan pasien untuk diberikan perawatan/pengobatan
Kriteria Eksklusi	<ul style="list-style-type: none"> - Fraktur ekstremitas - Luka/lecet yang sudah ada sebelumnya
Formula	Angka Kejadian Cidera Pada Pasien Restrain in dalam waktu 1 bulan dibagi Total keseluruhan pasien Unit Intensif Dewasa yang terpasang restrain dalam waktu 1 bulan dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Observasi

Instrumen Pengambilan Data	Formulir pengkajian restrain
Mitigasi Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Pasang dan lepaskan kembali restrain secara periodik - Lakukan tindakan untuk memberi rasa nyaman - Tinggikan kepala tempat tidur 30° kecuali ada kontraindikasi - Hindari kemarahan psikologis kepada pasien - Lakukan pengkajian restrain secara <i>continue</i> dan dokumentasikan
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
Besaran Sampel	Total Sampling
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung Jawab	Kepala Unit intensif Dewasa Manajer Keperawatan Manajer Pelayanan Medik

7. Indikator Mutu Unit Intensif Anak

Kode Indikator	IMP-Unit 19a
Nama Indikator	Kemampuan Menangani BBLR 1500-2500gr
Dasar Pemikiran / Literatur	PMK No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efektifitas, Keselamatan & Keamanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat 1500-2500 gr. Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gr dengan kriteria : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak memerlukan perawatan therapy oksigen 2. Tidak memerlukan alat bantu pemberian nutrisi 3. Tidak ada tanda-tanda infeksi yang ditunjang dengan hasil pemeriksaan darah 4. Refleks hisap kuat 5. Dapat menetek langsung ke ibu 6. Ada kenaikan berat badan
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah BBLR 1500-2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah BBLR 1500-2500 gr yang ada
Target Pencapaian	95 %
Kriteria Inklusi	BBLR 1500-2500 gr
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah BBLR 1500-2500 gr yang berhasil ditangani dibagi jumlah BBLR 1500-2500 gr yang ada dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Sumber Data	Sensus
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Cara Pengumpulan Data	Data sekunder dari rekam medis pasien
Besaran Sampel	Total sampling
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Bidang Keperawatan dan Komite Keselamatan Pasien

Kode Indikator	IMP-Unit 19b
Judul Indikator	Kepatuhan Perawat Intensif Anak Dalam Pemasangan Gelang Identitas Bayi Baru Lahir Kepada Ibu Bayi
Dasar Pemikiran / Literatur	<ul style="list-style-type: none"> - Kepmenkes RI No HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit - PMK No. 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit - PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan berfokus pada pasien
Tujuan	Tercapainya keberhasilan prosedur pemasangan gelang identitas pada bayi baru lahir yang terpasang ditangan ibu bayi.
Definisi Operasional	Pemasangan Gelang Identitas Bayi Baru Lahir kepada Ibu Bayi adalah Proses pemasangan gelang identitas bayi baru lahir ditangan ibu agar tidak terjadi kesalahan dalam proses identifikasi saat serah terima bayi.
Jenis Indikator	Proses dan <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah Gelang identitas bayi baru lahir yang terpasang ditangan ibu dalam 1 bulan periode
Denominator	Jumlah bayi baru lahir dalam 1 bulan periode
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Seluruh pasien bayi baru lahir di Unit Intensif Anak
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah Gelang identitas bayi baru lahir yang terpasang ditangan ibu dalam 1 bulan periode dibagi Jumlah bayi baru lahir dalam 1 bulan periode dikali 100.
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Rekam Medis
Instrumen Pengambilan Data	Lembar Kerja
Populasi/sampel	Sampel Populasi
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Unit Intensif Anak

8. Indikator Mutu Unit Radiologi

Kode Indikator	IMP-Unit 20a
Nama Indikator	Penolakan <i>Expertise</i>
Dasar Pemikiran / Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 tahun 2020 tentang Pelayanan Radiologi Klinik
Dimensi Mutu	Efisiensi dan Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan radiologi
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penolakan <i>expertise</i> adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi 2. Kerusakan foto yang tidak dapat dibaca antara lain dapat disebabkan sebagai berikut : <ol style="list-style-type: none"> a. Positioning pasien tidak <i>true AP</i>/tidak <i>true lateral</i> b. Pasien tidak kooperatif c. Faktor eksposi yang tidak sesuai d. Film tergores pada saat proses mencetak e. Objek terpotong
Jenis Indikator	Proses dan <i>outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah penolakan <i>expertise</i> oleh dokter spesialis radiologi dalam periode tertentu
Denominator	jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam periode tertentu
Target Pencapaian	1 %
Kriteria Inklusi	Seluruh pasien yang dilakukan pemeriksaan Radiologi dalam periode tertentu
Kriteria Eksklusi	Pasien yang tidak dilakukan pemeriksaan Radiologi
Formula	Jumlah penolakan <i>expertise</i> oleh dokter spesialis radiologi dalam periode tertentu dibagi jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam periode tertentu x 100%
Metode Pengumpulan Data	Bulanan
Sumber Data	Observasi
Instrumen Pengambilan Data	Lembar Kerja
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Besaran Sampel	Total Sampling
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Kepala Unit Radiologi

Kode Indikator	IMP-Unit 20b
Nama Indikator	Pemeriksaan Ulang Radiologi
Dasar Pemikiran / Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 tahun 2020 tentang Pelayanan Radiologi Klinik
Dimensi Mutu	Efisiensi dan Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan radiologi
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan ulang radiologi merupakan kegagalan pada saat Radiografer melakukan eksposi. 2. Pemeriksaan ulang radiologi dapat disebabkan antara lain : <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien tidak kooperatif (hasil gambaran bluring) b. Faktor eksposi tidak sesuai (hasil gambaran under exposure) c. Posisi objek tidak sesuai dengan arah sinar d. Objek yang dilakukan pemeriksaan terpotong.
Jenis Indikator	Proses dan outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah foto X-Ray yang diulang
Denominator	Jumlah seluruh foto X-Ray yang dilakukan
Target Pencapaian	2 %
Kriteria Inklusi	Seluruh pasien yang dilakukan pemeriksaan Radiologi dalam periode tertentu
Kriteria Eksklusi	Pasien yang tidak dilakukan pemeriksaan Radiologi
Formula	Jumlah foto rontgen yang diulang dalam periode tertentu dibagi jumlah seluruh pemeriksaan X-Ray dalam periode tertentu x 100%
Metode Pengumpulan Data	Bulanan
Sumber Data	Observasi
Instrumen Pengambilan Data	Lembar Kerja
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Besaran Sampel	Seluruh pasien yang dilakukan pemeriksaan Radiologi
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - Run chart
Penanggung jawab	Kepala Unit Radiologi

Kode Indikator	IMP-Unit 20c
Nama Indikator	Kejadian Penolakan/Reject Film Radiologi
Dasar Pemikiran / Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 tahun 2020 tentang Pelayanan Radiologi Klinik
Dimensi Mutu	Efisiensi dan Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Reject film Radiologi adalah kegagalan pada saat hasil gambaran yang sudah dicetak terdapat kesalahan atau kerusakan pada sebuah lembar film
Jenis Indikator	Proses dan outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah film yang reject dalam satu bulan
Denominator	Jumlah keseluruhan film yang dicetak dalam 1 bulan
Target Pencapaian	0 %
Kriteria Inklusi	Seluruh hasil pemeriksaan yang dicetak dalam bentuk film dalam periode tertentu
Kriteria Eksklusi	Hasil pemeriksaan yang tidak dicetak dalam bentuk film dalam periode tertentu
Formula	$\frac{\text{Jumlah film yang reject dalam satu bulan}}{\text{Jumlah keseluruhan film yang dicetak dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Bulanan
Sumber Data	Observasi
Instrumen Pengambilan Data	Lembar Kerja
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Besaran Sampel	Seluruh pasien yang dilakukan pemeriksaan Radiologi
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - Run chart
Penanggung jawab	Kepala Unit Radiologi

9. Indikator Mutu Unit Laboratorium

Kode Indikator	IMP-Unit 21 a
Judul Indikator	Ketepatan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Dasar Pemikiran / Literatur	PMK No. 43 Tahun 2013 Tentang Cara Penyelenggaraan Laboratorium Klinik yang Baik
Dimensi Mutu	Keselamatan berfokus pada pasien
Tujuan	Mengetahui tingkat ketelitian petugas Laboratorium untuk peningkatan mutu layanan laboratorium
Definisi Operasional	Ketepatan penyelesaian hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium kepada pasien dan unit pengirim yang tepat
Jenis Indikator	Proses dan <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah keseluruhan penyerahan hasil laboratorium yang dilakukan secara tepat kepada pasien dan unit pengirim dalam 1 bulan periode
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam 1 bulan periode
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Seluruh kunjungan laboratorium
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah keseluruhan penyerahan hasil laboratorium yang dilakukan secara tepat kepada pasien dan unit pengirim dalam 1 bulan periode dibagi Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam 1 bulan periode dikali 100 %
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Observasi
Instrumen Pengambilan Data	Lembar Kerja
Populasi/sampel	Sampel Populasi
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - Diagram Chart
Penanggung jawab	Unit Laboratorium

10. Indikator Mutu Unit Farmasi

Kode Indikator	IMP-Unit 22a
Nama Indikator	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi
Dasar Pemikiran / Literatur	PMK No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No.129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah R/ <i>recipe</i> obat non racikan yang sesuai dengan waktu tunggu ≤ 30 menit
Denominator	Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang diobservasi dikali 100%
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Resep obat jadi yang dilayani di RSIH
Kriteria Eksklusi	Resep obat racikan yang dilayani di RSIH
Formula	Jumlah R/ <i>recipe</i> obat non racikan yang sesuai dengan waktu tunggu ≤ 30 menit dibagi Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang diobservasi dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	Concurrent
Sumber Data	Sensus
Instrumen Pengumpulan Data	Output perhitungan pelayanan resep obat jadi di SIMRS
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Besaran Sampel	Sampel Populasi
Penyajian Data	- Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Kepala Unit Farmasi Manajer Pelayanan Medik

Kode Indikator	IMP-Unit 22b
Nama Indikator	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Racikan
Dasar Pemikiran / Literatur	PMK No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No.129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah R/ <i>recipe</i> obat racikan yang sesuai dengan waktu tunggu ≤ 60 menit
Denominator	Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang diobservasi dikali 100%
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Resep obat racikan yang dilayani di RSIH
Kriteria Eksklusi	Resep obat jadi yang dilayani di RSIH
Formula	Jumlah R/ <i>recipe</i> obat racikan yang sesuai dengan waktu tunggu ≤ 60 menit dibagi Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang diobservasi dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Sensus
Instrumen Pengumpulan Data	Output perhitungan pelayanan resep obat jadi di SIMRS
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Besaran Sampel	Sampel Populasi
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Kepala Unit Farmasi Manajer Pelayanan Medik

Kode Indikator	IMP-Unit 22c
Nama Indikator	Kejadian Kesalahan Pemberian Obat
Dasar Pemikiran / Literatur	PMK No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No.129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi: 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Jenis Indikator	Proses dan <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah ketepatan pemberian obat (tidak adanya kesalahan) pemberian obat kepada pasien di Unit Farmasi dalam periode tertentu
Denominator	Jumlah seluruh pasien di Unit Farmasi dalam periode tertentu
Target Pencapaian	0 %
Kriteria Inklusi	Jumlah seluruh pasien Rawat Inap dan Rawat Jalan
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah ketepatan pemberian obat (tidak adanya kesalahan) pemberian obat kepada pasien di Unit Farmasi dalam periode tertentu dibagi jumlah seluruh pasien di Unit Farmasi dalam periode tertentu dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Sensus
Instrumen Pengumpulan Data	Survey
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Besaran Sampel	Sampel Populasi
Penyajian Data	- Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Kepala Unit Farmasi Manajer Pelayanan Medik

11. Indikator Mutu Unit Rekam Medik

Kode Indikator	IMP-Unit 23a
Nama Indikator	Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan
Dasar Pemikiran / Literatur	Indikator Mutu SPM / Renstra
Dimensi Mutu	Aksesibilitas, Keselamatan dan Keamanan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dan PPA lainnya dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional	Rekam Medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dan PPA lainnya dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindakan lanjut dan resume.
Jenis Indikator	Output
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu ≤ 24 jam setelah pasien pulang
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien pulang
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Seluruh dokumen rekam medis pasien pulang
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah dokumen yang lengkap dan dikembalikan dalam waktu ≤ 24 jam setelah pasien pulang / Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien pulang X 100
Metode Pengumpulan Data	Harian
Sumber Data	Retrospektif
Instrumen Pengambilan Data	Buku pencatatan kelengkapan rekam medis
Periode Pengumpulan Data	Bulanan, Triwulan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Besaran Sampel	Total Populasi
Penyajian Data	- Tabel - Run chart
Penanggung jawab	Kepala Unit Rekam Medis Manajer Pelayanan Medik

12. Indikator Mutu Unit Gizi

Kode Indikator	IMP-Unit 24a
Nama Indikator	Sisa Makanan Pasien
Dasar Pemikiran / Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan nomor 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal
Dimensi Mutu	Mutu Unit Kerja
Tujuan	Persentase sisa makanan biasa dan lunak terukur
Definisi Operasional	Sisa makanan pasien adalah sisa makanan yang tidak termakan pasien oleh pasien yang berdiet normal dengan bentuk makanan lunak (Bubur dan Tim) dan Makanan Biasa (Nasi)
Jenis Indikator	Evaluasi
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan yang dilakukan <i>survey</i>
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan <i>survey</i> dalam satu bulan
Target Pencapaian	< 20%
Kriteria Inklusi	Pasien Rawat Inap dengan diet biasa (Nasi) dan lunak (Tim dan Bubur) non-diet minimal sudah 3 kali makan
Kriteria Eksklusi	Pasien puasa, makanan beralih menjadi diet tertentu atau tidak lengkap untuk komponen sisa makan pagi, siang maupun sore
Formula	Persentase sisa makanan didapatkan dengan menjumlahkan skor sisa makanan pagi, siang dan Sore dibagi Total skor maksimal dalam sehari dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospektif</i>
Sumber Data	Dokumentasi sisa makanan visual, Formulir sisa makanan
Instrumen Pengambilan Data	Formulir sisa makanan
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
Besaran Sampel	Total sampel
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Persentase</i>
Penanggung jawab	Kepala Unit Gizi Manajer Pelayanan Medik

Kode Indikator	IMP-Unit 24b
Nama Indikator	Ketepatan Diit Pasien
Dasar Pemikiran/ Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan nomor 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal
Dimensi Mutu	Mutu Unit Kerja
Tujuan	Indikator Kesalahan diet terukur dalam persentase
Definisi Operasional	Ketepatan diit pasien adalah ketepatan dalam memberikan jenis diet
Jenis Indikator	Proses dan outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah makanan yang disurvey dikurangi jumlah pemberian makan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan <i>survey</i> dalam 1 bulan
Target Pencapaian	100 %
Kriteria Inklusi	Pasien Rawat Inap dengan minimal sudah 1 hari menerima pelayanan
Kriteria Eksklusi	Kesalahan pemberian diet berasal dari Petugas Gizi atau
Formula	100 % dikurangi persen Kesalahan pemberian diet
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Sumber Data	Laporan Komplain pasien tentang kesalahan diet
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Komplain pasien, rekap data salah pemberian diet
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan, Tahunan
Besaran Sampel	Total sampling
Penyajian Data	Persentase
Penanggung jawab	Kepala Unit Gizi Manajer Pelayanan Medik

Kode Indikator	IMP-Unit 24c
Nama Indikator	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan ke Pasien
Dasar Pemikiran/ Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal
Dimensi Mutu	Mutu Unit Kerja
Tujuan	Persentase Ketepatan Waktu Pemberian makanan ke pasien terukur
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Jenis Indikator	Proses dan <i>outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien Rawat Inap yang dilakukan <i>survey</i> yang mendapatkan makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan <i>survey</i>
Target Pencapaian	≥ 90 %
Kriteria Inklusi	Pasien Rawat Inap minimal 1 hari pelayanan
Kriteria Eksklusi	Pasien tidak makan/Puasa dalam satu dari tiga kali waktu makan dalam sehari
Formula	Data ketepatan waktu pemberian diet diperoleh dari 100% dikurangi persen keterlambatan makanan yang datang dari Formulir distribusi Makanan
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Sumber Data	Observasi
Instrumen Pengambilan Data	Formulir distribusi Makanan
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan, Tahunan
Besaran Sampel	Total Pasien
Penyajian Data	Persentase
Penanggung jawab	Kepala Unit Gizi Manajer Pelayanan Medik

INDIKATOR MUTU KOMITE

1. Indikator Mutu Komite PPI

Kode Indikator	IMP-Unit 30a
Nama Indikator	Angka Kejadian Infeksi Ventilator Associated Pneumoniae (VAP)
Dasar Pemikiran / Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Keamanan
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> a. Tercapainya angka VAP sesuai benchmark. b. Mendapatkan data dasar insiden rate VAP c. Menurunkan insiden rate VAP di RSIH
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> a. Ventilator adalah suatu alat sistem bantuan nafas secara mekanik yang di <i>design</i> untuk menggantikan atau menunjang fungsi pernafasan. b. Pneumonia adalah penyakit infeksi pada saluran pernafasan bawah yang mengenai parenkim paru. c. Ventilator Associated Pneumonia (VAP) adalah infeksi saluran nafas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik >48 jam dan sebelumnya tidak ditemukan tanda-tanda infeksi saluran nafas.
Jenis Indikator	<i>Proses dan Outcome</i>
Numerator	Jumlah kejadian VAP pada pasien yang terpasang ventilator mekanik dalam waktu 1 bulan.
Denominator	Jumlah hari pemasangan ventilator mekanik dalam satu bulan
Target Pencapaian	< 5,8 %
Kriteria Inklusi	<ul style="list-style-type: none"> a. Ditemukan minimal dari tanda dan gejala klinis: Pasien terpasang ventilator mekanik > 48 jam b. Ketika masuk RS tidak ada tanda klinis pneumonia Klinikal : demam, temperature > 38°C atau < 35°C, sputum purulent, batuk, <i>dyspnoe</i> atau <i>tachypnoe</i>, suara nafas <i>rales/bronchial</i> c. X-ray infiltrate baru persisten atau <i>progresif cavitation</i>, consolidation d. Lab Lekosit >12000/mm³ atau <4000/mm³, <i>culture aspirasi tracheal</i> >10⁵ pm/ml. e. Perubahan hasil analisa gas darah (peningkatan fraksi inspirasi oksigen >0,2 dari FiO₂ sebelumnya atau peningkatan PEEP setiap hari sebesar >3cmH₂O dari PEEP sebelumnya selama 2 hari berturut-turut
Kriteria Eksklusi	<ul style="list-style-type: none"> a. Pasien terpasang ventilator mekanik < 48 jam b. Ketika masuk RS ada tanda klinis pneumonia c. Saat masuk RS pasien terpasang ventilator mekanik dari RS lain

Formula	Jumlah kejadian VAP pada pasien yang terpasang ventilator mekanik dalam waktu 1 bulan dibagi jumlah hari pemasangan ventilator mekanik dalam 1 bulan dikali 1000
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Sensus
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Surveilans
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan. Triwulan
Besaran Sampel	Total Populasi
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Komite PPI RS

Kode Indikator	IMP-Unit 30b
Nama Indikator	Angka Kejadian Infeksi Aliran Darah (IAD)
Dasar Pemikiran / Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Keamanan
Tujuan	a. Tercapainya angka IAD sesuai <i>benchmark</i> . b. Mendapatkan data dasar <i>insiden rate</i> IAD c. Menurunkan <i>insiden rate</i> IAD
Definisi Operasional	IAD adalah infeksi aliran darah terkait pemasangan <i>central venous catheter</i> (CVC), <i>peripheral catheter</i> , <i>catheter haemodialysis</i> , <i>arterial line</i> , <i>peripheral inserted central catheter</i> (PICC), <i>intra aortic balloon pump</i> dengan konfirmasi laboratorium
Jenis Indikator	<i>Proses dan Outcome</i>
Numerator	Jumlah kejadian IAD pada pasien yang terpasang <i>central venous catheter</i> (CVC), <i>peripheral catheter</i> , <i>catheter haemodialysis</i> , <i>arterial line</i> , <i>peripheral inserted central catheter</i> (PICC), <i>intra aortic balloon pump</i> dengan konfirmasi laboratorium dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah hari pemasangan <i>central venous catheter</i> (CVC), <i>peripheral catheter</i> , <i>catheter haemodialysis</i> , <i>arterial line</i> , <i>peripheral inserted central catheter</i> (PICC), <i>intra aortic balloon pump</i> dengan konfirmasi laboratorium dalam satu bulan
Target Pencapaian	< 2 %
Kriteria Inklusi	a. Ditemukan patogen dari biakan spesimen darah dari kateter intravaskuler dan dari darah perifer tidak berkaitan dengan infeksi ditempat lain. b. Pasien dengan minimal satu gejala atau tanda sebagai berikut: demam >38°C, menggigil atau hipotensi tanpa penyebab lainnya dan diperoleh hasil laboratorium hasil yang positif yang tidak berhubungan dengan infeksi ditempat lain. Dugaan infeksi aliran darah terkait pemasangan kateter intravaskuler pada anak usia <1 tahun: memiliki minimal satu dari tanda-tanda berikut: demam (suhu tubuh >38°C per <i>rectal</i>), hipotermia (suhu tubuh <37°C per <i>rectal</i>) apnea atau bradikardia, tidak ditemukan sumber infeksi selain pemasangan kateter vaskuler, terdapat bakteri patogen dalam biakan kuman
Kriteria Eksklusi	Pasien dengan IAD sebelum pemasangan CVL di RSIH
Formula	<i>Insiden rate</i> IAD adalah jumlah kejadian IAD pada pasien terpasang <i>central venous catheter</i> (CVC), <i>peripheral catheter</i> , <i>catheter haemodialysis</i> , <i>arterial line</i> , <i>peripheral</i>

	<i>inserted central catheter (PICC), intra aortic balloon pump</i> dengan konfirmasi laboratorium lebih dari 48 jam dibagi total jumlah hari pemasangan <i>central venous catheter (CVC), peripheral catheter, catheter haemodialysis, arterial line, peripheral inserted central catheter (PICC), intra aortic balloon pump</i> dengan konfirmasi laboratorium dalam kurun waktu tertentu dikali 1000.
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Sensus
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Surveilans (Nama formulir rekapitulasi data)
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan
Besaran Sampel	Total Populasi
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Komite PPI RS
Kode Indikator	IMP-Unit 30c

Nama Indikator	Angka Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)
Dasar Pemikiran / Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Keamanan
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> a. Tercapainya angka IDO sesuai <i>benchmark</i>. b. Mendapatkan data dasar <i>inciden ratel</i> IDO. c. Menurunkan <i>inciden rate</i> IDO
Definisi Operasional	Angka kejadian infeksi daerah operasi (IDO) adalah infeksi yang terjadi pada daerah insisi, daerah operasi dalam waktu 30 hari tanpa implan dan 90 hari dengan implan pasca bedah terdapat paling sedikit satu keadaan tersebut : PUS keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang diatas fascia, biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptif, sengaja dibuka oleh dokter karena terdapat tanda peradangan kecuali hasil biakan negative (paling sedikit terdapat satu dari tanda-tanda infeksi berikut ini : nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal) dan Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi.
Jenis Indikator	<i>Proses dan Outcome</i>

Numerator	Jumlah pasien yang terinfeksi dari operasi bersih dan bersih tercemar dalam waktu 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di operasi bersih dan bersih tercemar dalam satu bulan
Target Pencapaian	< 2 %
Kriteria Inklusi	<ul style="list-style-type: none"> a. Seluruh pasien yang dilakukan operasi bersih dan bersih tercemar. b. Terjadi infeksi dalam waktu 30 hari tanpa implant sampai 90 hari paska operasi dengan <i>implant</i>. c. Terdapat tanda klinis demam > 38°C, menggigil, adanya PUS pada luka operasi. d. Hasil kultur luka ada kuman . Dokter yang merawat menyatakan infeksi
Kriteria Eksklusi	<ul style="list-style-type: none"> a. Kejadian infeksi daerah operasi > 30 hari tanpa <i>implant</i> dan > 90 hari dengan <i>implant</i> b. Pasien dilakukan operasi di luar RSIH
Formula	Jumlah kejadian IDO pada pasien operasi bersih dan bersih tercemar dibagi total jumlah pasien operasi bersih dan bersih tercemar dalam kurun waktu tertentu dikali 100
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Sensus
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Surveilans
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan
Besaran Sampel	Total Populasi
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Komite PPI RS

Kode Indikator	IMP-Unit 30d
Nama Indikator	Angka Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK)
Dasar Pemikiran / Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Keamanan
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> a. Tercapainya angka ISK sesuai <i>benchmark</i>. b. Mendapatkan data dasar <i>insiden rate ISK</i>. c. Menurunkan <i>insiden rate ISK</i>
Definisi Operasional	Angka kejadian infeksi saluran kemih (ISK) adalah infeksi yang terjadi pada saluran kemih murni (uretra dan permukaan kandung kemih) atau melibatkan bagian yang lebih dalam dari organ- organ pendukung saluran kemih (ginjal, ureter, kandung kemih, uretra dan jaringan sekitar retroperitoneal atau rongga perinefrik), karena penggunaan kateter urine > 48 jam
Jenis Indikator	<i>Proses dan Outcome</i>
Numerator	Jumlah kejadian ISK pada pasien terpasang kateter urin lebih dari 48 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah hari pemasangan kateter urine dalam satu bulan
Target Pencapaian	< 4,7 %
Kriteria Inklusi	<ul style="list-style-type: none"> a. Pasien terpasang kateter urine > 48 jam Ketika masuk RS tidak ada tanda dan gejala klinis ISK. Demam (>38°C) tidak ada sebab lain, disuria atau nyeri suprapubik, hasil biakan urine positif tidak lebih dari 2 spesies mikroorganisme dengan jumlah <105koloni/ml. b. Dokter mendiagnosis sebagai ISK dan dokter memberikan terapi yang sesuai untuk ISK
Kriteria Eksklusi	<ul style="list-style-type: none"> a. Pasien terpasang kateter urine < 48 jam. b. Ketika masuk RS ada tanda klinis infeksi saluran kemih. c. Saat masuk RS pasien terpasang kateter urine dari RS lain
Formula	Jumlah kejadian ISK pada pasien terpasang kateter urin lebih dari 48 jam dalam 1 bulan dibagi Jumlah hari pemasangan kateter urine dalam satu bulan dikali 1000
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Sensus
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Surveilans
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan
Besaran Sampel	Total Populasi
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Komite PPI RS

Kode Indikator	IMP-Unit 30e
Nama Indikator	Angka kejadian infeksi plebitis
Dasar Pemikiran / Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Keamanan
Tujuan	a. Tercapainya angka plebitis sesuai <i>benchmark</i> . b. Mendapatkan data dasar <i>insiden rate</i> plebitis c. Menurunkan <i>insiden rate</i> plebitis
Definisi Operasional	Infeksi Phlebitis adalah pada daerah lokal tusukan infus ditemukan tanda-tanda merah, seperti terbakar, bengkak, sakit bila ditekan, ulkus sampai eksudat purulen atau mengeluarkan cairan bila ditekan
Jenis Indikator	<i>Proses dan Outcome</i>
Numerator	Jumlah kejadian pada pasien yang phlebitis dalam waktu 1 bulan
Denominator	Jumlah total hari pasien yang terpasang infus perifer dalam satu bulan
Target Pencapaian	< 1%
Kriteria Inklusi	Pasien terpasang infus perifer dari pemasangan di RSIH dan penilaian plebitis menggunakan VIP score yaitu pada score 3 (nyeri disepanjang kateter intravena, kemerahan di area sekitar iv line, terjadi pengerasan/indurasi dan vena cord teraba)
Kriteria Eksklusi	Pasien terpasang infuse perifer dari pemasangan dan penilaian phlebitis menggunakan VIP score yaitu pada score 1 dan 2
Formula	Jumlah kejadian pada pasien phlebitis dalam 1 bulan dibagi jumlah total hari pasien terpasang infuse perifer dalam 1 bulan dikali 1000
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Sensus
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Surveilans
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan
Besaran Sampel	Total Populasi
Penyajian Data	- Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Komite PPI RS

Kode Indikator	IMP-Unit 30f
Judul Indikator	Angka kejadian decubitus akibat perawatan di Rumah Sakit
Dasar Pemikiran / Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
Dimensi Mutu	Keselamatan berfokus pada pasien
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> - Tercapainya angka decubitus sesuai <i>benchmark</i>. - Mendapatkan data dasar <i>insiden rate decubitus</i>. - Menurunkan <i>insiden rate decubitus</i> di RSIH.
Definisi Operasional	<p>Dekubitus merupakan Infeksi pada jaringan lunak kulit yang terjadi akibat tekanan yang berlangsung lama dan terus menerus sehingga menimbulkan kurangnya aliran darah di daerah tersebut yang ditandai dengan minimal 2 gejala berikut: (tanpa ada penyebab lainnya)</p> <p>Kemerahan, sakit, pembengkakan di tepi luka dekubitus dan minimal 1 bukti berikut: hasil kultur positif dari cairan atau jaringan yang diambil secara benar atau hasil kultur darah positif,</p> <p>Insiden dekubitus akibat perawatan di rumah sakit ditemukan atau didokumentasikan setelah 24 jam pertama sejak mulai waktu rawat inap</p>
Jenis Indikator	Proses dan <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien dekubitus yang berusia ≥ 18 tahun dalam jangka waktu tertentu (orang)
Denominator	Jumlah seluruh pasien baru yang berusia ≥ 18 tahun dalam periode yang sama)
Target Pencapaian	<5%
Kriteria Inklusi	<ul style="list-style-type: none"> - Insiden decubitus pasien berusia ≥ 18 tahun - Semua pasien baru setelah 24 jam
Kriteria Eksklusi	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien yang berusia kurang dari 18 tahun - Pasien dengan ulkus decubitus yang didapat diluar rumah sakit - Pasien yang menolak dilakukan pengkajian - Pasien yang kondisinya tidak stabil (hemodinamik, nyeri tidak terkontrol)
Formula	Jumlah pasien dekubitus yang berusia ≥ 18 tahun dalam jangka waktu tertentu (orang) : Jumlah seluruh pasien baru yang berusia ≥ 18 tahun dalam periode yang sama x 100%
Metode Pengumpulan Data	Prospektif
Sumber Data	Formulir surveilans harian, bulanan
Instrumen Pengambilan Data	Lembar Kerja
Populasi/sampel	Total Populasi
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	IPCN dan IPCLN

Kode Indikator	IMP-Unit 30g
Judul Indikator	Angka kejadian Hospital Acquired Pneumonia yang didapat di RS
Dasar Pemikiran / Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
Dimensi Mutu	Keselamatan berfokus pada pasien
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> - Tercapainya angka HAP sesuai <i>benchmark</i>. - Mendapatkan data dasar <i>insiden rate</i> HAP - Menurunkan <i>insiden rate</i> HAP di RSIH.
Definisi Operasional	<p>Hospital Acquired Pneumonia (HAP) adalah infeksi akut parenkim paru setelah pasien dirawat di rumah sakit >48jam tanpa dilakukan intubasi dan sebelumnya tidak menderita insaluran nafas bawah.</p> <p>HAP dapat diakibatkan tirah baring lama (koma tidak sadar, trakeostomi, refluks gaster, Endotrakheal Tube/ETT)</p>
Jenis Indikator	Proses dan <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Permil
Numerator	Jumlah pasien yang terinfeksi saluran nafas
Denominator	Jumlah hari tirah baring
Target Pencapaian	<5%
Kriteria Inklusi	<ul style="list-style-type: none"> - Ditemukan minimal dari tanda dan gejala klinis : Demam ($\geq 38^{\circ} \text{C}$) tanpa ditemui penyebab lainnya. Leukopenia ($< 4.000 \text{ WBC} / \text{mm}^3$). Dan minimal disertai 2 dari tanda berikut : - Timbulnya onset baru sputum purulen atau perubahansputum. - Peningkatan Fraksi inspirasi Oksigen $\geq 0,2$ dari sebelumnya.
Kriteria Eksklusi	Pasien yang sudah pneumonia dari rumah atau luar rumah
Formula	Jumlah pasien yang terinfeksi saluran nafas/ Jumlah hari tirah baring x 1000
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Formulir surveilans harian, bulanan
Instrumen Pengambilan Data	Lembar Kerja
Populasi/sampel	Total Populasi
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	IPCN dan IPCLN

2. Indikator Mutu Komite Mutu

Kode Indikator	IMP-Unit 31a
Nama Indikator	Kepatuhan Pelaporan Indikator Mutu
Dasar Pemikiran/ Literatur	Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit, Sistem Manajemen Dokumen Akreditasi.
Dimensi Mutu	Efisiensi dan Efektifitas
Tujuan	Setiap unit bisa mengumpulkan laporan tepat waktu dari waktu yang telah di tentukan
Definisi Operasional	Kepatuhan Pelaporan Indikator mutu adalah terkumpulnya seluruh data indikator mutu dari unit kepada Subkomite Mutu secara rutin sesuai dengan waktu yang telah di tetapkan yaitu paling lambat tanggal 10 setiap bulannya dan apabila dikumpulkan di tanggal 11 s/d 15 akan dinyatakan terlambat, sedangkan untuk indikator yang dikumpulkan di atas tanggal 15 dinyatakan tidak mengumpulkan.
Jenis Indikator	Proses dan <i>Outcome</i>
Numerator	Jumlah Indikator mutu yang diterima oleh Subkomite Mutu sebelum tanggal 10 setiap bulannya
Denominator	Seluruh jumlah indikator mutu setiap bulan nya
Target Pencapaian	85 %
Kriteria Inklusi	Seluruh jumlah indikator mutu sebelum tanggal 16 setiap bulan
Kriteria Eksklusi	Indikator prognas dan SPM (Standar Pelayanan Minimal)
Formula	Jumlah Indikator mutu yang diterima oleh Subkomite Mutu sebelum tanggal 10 setiap bulannya dibagi Seluruh jumlah indikator mutu setiap bulan $\times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Sensus
Instrumen Pengambilan Data	Nama formulir Supervisi Pengumpulan Laporan
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
Besaran Sampel	Total Populasi
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Ketua Subkomite Mutu

Kode Indikator	IMP-Unit 31b
Nama Indikator	Pelaksanaan PDSA Skala Rumah Sakit
Dasar Pemikiran/ Literatur	Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit, Sistem Manajemen Dokumen Akreditasi.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Keamanan, Fokus kepada pasien, Kestinambungan Pelayanan
Tujuan	Meningkatkan mutu pelayanan dan <i>patient's safety</i>
Definisi Operasional	PDSA yang dilakukan dapat berasal dari hasil capaian indikator mutu yang belum sesuai dengan standar, dari permasalahan yang ada atau dari rekomendasi RCA.
Jenis Indikator	Proses dan <i>Outcome</i>
Numerator	Jumlah pelaksanaan PDSA dalam 6 bulan
Denominator	Jumlah PDSA yang direncanakan dalam 6 bulan
Target Pencapaian	100 %
Kriteria Inklusi	PDSA yang dilakukan skala RS
Kriteria Eksklusi	PDSA unit/divisi
Formula	Jumlah pelaksanaan PDSA dalam 6 bulan dibagi jumlah PDSA yang direncanakan dalam 6 bulan x 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekap data dari Komite Mutu
Instrumen Pengambilan Data	Formulir PDSA
Frekuensi Pengumpulan Data	Semesteran
Periode Analisis	Semesteran, Tahunan
Besaran Sampel	Sampel Populasi
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Ketua Komite Mutu

Kode Indikator	IMP-Unit 31c
Nama Indikator	Persentase Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien
Dasar Pemikiran/ Literatur	PMK No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit, Pedoman Pelaporan IKP tahun 2015
Dimensi Mutu	Keselamatan (<i>safe</i>), berorientasi kepada pasien
Tujuan	Dapat diketahui persentase pelaporan insiden keselamatan pasien dan tersedianya data jumlah laporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit
Definisi Operasional	<p>Pelaporan insiden keselamatan pasien adalah pelaporan insiden keselamatan pasien 2x24 jam ke Subkomite Keselamatan Pasien.</p> <p>Laporan Insiden keselamatan pasien adalah jumlah laporan insiden atau laporan kejadian dari peristiwa yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan <i>harm</i> (penyakit, cedera, cacat, kematian dan lain-lain) yang tidak seharusnya terjadi dan dituliskan dalam bentuk formulir laporan insiden Keselamatan Pasien</p>
Jenis Indikator	Proses dan <i>Outcome</i>
Numerator	Jumlah laporan insiden keselamatan pasien yang dilaporkan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah kejadian insiden keselamatan pasien yang terjadi dalam bulan tersebut
Target Pencapaian	100 %
Kriteria Inklusi	Semua kejadian insiden keselamatan pasien
Kriteria Eksklusi	Insiden pada karyawan/staf RS, pengunjung, dll selain pasien
Formula	Jumlah laporan insiden keselamatan pasien dalam satu bulan dibagi jumlah kejadian insiden keselamatan pasien dalam bulan tersebut x 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Sensus
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Pelaporan Insiden
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Bulanan, Triwulan
Besaran Sampel	Total Populasi
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Ketua Subkomite Keselamatan Pasien

Kode Indikator	IMP-Unit 31d
Nama Indikator	Pelaksanaan <i>Failure Mode Effect Analysis</i> (FMEA)
Dasar Pemikiran/ Literatur	Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, Permenkes No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu
Dimensi Mutu	Berorientasi kepada pasien, terintegrasi
Tujuan	Meningkatkan mutu pelayanan dan menganalisis suatu masalah/risiko yang ada, agar dapat dicegah atau tidak terjadi lagi dikemudian hari
Definisi Operasional	FMEA yang dilakukan berasal dari <i>risk register</i> yang sudah dikumpulkan dari setiap unit yang masuk dalam prioritas risiko/ranking tertinggi dari <i>risk register</i> atau dari rekomendasi RCA.
Jenis Indikator	Proses dan <i>Outcome</i>
Numerator	Tidak Ada
Denominator	Tidak Ada
Target Pencapaian	100 %
Kriteria Inklusi	Semua FMEA yang dilakukan oleh Komite Mutu selama 1 tahun
Kriteria Eksklusi	Tidak Ada
Formula	Tidak Ada
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Pelaksanaan FMEA di RSIH
Instrumen Pengambilan Data	Lembar Kerja
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan
Periode Analisis	Tahunan
Besaran Sampel	Total Populasi
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Ketua Subkomite Manajemen Resiko

3. Komite Keperawatan

Kode Indikator	IMP-Unit 32a
Nama Indikator	Angka Kredensial Perawat dan Bidan Baru
Dasar Pemikiran / Literatur	PMK No. 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efisiensi dan keselamatan pasien
Tujuan	Untuk memberikan jaminan bahwa perawat/bidan yang bekerja dan memberikan pelayanan kepada pasien adalah perawat/bidan yang kompeten untuk memastikan bahwa semua perawat/bidan baru melalui proses kredensial
Definisi Operasional	Perawat/Bidan baru adalah perawat/bidan yang telah lulus seleksi penerimaan pegawai baru dan telah selesai menjalani masa orientasi di rumah sakit Kredensial adalah proses evaluasi dan verifikasi terhadap perawat/bidan untuk menilai dan menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis sesuai kompetensinya
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah perawat/bidan baru yang mengikuti proses kredensial
Denominator	Jumlah seluruh perawat/bidan baru yang harus mengikuti proses kredensial
Target Pencapaian	100 %
Kriteria Inklusi	Seluruh perawat/bidan baru yang mengikuti proses kredensial
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Jumlah perawat/bidan baru yang mengikuti proses kredensial}}{\text{Jumlah perawat/bidan baru yang ada}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Sumber Data	Dokumen Kepegawaian
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kredensial
Periode Pengumpulan Data	Tiap rekrutmen/penerimaan perawat/bidan baru
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Tiap 1 tahun
Besaran Sampel	Total Sampling
Penyajian Data	Dokumen Kepegawaian
Penanggung jawab	Komite Keperawatan

Kode Indikator	IMP-Unit 32b
Nama Indikator	Angka Rekredensial Perawat dan Bidan Baru
Dasar Pemikiran / Literatur	PMK No. 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Standar akreditasi rumah sakit, program kerja komite keperawatan
Tujuan	Untuk memberikan jaminan bahwa perawat/bidan yang bekerja dan memberikan pelayanan kepada pasien adalah perawat/bidan yang kompeten dan untuk memastikan bahwa semua perawat/bidan lama (lebih 1 tahun) sudah mengikuti proses rekredensial
Definisi Operasional	Perawat/bidan lama adalah perawat/bidan yang telah bekerja lebih dari 1 tahun Rekredensial adalah proses evaluasi dan verifikasi ulang terhadap perawat/ bidan untuk menilai dan menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis sesuai kompetensinya
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah perawat/bidan lama yang mengikuti proses rekredensial
Denominator	Jumlah seluruh perawat/bidan lama yang harus mengikuti proses rekredensial
Target Pencapaian	95 %
Kriteria Inklusi	Seluruh perawat/bidan lama yang mengikuti proses rekredensial
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah perawat/bidan lama yang mengikuti proses rekredensial dibagi jumlah perawat/bidan lama yang ada dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Sumber Data	Dokumen Kepegawaian
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Rekredensial
Periode Pengumpulan Data	Tiap rekredensial perawat/bidan lama
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Tiap 3 tahun
Besaran Sampel	Total Sampling
Penyajian Data	Dokumen Kepegawaian
Penanggung jawab	Komite Keperawatan

Kode Indikator	IMP-Unit 32c
Nama Indikator	Kesesuaian SPK perawat dengan tindakan mandiri keperawatan
Dasar Pemikiran / Literatur	PMK No. 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Standar akreditasi rumah sakit, program kerja komite keperawatan
Tujuan	Untuk memberikan jaminan bahwa perawat/bidan yang bekerja dan memberikan pelayanan kepada pasien adalah perawat/bidan yang kompeten dan bekerja sesuai dengan kewenangannya.
Definisi Operasional	Perawat/bidan lama adalah perawat/bidan yang memiliki level karir PK I
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Yang melakukan asuhan keperawatan sesuai RKK
Denominator	Jumlah seluruh perawat/bidan dengan level karir PK I
Target Pencapaian	100 %
Kriteria Inklusi	Seluruh perawat/bidan dengan level karir PK I yang melakukan asuhan keperawatan
Kriteria Eksklusi	Seluruh perawat/bidan dengan level karir di bawah atau di atas PK I
Formula	Jumlah perawat/bidan PK I yang melakukan asuhan keperawatan sesuai Rincian Kewenangan Klinis (RKK) dibagi seluruh perawat PK I dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Sumber Data	Dokumen Kepegawaian
Instrumen Pengambilan Data	Observasi
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulan, Semester
Besaran Sampel	Seluruh Perawat level PK I
Penyajian Data	Dokumen Kepegawaian
Penanggung jawab	Ketua Komite Keperawatan

4. Indikator Mutu Komite Nakes Lainnya

Kode Indikator	IMP-Unit 34a
Nama Indikator	Angka Kredensial Tenaga Kesehatan Lainnya
Dasar Pemikiran / Literatur	
Dimensi Mutu	Efisiensi dan keselamatan pasien
Tujuan	Untuk memberikan jaminan bahwa pegawai tenaga kesehatan lainnya yang bekerja dan memberikan pelayanan kepada pasien adalah tenaga kesehatan lainnya yang kompeten . Untuk memastikan bahwa semua pegawai baru tenaga kesehatan lainnya melalui proses kredensial
Definisi Operasional	Tenaga kesehatan lainnya yang telah lulus seleksi penerimaan pegawai baru dan telah selesai menjalani masa orientasi di rumah sakit Kredensial adalah proses evaluasi dan verifikasi terhadap tenaga kesehatan lain untuk menilai dan menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis sesuai kompetensinya
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pegawai baru tenaga kesehatan lainnya di unitnya yang mengikuti proses kredensial
Denominator	Jumlah seluruh pegawai baru tenaga kesehatan lainnya di unitnya yang harus mengikuti proses kredensial
Target Pencapaian	100 %
Kriteria Inklusi	Seluruh tenaga kesehatan lain baru di unitnya yang mengikuti proses kredensial
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah pegawai baru tenaga kesehatan lainnya di unitnya yang mengikuti proses kredensial dibagi jumlah tenaga kesehatan lain di unitnya yang ada dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Sumber Data	Dokumen Kepegawaian
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kredensial
Periode Pengumpulan Data	Tiap rekrutmen/penerimaan baru
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Tiap 1 tahun
Besaran Sampel	Total Sampling
Penyajian Data	Dokumen Kepegawaian
Penanggung jawab	Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain

Kode Indikator	IMP-Unit 34b
Nama Indikator	Angka Rekredensial Tenaga Kesehatan Lainnya
Dasar Pemikiran / Literatur	
Dimensi Mutu	Standar akreditasi rumah sakit, program kerja komite tenaga kesehatan lainnya.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memberikan jaminan bahwa tenaga kesehatan lainnya yang bekerja dan memberikan pelayanan kepada pasien adalah staf yang kompeten 2. Untuk memastikan bahwa semua pegawai lama tenaga kesehatan lainnya (lebih 1 tahun) sudah mengikuti proses rekredensial
Definisi Operasional	<p>Staf lama tenaga kesehatan lainnya adalah staf di unitnya yang telah bekerja lebih dari 1 tahun</p> <p>Rekredensial adalah proses evaluasi dan verifikasi ulang terhadap tenaga kesehatan lainnya untuk menilai dan menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis sesuai kompetensinya</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah staf lama tenaga kesehatan lain di unitnya yang mengikuti proses rekredensial
Denominator	Jumlah seluruh staf lama tenaga kesehatan lain di unitnya yang harus mengikuti proses rekredensial
Target Pencapaian	100 %
Kriteria Inklusi	Seluruh staf lama tenaga kesehatan lain di unitnya yang mengikuti proses rekredensial
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah staf lama tenaga kesehatan lain di unitnya yang mengikuti proses rekredensial dibagi jumlah perawat/bidan lama yang ada dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Sumber Data	Dokumen Kepegawaian
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Rekredensial
Periode Pengumpulan Data	Tiap rekredensial staf lama tenaga kesehatan lain
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Tiap 3 tahun
Besaran Sampel	Total Sampling
Penyajian Data	Dokumen Kepegawaian
Penanggung jawab	Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.

Kode Indikator	IMP-Unit 34c
Nama Indikator	Ketepatan waktu proses perpanjangan SIP Tenaga Kesehatan Lainnya
Dasar Pemikiran / Literatur	
Dimensi Mutu	Efisiensi dan keselamatan pasien
Tujuan	Untuk memberikan jaminan bahwa pegawai tenaga kesehatan lainnya yang bekerja dan memberikan pelayanan kepada pasien adalah tenaga kesehatan lainnya yang secara legal memiliki surat izin praktek
Definisi Operasional	Ketepatan proses perpanjangan SIP yang dikeluarkan secara resmi oleh DPMPT setempat melalui rekomendasi dinas kesehatan setempat sebelum masa SIP berakhir
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Petugas yang melakukan proses perpanjangan SIP Tenaga Kesehatan lainnya < 6 bulan sebelum masa SIP berakhir
Denominator	Jumlah seluruh petugas tenaga kesehatan lainnya yang akan habis masa SIP berakhir pada periode tertentu
Target Pencapaian	100 %
Kriteria Inklusi	Seluruh tenaga kesehatan lain baru di unitnya yang memiliki SIP
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Petugas yang melakukan proses perpanjangan SIP Tenaga Kesehatan lainnya sebelum masa SIP berakhir pada periode tertentu}}{\text{Jumlah seluruh petugas tenaga kesehatan lainnya yang akan habis masa SIP berakhir pada periode tertentu}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Sumber Data	Dokumen Kepegawaian
Instrumen Pengambilan Data	Data rekapan SIP tenaga kesehatan lainnya
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulan, Semester
Besaran Sampel	Total Sampling
Penyajian Data	Dokumen Kepegawaian
Penanggung jawab	Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain

INDIKATOR MUTU KEUANGAN DAN PKRS

1. Unit PKRS

Kode Indikator	IMP-Unit 36 a
Nama Indikator	Angka Kesalahan Informasi Melalui Telepon
Dasar Pemikiran / Literatur	<ul style="list-style-type: none">- Kemenkes RI No HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/MENKES/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit- Peraturan Presiden Nomor 76 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Pengaduan Pelayanan Publik- Undang-Undang no 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik- Undang-Undang No 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik
Dimensi Mutu	Pelayanan berfokus pasien
Tujuan	<ul style="list-style-type: none">- Menjamin Program Service Excellent dijalankan.- Meningkatkan kepuasan pelanggan.- Tergambarnya kompetensi petugas informasi dalam penguasaan <i>product knowledge</i> RS..
Definisi Operasional	Angka Kesalahan Informasi Melalui Telepon adalah Kejadian kesalahan informasi dari petugas bagian Operator melalui telepon yang mengakibatkan komplain kepada manajemen RS yang terdiri dari kesalahan Jadwal &/ Jam Praktek Dokter (termasuk informasi dokter tidak praktek), Jam buka & Produk Layanan RS, Fasilitas & ketersediaan kamar perawatan, tarif.
Jenis Indikator	Proses dan <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah kejadian kesalahan informasi melalui telepon dari petugas operator yang dilaporkan dan tercatat dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah keseluruhan pasien yang meminta informasi melalui telepon ke operator dalam periode 1 bulan
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Keseluruhan pasien yang meminta informasi melalui telepon ke operator
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Jumlah kejadian kesalahan informasi melalui telepon dari petugas operator yang dilaporkan dan tercatat dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah keseluruhan pasien yang meminta informasi melalui telepon ke operator dalam periode 1 bulan}}$
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Sumber Data	Buku Laporan mingguan, Kuesioner Kepuasan Pasien Rawat Inap, Kuesioner Kepuasan Pasien Rawat Jalan,

	Lembar Kritik dan Saran, Laporan Petugas lainnya di RS (yang tercatat dalam notulen rapat harian).
Instrumen Pengumpulan Data	Kuesioner Kepuasan Pasien Rawat Inap, Kuesioner Kepuasan Pasien Rawat Jalan, Lembar Kritik dan Saran
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan, Tahunan
Besaran Sampel	Total Sampling
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Kepala Unit Gawat Darurat

2. Unit Pendapatan

Kode Indikator	IMP-Unit 37a
Nama Indikator	Ketepatan Penginputan Nota Tindakan Rawat Inap
Dasar Pemikiran / Literatur	Standar manajemen keuangan dan akuntansi
Dimensi Mutu	Efektif dan efisien
Tujuan	Untuk meminimalisir kesalahan input data
Definisi Operasional	Ketepatan Penginputan Nota Tindakan Rawat Inap adalah ketepatan data nota tindakan di ruang perawatan dengan data inputan SIMRS
Jenis Indikator	Proses dan Hasil
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah ketepatan data nota tindakan di ruang perawatan dengan data inputan SIMRS pada periode tertentu
Denominator	Jumlah seluruh data nota tindakan pada periode tertentu
Target Pencapaian	100 %
Kriteria Inklusi	Jumlah seluruh data nota tindakan
Kriteria Eksklusi	-.
Formula	$\frac{\text{Jumlah ketepatan data nota tindakan di ruang perawatan dengan data inputan SIMRS pada periode tertentu}}{\text{Jumlah seluruh data nota tindakan pada periode tertentu}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Sensus
Instrumen Pengambilan Data	Nota Tindakan
Periode Pengumpulan Data	Harian
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Besaran Sampel	<i>Sample Populasi</i>
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - Diagram Baris
Penanggung jawab	Unit Pendapatan

Kode Indikator	IMP-Unit 37b
Nama Indikator	Respon time pengiriman laporan harian Rawat Jalan dan Rawat Inap
Dasar Pemikiran / Literatur	Standar manajemen keuangan dan akuntansi
Dimensi Mutu	1. Tepat Waktu/ <i>Timely</i> 2. Kesesuaian/Ketepatan
Tujuan	Tergambarnya Ketepatan dan Kesesuaian pembuatan Laporan Grafik mengenai Laporan Pendapatan Harian Rawat Jalan dan Rawat Inap di Unit Pendapatan
Definisi Operasional	Respon Time Pengiriman Laporan Harian Rawat Jalan dan Rawat Inap untuk Laporan Grafik adalah Ketepatan waktu untuk pemberian data laporan pendapatan rawat jalan dan rawat inap yang setiap hari harus dilaporkan ke bagian Akuntansi untuk selanjutnya dibuatkan Grafik untuk laporan ke Direktur tidak melebihi dari pukul 08:00 WIB
Jenis Indikator	Proses dan <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah kumulatif Laporan Pendapatan Harian Rawat Jalan dan Rawat Inap di lingkungan rumah sakit yang dilaporkan tepat sebelum pukul 08:00 WIB dalam periode 1 bulan
Denominator	Jumlah keseluruhan Laporan Pendapatan Harian Rawat Jalan dan Rawat Inap dalam periode 1 bulan
Target Pencapaian	100 %
Kriteria Inklusi	Seluruh Laporan Pendapatan Harian Rawat Jalan dan Rawat Inap pada hari yang sama
Kriteria Eksklusi	-.
Formula	Jumlah kumulatif Laporan Pendapatan Harian Rawat Jalan dan Rawat Inap di lingkungan rumah sakit yang dilaporkan tepat sebelum pukul 08:00 WIB dibagi Jumlah keseluruhan Laporan Pendapatan Harian Rawat Jalan dan Rawat Inap dalam periode 1 bulan x 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospective
Sumber Data	Sensus
Instrumen Pengambilan Data	File Lembar Kerja
Periode Pengumpulan Data	Harian
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Besaran Sampel	<i>Sample Populasi</i>
Penyajian Data	- Tabel - Diagram Baris
Penanggung jawab	Unit Pendapatan

3. Unit Pengeluaran

Kode Indikator	IMP-Unit 38a
Nama Indikator	Kepatuhan Respon Time Pengajuan Pembayaran
Dasar Pemikiran / Literatur	Standar National Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)
Dimensi Mutu	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Tepat Waktu / timely</i> - <i>Kesesuaian / Ketepatan</i>
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan kesesuaian pengajuan pembayaran di Unit Pengeluaran
Definisi Operasional	Respon time pengajuan pembayaran adalah ketepatan waktu pembayaran yang dilakukan Rumah Sakit pada tanggal 5, 10, 15, 20, 25 setiap bulannya untuk semua kegiatan pengeluaran
Jenis Indikator	Proses dan <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah kumulatif pengajuan pembayaran di lingkungan atau di luar lingkungan rumah sakit tepat dari tanggal yang ditentukan
Denominator	Jumlah keseluruhan pengajuan pembayaran dalam satu periode (1 bulan)
Target Pencapaian	100 %
Kriteria Inklusi	Seluruh pengajuan pembayaran yang sesuai
Kriteria Eksklusi	<ul style="list-style-type: none"> - Seluruh pengajuan pembayaran pada tanggal merah - Seluruh pengajuan pembayaran yang dilakukan penundaan karena overlimit
Formula	Jumlah kumulatif pengajuan pembayaran di lingkungan atau di luar lingkungan rumah sakit tepat dari tanggal yang ditentukan dibagi jumlah keseluruhan pengajuan pembayaran dalam satu periode (1 bulan) x 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Sumber Data	Sensus
Instrumen Pengambilan Data	Data rekapan pengajuan pembayaran
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Besaran Sampel	<i>Total Sampling</i>
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - Diagram Baris
Penanggung jawab	Kepala Unit Pengeluaran

Kode Indikator	IMP-Unit 38b
Judul Indikator	Kepatuhan Respon Time Pelaporan Pertanggungjawaban Pengajuan Pengeluaran
Dasar Pemikiran / Literatur	Standar National Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)
Dimensi Mutu	Tepat Waktu / <i>timely</i> Kesesuaian / Ketepatan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan kesesuaian pelaporan pertanggungjawaban pengajuan pengeluaran
Definisi Operasional	Respon time pelaporan pertanggungjawaban pengajuan pengeluaran adalah ketepatan waktu unit yang membuat pengajuan melakukan pelaporan pertanggungjawaban pengajuan pengeluaran kepada Staf Bendahara Rumah Sakit untuk dilaporkan kepada Unit Akuntansi pada bulan berjalan (maksimal pada akhir bulan).
Jenis Indikator	Proses dan <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah kumulatif laporan pertanggungjawaban pengajuan pengeluaran di lingkungan rumah sakit atau di luar lingkungan rumah sakit pada bulan berjalan (maksimal pada akhir bulan)
Denominator	Jumlah keseluruhan laporan pertanggungjawaban pengajuan pengeluaran dalam periode 1 bulan
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Seluruh pelaporan pertanggungjawaban pengajuan pengeluaran pada bulan berjalan
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah kumulatif laporan pertanggungjawaban pengajuan pengeluaran di lingkungan rumah sakit atau di luar lingkungan rumah sakit pada bulan berjalan (maksimal pada akhir bulan) dibagi Jumlah keseluruhan laporan pertanggungjawaban pengajuan pengeluaran dalam periode 1 bulan dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Sumber Data	Sensus
Instrumen Pengambilan Data	Data rekapan pengajuan pembayaran
Populasi/sampel	Total Populasi
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
Penyajian Data	- Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Unit Pengeluaran

4. Unit Akuntansi

Kode Indikator	IMP-Unit 39a
Nama Indikator	Ketepatan Penyajian Laporan Keuangan
Dasar Pemikiran / Literatur	Standar National Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)
Dimensi Mutu	Tepat Waktu dan Akuntabel (Kesesuaian data dan dapat dipertanggungjawabkan)
Tujuan	Laporan Keuangan disajikan tepat waktu
Definisi Operasional	Laporan keuangan adalah catatan informasi keuangan perusahaan pada suatu periode akuntansi yang dapat digunakan untuk menggambarkan kinerja perusahaan tersebut, Laporan keuangan terdiri dari : 1.Neraca 2. Laporan Laba Rugi 3. Laporan Perubahan Modal 4. Laporan Perubahan Posisi Keuangan 5. Catatan atas laporan Keuangan
Jenis Indikator	Proses-Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah Kumulatif Pendapatan dan/atau Pengeluaran lebih dari tanggal 5 bulan berikutnya serta kesesuaian data
Denominator	jumlah keseluruhan pendapatan dan/atau pengeluaran dalam satu periode
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Seluruh Pendapatan dan pengeluaran rumah sakit
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah Kumulatif Pendapatan dan/atau Pengeluaran lebih dari tanggal 5 bulan berikutnya serta kesesuaian data dibagi jumlah keseluruhan pendapatan dan/atau pengeluaran dalam satu periode (1 bulan) x 100
Metode Pengumpulan Data	Metode cek penyerahan laporan masing-masing bagian yang terkait
Sumber Data	Unit pendapatan dan Unit Pengeluaran
Instrumen Pengambilan Data	Data Pendapatan dan Data Pengeluaran
Periode Pengumpulan Data	Harian
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan, Tahunan
Besaran Sampel	<i>Total Sampling</i>
Penyajian Data	- Tabel - Diagram Baris
Penanggung jawab	Kepala Unit Akuntansi

5. Unit SIRS

Kode Indikator	IMP-Unit 40a
Nama Indikator	Response time penanganan kerusakan hardware
Dasar Pemikiran / Literatur	Sismadak
Dimensi Mutu	Efektif dan efisien
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui berapa banyak permasalahan hardware dan penyelesaiannya di unit-unit RS Intan Husada - Mencari data dari jenis-jenis permasalahan hardware
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hardware adalah perangkat-perangkat yang membentuk suatu sistem komputer 2. Response time penanganan kerusakan hardware adalah kecepatan penanganan kerusakan hardware dari mulai unit SIRS menerima laporan dari unit sampai staff SIRS Support menangani kerusakan tersebut, dalam proses penanganan kerusakan tersebut apabila tidak bisa di handle langsung oleh unit SIRS maka akan dibuatkan berita acara kerusakan yang didalamnya terdapat rekomendasi apa yang harus dilakukan selanjutnya.
Jenis Indikator	Proses dan Hasil
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah penanganan kerusakan hardware yang selesai di bawah 1 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah keseluruhan penanganan kerusakan hardware dalam satu bulan
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Seluruh penanganan kerusakan hardware
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah penanganan kerusakan hardware yang selesai di bawah 1 jam dalam satu bulan dibagi Jumlah keseluruhan penanganan kerusakan hardware dalam satu bulan dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Sumber Data	Daftar Form Berita Acara Perbaikan
Instrumen Pengambilan Data	Form Berita Acara Perbaikan
Periode Pengumpulan Data	Mingguan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan, Tahunan
Besaran Sampel	Total Sampling
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - Diagram
Penanggung jawab	Staf SIRS Support Kepala Unit SIRS

Kode Indikator	IMP-Unit 40b
Nama Indikator	Response Time Penanganan Kerusakan Jaringan
Dasar Pemikiran / Literatur	SISMADAK
Dimensi Mutu	Efektif dan efisien
Tujuan	Mengetahui berapa banyak permasalahan jaringan dan penyelesaiannya di unit-unit RS Intan Husada
	Mencari data dari jenis-jenis permasalahan jaringan
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> - Jaringan adalah perangkat-perangkat ataupun settingan yang membentuk suatu sistem yang dapat menghubungkan satu komputer dengan komputer lain maupun satu sistem dengan sistem lainnya. - Response time penanganan kerusakan jaringan adalah kecepatan penanganan kerusakan jaringan dari mulai unit SIRS menerima laporan dari unit sampai staff SIRS Support menangani kerusakan tersebut, dalam proses penanganan kerusakan tersebut apabila tidak bisa di handle langsung oleh unit SIRS maka akan dibuatkan berita acara kerusakan yang didalamnya terdapat rekomendasi apa yang harus dilakukan selanjutnya.
Jenis Indikator	Proses dan Hasil
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah response time penanganan kerusakan jaringan yang selesai di bawah 1 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah keseluruhan penanganan kerusakan jaringan dalam satu bulan
Target Pencapaian	100 % response time penanganan kerusakan jaringan tercapai di bawah 1 jam
Kriteria Inklusi	Total Keseluruhan penanganan kerusakan jaringan
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah response time penanganan kerusakan jaringan yang selesai di bawah 1 jam dalam satu bulan dibagi Jumlah keseluruhan penanganan kerusakan jaringan dalam satu bulan dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Sumber Data	Daftar Form Berita Acara Perbaikan
Instrumen Pengambilan Data	Form Berita Acara Perbaikan
Periode Pengumpulan Data	Mingguan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan
Besaran Sampel	100 %
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - Diagram
Penanggung jawab	Staf SIRS Support Kepala Unit SIRS

6. Unit Bisnis

Kode Indikator	IMP-Unit 41a
Nama Indikator	Ketidaksesuaian Jumlah Fisik Barang dengan Pencatatan Stok Opname di Unit Bisnis
Dasar Pemikiran / Literatur	Peraturan Direktur RS Intan Husada Nomor 3530/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efisiensi dan Aman
Tujuan	Menurunkan tingkat kehilangan stok fisik barang saat dilakukan proses stok opname
Definisi Operasional	<p>Stok Opname di Unit Bisnis adalah kegiatan penghitungan stok fisik barang di Intan Mart dan I-Food sesuai dengan sistem data barang</p> <p>Stok Fisik Barang di Unit Bisnis adalah stok barang berupa barang jual, kemasan dan bahan makanan tahan lama di Intan Mart dan I-Food</p> <p>Ketidaksesuaian Jumlah Barang dengan Pencatatan Stok Opname di Unit Bisnis adalah ketidaksesuaian jumlah stok fisik barang dengan sistem data barang pada saat stok opname di Unit Bisnis</p>
Jenis Indikator	Proses dan <i>outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah ketidaksesuaian jumlah stok fisik barang dengan pencatatan stok opname
Denominator	Jumlah seluruh stok fisik barang yang dilakukan proses stock opname di Unit Bisnis
Target Pencapaian	0 %
Kriteria Inklusi	Seluruh stok fisik barang di Unit Bisnis
Kriteria Eksklusi	Seluruh stok fisik barang tidak tahan lama
Formula	Jumlah ketidaksesuaian jumlah stok fisik barang dengan pencatatan stok opname dibagi Jumlah seluruh stok fisik barang yang dilakukan proses stok opname di Unit Bisnis dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Sumber Data	Sensus
Instrumen Pengambilan Data	Data Stok Fisik Barang
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Besaran Sampel	<i>Total Sampling</i>
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - Diagram Baris
Penanggung jawab	Kepala Unit Bisnis

Kode Indikator	IMP-Unit 41b
Nama Indikator	Ketepatan waktu penyajian makanan/minuman di I-Food
Dasar Pemikiran / Literatur	Peraturan Direktur RS Intan Husada Nomor 3530/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efisiensi dan Aman
Tujuan	Berorientasi kepada pengguna layanan (<i>people-centered</i>) dan tepat waktu (<i>timely</i>)
Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyajian makanan/minuman di I-Food adalah waktu yang dibutuhkan untuk menyajikan makanan/minuman yang telah dipesan oleh pelanggan secara tepat waktu (≤ 30 menit)
Jenis Indikator	Proses dan <i>outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah menu makanan/minuman yang secara tepat waktu (≤ 30 menit) kepada pelanggan
Denominator	Jumlah seluruh sampling menu makanan/minuman yang dipesan oleh pelanggan di I-Food selama 1 bulan
Target Pencapaian	100 %
Kriteria Inklusi	Seluruh menu makanan/minuman yang dipesan oleh pelanggan umum
Kriteria Eksklusi	Seluruh menu makanan/minuman yang dipesan oleh pelanggan internal (karyawan dan dokter)
Formula	Jumlah menu makanan/minuman yang secara tepat waktu (≤ 30 menit) kepada pelanggan dibagi Jumlah seluruh sampling menu makanan/minuman yang dipesan oleh pelanggan di I-Food selama 1 bulan dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Sumber Data	Sensus
Instrumen Pengambilan Data	Sistem POS kasir
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Besaran Sampel	<i>Total Sampling</i>
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - Diagram Baris
Penanggung jawab	Kepala Unit Bisnis

INDIKATOR MUTU UMUM DAN SDM

1. Unit Umum

Kode Indikator	IMP-Unit 42a
Nama Indikator	Keterlambatan Respon Time Genset
Dasar Pemikiran / Literatur	Ref – K3 Listrik Di Rumah Sakit Puil-1987 Pasal 860 Fasilitas Pelayanan Kesehatan
Dimensi Mutu	Efektif dan keselamatan
Tujuan	Menurunkan tingkat kegagalan fungsi peralatan rumah sakit serta menurunkan risiko kegagalan pasokan listrik ke Gedung rumah sakit ketika pasokan listrik PLN terhenti
Definisi Operasional	Keterlambatan respon time genset merupakan suatu kejadian dimana genset tidak menyala ≥ 10 detik pada saat arus listrik (PLN) padam
Jenis Indikator	Proses dan Hasil
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah kumulatif keterlambatan waktu yang diperlukan dalam menghidupkan genset ≥ 10 detik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah banyaknya kejadian listrik PLN mati mendadak dalam 1 bulan
Target Pencapaian	0 %
Kriteria Inklusi	Jumlah seluruh kejadian listrik PLN mati mendadak dalam 1 bulan
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah kumulatif keterlambatan waktu yang diperlukan dalam menghidupkan genset ≥ 10 detik dalam 1 bulan dibagi jumlah banyaknya kejadian listrik PLN mati mendadak dalam 1 bulan x 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Sensus
Instrumen Pengambilan Data	Form pengecekan genset
Periode Pengumpulan Data	Harian
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Besaran Sampel	<i>Total Sampling</i>
Penyajian Data	- Tabel - Diagram Baris
Penanggung jawab	-Sub Unit PSP -Unit Umum

Kode Indikator	IMP-Unit 42b
Judul Indikator	Baku mutu limbah cair
Dasar Pemikiran / Literatur	<ul style="list-style-type: none"> - Kepmenkes RI No HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit - Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Republik Indonesia No. 5 tahun 2014 Lampiran XLIV B dan Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan No P.68/Menlhk/Setjen/2016 Tentang Baku Mutu Air Limbah Domestik
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efektif dan efisien serta berfokus pada pasien dan lingkungan
Tujuan	Memantau kualitas <i>effluent</i> pengolahan limbah cair rumah sakit dimana <i>effluent</i> yang dibuang ke lingkungan tidak berdampak pada pengrusakan/pencemaran lingkungan dan ekosistemnya
Definisi Operasional	<p>Baku mutu limbah cair adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan yang merupakan ambang batas yang ditoleransi dan diukur dengan indikator sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. pH : 6-9 b. BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter c. COD (Chemical Oxygen demand) : 100 mg/liter d. TSS (Total Suspended Solid) : 30 mg/liter e. Minyak dan Lemak : 5 mg/liter f. Amoniak : 10 mg/liter g. Total <i>Coliform</i> : 3.000 jumlah/100 ml h. Debit : 100 L/orang/hari i. Besi, terlarut (Fe) : 5 mg/liter j. Mangan, terlarut (Mn) : 2 mg/liter k. Barium (Ba) : 2 mg/liter l. Tembaga (Cu) : 2 mg/liter m. Seng (Zn) : 5 mg/liter n. Krom Valensi Enam (Cr^{6+}) : 0,1 mg/liter o. Krom Total (Cr) : 0,5 mg/liter p. Kadmium (Cd) : 0,05 mg/liter q. Merkuri (Hg) : 0,002 mg/liter r. Timbal (Pb) : 0,1 mg/liter s. Stanum (Sn) : 2 mg/liter
Jenis Indikator	Hasil dan Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Seluruh parameter hasil pemeriksaan dan pengelolaan yang memenuhi syarat sesuai standar parameter dalam 1 bulan periode
Denominator	Seluruh parameter hasil pemeriksaan dalam 1 bulan periode
Target Pencapaian	100%

Kriteria Inklusi	Limbah cair
Kriteria Eksklusi	Limbah padat
Formula	Seluruh parameter hasil pemeriksaan dan pengelolaan yang tidak memenuhi syarat diantaranya pH kurang atau lebih dari standar dan parameter BOD, COD, TSS, Minyak dan Lemak, Amoniak, Total <i>Coliform</i> , Debit, Besi, terlarut (Fe), Mangan, terlarut (Mn), Barium (Ba), Tembaga (Cu), Seng (Zn), Krom Valensi Enam (Cr ⁶⁺), Krom Total (Cr), Kadmium (Cd), Merkuri (Hg), Timbal (Pb) dan Stanum (Sn) lebih dari standar parameter dalam 1 bulan periode dibagi Seluruh parameter hasil pemeriksaan dalam 1 bulan periode dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Sumber Data	Hasil pengamatan
Instrumen Pengambilan Data	Lembar hasil pemeriksaan kualitas air limbah
Populasi/sampel	Sampel Populasi (Outlet Air Limbah)
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
Penyajian Data	Tabel <i>Diagram Chart</i>
Penanggung jawab	Kepala Unit Umum

2. Unit SDM dan Diklat

Kode Indikator	IMP-Unit 43a
Nama Indikator	Ketepatan Waktu Perpanjangan Kontrak Kerja Staf
Dasar Pemikiran / Literatur	Undang-undang No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan Undang-undang No. 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja
Dimensi Mutu	Efektif dan Efisien
Tujuan	Mengetahui tingkat efisiensi dan efektivitas pembuatan/perpanjangan kontrak kerja staf
Definisi Operasional	Kontrak Kerja adalah kesepakatan antara pekerja dengan pengusaha atau pemberi kerja yang memuat syarat-syarat kerja, hak, dan kewajiban para pihak. Kontrak Kerja yang dimaksud merupakan suatu ikatan yang harus dipenuhi oleh staf dan RS Intan Husada. Ketepatan Waktu Perpanjangan Kontrak Kerja Staf adalah 1 minggu sebelum kontrak kerja berakhir.
Jenis Indikator	Proses dan Hasil
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah kumulatif staf yang melakukan perpanjangan waktu tepat waktu (1 minggu sebelum kontrak kerja berakhir)
Denominator	Jumlah seluruh staf yang terikat kontrak kerja pada periode tertentu
Target Pencapaian	100 %
Kriteria Inklusi	Seluruh staf yang melakukan kontrak kerja
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah kumulatif staf yang melakukan perpanjangan waktu tepat waktu (1 minggu sebelum kontrak kerja berakhir) dibagi jumlah seluruh staf yang terikat kontrak kerja pada periode tertentu
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Sumber Data	Berkas Kepegawaian
Instrumen Pengambilan Data	Dokumen
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Tahunan
Besaran Sampel	Total kontrak kerja yang masih berlaku
Penyajian Data	- Tabel - Diagram Baris
Penanggung jawab	Staf SDM dan Diklat

Kode Indikator	IMP-Unit 43b
Nama Indikator	Kepatuhan <i>Grooming</i> Staf RS Intan Husada
Dasar Pemikiran / Literatur	Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 064/PER/DIR/RSIH/VI/2022 Tentang Panduan <i>Grooming</i> Staf
Dimensi Mutu	Efektif dan Efisien
Tujuan	Mengetahui tingkat efektivitas <i>grooming</i> staf RS Intan Husada
Definisi Operasional	<p><i>Grooming</i> staf adalah penampilan diri secara keseluruhan dari seorang staf RS Intan Husada, sehingga menimbulkan kesan pertama yang positif saat staf berhadapan langsung dengan <i>customer</i>.</p> <p>Kepatuhan <i>Grooming</i> Staf RS Intan Husada adalah tidak adanya staf yang berpenampilan diluar ketentuan panduan <i>grooming</i>.</p>
Jenis Indikator	Proses dan Hasil
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah kumulatif staf yang patuh terhadap ketentuan <i>grooming</i> dalam 1 bulan periode
Denominator	Jumlah seluruh staf yang ditemui saat dilakukan sweeping dalam 1 bulan periode
Target Pencapaian	100 %
Kriteria Inklusi	seluruh staf RS Intan Husada
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah kumulatif staf yang patuh terhadap ketentuan <i>grooming</i> dalam 1 bulan periode dibagi Jumlah seluruh staf yang ditemui saat dilakukan sweeping dalam 1 bulan periode dikali 100
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Sumber Data	Observasi, gambar/video
Instrumen Pengambilan Data	Observasi
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Tahunan
Besaran Sampel	<i>Random Sampling</i>
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - Diagram Baris
Penanggung jawab	Staf SDM dan Diklat

3. Unit Kesekretariatan

Kode Indikator	IMP-Unit 44a
Nama Indikator	Persentase Pengesahan Dokumen
Dasar Pemikiran / Literatur	Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1
Dimensi Mutu	Efektif dan efisien
Tujuan	Meningkatkan cakupan terhadap pelayanan proses pengesahan dokumen.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokumen adalah kebijakan dan ketentuan yang dikeluarkan dan ditetapkan oleh rumah sakit, yang terdiri dari SPO, Perdir, SK, Proker, Formulir, dll. 2. Proses pengesahan dokumen adalah proses diberlakukannya suatu ketentuan yang dimulai dari penerimaan konsep dokumen dari unit, penyesuaian template dokumen, penomoran dokumen hingga penandatanganan serta mengunggah dokumen pada portal sehingga dapat diakses oleh semua unit di RSIH
Jenis Indikator	Proses dan Hasil
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah kumulatif dokumen yang telah diproses pengesahan pada kurun waktu yang diamati
Denominator	Jumlah seluruh dokumen yang akan dilakukan proses pengesahan pada kurun waktu yang diamati
Target Pencapaian	100 %
Kriteria Inklusi	Seluruh dokumen yang telah dilakukan proses pengesahan
Kriteria Eksklusi	Seluruh dokumen yang telah dilakukan penomoran namun tidak dilanjutkan proses pengesahan oleh unit.
Formula	Jumlah kumulatif dokumen yang telah diproses pengesahan pada kurun waktu yang diamati dibagi Jumlah seluruh dokumen yang akan dilakukan proses pengesahan pada kurun waktu yang diamati
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Daftar dokumen yang masuk untuk dilakukan proses pengesahan
Instrumen Pengambilan Data	Dokumen yang akan dilakukan proses pengesahan
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Besaran Sampel	<i>Total Sampling</i>
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - Diagram Baris
Penanggung jawab	Staf Legal Kepala Unit Kesekretariatan

4. Unit Binatu

Kode Indikator	IMP-Unit 45a
Nama Indikator	Tingkat Kehilangan Linen Di Unit Binatu
Dasar Pemikiran / Literatur	Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Tahun 2008
Dimensi Mutu	Efektif dan efisien
Tujuan	Menurunkan tingkat kehilangan linen yang sedang dilakukan proses pencucian di Unit Binatu
Definisi Operasional	Tingkat kehilangan linen di Unit Binatu adalah jumlah linen yang hilang ketika dilakukan proses pencucian di Unit Binatu
Jenis Indikator	Proses dan Hasil
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah linen yang hilang pada saat dihitung pada hari sampling
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Target Pencapaian	0 %
Kriteria Inklusi	Linen yang dikirim dan diterima
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah linen yang hilang pada saat dihitung pada hari sampling dibagi Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Sumber Data	Unit Binatu
Instrumen Pengambilan Data	Form Serah Terima Linen
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Besaran Sampel	Total Sampling
Penyajian Data	<i>Line Chart</i>
Penanggung jawab	Kepala Unit Binatu

Kode Indikator	IMP-Unit 45b
Judul Indikator	Ketepatan Waktu Pengiriman Linen Bersih ke Unit Pelayanan
Dasar Pemikiran / Literatur	<ul style="list-style-type: none"> - Kepmenkes RI No HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit - PMK No. 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit - PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan berfokus pada pasien
Tujuan	Proses penggantian linen bersih di ruang keperawatan berjalan lancar
Definisi Operasional	<p>Ketepatan pengiriman Linen Bersih ke Unit Pelayanan adalah proses pengiriman linen bersih ke setiap unit pelayanan oleh Petugas Unit Binatu ≤ 5 jam.</p> <p>Jadwal distribusi shift pagi pukul 12.00 WIB dan shift siang pukul 17.00 WIB</p>
Jenis Indikator	Proses dan <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah ruangan yang mendapat distribusi linen bersih secara tepat ≤ 5 jam dari jadwal distribusi dalam periode 1 bulan
Denominator	Jumlah keseluruhan distribusi linen bersih dalam periode 1 bulan
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Seluruh proses pendistribusian linen bersih dari Binatu ke Unit Perawatan dan Pelayanan sesuai jadwal distribusi rutin
Kriteria Eksklusi	Pengiriman linen diluar jadwal distribusi/sesuai kebutuhan unit
Formula	$\frac{\text{Jumlah ruangan yang mendapat distribusi linen bersih secara tepat } \leq 5 \text{ jam dari jadwal distribusi dalam periode 1 bulan}}{\text{Jumlah keseluruhan distribusi linen bersih dalam periode 1 bulan}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Observasi
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Serah Terima
Populasi/sampel	Sampel Populasi
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Kepala Unit Binatu

5. Unit Logistik

Kode Indikator	IMP-Unit 46a
Nama Indikator	Ketepatan Respon time pengadaan BPPB barang
Dasar Pemikiran / Literatur	SPO
Dimensi Mutu	Efektif dan efisien
Tujuan	Menyediakan barang yang dibutuhkan
Definisi Operasional	<p>Respon time pengadaan BPPB barang adalah dokumen permintaan pembelian barang dari logistik ke purchasing dengan jarak 1 hari sampai terbitnya <i>Bidding</i> dan <i>Purchase Order</i>.</p> <p>BPPB adalah lembar bon permintaan pembelian barang yang di buat oleh logistik untuk diserahkan kebagian <i>purchasing</i> untuk selanjutnya dibuatkan <i>Bidding</i> dan <i>Purchase Order</i></p>
Jenis Indikator	Proses dan Hasil
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah ketepatan respon time pengadaan BPPB barang BPPB <i>full complete</i> (1 hari sampai terbitnya <i>Bidding</i> dan <i>Purchase Order</i>)
Denominator	Jumlah semua BPPB barang
Target Pencapaian	100 %
Kriteria Inklusi	Jumlah seluruh BPPB yang telah diterima
Kriteria Eksklusi	BPPB dengan pengajuan \geq dari Rp. 1000.000,-
Formula	Jumlah ketepatan respon time pengadaan BPPB barang BPPB <i>full complete</i> (1 hari sampai terbitnya <i>Bidding</i> dan <i>Purchase Order</i>) dibagi jumlah semua BPPB barang x 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospektif</i>
Sumber Data	Sensus
Instrumen Pengambilan Data	Form PO
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Besaran Sampel	<i>Total Sampling</i>
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - Diagram Baris
Penanggung jawab	<ul style="list-style-type: none"> -Staf Purchasing -Kepala Unit Logistik

Kode Indikator	IMP-Unit 46b
Judul Indikator	Kejadian Stok Barang Rutin Umum di Unit Logistik
Dasar Pemikiran / Literatur	- SPO
Dimensi Mutu	- Efektif dan Efisien
Tujuan	Menurunkan tingkat kehilangan stok barang rutin umum yang berada di Logistik
Definisi Operasional	Tingkat kehilangan stok barang rutin umum di unit logistik adalah jumlah yang hilang Ketika dilakukan <i>stock opname</i> di Unit Logistik
Jenis Indikator	Proses dan Hasil
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah barang yang hilang pada saat <i>stock opname</i>
Denominator	Jumlah barang yang seharusnya ada pada saat <i>stock opname</i>
Target Pencapaian	0%
Kriteria Inklusi	Barang masuk dan keluar
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah barang yang hilang pada saat dihitung pada hari sampling dibagi Jumlah barang yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Sumber Data	Unit Logistik
Instrumen Pengambilan Data	Hasil <i>stock opname</i> , <i>Form PBR</i>
Populasi/sampel	Sampel Populasi
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan
Penyajian Data	<i>Line Chart</i>
Penanggung jawab	Unit Logistik