



**KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA GARUT**  
**Nomor : 164/SK/PER/DIR/RSIH/VI/2022**

**TENTANG**  
**PENETAPAN INDIKATOR MUTU UNIT**  
**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.
- Mengingat :
1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
  2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1045/MENKES/PER/XI/2006 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan;
  3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
  4. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
  5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
  6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit;
  7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit;
  8. 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;

9. 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;
10. 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;
11. Peraturan Direktur RS Intan Husada Nomor 3530/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit;
12. Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 3531/A000/XI/2021 Tentang Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf By Laws*);

### MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA TENTANG PENETAPAN INDIKATOR MUTU UNIT RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**
- Kesatu : Memberlakukan Keputusan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 164/SK/DIR/RSIH/VI/2022 Tentang Penetapan Indikator Mutu Unit Rumah Sakit Intan Husada.
- Kedua : Penetapan Indikator Mutu Unit Rumah Sakit Intan Husada digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Intan Husada.
- Ketiga : 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 : 13 Juni 2022  
Direktur,



**drg. Muhammad Hasan, MARS**  
**NIK: 21110183633**

**Lampiran Keputusan Direktur  
Rumah Sakit Intan Husada  
Nomor : 164/PER/DIR/RSIH/VI/2022  
Tentang : Penetapan Indikator Mutu Unit  
Rumah Sakit Intan Husada**

**PENETAPAN INDIKATOR MUTU UNIT RUMAH SAKIT INTAN HUSADA TAHUN 2022**

No	Unit	Jenis Indikator	Kode Indikator	Nomor Urut	Indikator	Standar
<b>Indikator Mutu Unit</b>						
<b>Medik-Keperawatan</b>						<b>Standar</b>
13	Unit Gawat Darurat	IMN	IMN-4	4	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi	≥ 80%
		IAK	IMP-Unit	13a	Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawatdarurat ≤ 5 menit)	100%
14	Unit Rawat Jalan	IMN	IMN-5	5	Waktu Tunggu Rawat Jalan	≥ 80%
15	Unit Rawat Inap	IMN	IMN-3	3	Kepatuhan Identifikasi Pasien di Rawat Inap	100%
		IMN	IMN-7	7	Kepatuhan Waktu Visite Dokter	≥ 80 %
		IMN	IMN-11	11	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%
16	Unit Kamar Operasi	IMN	IMN-6	6	Penundaan Operasi Elektif	≥ 5 %
		IAK	IMP-Unit	16a	Tidak Dilakukannya Penandaan Luka Operasi	≥ 0%
17	Unit Kamar Bersalin	IAK	IMP-Unit	17a	Kejadian Tidak Dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) pada Bayi Baru Lahir normal dengan persalinan normal	0,50%
			IMP-Unit	17b	Kejadian Kematian ibu melahirkan karena perdarahan	≤ 1 %
18	Unit Intensif Dewasa	IAK	IMP-Unit	18a	Pasien yang kembali ke Instalasi pelayanan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	2%
19	Unit Intensif Anak	IAK	IMP-Unit	19a	Kemampuan Menangani BBLR 1500-2500gr	95,00%
20	Unit Radiologi	IAK	IMP-Unit	20a	Penolakan Expertise	1%
			IMP-Unit	20b	Pemeriksaan Ulang Radiologi	2%
21	Unit Laboratorium	IMN	IMN-8	8	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%
22	Unit Farmasi	IMN	IMN-9	9	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 80%
		IAK	IMP-Unit	22a	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi	100%
			IMP-Unit	22b	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Racikan	100%
			IMP-Unit	22c	Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Obat	100%
23	Unit Rekam Medik	IAK	IMP-Unit	23a	Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan	100%
24	Unit Gizi	IAK	IMP-Unit	24a	Sisa Makanan Pasien	< 20%
			IMP-Unit	24b	Ketepatan Diit Pasien	100%
			IMP-Unit	24c	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan ke Pasien	≥ 90 %

No	Unit	Jenis Indikator	Kode Indikator	Nomor Urut	Indikator	Standar
<b>Komite Rumah Sakit</b>						<b>Standar</b>
30	Komite PPI	IMN	IMN-1	1	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 85 %
			IMN-2	2	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%
		IAK	IMP-Unit	30a	Angka Kejadian Infeksi Ventilator Associated Pneumoniae (VAP)	< 5,8%
			IMP-Unit	30b	Angka Kejadian Infeksi Aliran Darah (IAD)	< 2%
			IMP-Unit	30c	Angka Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)	< 2%
			IMP-Unit	30d	Angka Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK)	< 4,7%
			IMP-Unit	30e	Angka kejadian infeksi plebitis	< 1%
31	Komite Mutu	IML:	IMP-Unit	31a	Kepatuhan Pelaporan Indikator Mutu Nasional	85%
			IMP-Unit	31b	Pelaksanaan PDSA Skala Rumah Sakit	100%
			IMP-Unit	31c	Persentase Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien	100%
			IMP-Unit	31d	Pelaksanaan Failure Mode Effect Analysis (FMEA)	100%
32	Komite Keperawatan	IML	IMP-Unit	32a	Angka kredensial perawat dan bidan	100%
			IMP-Unit	32b	Angka re-kredensial perawat dan bidan	100%
33	Komite Medik	IMN	IMN-10	10	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)	100%
<b>Marketing dan Keuangan</b>						<b>Standar</b>
36	Unit Marketing (Internal dan Eksternal)	IMN	IMN-12	12	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	≥ 80%
			IMN-13	13	Kepuasan Pasien	≥ 76,61
37	Unit Pendapatan	IML	IMP-Unit	37a	Ketepatan Penginputan Nota Tindakan	100%
38	Unit Pengeluaran	IML	IMP-Unit	38a	Kepatuhan Respon Time Pengajuan Pembayaran	100%
39	Unit Akuntansi	IML	IMP-Unit	39a	Ketepatan Penyajian Laporan Keuangan	100%
40	Unit IT	IML	IMP-Unit	40a	Response time penanganan kerusakan hardware	100%
41	Unit Bisnis	IML	IMP-Unit	41a	Ketidaksesuaian Jumlah Fisik Barang dengan Pencatatan Stok Opname di Unit Bisnis	0%
<b>Umum dan SDM</b>						<b>Standar</b>
42	Unit Umum	IAM	IMP-Unit	42a	Keterlambatan <i>Respon Time</i> Genset	0%
43	Unit SDM & Diklat	IML	IMP-Unit	43a	Ketepatan Waktu Perpanjangan Kontrak Kerja Staf	100%
44	Unit Kesekretariatan	IML:	IMP-Unit	44a	Persentase Pengesahan Dokumen	100%
45	Unit Binatu	IAM	IMP-Unit	45a	Tingkat Kehilangan Linen Di Unit Binatu	0%
46	Unit Logistik	IML	IMP-Unit	46a	Ketepatan Respon time pengadaan BPPB barang	100%

## INDIKATOR MUTU UNIT MEDIK KEPERAWATAN

### 1. Indikator Mutu Unit Gawat Darurat

<b>Kode Indikator</b>	IMN-4
<b>Nama Indikator</b>	<b>Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	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,
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan berfokus pada pasien
<b>Tujuan</b>	Tergambarnya pelayanan kegawatdaruratan operasi seksio sesarea yang cepat dan tepat sehingga mampu mengoptimalkan upaya menyelamatkan Ibu dan Bayi
<b>Definisi Operasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu <math>\leq 30</math> menit.</li> <li>2. Seksio sesarea emergensi adalah tindakan seksio sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya.</li> <li>3. Seksio sesarea emergensi kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan di mana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin.</li> <li>4. Pengukuran indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan seksio sesaria.</li> </ol>
<b>Jenis Indikator</b>	Proses
<b>Satuan Pengukuran</b>	Persentase
<b>Numerator</b>	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I (satu) yang mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi $\leq 30$ menit
<b>Denominator</b>	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I
<b>Target Pencapaian</b>	$\geq 80\%$
<b>Kriteria Inklusi</b>	Seksio sesarea emergensi kategori I Misalnya : <i>fetal distress</i> menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/forsep, <i>ruptur uteri imminent</i> , <i>ruptur uteri</i> , perdarahan <i>ante partum</i> dengan

	perdarahan aktif, Persalinan pada Bekas Seksio Sesarea (PBS)
<b>Kriteria Eksklusi</b>	-
<b>Formula</b>	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I yang mendapatkan tindakan seksio sesarea $\leq 30$ menit dibagi Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I dikali 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Concurrent</i>
<b>Sumber Data</b>	Observasi
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Formulir Waktu Tanggap Seksio Sesarea Emergensi
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Total sampel
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Unit Gawat Darurat Manajer Pelayanan Medik dan Keperawatan

<b>Kode Indikator</b>	IMP-Unit 13a
<b>Nama Indikator</b>	<b>Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawatdarurat <math>\leq 5</math> menit)</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	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.
<b>Dimensi Mutu</b>	Berorientasi pada Pasien
<b>Tujuan</b>	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.

<b>Definisi Operasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Response Time adalah kecepatan penanganan pasien, dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>4. Alat pengumpul data yang digunakan yaitu lembar observasi dan <i>stop watch</i>.</li> <li>5. Populasi dalam penelitian ini adalah semua tenaga kesehatan yang sedang (<i>shift</i> jaga) pagi, siang, malam.</li> </ol>
<b>Jenis Indikator</b>	Proses dan <i>Outcome</i>
<b>Satuan Pengukuran</b>	Persentase
<b>Numerator</b>	Total respon time tenaga kesehatan yang menangani pasien $\leq 5$ menit dalam 1 hari
<b>Denominator</b>	Jumlah seluruh pasien dengan Triase Merah dan Kuning $\leq 5$ menit dalam 1 hari
<b>Target Pencapaian</b>	100%
<b>Kriteria Inklusi</b>	Seluruh pasien dengan Triase Merah dan Kuning dalam 1 hari
<b>Kriteria Eksklusi</b>	Pasien dengan Triage Hijau dan Hitam
<b>Formula</b>	Total respon time tenaga kesehatan yang menangani pasien $\leq 5$ menit dalam 1 hari di bagi Jumlah pasien dengan Triase Merah dan Kuning
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Retrospective</i>
<b>Sumber Data</b>	Observasi
<b>Instrumen Pengumpulan Data</b>	Lembar observasi dan <i>stop watch</i>
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan, Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Sesuai tabel Sampel Krejcie dan Morgan
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Unit Gawat Darurat



## 2. Indikator Mutu Unit Rawat Jalan

<b>Kode Indikator</b>	IMN-5
<b>Nama Indikator</b>	<b>Waktu Tunggu Rawat Jalan</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	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
<b>Dimensi Mutu</b>	Berorientasi kepada pasien, tepat waktu Keselamatan berfokus pada pasien
<b>Tujuan</b>	Tergambarnya waktu pasien menunggu di pelayanan sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit Rawat Jalan agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien.
<b>Definisi Operasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu tunggu Rawat Jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis.</li> <li>2. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran <i>online</i>. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</li> <li>b. Pasien mendaftar <i>online</i>, maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendaftaran <i>online</i> sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</li> <li>c. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</li> </ol> </li> </ol>
<b>Jenis Indikator</b>	Proses
<b>Satuan Pengukuran</b>	Persentase
<b>Numerator</b>	Jumlah pasien Rawat Jalan dengan waktu tunggu $\leq 60$ menit
<b>Denominator</b>	Jumlah pasien Rawat Jalan yang diobservasi
<b>Target Pencapaian</b>	$\geq 80\%$
<b>Kriteria Inklusi</b>	Pasien yang berobat di Rawat Jalan
<b>Kriteria Eksklusi</b>	- Pasien <i>medical check up</i> , pasien poli gigi



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien yang mendaftar <i>online</i> atau anjungan mandiri datang lebih dari 60 menit dari waktu yang sudah ditentukan</li> <li>- Pasien yang ada tindakan pasien sebelumnya</li> </ul>
<b>Formula</b>	Jumlah pasien Rawat Jalan dengan waktu tunggu $\leq 60$ menit dibagi Jumlah pasien Rawat Jalan yang diobservasi dikali 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Concurrent</i>
<b>Sumber Data</b>	Observasi
<b>Instrumen Pengumpulan Data</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catatan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan</li> <li>2. Rekam Medik Pasien Rawat Jalan</li> <li>3. Formulir Waktu Tunggu Rawat Jalan</li> </ol>
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Total sampel (apabila jumlah populasi <math>\leq 30</math>)</li> <li>- Rumus Slovin (apabila jumlah populasi <math>&gt; 30</math>)</li> </ul>
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Unit Rawat Jalan Manajer Pelayanan Medik

### 3. Indikator Mutu Unit Rawat Inap

<b>Kode Indikator</b>	IMN-3
<b>Nama Indikator</b>	<b>Kepatuhan Identifikasi Pasien di Rawat Inap</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	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
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan berfokus pada pasien
<b>Tujuan</b>	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan tindakan pelayanan
<b>Definisi Operasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</li> <li>2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit.</li> <li>3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan)</li> </ol>

	<p>4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemberian pengobatan : pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi.</li> <li>- Prosedur tindakan : tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit.</li> <li>- Prosedur diagnostik : pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi, dan lain-lain.</li> <li>- Kondisi tertentu : pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar.</li> </ul> <p>5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar</p>
<b>Jenis Indikator</b>	Proses
<b>Satuan Pengukuran</b>	Persentase
<b>Numerator</b>	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi
<b>Denominator</b>	Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi
<b>Target Pencapaian</b>	100 %
<b>Kriteria Inklusi</b>	Semua pemberi pelayanan yang memberikan pelayanan kesehatan.
<b>Kriteria Eksklusi</b>	-
<b>Formula</b>	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi dibagi Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi dikali 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Concurrent</i>
<b>Sumber Data</b>	Observasi
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Formulir Observasi Kepatuhan Identifikasi Pasien
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Total sampel (apabila jumlah populasi <math>\leq 30</math>)</li> <li>- Rumus Slovin (apabila jumlah populasi <math>&gt; 30</math>)</li> </ul>
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Ruang Perawatan Rawat Inap Manajer Pelayanan Medik dan Keperawatan

<b>Kode Indikator</b>	IMN-7
<b>Nama Indikator</b>	<b>Kepatuhan Waktu <i>Visite</i> Dokter</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	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
<b>Dimensi Mutu</b>	Tepat waktu, efisiensi, berorientasi pada pasien Keselamatan berfokus pada pasien
<b>Tujuan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tergambarnya kepatuhan dokter melakukan visitasi kepada pasien rawat inap sesuai waktu yang ditetapkan.</li> <li>- Waktu yang ditetapkan untuk <i>visite</i> adalah pukul 06.00 - 14.00</li> </ul>
<b>Definisi Operasional</b>	Waktu <i>visite</i> dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya.
<b>Jenis Indikator</b>	Proses
<b>Satuan Pengukuran</b>	Persentase
<b>Numerator</b>	Jumlah pasien yang di- <i>visite</i> dokter pada pukul 06.00 – 14.00
<b>Denominator</b>	Jumlah pasien yang diobservasi
<b>Target Pencapaian</b>	≥ 80 %
<b>Kriteria Inklusi</b>	<i>Visite</i> dokter pada pasien rawat inap
<b>Kriteria Eksklusi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien yang baru masuk rawat inap hari itu</li> <li>- Pasien konsul</li> </ul>
<b>Formula</b>	Jumlah pasien yang di- <i>visite</i> dokter pada pukul 06.00 – 14.00 dibagi Jumlah pasien yang diobservasi dikali 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Concurrent</i>
<b>Sumber Data</b>	Observasi
<b>Instrumen Pengumpulan Data</b>	Data sekunder berupa laporan <i>visite</i> rawat inap dalam rekam medik (Formulir Kepatuhan Waktu <i>Visite</i> Dokter)
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)</li> <li>- Rumus Slovin (apabila jumlah populasi &gt; 30)</li> </ul>
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Unit Rawat Inap Manajer Pelayanan Medik

<b>Kode Indikator</b>	IMN-11
<b>Nama Indikator</b>	<b>Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	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
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan
<b>Tujuan</b>	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan dalam menjalankan upaya pencegahan jatuh agar terselenggara asuhan pelayanan yang aman dan mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien..
<b>Definisi Operasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi Asesment awal risiko jatuh, Assesment ulang risiko jatuh, Intervensi pencegahan risiko jatuh</li> <li>2. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.</li> </ol>
<b>Jenis Indikator</b>	Proses
<b>Satuan Pengukuran</b>	Persentase
<b>Numerator</b>	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh
<b>Denominator</b>	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi
<b>Target Pencapaian</b>	100 %
<b>Kriteria Inklusi</b>	Pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh
<b>Kriteria Eksklusi</b>	Pasien yang tidak dapat dilakukan asesmen ulang maupun edukasi seperti pasien meninggal, pasien gangguan jiwa yang sudah melewati fase akut, dan pasien menolak intervensi
<b>Formula</b>	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegaham risiko jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh yang diobservasi dikali 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	Retrospektif
<b>Sumber Data</b>	Sensus
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Cara Pengumpulan Data</b>	Data sekunder dari rekam medis pasien (Formulir Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh)
<b>Besaran Sampel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Total sampel (apabila jumlah populasi <math>\leq 30</math>)</li> <li>- Rumus Slovin (apabila jumlah populasi <math>&gt; 30</math>)</li> </ul>
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> </ul>

	- <i>Run chart</i>
<b>Penanggung jawab</b>	Bidang Keperawatan dan Komite Keselamatan pasien

#### 4. Indikator Mutu Unit Kamar Operasi

<b>Kode Indikator</b>	IMN-6
<b>Nama Indikator</b>	<b>Penundaan Operasi Elektif</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	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
<b>Dimensi Mutu</b>	Tepat waktu, efisiensi, berorientasi pada pasien Keselamatan berfokus pada pasien
<b>Tujuan</b>	Tergambarnya ketepatan pelayanan bedah dan penjadwalan operasi.
<b>Definisi Operasional</b>	1. Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan. 2. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.
<b>Jenis Indikator</b>	Proses
<b>Satuan Pengukuran</b>	Persentase
<b>Numerator</b>	Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam
<b>Denominator</b>	Jumlah pasien operasi elektif
<b>Target Pencapaian</b>	≥ 5 %
<b>Kriteria Inklusi</b>	Pasien operasi elektif
<b>Kriteria Eksklusi</b>	Penundaan operasi atas indikasi medis
<b>Formula</b>	Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam dibagi Jumlah pasien operasi elektif dikali 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Concurrent</i>
<b>Sumber Data</b>	Observasi
<b>Instrumen Pengumpulan Data</b>	Data sekunder dari catatan pasien yang dijadwalkan operasi dan data pelaksanaan operasi
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	- Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) - Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
<b>Penyajian Data</b>	- Tabel - <i>Run chart</i>
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Unit Kamar Operasi Manajer Pelayanan Medik

<b>Kode Indikator</b>	IMP-Unit 16a
<b>Nama Indikator</b>	<b>Tidak Dilakukannya Penandaan Luka Operasi</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	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
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan berfokus pada Pasien
<b>Tujuan</b>	Sebagai acuan dalam langkah-langkah keselamatan pasien sebagai tanda atau ciri bagi petugas kesehatan yang akan melakukan tindakan pembedahan invasive
<b>Definisi Operasional</b>	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 0
<b>Jenis Indikator</b>	Proses
<b>Satuan Pengukuran</b>	Persentase
<b>Numerator</b>	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang memerlukan penandaan area Operasi/Site marking tapi tidak dilakukan penandaan area operasi dalam waktu satu bulan karena belum adanya sosialisasi panduan Penandaan area Operasi
<b>Denominator</b>	Jumlah pasien yang sudah di jadwalkan untuk tindakan pembedahan
<b>Target Pencapaian</b>	$\geq 0\%$
<b>Kriteria Inklusi</b>	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
<b>Kriteria Eksklusi</b>	-
<b>Formula</b>	Jumlah pasien yang tidak dilakukannya penandaan luka operasi dibagi Jumlah pasien operasi elektif dikali 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Concurrent</i>
<b>Sumber Data</b>	Observasi
<b>Instrumen Pengumpulan Data</b>	Data sekunder dari catatan pasien yang dijadwalkan operasi dan data observasi terhadap pasien
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Total sampling
<b>Penyajian Data</b>	- Tabel - <i>Run chart</i>
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Unit Kamar Operasi Manajer Pelayanan Medik

## 5. Indikator Mutu Unit Kamar Bersalin

<b>Kode Indikator</b>	IMP-Unit 17a
<b>Nama Indikator</b>	<b>Kejadian Tidak Dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) pada Bayi Baru Lahir normal dengan persalinan normal</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.</li> <li>2. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.</li> <li>3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128 Tahun 2009 Tentang Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit.</li> </ol>
<b>Dimensi Mutu</b>	Berfokus pada pasien
<b>Tujuan</b>	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.
<b>Definisi Operasional</b>	<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>
<b>Jenis Indikator</b>	Proses
<b>Satuan Pengukuran</b>	Persentase
<b>Numerator</b>	Jumlah Kejadian Tidak Dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) pada Bayi Baru Lahir normal dengan persalinan normal
<b>Denominator</b>	Jumlah seluruh proses kelahiran hidup dengan persalinan normal dan bayi baru lahir normal di Rumah Sakit Intan Husada pada periode tertentu
<b>Target Pencapaian</b>	0,5 %



<b>Kriteria Inklusi</b>	Seluruh ibu yang melakukan proses persalinan normal dan bayi baru lahir normal di Rumah Sakit Intan Husada
<b>Kriteria Eksklusi</b>	Ibu dengan persalinan indikasi gawat janin atau indikasi operasi SC
<b>Formula</b>	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%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	Sensus
<b>Sumber Data</b>	Ruang bersalin
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Formulir Catatan Kebidanan
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Total Sampling
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Unit Kamar Bersalin

<b>Kode Indikator</b>	IMP-Unit 17b
<b>Nama Indikator</b>	<b>Kejadian Kematian ibu melahirkan karena perdarahan</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Dep Kes RI 2008
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan dan keamanan
<b>Tujuan</b>	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan
<b>Definisi Operasional</b>	<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>
<b>Jenis Indikator</b>	Proses dan <i>Outcome</i>
<b>Satuan Pengukuran</b>	Persentase
<b>Numerator</b>	Jumlah ibu melahirkan yang meninggal karena perdarahan pada periode tertentu
<b>Denominator</b>	Jumlah seluruh ibu melahirkan dengan perdarahan pada periode tertentu

<b>Target Pencapaian</b>	$\leq 1 \%$
<b>Kriteria Inklusi</b>	Kematian ibu melahirkan karena perdarahan yang disebabkan oleh solution plasenta, plasenta previa, atonia uteri, retensio plasenta, rupture uteri.
<b>Kriteria Eksklusi</b>	Perdarahan yang terjadi karena faktor lain, yang tidak ada hubungannya dengan persalinan
<b>Formula</b>	Jumlah ibu melahirkan yang meninggal karena perdarahan pada periode tertentu dibagi Jumlah seluruh ibu melahirkan dengan perdarahan pada periode tertentu dikali 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Concurrent</i>
<b>Sumber Data</b>	Sensus jumlah pasien harian di ruang VK
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Formulir Catatan Kebidanan
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Total Sampling
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Unit Kamar Bersalin

## 6. Indikator Mutu Unit Intensif Dewasa

<b>Kode Indikator</b>	IMP-Unit 18a
<b>Nama Indikator</b>	<b>Pasien yang kembali ke Instalasi pelayanan intensif dengan kasus yang sama &lt; 72 jam</b>
<b>Dasar Pemikiran/ Literatur</b>	Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
<b>Dimensi Mutu</b>	Efektifitas
<b>Tujuan</b>	Tergambarnya keberhasilan pelayanan intensif
<b>Definisi</b>	Instansi Pelayanan Intensif adalah perawatan..... Pasien kembali ke Instalasi pelayanan intensif (ICU) dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam adalah pasien yang.....
<b>Jenis Indikator</b>	Proses
<b>Satuan Pengukuran</b>	Persentase
<b>Numerator</b>	Jumlah Pasien kembali ke Unit Intensif Dewasa dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 dalam waktu 1 bulan
<b>Denominator</b>	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di Unit Intensif Dewasa dalam waktu 1 bulan
<b>Target Pencapaian</b>	2 %

<b>Kriteria Inklusi</b>	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
<b>Kriteria Eksklusi</b>	-
<b>Formula</b>	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%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Concurrent</i>
<b>Sumber Data</b>	Observasi
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Catatan Sensus Harian Pasien
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	<i>Total Sampling</i>
<b>Penyajian Data</b>	- Tabel - <i>Run chart</i>
<b>Penanggung Jawab</b>	Kepala Unit intensif Dewasa Manajer Pelayanan Medik

## 7. Indikator Mutu Unit Intensif Anak

<b>Kode Indikator</b>	IMP-Unit 19a
<b>Nama Indikator</b>	<b>Kemampuan Menangani BBLR 1500-2500gr</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	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
<b>Dimensi Mutu</b>	Efektifitas, Keselamatan & Keamanan
<b>Tujuan</b>	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
<b>Definisi Operasional</b>	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat 1500-2500 gr. Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gr dengan kriteria : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak memerlukan perawatan therapy oksigen</li> <li>2. Tidak memerlukan alat bantu pemberian nutrisi</li> <li>3. Tidak ada tanda-tanda infeksi yang ditunjang dengan hasil pemeriksaan darah</li> <li>4. Refleks hisap kuat</li> <li>5. Dapat menetek langsung ke ibu</li> <li>6. Ada kenaikan berat badan</li> </ol>
<b>Jenis Indikator</b>	Proses
<b>Satuan Pengukuran</b>	Persentase

<b>Numerator</b>	Jumlah BBLR 1500-2500 gr yang berhasil ditangani
<b>Denominator</b>	Jumlah BBLR 1500-2500 gr yang ada
<b>Target Pencapaian</b>	95 %
<b>Kriteria Inklusi</b>	BBLR 1500-2500 gr
<b>Kriteria Eksklusi</b>	-
<b>Formula</b>	Jumlah BBLR 1500-2500 gr yang berhasil ditangani dibagi jumlah BBLR 1500-2500 gr yang ada dikali 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Retrospective</i>
<b>Sumber Data</b>	Sensus
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Cara Pengumpulan Data</b>	Data sekunder dari rekam medis pasien
<b>Besaran Sampel</b>	Total sampling
<b>Penyajian Data</b>	- Tabel - <i>Run chart</i>
<b>Penanggung jawab</b>	Bidang Keperawatan dan Komite Keselamatan Pasien

## 8. Indikator Mutu Unit Radiologi

<b>Kode Indikator</b>	IMP-Unit 20a
<b>Nama Indikator</b>	<b>Penolakan <i>Expertise</i></b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 tahun 2020 tentang Pelayanan Radiologi Klinik
<b>Dimensi Mutu</b>	Efisiensi dan Efektifitas
<b>Tujuan</b>	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan radiologi
<b>Definisi Operasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penolakan <i>expertise</i> adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi</li> <li>2. Kerusakan foto yang tidak dapat dibaca antara lain dapat disebabkan sebagai berikut : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Positioning pasien tidak <i>true AP</i>/tidak <i>true lateral</i></li> <li>b. Pasien tidak kooperatif</li> <li>c. Faktor eksposi yang tidak sesuai</li> <li>d. Film tergores pada saat proses mencetak</li> <li>e. Objek terpotong</li> </ol> </li> </ol>
<b>Jenis Indikator</b>	Proses dan <i>outcome</i>
<b>Satuan Pengukuran</b>	Persentase
<b>Numerator</b>	Jumlah penolakan <i>expertise</i> oleh dokter spesialis radiologi dalam periode tertentu
<b>Denominator</b>	jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam periode tertentu
<b>Target Pencapaian</b>	1 %

<b>Kriteria Inklusi</b>	Seluruh pasien yang dilakukan pemeriksaan Radiologi dalam periode tertentu
<b>Kriteria Eksklusi</b>	Pasien yang tidak dilakukan pemeriksaan Radiologi
<b>Formula</b>	Jumlah penolakan <i>expertise</i> oleh dokter spesialis radiologi dalam periode tertentu dibagi jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam periode tertentu x 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Sumber Data</b>	Observasi
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Lembar Kerja
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Total Sampling
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Unit Radiologi

<b>Kode Indikator</b>	IMP-Unit 20b
<b>Nama Indikator</b>	<b>Pemeriksaan Ulang Radiologi</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 tahun 2020 tentang Pelayanan Radiologi Klinik
<b>Dimensi Mutu</b>	Efisiensi dan Efektifitas
<b>Tujuan</b>	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan radiologi
<b>Definisi Operasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan ulang radiologi merupakan kegagalan pada saat Radiografer melakukan eksposi.</li> <li>2. Pemeriksaan ulang radiologi dapat disebabkan antara lain :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien tidak kooperatif (hasil gambaran bluring)</li> <li>b. Faktor eksposi tidak sesuai (hasil gambaran <i>under exposure</i>)</li> <li>c. Posisi objek tidak sesuai dengan arah sinar</li> <li>d. Objek yang dilakukan pemeriksaan terpotong.</li> </ol> </li> </ol>
<b>Jenis Indikator</b>	Proses dan <i>outcome</i>
<b>Satuan Pengukuran</b>	Persentase
<b>Numerator</b>	Jumlah foto X-Ray yang diulang
<b>Denominator</b>	Jumlah seluruh foto X-Ray yang dilakukan
<b>Target Pencapaian</b>	2 %
<b>Kriteria Inklusi</b>	Seluruh pasien yang dilakukan pemeriksaan Radiologi dalam periode tertentu
<b>Kriteria Eksklusi</b>	Pasien yang tidak dilakukan pemeriksaan Radiologi

<b>Formula</b>	Jumlah foto rontgen yang diulang dalam periode tertentu dibagi jumlah seluruh pemeriksaan X-Ray dalam periode tertentu x 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Sumber Data</b>	Observasi
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Lembar Kerja
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Seluruh pasien yang dilakukan pemeriksaan Radiologi
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Unit Radiologi

## 9. Indikator Mutu Unit Lab

<b>Kode Indikator</b>	IMN-8
<b>Nama Indikator</b>	<b>Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	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
<b>Dimensi Mutu</b>	Tepat waktu Keselamatan berfokus pada pasien
<b>Tujuan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium</li> <li>- Tergambarnya sistem yang menunjukkan bagaimana nilai kritis dilaporkan dan didokumentasikan untuk menurunkan risiko keselamatan pasien</li> </ul>
<b>Definisi Operasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera.</li> <li>2. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan.</li> <li>3. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan <math>\leq 30</math> menit.</li> </ol>
<b>Jenis Indikator</b>	Proses
<b>Satuan Pengukuran</b>	Persentase
<b>Numerator</b>	Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan $\leq 30$ menit
<b>Denominator</b>	Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi
<b>Target Pencapaian</b>	100 %

<b>Kriteria Inklusi</b>	Semua hasil pemeriksaan laboratorium yang memenuhi kategori hasil kritis.
<b>Kriteria Eksklusi</b>	-
<b>Formula</b>	jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan $\leq 30$ menit dibagi jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi dikali 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Concurrent</i>
<b>Sumber Data</b>	Observasi
<b>Instrumen Pengumpulan Data</b>	Catatan Data Laporan Hasil Tes Kritis Laboratorium (Formulir Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium)
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Total sampling
<b>Penyajian Data</b>	- Tabel - <i>Run chart</i>
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Unit Laboratorium Manajer Pelayanan Medik

#### 10. Indikator Mutu Unit Farmasi

<b>Kode Indikator</b>	IMN-9
<b>Nama Indikator</b>	<b>Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	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
<b>Dimensi Mutu</b>	Efisien dan efektif
<b>Tujuan</b>	Terwujudnya pelayanan obat kepada pasien yang efektif dan efisien berdasarkan daftar obat yang mengacu pada formularium nasional
<b>Definisi Operasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.</li> <li>2. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah peresepan obat (R/ : recipe dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan</li> </ol>
<b>Jenis Indikator</b>	Proses



<b>Satuan Pengukuran</b>	Persentase
<b>Numerator</b>	Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional
<b>Denominator</b>	Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang diobservasi
<b>Target Pencapaian</b>	≥ 80%
<b>Kriteria Inklusi</b>	Resep yang dilayani di RS
<b>Kriteria Eksklusi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obat yang diresepkan di luar FORNAS tetapi dibutuhkan pasien dan telah mendapatkan persetujuan komite medik dan direktur.</li> <li>- Bila dalam resep terdapat obat di luar FORNAS karena stok obat nasional berdasarkan <i>e-katalog</i> habis/kosong</li> </ul>
<b>Formula</b>	Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional dibagi Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang diobservasi dikali 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	Retrospektif
<b>Sumber Data</b>	Sensus
<b>Instrumen Pengumpulan Data</b>	Lembar resep di Instalasi Farmasi <i>Probability Sampling – Simple Random Sampling</i>
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Sampel Populasi
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Unit Farmasi Manajer Pelayanan Medik

<b>Kode Indikator</b>	IMP-Unit 22a
<b>Nama Indikator</b>	<b>Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	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
<b>Dimensi Mutu</b>	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
<b>Tujuan</b>	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
<b>Definisi Operasional</b>	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
<b>Jenis Indikator</b>	Proses dan <i>Outcome</i>
<b>Satuan Pengukuran</b>	Persentase

<b>Numerator</b>	Jumlah R/ <i>recipe</i> obat non racikan yang sesuai dengan waktu tunggu $\leq 30$ menit
<b>Denominator</b>	Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang diobservasi dikali 100%
<b>Target Pencapaian</b>	100%
<b>Kriteria Inklusi</b>	Resep obat jadi yang dilayani di RSIH
<b>Kriteria Eksklusi</b>	Resep obat racikan yang dilayani di RSIH
<b>Formula</b>	Jumlah R/ <i>recipe</i> obat non racikan yang sesuai dengan waktu tunggu $\leq 30$ menit dibagi Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang diobservasi dikali 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	Concurrent
<b>Sumber Data</b>	Sensus
<b>Instrumen Pengumpulan Data</b>	Output perhitungan pelayanan resep obat jadi di SIMRS
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Sampel Populasi
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Unit Farmasi Manajer Pelayanan Medik

<b>Kode Indikator</b>	IMP-Unit 22b
<b>Nama Indikator</b>	<b>Waktu Tunggu Pelayanan Resep Racikan</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	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
<b>Dimensi Mutu</b>	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
<b>Tujuan</b>	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
<b>Definisi Operasional</b>	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
<b>Jenis Indikator</b>	Proses dan <i>Outcome</i>
<b>Satuan Pengukuran</b>	Persentase
<b>Numerator</b>	Jumlah R/ <i>recipe</i> obat racikan yang sesuai dengan waktu tunggu $\leq 60$ menit
<b>Denominator</b>	Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang diobservasi dikali 100%
<b>Target Pencapaian</b>	100%

<b>Kriteria Inklusi</b>	Resep obat racikan yang dilayani di RSIH
<b>Kriteria Eksklusi</b>	Resep obat jadi yang dilayani di RSIH
<b>Formula</b>	Jumlah R/ <i>recipe</i> obat racikan yang sesuai dengan waktu tunggu $\leq 60$ menit dibagi Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang diobservasi dikali 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Concurrent</i>
<b>Sumber Data</b>	Sensus
<b>Instrumen Pengumpulan Data</b>	Output perhitungan pelayanan resep obat jadi di SIMRS
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Sampel Populasi
<b>Penyajian Data</b>	- Tabel - <i>Run chart</i>
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Unit Farmasi Manajer Pelayanan Medik

<b>Kode Indikator</b>	IMP-Unit 22c
<b>Nama Indikator</b>	<b>Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Obat</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	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
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan dan Kenyamanan
<b>Tujuan</b>	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
<b>Definisi Operasional</b>	Kesalahan pemberian obat meliputi: 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
<b>Jenis Indikator</b>	Proses dan <i>Outcome</i>
<b>Satuan Pengukuran</b>	Persentase
<b>Numerator</b>	Jumlah ketepatan pemberian obat (tidak adanya kesalahan) pemberian obat kepada pasien di Unit Farmasi dalam periode tertentu
<b>Denominator</b>	Jumlah seluruh pasien di Unit Farmasi dalam periode tertentu
<b>Target Pencapaian</b>	100 %
<b>Kriteria Inklusi</b>	Jumlah seluruh pasien Rawat Inap dan Rawat Jalan
<b>Kriteria Eksklusi</b>	-

<b>Formula</b>	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%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Concurrent</i>
<b>Sumber Data</b>	Sensus
<b>Instrumen Pengumpulan Data</b>	Survey
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Sampel Populasi
<b>Penyajian Data</b>	- Tabel - <i>Run chart</i>
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Unit Farmasi Manajer Pelayanan Medik

#### 11. Indikator Mutu Unit Rekmed

<b>Kode Indikator</b>	IMP-Unit 23a
<b>Nama Indikator</b>	<b>Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	Indikator Mutu SPM/Renstra
<b>Dimensi Mutu</b>	Aksesibilitas, Keselamatan dan Keamanan
<b>Tujuan</b>	Tergambarnya tanggung jawab dokter dan PPA lainnya dalam kelengkapan informasi rekam medik
<b>Definisi Operasional</b>	Rekam Medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dan PPA lainnya dalam waktu $\leq 24$ 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.
<b>Jenis Indikator</b>	Output
<b>Satuan Pengukuran</b>	Persentase
<b>Numerator</b>	Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu $\leq 24$ jam setelah pasien pulang
<b>Denominator</b>	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien pulang
<b>Target Pencapaian</b>	100%
<b>Kriteria Inklusi</b>	Seluruh dokumen rekam medis pasien pulang
<b>Kriteria Eksklusi</b>	-

<b>Formula</b>	Jumlah dokumen yang lengkap dan dikembalikan dalam waktu $\leq 24$ jam setelah pasien pulang/Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien pulang X 100
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	Harian
<b>Sumber Data</b>	Retrospektif
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Buku pencatatan kelengkapan rekam medis
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan, Triwulan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Total Populasi
<b>Penyajian Data</b>	- Tabel - <i>Run chart</i>
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Unit Rekam Medis Manajer Pelayanan Medik

## 12. Indikator Mutu Unit Gizi

<b>Kode Indikator</b>	IMP-Unit 24a
<b>Nama Indikator</b>	<b>Sisa Makanan Pasien</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	Peraturan Menteri Kesehatan nomor 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal
<b>Dimensi Mutu</b>	Mutu Unit Kerja
<b>Tujuan</b>	Persentase sisa makanan biasa dan lunak terukur
<b>Definisi Operasional</b>	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)
<b>Jenis Indikator</b>	Evaluasi
<b>Satuan Pengukuran</b>	Persentase
<b>Numerator</b>	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan yang dilakukan <i>survey</i>
<b>Denominator</b>	Jumlah pasien yang dilakukan <i>survey</i> dalam satu bulan
<b>Target Pencapaian</b>	< 20%
<b>Kriteria Inklusi</b>	Pasien Rawat Inap dengan diet biasa (Nasi) dan lunak (Tim dan Bubur) non-diet minimal sudah 3 kali makan
<b>Kriteria Eksklusi</b>	Pasien puasa, makanan beralih menjadi diet tertentu atau tidak lengkap untuk komponen sisa makan pagi, siang maupun sore
<b>Formula</b>	Persentase sisa makanan didapatkan dengan menjumlahkan skor sisa makanan pagi, siang dan Sore dibagi Total skor maksimal dalam sehari dikali 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Retrospektif</i>

<b>Sumber Data</b>	Dokumentasi sisa makanan visual, Formulir sisa makanan
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Formulir sisa makanan
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Total sampel
<b>Penyajian Data</b>	- Tabel - <i>Persentase</i>
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Unit Gizi Manajer Pelayanan Medik

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

Penanggung jawab	Kepala Unit Gizi Manajer Pelayanan Medik
------------------	---

Kode Indikator	IMP-Unit 24c
Nama Indikator	<b>Ketepatan Waktu Pemberian Makanan ke Pasien</b>
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	<b>≥ 90 %</b>
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

### 5. Indikator Mutu Komite PPI

<b>Kode Indikator</b>	IMN-1
<b>Nama Indikator</b>	<b>Kepatuhan Kebersihan Tangan</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	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
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan berfokus pada pasien
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk memutus transmisi mikroorganisme melalui tangan</li> <li>2. Untuk mencegah kolonisasi patogen pada pasien (termasuk yang multi resisten) dan staf kesehatan</li> <li>3. Untuk mencegah penyebaran patogen ke area perawatan di RSIH</li> <li>4. Untuk mencegah infeksi yang disebabkan oleh kuman endogen</li> <li>5. Menurunkan angka infeksi di RSIH</li> </ol>
<b>Definisi Operasional</b>	<p>Kebersihan tangan (hand hygiene) adalah segala usaha yang dilakukan untuk membersihkan kotoran yang secara kasat mata terlihat dan pengangkatan mikroorganisme yang tinggal sementara di tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir (hand wash) atau dengan cairan berbasis alkohol (handrub) dalam 6 langkah (WHO, 2009)</p> <p>Audit kebersihan tangan adalah prosedur penilaian kepatuhan petugas melakukan kebersihan tangan sesuai 5 indikasi dari WHO yaitu sebelum kontak dengan pasien, setelah kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan invasif dan aseptik, setelah kontak dengan cairan tubuh, dan setelah kontak dengan lingkungan dengan menjalankan 6 tahap teknik melakukan kebersihan tangan.</p> <p>Lima indikasi kebersihan tangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sebelum kontak dengan pasien, yaitu sebelum masuk ruangan perawatan pasien Kontak dengan pasien meliputi menyentuh tubuh pasien, baju atau pakaian</li> <li>2. Sebelum melakukan tindakan Aseptik Prosedur aseptik contoh: tindakan transfusi, perawatan luka, pemasangan kateter urin, suctioning, perawatan daerah tindakan invasif. Tindakan invasif contohnya pemasangan kateter intravena (vena pusat/ vena perifer), kateter arteri</li> </ol>

	<p>3. Setelah terkena cairan tubuh pasien, cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi drain, dll</p> <p>4. Setelah kontak dengan pasien, diantaranya setelah menyentuh pasien</p> <p>5. Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien, menyentuh lingkungan meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien, kertas/ lembar untuk menulis yang ada di sekitar pasien</p> <p>Enam langkah teknik melakukan kebersihan tangan sesuai WHO</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ratakan dan gosokkan sabun dengan kedua telapak tangan</li> <li>2. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya</li> <li>3. Gosok kedua telapak dan sela-sela jari</li> <li>4. Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci</li> <li>5. Gosok ibu jari kiri berputar dalam gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya</li> <li>6. Gosokkan dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya</li> </ol> <p>Petugas yang dinilai mencakup SEMUA PETUGAS yang bertugas di ruangan (dokter, perawat, cleaning service dan tenaga medis lainnya seperti petugas laboratorium, petugas gizi, radiologi)</p>
<b>Jenis Indikator</b>	Proses dan <i>Outcome</i>
<b>Numerator</b>	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan
<b>Denominator</b>	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi
<b>Target Pencapaian</b>	≥ 85 %
<b>Kriteria Inklusi</b>	Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan
<b>Kriteria Eksklusi</b>	-
<b>Formula</b>	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan dibagi Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi dikali 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Concurrent</i>
<b>Sumber Data</b>	Observasi
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Formulir Kepatuhan Kebersihan Tangan

<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Minimal 200 Peluang
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	Komite PPI RS

<b>Kode Indikator</b>	IMN-2
<b>Nama Indikator</b>	<b>Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	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
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan berfokus pada pasien
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur kepatuhan petugas Rumah Sakit dalam menggunakan APD</li> <li>2. Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi.</li> </ol>
<b>Definisi Operasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit.</li> <li>2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, <i>droplet</i> dan <i>airborne</i>).</li> <li>3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi.</li> <li>4. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium</li> <li>5. <i>Observer</i> adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan <i>tool</i> yang telah ditentukan</li> </ol>

	6. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan
<b>Jenis Indikator</b>	Proses
<b>Numerator</b>	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi
<b>Denominator</b>	Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi
<b>Target Pencapaian</b>	100 %
<b>Kriteria Inklusi</b>	Semua petugas yang terindikasi harus menggunakan APD
<b>Kriteria Eksklusi</b>	-
<b>Formula</b>	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi dibagi Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi dikali 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Concurrent</i>
<b>Sumber Data</b>	Observasi
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Formulir Observasi Kepatuhan Penggunaan APD PPI
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Total sampel (apabila jumlah populasi <math>\leq 30</math>)</li> <li>- Rumus Slovin (apabila jumlah populasi <math>&gt; 30</math>)</li> </ul>
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	Komite PPI RS

<b>Kode Indikator</b>	IMP-Unit 30a
<b>Nama Indikator</b>	<b>Angka Kejadian Infeksi Ventilator Associated Pneumoniae (VAP)</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan dan Keamanan
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tercapainya angka VAP sesuai benchmark.</li> <li>2. Mendapatkan data dasar insiden rate VAP</li> <li>3. Menurunkan insiden rate VAP di RSIH</li> </ol>
<b>Definisi Operasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Ventilator</b> adalah suatu alat sistem bantuan nafas secara mekanik yang di <i>design</i> untuk menggantikan atau menunjang fungsi pernafasan.</li> <li>2. <b>Pneumonia</b> adalah penyakit infeksi pada saluran pernafasan bawah yang mengenai parenkim paru.</li> </ol>

	3. <b>Ventilator Associated Pneumonia (VAP)</b> adalah infeksi saluran nafas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik >48 jam dan sebelumnya tidak ditemukan tanda-tanda infeksi saluran nafas.
<b>Jenis Indikator</b>	<i>Proses dan Outcome</i>
<b>Numerator</b>	Jumlah kejadian VAP pada pasien yang terpasang ventilator mekanik dalam waktu 1 bulan.
<b>Denominator</b>	Jumlah hari pemasangan ventilator mekanik dalam satu bulan
<b>Target Pencapaian</b>	< 5,8 %
<b>Kriteria Inklusi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ditemukan minimal dari tanda dan gejala klinis: Pasien terpasang ventilator mekanik &gt; 48 jam</li> <li>2. Ketika masuk RS tidak ada tanda klinis pneumonia Klinikal : demam, temperature &gt; 38°C atau &lt; 35°C, sputum purulent, batuk, <i>dyspnoe</i> atau <i>tachypnoe</i>, suara nafas <i>rales/bronchial</i></li> <li>3. X-ray infiltrate baru persisten atau <i>progresif caviation, consolidation</i></li> <li>4. Lab Lekosit &gt;12000/mm<sup>3</sup> atau &lt;4000/mm<sup>3</sup>, <i>culture aspirasi tracheal</i> &gt;105 pm/ml.</li> <li>5. Perubahan hasil analisa gas darah (peningkatan fraksi inspirasi oksigen &gt;0,2 dari FiO<sub>2</sub> sebelumnya atau peningkatan PEEP setiap hari sebesar &gt;3cmH<sub>2</sub>O dari PEEP sebelumnya selama 2 hari berturut-turut</li> </ol>
<b>Kriteria Eksklusi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien terpasang ventilator mekanik &lt; 48 jam</li> <li>2. Ketika masuk RS ada tanda klinis pneumonia</li> <li>3. Saat masuk RS pasien terpasang ventilator mekanik dari RS lain</li> </ol>
<b>Formula</b>	Jumlah kejadian VAP pada pasien yang terpasang ventilator mekanik dalam waktu 1 bulan <b>dibagi</b> jumlah hari pemasangan ventilator mekanik dalam 1 bulan <b>dikali</b> 1000
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Concurrent</i>
<b>Sumber Data</b>	Sensus
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Formulir Surveilans
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan. Triwulan
<b>Besaran Sampel</b>	Total Populasi
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>

Penanggung jawab	Komite PPI RS
------------------	---------------

Kode Indikator	IMP-Unit 30b
Nama Indikator	<b>Angka Kejadian Infeksi Aliran Darah (IAD)</b>
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tercapainya angka IAD sesuai <i>benchmark</i>.</li> <li>2. Mendapatkan data dasar <i>insiden rate</i> IAD</li> <li>3. Menurunkan <i>insiden rate</i> IAD</li> </ol>
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ditemukan patogen dari biakan spesimen darah dari kateter intravaskuler dan dari darah perifer tidak berkaitan dengan infeksi ditempat lain.</li> <li>2. Pasien dengan minimal satu gejala atau tanda sebagai berikut: demam &gt;38°C, menggigil atau hipotensi tanpa penyebab lainnya dan diperoleh hasil laboratorium hasil yang positif yang tidak berhubungan dengan infeksi ditempat lain.</li> </ol> <p>Dugaan infeksi aliran darah terkait pemasangan kateter intravaskuler pada anak usia &lt;1 tahun: memiliki minimal satu dari tanda-tanda berikut: demam (suhu tubuh &gt;38°C per <i>rectal</i>), hipotermia (suhu tubuh &lt;37°C per <i>rectal</i>) apnea atau bradikardia, tidak ditemukan sumber infeksi selain</p>

	pemasangan kateter vaskuler, terdapat bakteri patogen dalam biakan kuman
<b>Kriteria Eksklusi</b>	Pasien dengan IAD sebelum pemasangan CVL diRSIH
<b>Formula</b>	<i>Insiden rate</i> IAD adalah jumlah kejadian IAD padapasien 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 lebih dari 48 jam <b>dibagi</b> total 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 kurun waktu tertentu <b>dikali</b> 1000.
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Concurrent</i>
<b>Sumber Data</b>	Sensus
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Formulir Surveilans (Nama formulir rekapitulasi data)
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan
<b>Besaran Sampel</b>	Total Populasi
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	Komite PPI RS
<b>Kode Indikator</b>	IMP-Unit 30c
<b>Nama Indikator</b>	<b>Angka Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan dan Keamanan
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tercapainya angka IDO sesuai <i>benchmark</i>.</li> <li>2. Mendapatkan data dasar <i>inciden rate</i> IDO.</li> <li>3. Menurunkan <i>inciden rate</i> IDO</li> </ol>
<b>Definisi Operasional</b>	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.
<b>Jenis Indikator</b>	<i>Proses dan Outcome</i>
<b>Numerator</b>	Jumlah pasien yang terinfeksi dari operasi bersih dan bersih tercemar dalam waktu 1 bulan
<b>Denominator</b>	Jumlah pasien yang di operasi bersih dan bersih tercemar dalam satu bulan
<b>Target Pencapaian</b>	< 2 %
<b>Kriteria Inklusi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seluruh pasien yang dilakukan operasi bersih dan bersih tercemar.</li> <li>2. Terjadi infeksi dalam waktu 30 hari tanpa implant sampai 90 hari paska operasi dengan <i>implant</i>.</li> <li>3. Terdapat tanda klinis demam &gt; 38°C, menggigil, adanya PUS pada luka operasi.</li> <li>4. Hasil kultur luka ada kuman . Dokter yang merawat menyatakan infeksi</li> </ol>
<b>Kriteria Eksklusi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kejadian infeksi daerah operasi &gt; 30 hari tanpa <i>implant</i> dan &gt; 90 hari dengan <i>implant</i></li> <li>b. Pasien dilakukan operasi di luar RSIH</li> </ol>
<b>Formula</b>	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
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Concurrent</i>
<b>Sumber Data</b>	Sensus
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Formulir Surveilans
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan
<b>Besaran Sampel</b>	Total Populasi
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	Komite PPI RS

<b>Kode Indikator</b>	IMP-Unit 30d
<b>Nama Indikator</b>	<b>Angka Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK)</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan dan Keamanan
<b>Tujuan</b>	1. Tercapainya angka ISK sesuai <i>benchmark</i> . 2. Mendapatkan data dasar <i>insiden rate ISK</i> . 3. Menurunkan <i>insiden rate ISK</i>
<b>Definisi Operasional</b>	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 retroperitonal atau rongga perinefrik), karena penggunaan kateter urine > 48 jam
<b>Jenis Indikator</b>	<i>Proses dan Outcome</i>
<b>Numerator</b>	Jumlah kejadian ISK pada pasien terpasang kateter urin lebih dari 48 jam dalam 1 bulan
<b>Denominator</b>	Jumlah hari pemasangan kateter urine dalam satu bulan
<b>Target Pencapaian</b>	< 4,7 %
<b>Kriteria Inklusi</b>	1. 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 suprabik, hasil biakan urine positif tidak lebih dari 2 spesies mikroorganisme dengan jumlah <105koloni/ml. 2. Dokter mendiagnosis sebagai ISK dan dokter memberikan terapi yang sesuai untuk ISK
<b>Kriteria Eksklusi</b>	1. Pasien terpasang kateter urine < 48 jam. 2. Ketika masuk RS ada tanda klinis infeksi saluran kemih. 3. Saat masuk RS pasien terpasang kateter urine dari RS lain
<b>Formula</b>	Jumlah kejadian ISK pada pasien terpasang kateter urin lebih dari 48 jam dalam 1 bulan <b>dibagi</b> Jumlah hari pemasangan kateter urine dalam satu bulan <b>dikali</b> 1000
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Concurrent</i>
<b>Sumber Data</b>	Sensus
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Formulir Surveilans
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan
<b>Besaran Sampel</b>	Total Populasi
<b>Penyajian Data</b>	- Tabel - <i>Run chart</i>
<b>Penanggung jawab</b>	Komite PPI RS

Kode Indikator	IMP-Unit 30e
Nama Indikator	<b>Angka kejadian infeksi plebitis</b>
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"> <li>a. Tercapainya angka plebitis sesuai <i>benchmark</i>.</li> <li>b. Mendapatkan data dasar <i>insiden rate</i> plebitis</li> <li>c. Menurunkan <i>insiden rate</i> plebitis</li> </ul>
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 <b>dibagi</b> jumlah total hari pasien terpasang infuse perifer dalam 1 bulan <b>dikali</b> 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"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
Penanggung jawab	Komite PPI RS

## 2. Indikator Mutu Komite Mutu

<b>Kode Indikator</b>	IMP-Unit 31a
<b>Nama Indikator</b>	<b>Kepatuhan Pelaporan Indikator Mutu Nasional</b>
<b>Dasar Pemikiran/ Literatur</b>	Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit, Sistem Manajemen Dokumen Akreditasi.
<b>Dimensi Mutu</b>	Efisiensi dan Efektifitas
<b>Tujuan</b>	Setiap unit bisa mengumpulkan laporan tepat waktu dari waktu yang telah di tentukan
<b>Definisi Operasional</b>	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.
<b>Jenis Indikator</b>	Proses dan <i>Outcome</i>
<b>Numerator</b>	Jumlah Indikator mutu yang diterima oleh Subkomite Mutu sebelum tanggal 16 setiap bulannya
<b>Denominator</b>	Seluruh jumlah indikator mutu setiap bulan nya
<b>Target Pencapaian</b>	85 %
<b>Kriteria Inklusi</b>	Seluruh jumlah indikator mutu sebelum tanggal 16 setiap bulan
<b>Kriteria Eksklusi</b>	Indikator prognas dan SPM (Standar Pelayanan Minimal)
<b>Formula</b>	Jumlah Indikator mutu yang diterima oleh Subkomite Mutu sebelum tanggal 16 setiap bulannya dibagi Seluruh jumlah indikator mutu setiap bulan $\times 100\%$
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	Retrospektif
<b>Sumber Data</b>	Sensus
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Nama formulir Supervisi Pengumpulan Laporan
<b>Frekuensi Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis</b>	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Total Populasi
<b>Penyajian Data</b>	- Tabel - <i>Run chart</i>
<b>Penanggung jawab</b>	Ketua Subkomite Mutu

<b>Kode Indikator</b>	IMP-Unit 31b
<b>Nama Indikator</b>	<b>Pelaksanaan PDSA Skala Rumah Sakit</b>
<b>Dasar Pemikiran/ Literatur</b>	Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah

	Sakit, Sistem Manajemen Dokumen Akreditasi.
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan dan Keamanan, Fokus kepada pasien, Kesinambungan Pelayanan
<b>Tujuan</b>	Meningkatkan mutu pelayanan dan <i>patient's safety</i>
<b>Definisi Operasional</b>	PDSA yang dilakukan dapat berasal dari hasil capaian indikator mutu yang belum sesuai dengan standar, dari permasalahan yang ada atau dari rekomendasi RCA.
<b>Jenis Indikator</b>	Proses dan <i>Outcome</i>
<b>Numerator</b>	Jumlah pelaksanaan PDSA dalam 6 bulan
<b>Denominator</b>	Jumlah PDSA yang direncanakan dalam 6 bulan
<b>Target Pencapaian</b>	100 %
<b>Kriteria Inklusi</b>	PDSA yang dilakukan skala RS
<b>Kriteria Eksklusi</b>	PDSA unit/divisi
<b>Formula</b>	Jumlah pelaksanaan PDSA dalam 6 bulan dibagi jumlah PDSA yang direncanakan dalam 6 bulan x 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	Retrospektif
<b>Sumber Data</b>	Rekap data dari Komite Mutu
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Formulir PDSA
<b>Frekuensi Pengumpulan Data</b>	Semesteran
<b>Periode Analisis</b>	Semesteran, Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Sampel Populasi
<b>Penyajian Data</b>	- Tabel - <i>Run chart</i>
<b>Penanggung jawab</b>	Ketua Komite Mutu

<b>Kode Indikator</b>	IMP-Unit 31c
<b>Nama Indikator</b>	<b>Persentase Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien</b>
<b>Dasar Pemikiran/ Literatur</b>	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
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan ( <i>safe</i> ), berorientasi kepada pasien
<b>Tujuan</b>	Dapat diketahui persentase pelaporan insiden keselamatan pasien dan tersedianya data jumlah laporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit
<b>Definisi Operasional</b>	<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</p>

	seharusnya terjadi dan dituliskan dalam bentuk formulir laporan insiden Keselamatan Pasien
<b>Jenis Indikator</b>	Proses dan <i>Outcome</i>
<b>Numerator</b>	Jumlah laporan insiden keselamatan pasien yang dilaporkan dalam satu bulan
<b>Denominator</b>	Jumlah kejadian insiden keselamatan pasien yang terjadi dalam bulan tersebut
<b>Target Pencapaian</b>	100 %
<b>Kriteria Inklusi</b>	Semua kejadian insiden keselamatan pasien
<b>Kriteria Eksklusi</b>	Insiden pada karyawan/staf RS, pengunjung, dll selain pasien
<b>Formula</b>	Jumlah laporan insiden keselamatan pasien dalam satu bulan dibagi jumlah kejadian insiden keselamatan pasien dalam bulan tersebut x 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Concurrent</i>
<b>Sumber Data</b>	Sensus
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Formulir Pelaporan Insiden
<b>Frekuensi Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis</b>	Bulanan, Triwulan
<b>Besaran Sampel</b>	Total Populasi
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	Ketua Subkomite Keselamatan Pasien

<b>Kode Indikator</b>	IMP-Unit 31d
<b>Nama Indikator</b>	<b>Pelaksanaan <i>Failure Mode Effect Analysis (FMEA)</i></b>
<b>Dasar Pemikiran/ Literatur</b>	Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, Permenkes No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu
<b>Dimensi Mutu</b>	Berorientasi kepada pasien, terintegrasi
<b>Tujuan</b>	Meningkatkan mutu pelayanan dan menganalisis suatu masalah/risiko yang ada, agar dapat dicegah atau tidak terjadi lagi dikemudian hari
<b>Definisi Operasional</b>	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.
<b>Jenis Indikator</b>	Proses dan <i>Outcome</i>
<b>Numerator</b>	Tidak Ada
<b>Denominator</b>	Tidak Ada
<b>Target Pencapaian</b>	100 %
<b>Kriteria Inklusi</b>	Semua FMEA yang dilakukan oleh Komite Mutu selama 1 tahun
<b>Kriteria Eksklusi</b>	Tidak Ada

<b>Formula</b>	Tidak Ada
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Concurrent</i>
<b>Sumber Data</b>	Pelaksanaan FMEA di RSIH
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Lembar Kerja
<b>Frekuensi Pengumpulan Data</b>	Tahunan
<b>Periode Analisis</b>	Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Total Populasi
<b>Penyajian Data</b>	- Tabel - <i>Run chart</i>
<b>Penanggung jawab</b>	Ketua Subkomite Manajemen Resiko

### 3. Komite Keperawatan

<b>Kode Indikator</b>	IMP-Unit 32a
<b>Nama Indikator</b>	<b>Angka Kredensial Perawat dan Bidan Baru</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	PMK No. 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit
<b>Dimensi Mutu</b>	Efisiensi dan keselamatan pasien
<b>Tujuan</b>	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
<b>Definisi Operasional</b>	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
<b>Jenis Indikator</b>	Proses
<b>Satuan Pengukuran</b>	Persentase
<b>Numerator</b>	Jumlah perawat/bidan baru yang mengikuti proses kredensial
<b>Denominator</b>	Jumlah seluruh perawat/bidan baru yang harus mengikuti proses kredensial
<b>Target Pencapaian</b>	100 %
<b>Kriteria Inklusi</b>	Seluruh perawat/bidan baru yang mengikuti proses kredensial
<b>Kriteria Eksklusi</b>	-
<b>Formula</b>	Jumlah perawat/bidan baru yang mengikuti proses kredensial dibagi jumlah perawat/bidan baru yang ada dikali 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Retrospective</i>
<b>Sumber Data</b>	Dokumen Kepegawaian
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Formulir Kredensial

<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Tiap rekrutmen/penerimaan perawat/bidan baru
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Tiap 1 tahun
<b>Besaran Sampel</b>	Total Sampling
<b>Penyajian Data</b>	Dokumen Kepegawaian
<b>Penanggung jawab</b>	Komite Keperawatan

<b>Kode Indikator</b>	IMP-Unit 32b
<b>Nama Indikator</b>	<b>Angka Rekredensial Perawat dan Bidan Baru</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	PMK No. 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit
<b>Dimensi Mutu</b>	Standar akreditasi rumah sakit, program kerja komite keperawatan
<b>Tujuan</b>	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
<b>Definisi Operasional</b>	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
<b>Jenis Indikator</b>	Proses
<b>Satuan Pengukuran</b>	Persentase
<b>Numerator</b>	Jumlah perawat/bidan lama yang mengikuti proses rekredensial
<b>Denominator</b>	Jumlah seluruh perawat/bidan lama yang harus mengikuti proses rekredensial
<b>Target Pencapaian</b>	95 %
<b>Kriteria Inklusi</b>	Seluruh perawat/bidan lama yang mengikuti proses rekredensial
<b>Kriteria Eksklusi</b>	-
<b>Formula</b>	Jumlah perawat/bidan lama yang mengikuti proses rekredensial dibagi jumlah perawat/bidan lama yang ada dikali 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Retrospective</i>
<b>Sumber Data</b>	Dokumen Kepegawaian
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Formulir Rekredensial
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Tiap rekredensial perawat/bidan lama
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Tiap 3 tahun



Besaran Sampel	Total Sampling
Penyajian Data	Dokumen Kepegawaian
Penanggung jawab	Komite Keperawatan

#### 4. Komite Medik

Kode Indikator	IMN- 10
Nama Indikator	<b>Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)</b>
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	Efektif, integrasi
Tujuan	Untuk menjamin kepatuhan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) di rumah sakit terhadap standar pelayanan dan untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis di rumah sakit.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Clinical Pathway</i> adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit.</li> <li>2. Kepatuhan terhadap <i>clinical pathway</i> adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i> yang ditetapkan Rumah Sakit.</li> </ol>
Jenis Indikator	Proses
Numerator	Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i>
Denominator	Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada <i>clinical pathway</i> yang diobservasi
Target Pencapaian	≥ 80%
Kriteria Inklusi	Pasien yang menderita penyakit sesuai batasan ruang lingkup <i>clinical pathway</i> yang diukur
Kriteria Eksklusi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien yang pulang atas permintaan sendiri selama perawatan.</li> <li>- Pasien yang meninggal</li> </ul>

	- Variasi yang terjadi sesuai dengan indikasi klinis pasien dalam perkembangan
<b>Formula</b>	Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i> dibagi Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada <i>clinical pathway</i> yang diobservasi dikali 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	Retrospektif
<b>Sumber Data</b>	Sensus
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
<b>Cara Pengumpulan Data</b>	Data sekunder dari rekam medis pasien (Formulir Kepatuhan <i>Clinical Pathway</i> )
<b>Besaran Sampel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Total sampel (apabila jumlah populasi <math>\leq 30</math>)</li> <li>- Rumus Slovin (apabila jumlah populasi <math>&gt; 30</math>)</li> </ul>
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	Bidang Pelayanan Medik, Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan lain

## INDIKATOR MUTU MARKETING DAN KEUANGAN

### 1. Unit Marketing

<b>Kode Indikator</b>	IMN-12
<b>Nama Indikator</b>	<b>Kecepatan Waktu Tanggap Komplain</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	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
<b>Dimensi Mutu</b>	Berorientasi pada Pasien
<b>Tujuan</b>	Tergambarnya kecepatan rumah sakit dalam merespon keluhan pasien agar dapat diperbaiki dan ditingkatkan untuk sebagai bentuk pemenuhan hak pasien.
<b>Definisi Operasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan grading risiko, analisis hingga tindak lanjutnya.</li> <li>Grading risiko dan standar waktu tanggap komplain: <ol style="list-style-type: none"> <li>Grading Merah (ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung.</li> </ol> </li> </ol>

	<p>Kriteria: cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/ kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain.</p> <p>b. <i>Grading</i> Kuning (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain-lain</p> <p>c. <i>Grading</i> Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial</p>
<b>Jenis Indikator</b>	Proses
<b>Numerator</b>	Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan <i>grading</i>
<b>Denominator</b>	Jumlah komplain yang disurvei
<b>Target Pencapaian</b>	≥ 80%
<b>Kriteria Inklusi</b>	Semua komplain (lisan, tertulis, dan media massa)
<b>Kriteria Eksklusi</b>	-
<b>Formula</b>	Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan sesuai dengan <i>grading</i> dibagi jumlah komplain yang disurvei dikali 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	Retrospektif
<b>Sumber Data</b>	Sensus
<b>Instrumen Pengumpulan Data</b>	Data sekunder dari catatan Komplain 1. Formulir Komplain 2. Laporan Tindak Lanjut Komplain
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)</li> <li>- Rumus Slovin (apabila jumlah populasi &gt; 30)</li> </ul>
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Unit Humas

<b>Kode Indikator</b>	IMN-13
<b>Nama Indikator</b>	<b>Kepuasan Pasien</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	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, Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi mengenai Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik.
<b>Dimensi Mutu</b>	Berorientasi pada Pasien
<b>Tujuan</b>	Mengukur tingkat kepuasan masyarakat sebagai dasar upaya-upaya peningkatan mutu dan terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pasien.
<b>Definisi Operasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.</li> <li>2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan.</li> <li>3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Krejcie dan Morgan.</li> <li>4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien.</li> <li>5. Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variabel penyusunan survei kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan.</li> <li>6. Unsur survei kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Persyaratan.</li> <li>b. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur</li> <li>c. Waktu Penyelesaian</li> </ol> </li> <li>7. Indeks Kepuasan adalah hasil pengukuran dari kegiatan Survei Kepuasan berupa angka</li> </ol>
<b>Jenis Indikator</b>	<i>Outcome</i>
<b>Numerator</b>	Tidak ada
<b>Denominator</b>	Tidak ada
<b>Target Pencapaian</b>	≥ 76,61

<b>Kriteria Inklusi</b>	Seluruh pasien
<b>Kriteria Eksklusi</b>	Pasien yang tidak kompeten dalam mengisi kuesioner dan/atau tidak ada keluarga yang mendampingi
<b>Formula</b>	Total nilai persepsi seluruh responden dibagi Total unsur yang terisi dari seluruh responden dikali 25
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	Retrospektif
<b>Sumber Data</b>	Hasil survei
<b>Instrumen Pengumpulan Data</b>	Kuisisioner
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Semesteran
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Semesteran, Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Sesuai tabel Sampel Krejcie dan Morgan
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Unit Humas

## 2. Unit Pendapatan

<b>Kode Indikator</b>	IMP-Unit 37a
<b>Nama Indikator</b>	<b>Ketepatan Penginputan Nota Tindakan</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	Standar manajemen keuangan dan akuntansi
<b>Dimensi Mutu</b>	Efektif dan efisien
<b>Tujuan</b>	Untuk meminimalisir kesalahan input data
<b>Definisi Operasional</b>	Ketepatan Penginputan Nota Tindakan adalah ketepatan data nota tindakan dengan data inputan SIMRS
<b>Jenis Indikator</b>	Proses dan Hasil
<b>Satuan Pengukuran</b>	Persentase
<b>Numerator</b>	Jumlah ketepatan data nota tindakan dengan data inputan SIMRS pada periode tertentu
<b>Denominator</b>	Jumlah seluruh data nota tindakan pada periode tertentu
<b>Target Pencapaian</b>	<b>100 %</b>
<b>Kriteria Inklusi</b>	Jumlah seluruh data nota tindakan
<b>Kriteria Eksklusi</b>	-.
<b>Formula</b>	Jumlah ketepatan data nota tindakan dengan data inputan SIMRS pada periode tertentu dibagi Jumlah seluruh data nota tindakan pada periode tertentu x 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Concurrent</i>
<b>Sumber Data</b>	Sensus
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Nota Tindakan
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Harian

<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	<i>Total Sampling</i>
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- Diagram Baris</li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	Penanggung Jawab Billing

### 3. Unit Pengeluaran

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

Penanggung jawab	Kepala Unit Pengeluaran
------------------	-------------------------

#### 4. Unit Akuntansi

Kode Indikator	IMP-Unit 39a
Nama Indikator	<b>Ketepatan Penyajian Laporan Keuangan</b>
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- <i>Outcome</i>
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	<b>100%</b>
Kriteria Inklusi	Seluruh Pendapatan dan pengeluaran rumah sakit
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Jumlah Kumulatif Pendapatan dan/atau Pengeluaran lebih dari tanggal 5 bulan berikutnya serta kesesuaian data}}{\text{jumlah keseluruhan pendapatan dan/atau pengeluaran dalam satu periode (1 bulan)}} \times 100$
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	Total Sampling
Penyajian Data	- Tabel - Diagram Baris
Penanggung jawab	Kepala Unit Akuntansi

## 5. Unit IT

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



## 6. Unit Bisnis

<b>Kode Indikator</b>	IMP-Unit 41a
<b>Nama Indikator</b>	<b>Ketidaksesuaian Jumlah Fisik Barang dengan Pencatatan Stok Opname di Unit Bisnis</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	Peraturan Direktur RS Intan Husada Nomor 3530/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit
<b>Dimensi Mutu</b>	Efisiensi dan Aman
<b>Tujuan</b>	Menurunkan tingkat kehilangan stok fisik barang saat dilakukan proses stok opname
<b>Definisi Operasional</b>	<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>
<b>Jenis Indikator</b>	Proses dan <i>outcome</i>
<b>Satuan Pengukuran</b>	Persentase
<b>Numerator</b>	Jumlah ketidaksesuaian jumlah stok fisik barang dengan pencatatan stok opname
<b>Denominator</b>	Jumlah seluruh stok fisik barang yang dilakukan proses stock opname di Unit Bisnis
<b>Target Pencapaian</b>	<b>0 %</b>
<b>Kriteria Inklusi</b>	Seluruh stok fisik barang di Unit Bisnis
<b>Kriteria Eksklusi</b>	Seluruh Stok Fisik Barang Tidak Tahan Lama
<b>Formula</b>	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%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Retrospective</i>
<b>Sumber Data</b>	Sensus
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Data Stok Fisik Barang
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	<i>Total Sampling</i>
<b>Penyajian Data</b>	- Tabel

	- Diagram Baris
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Unit Bisnis

## INDIKATOR MUTU UMUM DAN SDM

### 1. Unit Umum

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

## 2. Unit SDM dan Diklat

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

## 3. Unit Kesekretariatan

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

#### 4. Unit Binatu

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

#### 5. Unit Logistik

<b>Kode Indikator</b>	IMP-Unit 46a
<b>Nama Indikator</b>	<b>Ketepatan Respon time pengadaan BPPB barang</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	SPO
<b>Dimensi Mutu</b>	Efektif dan efisien
<b>Tujuan</b>	Menyediakan barang yang dibutuhkan
<b>Definisi Operasional</b>	Respon time pengadaan BPPB barang adalah dokumen permintaan pembelian barang dari logistik ke purchasing

	<p>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>
<b>Jenis Indikator</b>	Proses dan Hasil
<b>Satuan Pengukuran</b>	Persentase
<b>Numerator</b>	Jumlah ketepatan respon time pengadaan BPPB barang BPPB <i>full complete</i> (1 hari sampai terbitnya <i>Bidding</i> dan <i>Purchase Order</i> )
<b>Denominator</b>	Jumlah semua BPPB barang
<b>Target Pencapaian</b>	<b>100 %</b>
<b>Kriteria Inklusi</b>	Jumlah seluruh BPPB yang telah diterima
<b>Kriteria Eksklusi</b>	-
<b>Formula</b>	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%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Retrospektif</i>
<b>Sumber Data</b>	Sensus
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Form PO
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	<i>Total Sampling</i>
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- Diagram Baris</li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Staf Purchasing</li> <li>- Kepala Unit Logistik</li> </ul>

RUMAH SAKIT  
 Direktur,  


drg. Muhammad Hasan, MARS  
 NIP. 21110183633