



PROFIL INDIKATOR MUTU TAHUN 2023

KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR

1

**INDIKATOR NASIONAL MUTU
(INM)**

KODE INDIKATOR : INM 1

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan Kebersihan Tangan
b. Dasar Pemikiran	:	1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien 2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 3. Rumah sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai dengan ketentuan WHO.
c. Dimensi Mutu		Keselamatan
d. Tujuan	:	Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
e. Definisi Operasional	:	1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (<i>alcohol-based handrubs</i>) dengan kandungan alcohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor. 2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO. 3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan. 4. Lima indikasi (<i>five moment</i>) kebersihan tangan terdiri dari: a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien. b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien. c. Sebelum melakukan prosedur aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, contoh: pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, <i>suctioning</i>, pemberian suntikan dan lain-lain. d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feses, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD. e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien. 5. Peluang adalah periode diantara indikasi dimana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan. 6. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan. 7. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga

Kesehatan	
8. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.	
9. <i>Observer</i> adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan <i>tool</i> yang telah ditentukan.	
10. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan di unit sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan.	
11. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit).	
12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi.	
13. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.	
f. Jenis Indikator	: Proses
g. Satuan Pengukuran	: Persentase
h. Numerator (Pembilang)	: Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan
i. Denominator (Penyebut)	: Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi
j. Target	: $\geq 85\%$
k. Kriteria	: Inklusi : Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan Eksklusi : -
l. Formula	: $\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	: Observasi
n. Sumber Data	: Hasil observasi
o. Instrumen Pengambilan Data	: Formulir Kepatuhan Kebersihan Tangan
p. Populasi / Sampel sampel)	: Besar Sampel : Minimal 200 Peluang Cara pengambilan Sampel : <i>Non probability Sampling – Consecutive sampling</i>
q. Periode Pengumpulan Data	: Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	: Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	: Komite PPI RS

KODE INDIKATOR : INM 2

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
b. Dasar Pemikiran	:	1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. 2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 3. Keputusan Menteri Kesehatan mengenai penanggulangan penyakit yang dapat menimbulkan wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat. 4. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 5. Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri (APD). 6. Rumah Sakit harus memperhatikan kepatuhan pemberi pelayanan dalam menggunakan APD sesuai dengan prosedur
c. Dimensi Mutu	:	Keselamatan
d. Tujuan	:	1. Mengukur kepatuhan petugas Rumah Sakit dalam menggunakan APD 2. Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi.
e. Definisi Operasional	:	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. 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, droplet dan airborne). 3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan Kesehatan pada periode observasi. 4. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium. 5. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan. 6. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua petugas yang terindikasi harus menggunakan APD Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi}}{\text{Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Observasi
n. Sumber Data	:	Hasil observasi

o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Observasi Kepatuhan Penggunaan APD
p. Populasi / Sampel sampel)	:	1. Sampel berdasarkan table JCI 2. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 3. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Cara pengambilan Sampel : <i>Non probability Sampling – Consecutive sampling</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data		☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Komite PPI RS

KODE INDIKATOR : INM 3

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan Identifikasi Pasien
b. Dasar Pemikiran	:	1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. 2. Ketepatan identifikasi menjadi sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien. 3. Untuk menjamin ketepatan identifikasi pasien maka diperlukan indikator yang mengukur dan memonitor tingkat kepatuhan pemberi pelayanan dalam melakukan proses identifikasi. Dengan adanya indikator tersebut diharapkan pemberi pelayanan akan menjadikan identifikasi sebagai proses rutin dalam proses pelayanan.
c. Dimensi Mutu	:	Keselamatan
d. Tujuan	:	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan tindakan pelayanan.
e. Definisi Operasional	:	1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. 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. 3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan) 4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti : a. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi. b. Prosedur tindakan: tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit. c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi, dan lain-lain. d. Kondisi tertentu: pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar. 5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua pemberi pelayanan yang memberikan pelayanan kesehatan. Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode}}{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Observasi

n. Sumber Data	:	Hasil observasi
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Observasi Kepatuhan Identifikasi Pasien
p. Populasi / Sampel sampel)	:	1. Sampel berdasarkan table JCI 2. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 3. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Cara pengambilan Sampel : <i>Non probability Sampling – Consecutive sampling</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data		☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan

KODE INDIKATOR : INM 4

a. Judul Indikator	:	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi
b. Dasar Pemikiran	:	1. Undang Undang mengenai Rumah Sakit 2. Berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2015 adalah 305 per 100,000 lahiran hidup, ini masih merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara. Kejadian kematian ibu ini terbanyak ditemukan di rumah sakit sebesar 78%. Tingginya Angka Kematian Ibu ini mengindikasikan masih perlunya dilakukan peningkatan tata Kelola dan peningkatan mutu pelayanan <i>antenatal care</i> dan persalinan. Untuk itu diperlukan indikator untuk memantau kecepatan proses pelayanan operasi seksio sesarea.
c. Dimensi Mutu	:	Tepat Waktu, Efektif, Keselamatan
d. Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan kegawatdaruratan operasi seksio sesarea yang cepat dan tepat sehingga mampu mengoptimalkan upaya menyelamatkan ibu dan bayi.
e. Definisi Operasional	:	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 ≤ 30 menit. 2. Seksio sesarea emergensi adalah Tindakan seksio sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya. 3. Seksio sesarea emergensi kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan di mana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin. 4. Pengukuran indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan seksio sesaria.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I (satu) yang mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi ≤ 30 menit
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I
j. Target	:	$\geq 80\%$
k. Kriteria	:	Inklusi : 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. Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I yang mendapatkan tindakan seksio sesarea } \leq 30 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien yang diputuskan Tindakan seksio sesarea emergensi kategori I}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Data sekunder dari rekam medik, laporan operasi

o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Waktu Tanggap Seksio Sesarea Emergensi
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Total sampel
		Cara pengambilan Sampel : Total sampel
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data		☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

KODE INDIKATOR : INM 5

a. Judul Indikator	:	Waktu Tunggu Rawat Jalan
b. Dasar Pemikiran	:	1. Undang-Undang tentang Rumah Sakit. 2. Rumah sakit harus menjamin ketepatan pelayanan kesehatan termasuk di unit rawat jalan. Walaupun tidak dalam kondisi gawat maupun darurat namun tetap harus dilayani dalam waktu yang ditetapkan. Hal ini untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan pasien akan rencana diagnosis dan pengobatan. Waktu tunggu yang lama dapat menyebabkan ketidakpuasan pasien dan keterlambatan diagnosis maupun pengobatan pasien.
c. Dimensi Mutu	:	Berorientasi kepada pasien, tepat waktu
d. Tujuan	:	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.
e. Definisi Operasional	:	1. Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis. 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>. a. pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis. 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. c. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤ 60 menit
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi
j. Target	:	$\geq 80\%$
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien yang berobat di rawat jalan Eksklusi : a. Pasien <i>medical check up</i>, pasien poli gigi b. Pasien yang mendaftar <i>online</i> atau anjungan mandiri datang lebih dari 60 menit dari waktu yang sudah ditentukan c. Pasien yang ada tindakan pasien sebelumnya
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu } \leq 60 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Sumber data sekunder antara lain dari: 1. Catatan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan 2. Rekam Medik Pasien Rawat Jalan 3. Formulir Waktu Tunggu Rawat Jalan

o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Waktu Tunggu Rawat jalan
p. Populasi / Sampel sampel)	:	1. Sampel berdasarkan table JCI 2. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 3. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Cara pengambilan Sampel : <i>Probability Sampling – Simple Random Sampling/Stratified Random sampling (berdasar poliklinik rawat jalan)</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data		☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

KODE INDIKATOR : INM 6

a. Judul Indikator	:	Penundaan Operasi Elektif
b. Dasar Pemikiran	:	1. Undang-Undang mengenai Rumah Sakit 2. Rumah sakit harus menjamin ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan termasuk tindakan operasi, sesuai dengan kebutuhan pasien untuk mendapatkan hasil pelayanan seperti yang diinginkan dan menghindari komplikasi akibat keterlambatan operasi.
c. Dimensi Mutu	:	Tepat waktu, efisiensi, berorientasi pada pasien
d. Tujuan	:	Tergambarnya ketepatan pelayanan bedah dan penjadwalan operasi
e. Definisi Operasional	:	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.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien operasi elektif
j. Target	:	≤ 5%
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien operasi elektif Eksklusi : Penundaan operasi atas indikasi medis
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Data sekunder dari catatan pasien yang dijadwalkan operasi dan data pelaksanaan operasi
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Penundaan Operasi Elektif
p. Populasi / Sampel sampel)	:	1. Sampel berdasarkan table JCI 2. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 3. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Cara pengambilan Sampel : <i>Probability Sampling – Simple Random Sampling</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Bedah/Bedah Sentral

KODE INDIKATOR : INM 7

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan Waktu <i>Visite</i> Dokter
b. Dasar Pemikiran	:	1. Undang-Undang mengenai Praktik Kedokteran 2. Undang-Undang mengenai pelayanan public 3. Pelayanan kesehatan harus berorientasi kepada kebutuhan pasien, bukan kepada keinginan rumah sakit.
c. Dimensi Mutu	:	Berorientasi kepada pasien
d. Tujuan	:	1. Tergambarnya kepatuhan dokter melakukan visitasi kepada pasien rawat inap sesuai waktu yang ditetapkan. 2. Waktu yang ditetapkan untuk <i>visite</i> adalah pukul 06.00 – 14.00.
e. Definisi Operasional	:	Waktu <i>visite</i> dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien yang di- <i>visite</i> dokter pada pukul 06.00 – 14.00
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien yang diobservasi
j. Target	:	≥ 80%
k. Kriteria	:	Inklusi : <i>Visite</i> dokter pada pasien rawat inap Eksklusi : a. Pasien yang baru masuk rawat inap hari itu b. Pasien konsul
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang di-}i{visite} \text{ dokter pada pukul 06.00-14.00}}{\text{Jumlah pasien yang diobservasi}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Data sekunder berupa laporan <i>visite</i> rawat inap dalam rekam medik
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Kepatuhan Waktu <i>Visite</i> Dokter
p. Populasi / Sampel sampel)	:	1. Sampel berdasarkan table JCI 2. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 3. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Cara pengambilan Sampel : <i>Probability Sampling – Simple Random Sampling</i> (berdasarkan unit pelayanan)
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Rawat inap

KODE INDIKATOR : INM 8

a. Judul Indikator	:	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
b. Dasar Pemikiran	:	1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. 2. Kecepatan dan ketepatan pelaporan hasil laboratorium kritis sangat penting dalam kelanjutan tata laksana pasien. Hasil kritis menunjukkan kondisi pasien yang membutuhkan keputusan klinis yang segera untuk upaya pertolongan pasien dan mencegah komplikasi akibat keterlambatan.
c. Dimensi Mutu	:	Tepat waktu, keselamatan
d. Tujuan	:	1. Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium. 2. Tergambarnya sistem yang menunjukkan bagaimana nilai kritis dilaporkan dan didokumentasikan untuk menurunkan risiko keselamatan pasien.
e. Definisi Operasional	:	1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera. 2. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analisis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan. 3. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan ≤ 30 menit.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan ≤ 30 menit
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua hasil pemeriksaan laboratorium yang memenuhi kategori hasil kritis Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan } \leq 30 \text{ menit}}{\text{jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Data sekunder berupa Catatan Data Laporan Hasil Tes Kritis Laboratorium
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Kepatuhan Waktu <i>Visite</i> Dokter
p. Populasi / Sampel sampel)	:	1. Sampel berdasarkan table JCI 2. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 3. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Cara pengambilan Sampel : <i>Probability Sampling – Simple Random Sampling / Systematic Random Sampling</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart

t. **Penanggung Jawab** : Kepala Instalasi Laboratorium

KODE INDIKATOR : INM 9

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
b. Dasar Pemikiran	:	1. Keputusan Menteri Kesehatan mengenai Formularium Nasional. 2. Kepatuhan terhadap formularium dapat meningkatkan efisiensi dalam penggunaan obat-obatan. 2. Formularium rumah sakit disusun berdasarkan masukan-masukan pemberi layanan, dan pemilihannya berdasarkan kepada mutu obat, rasio risiko dan manfaat berbasis bukti, efektivitas dan efisiensi. Pengadaan obat-obatan di rumah sakit mengacu pada formularium rumah sakit.
c. Dimensi Mutu	:	Efisien dan efektif
d. Tujuan	:	Terwujudnya pelayanan obat kepada pasien yang efektif dan efisien berdasarkan daftar obat yang mengacu pada formularium nasional.
e. Definisi Operasional	:	1. Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan. 2. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah persepsian obat (R/: <i>recipe</i> dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang diobservasi
j. Target	:	≥ 80%
k. Kriteria	:	Inklusi : Resep yang dilayani di RS Eksklusi : 1. Obat yang diresepkan di luar FORNAS tetapi dibutuhkan pasien dan telah mendapatkan persetujuan komite medik dan direktur. 2. Bila dalam resep terdapat obat di luar FORNAS karena stok obat nasional berdasarkan <i>e- katalog</i> habis/kosong.
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional}}{\text{Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang diobservasi}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Lembar resep di Instalasi Farmasi
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
p. Populasi / Sampel sampel)	:	1. Sampel berdasarkan table JCI 2. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 3. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Cara pengambilan Sampel : <i>Probability Sampling – Simple Random Sampling /</i>

<i>Systematic Random Sampling</i>		
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data		☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Farmasi

KODE INDIKATOR : INM 10

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)
b. Dasar Pemikiran	:	1. Undang-Undang mengenai Praktik Kedokteran 2. Permenkes mengenai Standar Pelayanan Kedokteran. Untuk menjamin kepatuhan dokter atau dokter gigi di rumah sakit terhadap standar pelayanan maka perlu dilakukan monitor kepatuhan penggunaan <i>clinical pathway</i>. 3. Kepatuhan terhadap alur klinis/<i>clinical pathway</i> adalah kepatuhan seluruh Profesional Pemberi Asuhan terhadap alur klinis/<i>clinical pathway</i> yang telah ditetapkan. 4. Pemilihan penyakit yang akan dilakukan pengukuran kepatuhan terhadap alur klinis/<i>clinical pathway</i> sesuai dengan prioritas nasional adalah: a. Hipertensi b. Diabetes melitus c. TB d. HIV e. Keganasan 5. Pemilihan penyakit yang akan dilakukan pengukuran kepatuhan terhadap alur klinis/<i>clinical pathway</i> untuk RS khusus disesuaikan dengan program prioritas nasional yang ada dan pelayanan prioritas di rumah sakit tersebut.
c. Dimensi Mutu		Efektif, integrasi
d. Tujuan	:	Untuk menjamin kepatuhan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) di rumah sakit terhadap standar pelayanan dan untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis di rumah sakit.
e. Definisi Operasional	:	<i>Clinical Pathway</i> adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i> yang ditetapkan Rumah Sakit
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i>
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada <i>clinical pathway</i> yang diobservasi
j. Target	:	≥ 80%
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien yang menderita penyakit sesuai batasan ruang lingkup <i>clinical pathway</i> yang diukur Eksklusi : 1. Pasien yang pulang atas permintaan sendiri selama perawatan. 2. Pasien yang meninggal 3. Variasi yang terjadi sesuai dengan indikasi klinis pasien dalam perkembangan pelayanan.
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan } \textit{clinical pathway}}{\text{Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada } \textit{clinical pathway} \text{ yang diobservasi}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Data sekunder dari rekam medis pasien

o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Kepatuhan <i>Clinical Pathway</i>
p. Populasi / Sampel sampel)	:	1. Sampel berdasarkan table JCI 2. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 3. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Cara pengambilan Sampel : <i>Probability Sampling – Stratified Random Sampling</i> (berdasarkan masing-masing <i>Clinical Pathway</i>)
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data		☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Bidang Pelayanan Medik, Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan lain

KODE INDIKATOR : INM 11

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
b. Dasar Pemikiran	:	Permenkes mengenai Keselamatan Pasien
c. Dimensi Mutu	:	Keselamatan
d. Tujuan	:	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan dalam menjalankan upaya pencegahan jatuh agar terselenggara asuhan pelayanan yang aman dan mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien.
e. Definisi Operasional	:	- Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi: - Asesment awal risiko jatuh - Assesment ulang risiko jatuh - Intervensi pencegahan risiko jatuh - 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.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh Eksklusi : Pasien yang tidak dapat dilakukan asesmen ulang maupun edukasi seperti pasien meninggal, pasien gangguan jiwa yang sudah melewati fase akut, dan pasien menolak intervensi
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh}}{\text{Jumlah pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh yang diobservasi}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Data sekunder menggunakan data dari rekam medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
p. Populasi / Sampel sampel)	:	- Sampel berdasarkan table JCI - Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) - Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Cara pengambilan Sampel : <i>Probability Sampling – Stratified Random Sampling</i> (berdasarkan Unit Pelayanan)
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Bidang Keperawatan dan Komite Keselamatan pasien

KODE INDIKATOR : INM 12

a. Judul Indikator	:	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain
b. Dasar Pemikiran	:	1. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 32 bahwa setiap pasien mempunyai mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan. 2. Rumah sakit berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit. Apabila selama perawatan pasien merasa bahwa rumah sakit belum menunaikan kewajiban tersebut maka pasien memiliki hak untuk mengajukan komplain. 3. Untuk itu rumah sakit perlu memiliki unit yang merespon dan menindaklanjuti keluhan tersebut dalam waktu yang telah ditetapkan agar keluhan pasien dapat segera teratasi.
c. Dimensi Mutu	:	Berorientasi pada Pasien
d. Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan rumah sakit dalam merespon keluhan pasien agar dapat diperbaiki dan ditingkatkan untuk sebagai bentuk pemenuhan hak pasien.
e. Definisi Operasional	:	1. 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. 2. <i>Grading</i> risiko dan standar waktu tanggap komplain: a. <i>Grading</i> Merah (ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/ kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain. 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. 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.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan grading
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah komplain yang disurvei
j. Target	:	≥ 80%
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua komplain (lisan, tertulis, dan media massa) Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan sesuai dengan grading}}{\text{Jumlah komplain yang disurvei}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif

n. Sumber Data	:	Data sekunder dari catatan Komplain
o. Instrumen Pengambilan Data	:	1. Formulir Komplain 2. Laporan Tindak Lanjut Komplain
p. Populasi / Sampel sampel)	:	1. Sampel berdasarkan table JCI 2. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 3. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Cara pengambilan Sampel : <i>Probability Sampling – Simple Random Sampling</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data		☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Bagian Humas/Unit Pengaduan/Bagian yang menangani complain

KODE INDIKATOR : INM 13

a. Judul Indikator	:	Kepuasan Pasien
b. Dasar Pemikiran	:	1. Undang-Undang mengenai pelayanan public 2. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi mengenai Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik
c. Dimensi Mutu	:	Berorientasi pada Pasien
d. Tujuan	:	Mengukur tingkat kepuasan masyarakat sebagai dasar upaya-upaya peningkatan mutu dan terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pasien.
e. Definisi Operasional	:	1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. 2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan. 3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Krejcie dan Morgan. 4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien. 5. Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variabel penyusunan survei kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan. 6. Unsur survei kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi: a. Persyaratan. b. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur. c. Waktu Penyelesaian. d. Biaya/Tarif. e. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan. f. Kompetensi Pelaksana. g. Perilaku Pelaksana. h. Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan. i. Sarana dan prasarana. 7. Indeks Kepuasan adalah hasil pengukuran dari kegiatan Survei Kepuasan berupa angka.
f. Jenis Indikator	:	<i>Outcome</i>
g. Satuan Pengukuran	:	Indeks
h. Numerator (Pembilang)	:	Tidak ada
i. Denominator (Penyebut)	:	Tidak ada
j. Target	:	≥ 76,61
k. Kriteria	:	Inklusi : Seluruh pasien Eksklusi : Pasien yang tidak kompeten dalam mengisi kuesioner dan/atau tidak ada keluarga yang mendampingi.
l. Formula	:	$\frac{\text{Total nilai persepsi seluruh responden}}{\text{Total unsur yang terisi dari seluruh responden}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan	:	Survei

Data		
n. Sumber Data	:	Hasil Survei
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Kuesioner
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Sesuai tabel Sampel Krejcie dan Morgan Cara pengambilan Sampel : <i>Stratified Random Sampling</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Semesteran
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Semesteran, Tahunan
s. Penyajian Data		☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Bagian Humas

2

**INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT
(IMP RS)**

KODE INDIKATOR : ISKP 1

a. Judul Indikator	:	Prosedur identifikasi pada pemberian transfusi darah atau produk darah
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 83 tahun 2014 tentang Unit Transfusi Darah, Bank Darah Rumah Sakit, dan Jejaring Pelayanan Transfusi Darah Pasal 8 Ayat 2 4. SK Direktur Utama Nomor HK.01.07/I/9030/2022 Tentang Kebijakan Pelayanan Laboratorium 5. SK Direktur Utama Nomor HK.02.03/XVIII-1/771/2020 Tentang Kebijakan Pelayanan Transfusi Darah 6. SK Tentang Pendirian Pelayanan Unit Transfusi Darah di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar 7. Tindakan transfusi darah dan atau produk darah merupakan tindakan bervolume besar dan berisiko kepada pasien
c. Dimensi Mutu	:	Berorientasi pada manfaat transfusi darah bagi pasien
d. Tujuan	:	Penggunaan darah secara klinis (<i>Clinical Use of Blood</i>)
e. Definisi Operasional	:	Pelaksanaan prosedur identifikasi pada pemberian transfusi darah atau produk darah adalah pelaksanaan prosedur identifikasi pasien dengan pertanyaan terbuka, menanyakan NAMA dan TANGGAL LAHIR pasien sambil mencocokkan dengan gelang identitas pasien saat akan memberi transfusi darah atau produk darah. Kelengkapan pengisian form pada saat tindakan transfusi mencakup adanya informed consent, form permintaan darah, dan lembar checklist transfusi. Pemberian transfusi darah atau produk darah dilakukan dengan tepat, benar, aman dan berkualitas. Dalam prosedur transfuse darah/produk darah meliputi : a) Penyiapan Darah. Dalam menyiapkan darah dengan jumlah yang cukup dan aman bagi pasien, Sub Instalasi Transfusi Darah (SITD) melakukan perencanaan pengadaan darah sesuai jumlah kebutuhan darah setiap bulannya. Stok darah ini diperoleh dari kegiatan rekrutmen donor (risiko rendah) yang dilakukan di SITD, namun jika darah tidak tersedia maka dilakukan permintaan kebutuhan darah melalui sistem rujukan ke UPT Transfusi Darah Dinas Kesehatan atau PMI. b) Untuk menjamin keamanan pada prosedur transfusi darah atau produk darah, maka dilakukan serangkaian pemeriksaan diantaranya : • Tes Kompatibilitas yang bertujuan menetapkan kecocokan antara darah donor dengan darah pasien yang terdiri dari tes golongan darah dan uji saring serasi • Tes Saring Infeksi Menular Lewat Transfusi Darah (IMLTD) yang bertujuan untuk menjamin darah yang ditransfusikan aman melalui test Hepatitis B Surface Antigen (HBs-Ag), Tes Antibody Hepatitis C Virus (HCV), Tes HIV dan Tes Siphilis c) Pemeriksaan kompatibilitas (<i>Cross Matching</i>) dilakukan untuk mengetahui kecocokan darah donor dan darah resipien secara in vitro apabila golongan darah sesuai dan hasil uji kompatibel. Setelah darah divalidasi layak untuk disalurkan, oleh petugas SITD darah diserahkan kepada petugas di instalasi perawatan atau keluarga pasien yang membutuhkan namun tetap melaksanakan identifikasi pasien dengan data yang ada pada pengantar format permintaan pelayanan darah.

		d) Penyimpanan komponen darah adalah kegiatan yang dilaksanakan oleh petugas SITD, sesuai dengan ketentuan jenis komponen dan cara penyimpanan yang tepat untuk menghindari kerusakan komponen darah transfusi. e) Pelayanan distribusi darah dilaksanakan oleh keluarga pasien atau Petugas SITD berdasarkan format permintaan pelayanan transfusi darah. Media transport melalui metode <i>Cold Chain</i> dengan menggunakan media <i>cool box</i> yang dapat mempertahankan suhu darah 10°. f) Pada prosedur pelaksanaan pemberian transfusi darah atau produk darah petugas melakukan identifikasi pretransfusi yang dilakukan oleh 2 orang perawat (<i>double check</i>) dengan membubuhkan paraf sebagai validasi hasil identifikasi kecocokan data dan kantong darah. g) Pemantauan pasien selama dan setelah transfusi dilakukan perawat ruang perawatan dengan mengisi lembar pemantauan transfuse saat dan setelah dilakukannya prosedur ini. Semua hasil pemantauan pasien dicatat pada lembar pemantauan transfuse darah h) Jika pada proses transfusi terjadi reaksi transfusi maka petugas wajib melaporkan pada SITD untuk kemudian dilakukan tes konfirmasi paska terjadinya reaksi transfusi.
f.	Jenis Indikator	: Proses dan Outcome
g.	Satuan Pengukuran	: Persentase
h.	Numerator (Pembilang)	: Jumlah pemberian transfusi darah atau produk darah yang dilaksanakan prosedur identifikasi dengan tepat, benar, aman, dan berkualitas
i.	Denominator (Penyebut)	: Jumlah seluruh kegiatan pemberian transfusi darah dalam satu bulan (kantong darah atau produk darah)
j.	Target	: 100% pemenuhan kebutuhan darah
k.	Kriteria	: Inklusi : Semua pasien yang diberikan transfusi darah atau produk darah Eksklusi : • Pasien jiwa atau gangguan perilaku dan emosi • Pasien yang tidak mampu berkomunikasi
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pemberian transfusi darah atau produk darah yang dilaksanakan prosedur identifikasi dengan tepat dan benar}}{\text{Jumlah seluruh kegiatan pemberian transfusi darah dalam satu bulan (kantong darah atau produk darah)}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	: Retrospektif
n.	Sumber Data	: Rekam Medis, Sistem Pelaporan
o.	Instrumen Pengambilan Data	: Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p.	Populasi / Sampel (Penyebut)	: Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sample Representatif</i>
q.	Periode Pengumpulan Data	: Bulanan
r.	Periode Analisis dan Pelaporan data	: Bulanan, Triwulan, Tahunan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☐ Run chart
t.	Penanggung Jawab	: Kepala Instalasi Rawat Inap Kepala Instalasi Rawat Intensif

Kepala Instalasi Bedah Pusat
Kepala Sub Instalasi Lontara 1,2,3,4 dan 5
Kepala Sub Instalasi Pelayanan Anastesi dan Pelayanan Terapi (ICU dan HCU)
Kepala Sub Instalasi Pelayanan Kamar Bedah
Kepala Sub Instalasi Transfusi Darah

KODE INDIKATOR : ISKP 2

a. Judul Indikator	:	Persentase kepatuhan perawat/dokter dalam melengkapi lembar transfer pasien antar ruang perawatan
b. Dasar Pemikiran	:	1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 2. Surat Keputusan Direktur Utama Nomor OT.02.02/I/13706/2017 tentang Panduan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo
c. Dimensi Mutu	:	Keselamatan, Keamanan, Berorientasi pada Pasien
d. Tujuan	:	Untuk memastikan kesinambungan pelayanan dan keselamatan pasien selama serah terima antar ruang perawatan
e. Definisi Operasional	:	Lembar transfer pasien antar ruang perawatan merupakan format yang harus diisi lengkap oleh petugas pada saat serah terima pasien antar ruang yang memuat tentang proses serah terima dilakukan oleh dan kepada siapa pelayanan diserahkan yang kemudian dibubuhkan tanda tangan, tanggal dan waktu pencatatan. Serah terima dilakukan menggunakan lembar transfer yang memuat tentang : - Identitas pasien, nama, tanggal lahir dan nomor rekam medik - Alasan transfer, metode transfer, petugas pendamping pasien - Situasi/kondisi pasien saat ini yang meliputi diagnosis/keterangan klinis, tanda tanda vital, keadaan umum pasien dan hasil pemeriksaan penunjang dan alkes yang sementara terpasang/ digunakan - Riwayat Pasien : obat yang telah dikonsumsi dan terapi/tindakan - Rencana pemeriksaan, & rencana tindakan perawatan/pengobatan - Proses serah terima dilakukan oleh dan kepada siapa pelayanan diserahkan yang kemudian dibubuhkan tanda tangan, tanggal dan waktu pencatatan. Selama proses transportasi pasien dari unit pengirim ke unit penerima ,harus tetap memperhatikan kelayakan kondisi pasien untuk ditransfer/stabil, peralatan pendukung yang dibutuhkan untuk mengantisipasi hal-hal yang tidak diharapkan/perubahan kondisi pasien dan petugas pendamping yang telah mendapat pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD) dan jika kondisi pasien sangat kompleks/memerlukan pemantauan/perhatian khusus, maka harus didampingi oleh dokter yang merawat pasien
f. Jenis Indikator	:	Proses dan Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah lembar transfer pasien antar ruang yang terisi lengkap
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah seluruh lembar transfer pasien antar ruang
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : • Pasien yang dipindahkan : • dari ruang gawat darurat ke ruang perawatan inap • dari ruang perawatan inap ke ruang perawatan intensif dan atau sebaliknya • dari ruang perawatan intensif ke ruang perawatan inap dan atau sebaliknya dari ruang OK ke ruang perawatan inap/intensif dan atau sebaliknya Eksklusi : • Pasien yang dipindahkan dari dan atau ke ruang pemeriksaan diagnostik
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah lembar transfer pasien antar ruang yang terisi lengkap}}{\text{Jumlah seluruh lembar transfer pasien antar ruang}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan	:	Retrospektif

Data		
n.	Sumber Data	: Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	: Format pengumpulan data
p.	Populasi / Sampel sampel)	: Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sample Representatif</i>
q.	Periode Pengumpulan Data	: Bulanan
r.	Periode Analisis dan Pelaporan data	: Bulanan, Triwulan, Tahunan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☐ Run chart
t.	Penanggung Jawab	: Ruang Rawat Inap Ruang Rawat Intensif Ruang Gawat Darurat

KODE INDIKATOR : ISKP 3

a. Judul Indikator	:	Persentase kepatuhan pemberian label "High Alert" pada obat kategori "High Alert"
b. Dasar Pemikiran	:	1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 2. Surat Keputusan Direktur Utama Nomor OT.02.02/I/13706/2017 tentang Panduan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo
c. Dimensi Mutu	:	Efektif, Efisien, Aman, Berorientasi kepada pasien
d. Tujuan	:	Tergambarnya upaya rumah sakit dalam menjaga keselamatan pasien melalui peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (<i>high alert</i>)
e. Definisi Operasional	:	Pemberian label "High Alert" adalah pemberian identitas berupa penempelan label "High Alert" pada obat-obatan yang perlu diwaspadai (<i>high alert medication</i>) yaitu obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan serius (<i>sentinel event</i>) dan obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (<i>adverse outcome</i>) seperti obat elektrolit pekat, obat narkotika, insulin, oxytocin, terbutalin.
f. Jenis Indikator	:	Proses dan Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah semua obat high alert yang diberi label high alert
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah seluruh obat high alert dalam 1 periode
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua obat kategori high alert Eksklusi : Obat high alert yang sudah kadaluarsa dan rusak
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah semua obat high alert yang diberi label high alert}}{\text{Jumlah seluruh obat high alert dalam 1 periode}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Catatan Data
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sample Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Farmasi

KODE INDIKATOR : ISKP 4

a. Judul Indikator	:	Kelengkapan pengisian format checklist keselamatan pasien operasi
b. Dasar Pemikiran	:	1. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Nomor HK.02.03/I/0173/2016 tentang Pedoman Teknis Penilaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Tahun 2016 Direktur Utama Rumah Sakit Umum/Khusus dan Kepala Balai di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 3. Surat Keputusan Direktur Utama Nomor OT.02.02/I/13706/2017 tentang Panduan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo
c. Dimensi Mutu	:	Keselamatan, Keamanan, Berorientasi kepada pasien
d. Tujuan	:	Tergambarnya upaya rumah sakit dalam menjaga keselamatan pasien melalui peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (<i>high alert</i>)
e. Definisi Operasional	:	Penerapan ceklis keselamatan operasi atau tindakan invasif adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi tahapan <i>Sign-in</i> (dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi), tahapan <i>Time-out</i> (dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator), dan tahapan <i>Sign-out</i> (dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator)
f. Jenis Indikator	:	Proses dan Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien pembedahan di OK yang checklist keselamatan pasiennya telah diisi lengkap sesuai tahapan oleh petugas yang tertentu disertai tandatangan dan penulisan jam pengisian
i. Denominator (Penyebut)	:	Total pasien pembedahan OK pada satu periode
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua pasien yang dioperasi Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien pembedahan di OK yang checklist keselamatan pasiennya telah diisi lengkap sesuai tahapan oleh petugas yang tertentu disertai tandatangan dan penulisan jam pengisian}}{\text{Total pasien pembedahan OK pada satu periode}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medik, Catatan Data
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sample Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Bedah Pusat

Kepala Instalasi Gawat Darurat
Kepala Instalasi Mother and Child Centre
Kepala Pelayanan OK/COT
Kepala Pelayanan OK IGD
Kepala Pelayanan Kegawatdaruratan Obgin

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan Kebersihan Tangan
b. Dasar Pemikiran	:	1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien 2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 3. Rumah sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai dengan ketentuan WHO.
c. Dimensi Mutu	:	Keselamatan
d. Tujuan	:	Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
e. Definisi Operasional	:	1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (<i>alcohol-based handrubs</i>) dengan kandungan alcohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor. 2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO. 3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan. 4. Lima indikasi (<i>five moment</i>) kebersihan tangan terdiri dari: a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien. b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien. c. Sebelum melakukan prosedur aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, contoh: pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, <i>suctioning</i>, pemberian suntikan dan lain-lain. d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feses, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD. e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat- alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien. 5. Peluang adalah periode diantara indikasi dimana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan. 6. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan. 7. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga Kesehatan 8. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan

		pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. 9. <i>Observer</i> adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan <i>tool</i> yang telah ditentukan. 10. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan di unit sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan. 11. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit). 12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi. 13. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.
f.	Jenis Indikator	: Proses
g.	Satuan Pengukuran	: Persentase
h.	Numerator (Pembilang)	: Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan
i.	Denominator (Penyebut)	: Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi
j.	Target	: $\geq 85\%$
k.	Kriteria	Inklusi : Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan Eksklusi : -
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	: Observasi
n.	Sumber Data	: Hasil observasi
o.	Instrumen Pengambilan Data	: Formulir Kepatuhan Kebersihan Tangan
p.	Populasi / Sampel sampel)	Besar Sampel : Minimal 200 Peluang Cara pengambilan Sampel : <i>Non probability Sampling – Consecutive sampling</i>
q.	Periode Pengumpulan Data	: Bulanan
r.	Periode Analisis dan Pelaporan data	: Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☐ Run chart
t.	Penanggung Jawab	: Komite PPI RS

KODE INDIKATOR : ISKP 6

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan pelaksanaan assesmen risiko jatuh dan penandaan pasien risiko jatuh pasien rawat jalan
b. Dasar Pemikiran	:	1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 2. Surat Keputusan Direktur Utama Nomor OT.02.02/I/13706/2017 tentang Panduan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo 3. Sebagai pengukuran mutu upaya pencegahan risiko jatuh di rawat jalan
c. Dimensi Mutu	:	Keselamatan, Keamanan, Berorientasi kepada pasien
d. Tujuan	:	Tergambarnya upaya rumah sakit dalam menjaga keselamatan pasien rawat jalan
e. Definisi Operasional	:	Penerapan ceklis keselamatan operasi atau tindakan invasif adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi tahapan <i>Sign-in</i> (dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi), tahapan <i>Time-out</i> (dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator), dan tahapan <i>Sign-out</i> (dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator)
f. Jenis Indikator	:	Proses dan Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien rawat jalan yang diassesmen risiko jatuh dan diberi penandaan risiko jatuh
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien rawat jalan risiko jatuh sedang dan risiko tinggi
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien rawat jalan dengan risiko jatuh sedang dan tinggi Eksklusi : Pasien rawat jalan dengan risiko jatuh rendah
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan yang diassesmen risiko jatuh dan diberi penandaan risiko jatuh}}{\text{Jumlah pasien rawat jalan risiko jatuh sedang dan risiko tinggi}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medik
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sample Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi dan Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Kepala Instalasi dan Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Private Care Centre Kepala Instalasi dan Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Pusat Jantung Terpadu Kepala Instalasi dan Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Brain Centre

Kepala Instalasi dan Kepala Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Infection Centre
Kepala Instalasi dan Kepala P Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Mother and
Child Centre

KODE INDIKATOR : I_KPI

a. Judul Indikator	:	Ketepatan Waktu Layanan
b. Dasar Pemikiran	:	1. Rencana Strategis Bisnis 2020-2021 (Revisi I) RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo 2. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 3. Merupakan salah satu indikator KPI (<i>Key Performance Indikator</i>) yang bertujuan untuk mengukur tingkat keberhasilan secara kuantitatif tiap tahun atas kemajuan pencapaian suatu sasaran strategis pada peta strategi.
c. Dimensi Mutu	:	Tepat Waktu, Keadilan, Berorientasi kepada pasien
d. Tujuan	:	Terpenuhinya layanan yang komprehensif, terpercaya, dan berkeadilan.
e. Definisi Operasional	:	Ketepatan Waktu Layanan adalah ketepatan waktu pemberian pelayanan kepada customer baik internal maupun eksternal. Ketepatan Waktu Layanan yang dimaksud adalah : 1) Layanan Rawat Jalan dengan Indikator Waktu Tunggu Rawat Jalan 2) Layanan Gawat Darurat dengan Indikator Emergency Respon Time I 3) Layanan Gawat Darurat dengan Indikator Emergency Respon Time II 4) Layanan Resep Obat Jadi dengan Indikator Waktu Tunggu Obat Jadi 5) Layanan Radiologi dengan Indikator Waktu Tunggu Radiologi 6) Layanan Laboratorium dengan Indikator Waktu Tunggu Laboratorium 7) Layanan Operasi dengan Indikator Waktu Tunggu Operasi Elektif
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan sesuai dengan standar waktu pelayanan.
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan.
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan sesuai dengan standar waktu pelayanan. Eksklusi : Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan.
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan sesuai dengan standar waktu pelayanan.}}{\text{Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan.}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Sistem Pelaporan
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Total Sampling</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang

KODE INDIKATOR : I_Sist.Perbaikan

a. Judul Indikator	:	Kelengkapan pengisian ringkasan pulang (resume medis)
b. Dasar Pemikiran	:	1. Undang-Undang No.29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/PER/III/2008 tentang Rekam Medis 3. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 4. Pencapaian kelengkapan pengisian ringkasan pulang/resume medis ≤ 24 Jam setelah pasien pulang rawat inap belum mencapai target
c. Dimensi Mutu	:	Tepat Waktu, , Berorientasi kepada pasien
d. Tujuan	:	Selain merupakan Indikator Prioritas Rumah Sakit indikator ini diharapkan mampu meningkatkan kualitas dokumen klaim pasien JKN rekam medis.
e. Definisi Operasional	:	Kelengkapan pengisian ringkasan pulang (resume medis) adalah ringkasan pulang/resume medis diisi oleh dokter secara lengkap ≤ 24 Jam setelah pasien pulang rawat inap. Ringkasan pulang (resume medis) terdiri dari : 1. Nama Pasien, No. Rekam Medik, Tanggal Lahir/Umur Jenis Kelamin 2. Tanggal Masuk, Tanggal Keluar dan Ruang Rawat Keluar 3. Penanggung Pembayaran 4. Diagnosis/Keluhan Saat Masuk RS 5. Ringkasan Riwayat Penyakit 6. Pemeriksaan Fisik 7. Pemeriksaan Penunjang/Diagnosis Terpenting 8. Terapi Pengobatan Selama di Rumah Sakit 9. Hasil Konsultasi 10. Diagnosis Utama 11. Diagnosis Sekunder dan Kode ICD 12. Tindakan/prosedur 13. Alergi (Reaksi Obat) 14. Instruksi Pulang (tanggal dan tempat kontrol poliklinik, rencana diet) 15. Edukasi (Follow Up) 16. Kondisi Waktu Keluar RS (Tekanan darah, Nadi, Napas, Suhu) 17. Cara Keluar 18. Pengobatan Yang Dilanjutkan 19. Terapi Pulang (Nama Obat, jumlah, dosis, frekuensi, cara pemberian) 20. Tanggal Ringkasan Pulang 21. Nama dan tanda tangan Pasien/Keluarga Nama dan tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah ringkasan pulang/resume medis pasien pulang rawat inap yang lengkap ≤ 24 Jam.
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah ringkasan pulang/resume medis pasien pulang rawat inap.
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Ringkasan pulang/resume medis rawat inap Eksklusi : Ringkasan pulang/resume medis gawat darurat
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah ringkasan pulang/resume medis pasien pulang rawat inap yang lengkap} \leq 24 \text{ Jam}}{\text{Jumlah ringkasan pulang/resume medis pasien pulang rawat inap}} \times 100\%$

Jumlah ringkasan pulang/resume medis pasien pulang rawat inap.		
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI
	:	Cara pengambilan Sampel : <i>Total Sampling</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulan, Tahunan
s. Penyajian Data		☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Instalasi Rekam Medik

KODE INDIKATOR : INM 7/I_Manrisk

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan Waktu <i>Visite</i> Dokter
b. Dasar Pemikiran	:	1. Undang-Undang mengenai Praktik Kedokteran 2. Undang-Undang mengenai pelayanan public 3. Pelayanan kesehatan harus berorientasi kepada kebutuhan pasien, bukan kepada keinginan rumah sakit.
c. Dimensi Mutu	:	Berorientasi kepada pasien
d. Tujuan	:	1. Tergambarnya kepatuhan dokter melakukan visitasi kepada pasien rawat inap sesuai waktu yang ditetapkan. 2. Waktu yang ditetapkan untuk <i>visite</i> adalah pukul 06.00 – 14.00.
e. Definisi Operasional	:	Waktu <i>visite</i> dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien yang di- <i>visite</i> dokter pada pukul 06.00 – 14.00
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien yang diobservasi
j. Target	:	≥ 80%
k. Kriteria	:	Inklusi : <i>Visite</i> dokter pada pasien rawat inap Eksklusi : a. Pasien yang baru masuk rawat inap hari itu b. Pasien konsul
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang di-}i{visite} \text{ dokter pada pukul 06.00-14.00}}{\text{Jumlah pasien yang diobservasi}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Data sekunder berupa laporan <i>visite</i> rawat inap dalam rekam medik
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Kepatuhan Waktu <i>Visite</i> Dokter
p. Populasi / Sampel sampel)	:	1. Sampel berdasarkan table JCI 2. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 3. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Cara pengambilan Sampel : <i>Probability Sampling – Simple Random Sampling</i> (berdasarkan unit pelayanan)
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Rawat inap

KODE INDIKATOR : I_Pendidikan

a. Judul Indikator	:	Pelaksanaan supervisi DPJP terhadap PPDS di rekam medik
b. Dasar Pemikiran	:	a. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien b. Surat Keputusan Direktur Utama Nomor OT.02.02/I/13706/2017 tentang Panduan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo c. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 d. Sebagai rumah sakit pendidikan wajib melakukan monitoring dan evaluasi proses pendidikan
c. Dimensi Mutu	:	Keselamatan, Keamanan, Berorientasi kepada pasien
d. Tujuan	:	Untuk memperoleh gambaran pelaksanaan supervisi peserta didik oleh DPJP.
e. Definisi Operasional	:	Pelaksanaan supervisi Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) terhadap Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) adalah tindakan untuk memastikan asuhan pasien dari peserta program pendidikan dokter spesialis yang aman antara lain kemampuan assesmen, kemampuan membuat keputusan dalam diagnosis dan rencana asuhan serta tindakan medis dan operatif sesuai tingkatan kompetensinya. Supervisi DPJP terhadap PPDS di rekam medik adalah dilakukannya validasi oleh DPJP utama terhadap pencatatan PPDS pada berkas rekam medis. Untuk pengukuran ini, penilaian dilakukan pada lembar Catatan Perkembangan Pelayanan Terintegrasi (CPPT) dengan melihat adanya <i>counter sign</i> oleh DPJP pada lembar CPPT. Kegiatan survei/pengumpulan data dilakukan di hari ke-3 sejak pasien masuk dirawat di ruang rawat inap untuk melihat bukti validasi <i>counter sign</i> DPJP pada lembar CPPT hari ke-2 (diluar hari libur, sabtu dan minggu). Apabila dalam CPPT yang disurvei terdapat <i>counter sign</i> DPJP sebagai bukti validasi, maka dianggap bahwa DPJP telah melakukan supervisi terhadap PPDS di rekam medik. DPJP yang dinilai adalah DPJP tetap di ruang perawatan/intensif.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah CPPT yang dicatat oleh PPDS dan divalidasi oleh DPJP
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah CPPT yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
j. Target	:	80%
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien rawat inap untuk 1 DPJP Utama Eksklusi : • Pasien rawat jalan • Pasien yang dirawat oleh DPJP yang tidak memiliki peserta didik • Pasien yang dititip rawat • Pasien yang dirawat di ruangan VIP
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah CPPT yang dicatat oleh PPDS dan divalidasi oleh DPJP}}{\text{Jumlah CPPT yang disurvei dalam 1 (satu) bulan}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data
p. Populasi / Sampel	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI

sampel)	Cara pengambilan Sampel : <i>Sample Representatif</i>	
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data		☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	• Bagian Pendidikan dan Penelitian • Kepala Instalasi Rawat Inap • Kepala Instalasi Rawat Intensif • Kepala Instalasi Mother and Child Centre • Kepala Instalasi Pusat Jantung Terpadu • Kepala Instalasi Infection Centre

3

**INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT
(IMP UNIT)**

KODE INDIKATOR : IU IGD8

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan pelaksanaan edukasi pasien selama observasi
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 2. Panduan Manajemen Alur Pasien, RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, tahun 2017 3. Agar dapat diperoleh data untuk melakukan monitoring dan evaluasi pelayanan pasien di unit gawat darurat
c. Dimensi Mutu	:	Berorientasi pasien
d. Tujuan	:	Untuk meningkatkan mutu pelayanan pasien di unit gawat darurat
e. Definisi Operasional	:	Salah satu tahap dalam proses penerimaan pasien rawat inap adalah menahan pasien untuk observasi di unit gawat darurat. Skrining awal pasien masuk ke unit gawat darurat melalui triage. Setelah pasien ditriage, pasien dilakukan asesmen awal gawat darurat maksimal 30 menit hingga tatalaksana pasien. Pasien diberikan waktu hingga 6 jam perawatan observasi IGD, apakah akan dirawat, dipulangkan, dirujuk atau meninggal. Bukti tentang penetapan dan pelaksanaan menahan pasien untuk edukasi dituliskan proses menahan pasien u/ observasi di lembar CPPT dan edukasi terintegrasi.
f. Jenis Indikator	:	Proses dan Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien gawat darurat yang diberikan edukasi selama observasi
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien observasi di gawat darurat
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien observasi di unit gawat darurat Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien gawat darurat yang diberikan edukasi selama observasi}}{\text{Jumlah pasien observasi di gawat darurat}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat Kepala Instalasi Pusat Jantung Terpadu Kepala Sub Instalasi IGD Bedah Kepala Sub Instalasi IGD Non Bedah Kepala Sub Instalasi Unit Gawat Darurat PJT

KODE INDIKATOR : IU LUKA BAKAR3

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan perawat dalam melakukan edukasi tentang kemungkinan munculnya nyeri pada saat tindakan
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 2. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, tahun 2022 3. Edukasi tentang kemungkinan munculnya nyeri pada saat Tindakan merupakan suatu proses yang penting untuk menyiapkan pasien sebelum tindakan
c. Dimensi Mutu	:	Aman
d. Tujuan	:	Untuk mendapatkan gambaran kepatuhan perawat dalam melakukan edukasi pada saat Tindakan ganti verban.
e. Definisi Operasional	:	Kepatuhan perawat dalam melakukan edukasi tentang kemungkinan munculnya nyeri saat Tindakan adalah pengisian edukasi dilembar edukasi tentang kemungkinan nyeri saat Tindakan ganti verban dan ditandatangani oleh pemberi edukasi dan penerima edukasi
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien yang diedukasi tentang kemungkinan munculnya nyeri pada saat tindakan ganti verban/rawat luka
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah semua pasien yang dirawat diruang luka bakar dan dilakukan tindakan ganti verban /rawat luka
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua pasien yang dirawat diruang Luka Bakar yang dilakukan tindakan ganti verban dan diberikan edukasi sebelum tindakan Eksklusi : Semua pasien yang dirawat diruang luka bakar tapi tidak dilakukan tindakan ganti verban
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang diedukasi tentang kemungkinan munculnya nyeri pada saat tindakan ganti verban/rawat luka}}{\text{Jumlah semua pasien yang dirawat diruang luka bakar dan dilakukan tindakan ganti verban /rawat luka}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat Kepala Sub Instalasi IGD Bedah

KODE INDIKATOR : IU SISRU TE

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan pelaksanaan edukasi kelengkapan lembar transfer pasien rujukan antar rumah sakit
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 2. SK Direktur Utama RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar No: HK.02.04/I/9684/2015 tentang Proses Transfer Pasien 3. Masih kurangnya kepatuhan petugas RS dalam melengkapi lembar transfer antar RS
c. Dimensi Mutu	:	Efektif, Aman dan Berorientasi Pasien
d. Tujuan	:	Untuk menjamin keselamatan pasien selama perjalanan antar RS.
e. Definisi Operasional	:	Edukasi kelengkapan lembar transfer pasien rujukan antar rumah sakit adalah pemberian informasi dari admin sisrute terhadap RS perujuk dengan tujuan agar RS perujuk memahami dan melengkapi lembar transfer pasien rujukan antar RS sebelum pasien dirujuk dan selama perjalanan ke RS Adapun yang perlu dilengkapi : • Kritis Non Stabil (30 menit) • Kritis Stabil (1 jam)
f. Jenis Indikator	:	Proses dan Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien yang akan dirujuk ke RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar yang telah diedukasi mengenai kelengkapan lembar transfer antar rumah sakit secara lengkap
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah seluruh pasien yang akan dirujuk ke RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua pasien yang akan dirujuk ke RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang akan dirujuk ke RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar yang telah diedukasi mengenai kelengkapan lembar transfer antar rumah sakit secara lengkap}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang akan dirujuk ke RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Concurrent
n. Sumber Data	:	Sistem Pelaporan dan Catatan Data
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel (sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart

t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat Kepala Sub Instalasi Penunjang dan Sistem Rujukan IGD Kepala Sub Instalasi Unit Gawat Darurat PJT
----------------------------	---	--

KODE INDIKATOR : IU POLI

a. Judul Indikator	:	Ketepatan Waktu Tunggu Pelayanan Pasien Rawat Jalan
b. Dasar Pemikiran	:	1. Peraturan Menteri Kesehatan No. 129/Menkes/SK/11/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal 2. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Nomor HK.02.03/I/0173/2016 tentang Pedoman Teknis Penilaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Tahun 2016 Direktur Utama Rumah Sakit Umum/Khusus dan Kepala Balai di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI 3. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 4. Memperoleh gambaran ketepatan waktu tunggu pelayanan pasien rawat jalan dan mendukung penilaian Indikator Kinerja Direktur Utama
c. Dimensi Mutu	:	Efisien, Tepat Waktu dan Berorientasi kepada Pasien
d. Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mudah dan cepat di akses oleh pasien
e. Definisi Operasional	:	Waktu tunggu pelayanan pasien rawat jalan adalah waktu yang diperlukan mulai dari pasien yang sudah terdaftar tiba di poliklinik sampai dilayani dokter. Standar waktu tunggu pelayanan pasien rawat jalan adalah ≤ 60 menit sejak pasien tiba di poliklinik.
f. Jenis Indikator	:	Proses dan Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien yang dilayani dokter tiba sejak tiba di poliklinik dalam waktu ≤ 60 menit
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien rawat jalan dalam 1 (satu) bulan
j. Target	:	$\geq 80\%$
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua pasien yang akan dirujuk ke RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang tiba di poliklinik dan dilayani dokter } \leq 60 \text{ menit}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat jalan dalam 1 (satu) bulan}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Restrospektif
n. Sumber Data	:	Sistem Informasi RS
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan Kepala Instalasi Pelayanan Ibu dan Anak Kepala Instalasi Pusat Jantung Terpadu (Cardiac Centre) Kepala Instalasi Pusat Pelayanan Otak (Brain Centre) Kepala Instalasi Pusat Pelayanan Penyakit Infeksi (Infection Centre) Kepala Sub Instalasi Poliklinik 1

Kepala Sub Instalasi Poliklinik 2
Kepala Sub Instalasi Home Care dan One Day Care (ODC)
Kepala Sub Instalasi Poli dan Tindakan Sistem Pencernaan
(Gastroenterohepatologi)
Kepala Sub Instalasi Poli Pelayanan Kandungan dan Kebidanan, Kesehatan
Anak
Kepala Sub Instalasi Poli dan Tindakan Non Invasif Jantung
Kepala Sub Instalasi Poli Paru, Methadon, dan HIV, Pelayanan Pulmonologi
Intervensi
Kepala Sub Instalasi Poli Penyakit Saraf dan Bedah Saraf

KODE INDIKATOR : IU ENDOS2

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan Pelaksanaan Sign In, Time Out, dan Sign Out
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 2. Tingginya angka kunjungan utk Tindakan endoskopi sehingga rentang untuk terjadi kesalahan dalam Tindakan, baik salah pasien, maupun salah prosedur, sehingga sangat penting untuk menilai kepatuhan petugas dalam menjaga keselamatan pasien melalui pelaksanaan sign in, time out dan sign out
c. Dimensi Mutu		Efisien, Aman dan Berorientasi pada Pasien
d. Tujuan	:	1. Membantu Tim Agar Konsisten Mengikuti Beberapa Langkah Keselamatan Pasien 2. Memandu Interaksi Verbal Antar Tim 3. Menurunkan Angka Kejadian Tidak Diharapkan (Salah Lokasi, Salah Prosedur, Salah Pasien) di ruangan Endoskopi
e. Definisi Operasional	:	Kepatuhan pelaksanaan <i>sign in</i>, <i>time out</i>, dan <i>sign out</i> adalah kepatuhan petugas terhadap pelaksanaan Langkah-langkah yang dilakukan tim yang terlibat dalam Tindakan endoskopi untuk menyamakan persepsi tentang tindakan yang akan dilakukan dengan memberlakukan metode verifikasi sebelum dan setelah pasien dilakukan tindakan endoskopi / ERCP dan pemeriksaan diagnostic invansif non invasive, verifikasi dilakukan dengan mengisi check list verifikasi pre endoskopi, check list keselamatan pasien Endoskopi (Sign In, Time Out, Sign Out) • Sign in adalah fase sebelum Tindakan endoskopi dan sebelum induksi anastesi. Diikuti oleh Dokter Endoskopi, Dokter anastesi, dan perawat, Koordinator akan memastikan apakah pasien sudah di edukasi dan telah menyetujui Tindakan yang akan dilakukan dengan menandatangani persetujuan Tindakan, memastikan identitas pasien, memastikan persiapan prosedur Tindakan sudah dilakukan, memeriksa persiapan obat-obat yang dibutuhkan saat Tindakan dan telah diberikan obat-obat premedikasi minimal 15 menit sebelum Tindakan dilakukan, mengevaluasi keadaan umum, kepatenan jalan nafas dan cardiovascular. • Time out adalah fase dimana anggota tim yang melakukan Tindakan endoskopi memperkenalkan diri (nama dan peran), memastikan dan membaca ulang identitas pasien, dan Tindakan yang akan dilakukan, mengecek sekali lagi keadaan umum dan tanda-tanda vital pasien, memastikan alat-alat endoskopi yg disiapkan sudah sesuai dengan Tindakan yang akan dilakukan, memastikan posisi pasien sudah diatur sesuai rencana Tindakan dan mengecek hasil pemeriksaan sebelumnya jika ada. • Sign out adalah fase dimana secara verbal perawat memastikan nama Tindakan, pelabelan sampel biopsi, mencatat keadaan umum dan tanda-tanda vital, melepaskan dan merapikan alat yang telah digunakan, mensterilkan alat yang sudah dipakai, untuk dokter endoskopi mencatat hasil pemeriksaan dan diagnose, mengisi lembar discharge planning terapi pada hasil pemeriksaan. Terakhir mengevaluasi keadaan umum, menilai jalan nafas dan adanya gangguan cardiovascular.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien yang dilakukan sign in, time out dan sign out di ruangan endoskopi
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah semua pasien yang dilakukan Tindakan endoskopi di ruangan endoskopi

j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua pasien yang dilakukan Tindakan Endoskopi di ruangan Tindakan endoskopi Eksklusi : Pasien yang ditindaki diruangan endoskopi diluar Tindakan endoskopi
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang dilakukan sign in, time out dan sign out diruangan endoskopi}}{\text{Jumlah semua pasien yang dilakukan Tindakan endoskopi di ruangan endoskopi}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Restrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data		☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Sub Instalasi Poli dan Tindakan Sistem Pencernaan (Gastroenterohepatologi) Kepala Instasi Rawat Jalan

KODE INDIKATOR : IU HD(2)

a. Judul Indikator	:	Persentase kesesuaian durasi pelaksanaan hemodialisis dengan preskripsi awal
b. Dasar Pemikiran	:	1. Panduan tindakan keperawatan hemodialisis tahun 2016 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 3. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 4. Memperoleh gambaran kesesuaian durasi pelaksanaan hemodialisis baik untuk pasien lama dan pasien baru
c. Dimensi Mutu	:	Tepat Waktu, Aman dan Berorientasi kepada pasien
d. Tujuan	:	Untuk meningkatkan kualitas hidup pasien yang menjalani hemodialisis dan meningkatkan kualitas pelayanan unit hemodialisis
e. Definisi Operasional	:	Kesesuaian durasi pelaksanaan hemodialisis dengan preskripsi awal adalah kesesuaian waktu pelaksanaan hemodialisis berdasarkan kategori pasien yakni : - durasi hemodialisis 2 jam pada pasien baru - durasi hemodialisis 4 jam pada pasien hemodialisis 3 kali seminggu - durasi hemodialisis 5 jam pada pasien hemodialisis reguler 2 kali seminggu
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pelaksanaan tindakan hemodialisis dengan durasi yang sesuai preskripsi awal
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah seluruh pelaksanaan tindakan hemodialisis
j. Target	:	≥80%
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua pasien yang menjalani hemodialisis Eksklusi : - Pasien yang meninggal saat mengalami hemodialisis - Pasien yang mengalami perubahan kondisi intradialisis/komplikasi intradialisis
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang tiba di poliklinik dan dilayani dokter} \leq 60 \text{ menit}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat jalan dalam 1 (satu) bulan}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Restrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan Kepala Sub Instalasi Hemodialisa

KODE INDIKATOR : IU RANAP1

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan perawat dalam melakukan penilaian NEWSS
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 2. Keberhasilan NEWSS dalam menurunkan angka kejadian henti jantung dipengaruhi oleh implementasi yang baik dari staf dan instrumen NEWSS sesuai dengan pedoman yang ditetapkan sehingga kepatuhan petugas harus dimonitoring dan di evaluasi
c. Dimensi Mutu	:	Efektif dan Berorientasi kepada Pasien
d. Tujuan	:	Suatu sistem penilaian yang digunakan untuk deteksi perburukan parameter fisiologi pasien sehingga memungkinkan untuk dilakukan pemberian intervensi dini dan perawatan tepat waktu
e. Definisi Operasional	:	NEWSS (Nursing Early Warning Skoring Sistem) adalah sebuah sistem skoring fisiologi (TTV) yang umumnya digunakan di unit medikal bedah sebelum pasien mengalami kondisi kegawatan. EWS terdiri dari 7 parameter yang terdiri dari : - Frekuensi pernapasan - Denyut jantung - Tekanan darah sistolik - Tingkat kesadaran - Suhu - Saturasi oksigen - Alat bantu napas
f. Jenis Indikator	:	Proses dan Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien yang dilakukan penilaian NEWSS secara tepat dan benar
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien yang dirawat di pelayanan rawat inap
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Perawat melakukan penilaian NEWSS pada semua pasien rawat inap dan mendokumentasikan pada FORM NEWSS Eksklusi : Penilaian NEWSS dengan skor 0-1
l. Formula	:	$\frac{\text{Semua pasien yang dilakukan penilaian NEWSS dengan tepat dan benar}}{\text{Semua pasien yang dirawat di pelayanan rawat inap}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Restrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel (Sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Inap Kepala Sub Instalasi Lontara 1 Rawat Inap

KODE INDIKATOR : IU RANAP2, IU RANAP4

a. Judul Indikator	:	Persentase kepatuhan perawat dalam pengukuran keseimbangan cairan
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 2. Buku STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR KEPERAWATAN JILID I, 2019, Komite Keperawatan RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, PT. Isam Cahaya Indonesia 3. Terpenuhinya keseimbangan cairan merupakan indikator utama dalam proses penyembuhan pasien
c. Dimensi Mutu	:	Aman dan Berorientasi kepada Pasien
d. Tujuan	:	1. Mengetahui status cairan tubuh 2. Mengetahui jumlah cairan yang masuk 3. Mengetahui jumlah cairan yang keluar 4. Menentukan kebutuhan cairan
e. Definisi Operasional	:	Kepatuhan perawat dalam pengukuran keseimbangan cairan adalah kepatuhan perawat dalam melakukan tindakan untuk mengetahui keseimbangan cairan masuk dan keluar dari tubuh pasien
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien yang dilakukan penghitungan balance cairan
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien keluar (hidup dan meninggal)
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien rawat inap Eksklusi : Pasien yang kurang dari 24 jam berada diruangan
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang dilakukan penghitungan balance cairan}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup dan meninggal)}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Restrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Inap Kepala Sub Instalasi Lontara 2 Rawat Inap Kepala Sub Instalasi Lontara 4 Rawat Inap

KODE INDIKATOR : IU RANAP3

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan petugas memberikan edukasi tentang efek samping kemoterapi kepada pasien yang akan menjalani kemoterapi
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kesehatan Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 2. Buku Keperawatan Kemoterapi Firmana Tahun 2017 3. Masih kurangnya kepatuhan petugas memberikan edukasi tentang efek samping kemoterapi kepada pasien yang akan menjalani kemoterapi 4. Untuk mengurangi kejadian pasien drop out dari pengobatan akibat ketidaknyamanan yang timbul setelah kemoterapi.
c. Dimensi Mutu		Aman dan Berorientasi kepada Pasien
d. Tujuan	:	1. Untuk mengukur tingkat kepatuhan petugas memberikan edukasi tentang efek samping kemoterapi kepada pasien yang akan menjalani kemoterapi 2. Untuk mengurangi kejadian pasien drop out dari pengobatan akibat ketidaknyamanan yang timbul setelah kemoterapi.
e. Definisi Operasional	:	Efek tidak diinginkan yang timbul setelah kemoterapi, seperti: kerontokan rambut, mual/muntah, sariawan, diare, konstipasi, pansitopenia.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien kemoterapi yang telah diedukasi tentang efek samping kemoterapi
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien yang menjalani kemoterapi
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien yang akan menjalani kemoterapi Eksklusi : Pasien dan keluarga dengan keterbatasan mental/ gangguan kecerdasan
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien kemoterapi yang telah diedukasi tentang efek samping kemoterapi}}{\text{Jumlah pasien yang menjalani kemoterapi}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Concurrent
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data		☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Inap Kepala Sub Instalasi Lontara 3 Rawat Inap

KODE INDIKATOR : IU RANAP4

a. Judul Indikator	:	Persentase kepatuhan perawat dalam mengisi lembar observasi komprehensif dengan NEWSS ≥ 2
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 2. Jurnal Keperawatan Implementation Of Early Warning System In Nursing Ward: A Narrative Review, Diana, M., Prayoga, D.H., & Wijayanti, D.P. (2021). Nurse and Health: Jurnal Keperawatan. 10(1): 126-134 3. Untuk mendapatkan data pemantauan kondisi pasien setiap 2 jam
c. Dimensi Mutu	:	Aman dan Berorientasi kepada Pasien
d. Tujuan	:	1. Untuk mengetahui capaian kepatuhan perawat dalam mengisi lembar observasi komprehensif dengan NEWSS 2. Meningkatkan keselamatan pasien
e. Definisi Operasional	:	Kepatuhan perawat dalam mengisi lembar observasi komprehensif dengan NEWSS ≥ 2 adalah kepatuhan perawat dalam mengisi lembar observasi komprehensif dengan NEWSS skoring ≥ 2
f. Jenis Indikator	:	Proses dan Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien rawat inap dengan skoring NEWSS ≥ 2 yang dilakukan observasi komprehensif untuk NEWSS
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien rawat inap dengan skoring NEWSS ≥ 2
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien rawat inap dengan skoring NEWSS ≥ 2 Eksklusi : 1. Pasien rawat inap dengan skoring NEWSS < 2 2. Pasien bayi dan anak
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap dengan skoring NEWSS } \geq 2 \text{ yang dilakukan observasi komprehensif untuk NEWSS}}{\text{Jumlah pasien rawat inap dengan skoring NEWSS } \geq 2} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Restrospektif
n. Sumber Data	:	Catatan Data
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Inap Kepala Sub Instalasi Lontara 4 Rawat Inap

KODE INDIKATOR : IU L3 AB(3)

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan pelaksanaan edukasi pembatalan operasi
b. Dasar Pemikiran	:	1. Peraturan menteri kesehatan no 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien 2. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI, tahun 2022 3. Pemberian edukasi merupakan bagian penting dalam proses asuhan kepada pasien
c. Dimensi Mutu	:	Aman dan Berorientasi kepada Pasien
d. Tujuan	:	1. Untuk meningkatkan kepatuhan dokter dalam edukasi pasien dan keluarga saat dilakukan pembatalan operasi 2. Untuk meningkatkan mutu pelayanan pasien rawat inap yang memerlukan tindakan operatif
e. Definisi Operasional	:	Pembatalan operasi adalah dibatalkannya tindakan operasi untuk pasien yang telah dijadwalkan operasi dan telah dilakukan persiapan operasi. Edukasi pembatalan operasi merupakan proses komunikasi kepada pasien dan keluarga yang diberikan dalam format dan bahasa yang mudah dimengerti terkait alasan penundaan/pembatalan operasi serta tindakan yang harus dilakukan selanjutnya. Edukasi pembatalan operasi dilakukan oleh dokter dan tercatat dalam lembar edukasi terintegrasi. Kepatuhan edukasi pembatalan operasi adalah kegiatan edukasi pembatalan operasi yang dilakukan oleh dokter ahli karna sebab tertentu dan diketahui pasien dan keluarga dan tertulis di lembar catatan edukasi terintegrasi
f. Jenis Indikator	:	Proses dan Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien yang dijadwalkan operasi namun dibatalkan
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien yang dijadwalkan operasi
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Perawat melakukan penilaian NEWS pada semua pasien rawat inap dan Pasien yang dijadwalkan operasi Eksklusi : Pasien yang dibatalkan operasi karena kondisi pasien
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang dijadwalkan operasi namun dibatalkan}}{\text{Jumlah pasien yang dijadwalkan operasi}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Restrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Sub Instalasi Lontara 5 Rawat Inap

KODE INDIKATOR : IU RANAP5

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan petugas dalam edukasi pemakaian masker bagi pasien dan pendamping pasien
b. Dasar Pemikiran	:	1. Peraturan menteri kesehatan nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien 2. Peraturan menteri kesehatan nomor 27 tahun 2017 tentang pedoman pengendalian dan pencegahan infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan 3. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 4. Mendapatkan gambaran upaya rumah sakit untuk mencegah penyebaran virus
c. Dimensi Mutu	:	Aman dan Berorientasi kepada Pasien
d. Tujuan	:	1. Meningkatkan kepatuhan petugas dalam memberikan edukasi pemakaian masker 2. Mencegah penyebaran virus di ruang perawatan
e. Definisi Operasional	:	Kepatuhan petugas dalam edukasi pemakaian masker bagi pasien dan pendamping pasien adalah kegiatan edukasi penggunaan masker kepada pasien dan pendamping pasien untuk mencegah penyebaran virus yang tertulis dalam lembar catatan edukasi terintegrasi dan diterapkan oleh pendamping pasien dan pasien
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Pasien opname yang mendapatkan edukasi pemakaian masker yang tertulis di catatan edukasi terintegrasi dan menerapkannya
i. Denominator (Penyebut)	:	Pasien opname yang di dampingi oleh keluarga dan penjaga
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua pasien opname yang mendapatkan edukasi pemakaian masker Eksklusi : 1. Pasien yang tidak di dampingi oleh keluarga atau penjaga 2. Pasien yang tidak memungkinkan memakai masker berdasarkan kondisi medis
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien opname yang mendapatkan edukasi pemakaian masker yang tertulis di catatan edukasi terintegrasi dan menerapkannya}}{\text{Jumlah pasien opname yang di dampingi oleh keluarga dan penjaga}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Concurrent
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Inap Kepala Sub Instalasi Lontara 5 Rawat Inap

KODE INDIKATOR : IU ANASTESI 1

a. Judul Indikator	:	Keberhasilan Intubasi
b. Dasar Pemikiran	:	1. Buku <i>Clinical Anesthesiology</i> Edisi 6, Morgan , tahun 2018 2. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 3. Pemasangan endotrakeal tube (intubasi) merupakan kemampuan yang harus dimiliki oleh dokter anestesi sesuai dengan clinical privilege yang dimilikinya.
c. Dimensi Mutu	:	Efisien, Efektif dan Berorientasi kepada Pasien
d. Tujuan	:	Untuk menilai kemampuan dokter anestesi dalam melakukan tindakan anestesi umum dengan pemasangan endotrakeal tube
e. Definisi Operasional	:	Keberhasilan intubasi adalah kemampuan dokter anestesi melakukan tindakan pemasangan endotrakeal tube pada saat melakukan anestesi umum.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Pasien yang berhasil intubasi
i. Denominator (Penyebut)	:	Pasien yang mendapatkan Tindakan anestesi umum intubasi endotrakeal
j. Target	:	>95%
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien yang dilakukan Re-intubasi karena plaqing/ sumbatan lendir di saluran napas/ETT Eksklusi : Pasien yang sudah diprediksi dengan kesulitan intubasi sebelumnya
l. Formula	:	$\frac{\text{Pasien yang berhasil intubasi}}{\text{Pasien yang mendapatkan Tindakan anestesi umum intubasi endotrakeal}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Concurrent
n. Sumber Data	:	Observasi
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Intensif Kepala Sub Instalasi Pelayanan Anestesiologi

KODE INDIKATOR : IU ICU2

a. Judul Indikator	:	Angka Kejadian Reintubasi di ICU
b. Dasar Pemikiran	:	1. Permenkes Nomor 269/Menkes/PER/III/2008 tentang Rekam Medis 2. Miltiades AN, et al., 2017. <i>Cumulative Probability and Time to Reintubation in United Stated Intensive Care Unit</i>. Crit Care Med, 45 (5) 835-842 3. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 4. Kejadian Re-intubasi merupakan hal penting untuk di kaji karena menyangkut morbiditas dan mortalitas pasien di ICU karena hampir 90% pasien menggunakan alat bantu nafas sehingga sangat perlu untuk mengantisipasi kejadian Re-intubasi akibat <i>plaqing</i>, selain itu hal ini penting untuk identifikasi kebutuhan pasien terhadap penggunaan alat bantu nafas.
c. Dimensi Mutu	:	Tepat Waktu, Aman dan Berorientasi pada Pasien
d. Tujuan	:	Untuk mendapatkan gambaran tentang angka kejadian Re-intubasi akibat <i>plaqing</i> di ICU untuk digunakan sebagai acuan dalam menentukan masalah dan rencana tindak lanjut pelayanan
e. Definisi Operasional	:	Angka kejadian reintubasi di ICU adalah kejadian re-intubasi pada pasien dengan <i>unplanned extubation</i> karena adanya <i>plaqing</i> atau lendir yang menyumbat pada saluran napas/ETT sehingga perlu dilakukan Re-intubasi secepatnya karena dapat mengancam nyawa pasien.
f. Jenis Indikator	:	Proses dan Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah Kejadian reintubasi akibat <i>plaqing</i>
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah semua pasien yang terintubasi/ terpasang ventilator
j. Target	:	< 10 %
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien yang dilakukan Re-intubasi karena <i>plaqing</i> / sumbatan lendir di saluran napas/ETT Eksklusi : 1. Re-intubasi akibat ekstubasi terencana (<i>planned exstubation</i>) seperti penilaian rencana ekstubasi yang tidak tepat. 2. Re-intubasi karena pasien mencabut ETT sendiri (<i>self extubation</i>). 3. Pasien dengan tracheostomi.
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah Kejadian reintubasi akibat plaqing}}{\text{Jumlah semua pasien yang terintubasi/ terpasang ventilator}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel (sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Intensif Kepala Sub Instalasi Pelayanan Terapi Intensif (ICU dan HCU)

KODE INDIKATOR : IU COT

a. Judul Indikator	:	Persentase ketepatan waktu mulai operasi pertama per hari per ruang operasi
b. Dasar Pemikiran	:	1. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 2. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Nomor HK.02.03/I/0173/2016 tentang Pedoman Teknis Penilaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Tahun 2016 Direktur Utama Rumah Sakit Umum/Khusus dan Kepala Balai di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI 3. Waktu tunggu operasi elektif masih panjang, sehingga perlu dilakukan evaluasi pelaksanaan operasi pertama yang dijadwalkan
c. Dimensi Mutu	:	Tepat Waktu, Berorientasi pada Pasien
d. Tujuan	:	Untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas utilitas kamar operasi
e. Definisi Operasional	:	Ketepatan waktu mulai operasi pertama per hari per ruang operasi adalah ketepatan waktu pasien masuk ke ruang operasi dan dilakukan persiapan operasi oleh anastesi dan bedah sebelum jam 9 pagi setiap harinya
f. Jenis Indikator	:	Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah ruang operasi yang digunakan untuk tindakan operasi per hari sebelum jam 09.00
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah ruang operasi yang tersedia perhari
j. Target	:	100 %
k. Kriteria	:	Inklusi : Ruang operasi yang didalamnya sudah ada pasien dan dilakukan persiapan operasi sampai jam 09.00 Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah ruang operasi yang digunakan untuk tindakan operasi per hari sebelum jam 09.00}}{\text{Jumlah ruang operasi yang tersedia perhari}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis, Catatan Data
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral Kepala Sub Instalasi Pelayanan Kamar Bedah

KODE INDIKATOR : ERT 2

a. Judul Indikator	:	Emergency Reapon Time 2 (ERT)
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 2. Merupakan salah satu indikator Kinerja Direktur Utama.
c. Dimensi Mutu	:	Efisiensi dan Efektif
d. Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
e. Definisi Operasional	:	Emergency Respon Time 2 (ERT 2) adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi
j. Target	:	≤120 menit
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien IGD yang diputuskan operasi cito Eksklusi : Operasi cito yang membutuhkan puasa > 2 jam sejak diputuskan harus operasi
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Catatan data
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral Sub Instalasi Pelayanan Kamar Bedah (OK IGD)

KODE INDIKATOR : IU NICU

a. Judul Indikator	:	Angka kejadian cedera septum pada terapi CPAP
b. Dasar Pemikiran	:	1. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 2. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 3. Tingginya pemakaian alat CPAP pada neonatus di ruangan NICU sehingga perlu dilakukan monitoringnya
c. Dimensi Mutu	:	Aman dan Berorientasi pada Pasien
d. Tujuan	:	Untuk mengukur kualitas pelayanan keperawatan yang aman dan efektif
e. Definisi Operasional	:	Continuos Positive Airway Pressure (CPAP) adalah merupakan suatu alat untuk mempertahankan tekanan positif pada saluran napas neonatus selama pernafasan spontan. Kerusakan septum pada terapi CPAP adalah suatu kerusakan septum nasal pada bayi yang disebabkan karena iritasi atau tekanan dari nasal prong pada saat menggunakan alat bantu nafas CPAP.
f. Jenis Indikator	:	Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah semua bayi yang mengalami cedera septum akibat CPAP
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah semua bayi yang menggunakan alat bantu CPAP dalam 1 periode
j. Target	:	0 %
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua bayi yang menggunakan alat bantu nafas CPAP Eksklusi : Bayi yang mengalami cedera septum yang terjadi di luar RSWS
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah semua bayi yang mengalami cedera septum akibat CPAP}}{\text{Jumlah semua bayi yang menggunakan alat bantu CPAP dalam 1 periode}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel (sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Pelayanan Ibu dan Anak Kepala Sub Instalasi Pelayanan Intensif Anak (PICU dan NICU)

KODE INDIKATOR : IU PICU

a. Judul Indikator	:	Angka kejadian dekubitus
b. Dasar Pemikiran	:	1. Pedoman Surveilans Infeksi, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Tahun 2017 2. Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-24/PB/2018 tentang Perubahan atas Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor Per-36/PB/2016 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan 3. Petunjuk Praktis Surveilans Infeksi Rumah Sakit, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011 4. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 5. Unit PICU merupakan unit dengan pasien tirah baring lama yang berisiko dekubitus
c. Dimensi Mutu	:	Aman dan Berorientasi pada Pasien
d. Tujuan	:	Untuk mengukur kualitas pelayanan keperawatan yang aman dan efektif
e. Definisi Operasional	:	Kejadian dekubitus adalah terjadinya pasien yang mengalami dekubitus selama dalam perawatan di rawat inap rumah sakit. Dekubitus adalah luka pada jaringan kulit yang disebabkan oleh tekanan berlangsung lama dan terus – menerus. Kriteria : 1. Pasien paling tidak mempunyai 2 gejala dan tanda berikut, yang tidak diketahui penyebab lainnya : kemerahan sakit atau pembengkakan di tepian luka dekubitus. 2. Minimal ditemukan 1 dari bukti berikut : a. Hasil kultur positif dari cairan atau jaringan yang diambil secara benar b. Hasil kultur darah positif Dokter yang merawat menyatakan adanya dekubitus dan diberi pengobatan antimikroba.
f. Jenis Indikator	:	Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah kejadian dekubitus
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien tirah baring
j. Target	:	< 1,5 %
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien rawat inap tirah baring Eksklusi : Pasien yang masuk rawat inap RS yang sudah mengalami dekubitus
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah kejadian dekubitus}}{\text{Jumlah pasien tirah baring}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Concurrent
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan

s. Penyajian Data	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	: Kepala Instalasi Pelayanan Ibu dan Anak Kepala Sub Instalasi Pelayanan Intensif Anak (PICU dan NICU)

KODE INDIKATOR : IU PINANG1(1)

a. Judul Indikator	:	Kelengkapan pengisian form kontrol pemberian obat sesuai SPO
b. Dasar Pemikiran	:	1. Peraturan Menteri Kesehatan No.269 tahun 2008 tentang Rekam Medis 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
c. Dimensi Mutu	:	Keselamatan, keamanan dan Berorientasi pada Pasien
d. Tujuan	:	Untuk mendapatkan gambaran bahwa obat – obatan yang diberikan ke pasien tercatat dengan baik dan lengkap serta dapat dimonitoring ketepatan pemberiannya.
e. Definisi Operasional	:	Kelengkapan pengisian form kontrol pemberian obat adalah pengisian form kontrol pemberian obat yang diisi lengkap sesuai terapi medis yang diberikan oleh DPJP atau dokter dan perawat yang bertugas pada saat pasien sementara di rawat di unit pelayanan rawat inap, rawat intensif, atau gawat darurat.
f. Jenis Indikator	:	Output
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah kontrol pemberian obat yang terisi lengkap
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien yang dirawat inap
j. Target	:	100 %
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua form kontrol pemberian obat pada rekam medis pasien yang sementara di rawat Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah kontrol pemberian obat yang terisi lengkap}}{\text{Jumlah pasien yang dirawat inap}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Pelayanan Ibu dan Anak Kepala Sub Instalasi Perawatan Pinang 1

KODE INDIKATOR : IU PINANG1(2)

a. Judul Indikator	:	Ketepatan waktu pemberian obat injeksi
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 2. Tindakan pemberian obat injeksi merupakan tindakan yang high volume dan perlu dilakukan pemantauan
c. Dimensi Mutu	:	Tepat Waktu dan Berorientasi pada Pasien
d. Tujuan	:	Untuk menilai kualitas pelayanan pemberian obat secara tepat waktu dan konsisten
e. Definisi Operasional	:	Ketepatan waktu pemberian obat injeksi adalah pemberian obat injeksi kepada pasien pada unit perawatan yang diberikan tepat waktu dengan toleransi waktu 30 menit sebelum dan sesudah jadwal yang ditentukan
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah obat injeksi yang diberikan kepada pasien secara tepat waktu dengan batas toleransi 30 menit sebelum dan sesudah dari jadwal yang ditentukan
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah obat injeksi yang diberikan kepada pasien sesuai jadwal pemberian obat suntik
j. Target	:	100 %
k. Kriteria	:	Inklusi : Obat injeksi yang terdaftar dalam jadwal pemberian obat Eksklusi : Obat injeksi yang sudah distop pemberiannya
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah obat injeksi yang diberikan kepada pasien secara tepat waktu dengan batas toleransi 30 menit sebelum dan sesudah dari jadwal yang ditentukan}}{\text{Jumlah obat injeksi yang diberikan kepada pasien sesuai jadwal pemberian obat suntik}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Pelayanan Ibu dan Anak Kepala Sub Instalasi Perawatan Pinang 1

KODE INDIKATOR : IU PINANG2

a. Judul Indikator	:	Persentase pelaksanaan kemoterapi yang tepat waktu
b. Dasar Pemikiran	:	1. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 2. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 3. Kemoterapi merupakan prosedur dengan potensial karsinogenik dan bahaya yang di timbulkan dari obat kemoterapi
c. Dimensi Mutu	:	Tepat Waktu, Aman dan Berorientasi pada Pasien
d. Tujuan	:	Untuk menilai kualitas pelayanan pemberian obat secara tepat waktu dan konsisten
e. Definisi Operasional	:	Pelaksanaan kemoterapi tepat waktu adalah terlaksananya kemoterapi sesuai jadwal oleh petugas kesehatan dengan kompetensi/pengetahuan tentang prosedur pemasangan obat kemoterapi secara aman (tersertifikasi)
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien yang diberikan kemoterapi tepat waktu setiap bulan
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah seluruh pemberian obat kemoterapi
j. Target	:	100 %
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien yang menerima obat kemoterapi Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang diberikan kemoterapi tepat waktu setiap bulan}}{\text{Jumlah seluruh pemberian obat kemoterapi}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis, Catatan Data, dan Laporan Kepuasan Pasien
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Pelayanan Ibu dan Anak Kepala Sub Instalasi Perawatan Pinang 2

KODE INDIKATOR : IU PINANG2

a. Judul Indikator	:	Pemberian ASI eksklusif pada bayi baru lahir selama dirawat di rumah sakit
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Joint Commission International Edisi ke-6, tahun 2017 2. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022
c. Dimensi Mutu	:	Keselamatan, keamanan dan Berorientasi pada Pasien
d. Tujuan	:	Menilai kepatuhan petugas dalam menjalankan program pemberian ASI Eksklusif
e. Definisi Operasional	:	Memberikan ASI eksklusif selama bayi yang baru lahir dirawat di rumah sakit yang dimaksud adalah apabila bayi masih berada di rumah sakit maka bayi diharapkan harus benar-benar mengonsumsi hanya ASI tanpa adanya susu formula yang diberikan. Kartu Informasi dan Edukasi (KIE) diberikan kepada ibu untuk selanjutnya memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan pertama.
f. Jenis Indikator	:	Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah bayi baru lahir yang hanya diberikan hanya ASI selama di rumah sakit sejak lahir
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah bayi baru lahir yang pulang/keluar rumah sakit dalam periode 1 bulan
j. Target	:	100 %
k. Kriteria	:	Inklusi : 1. Bayi sehat yang lahir hidup 2. Bayi yang tidak ada kontra indikasi pemberian ASI Eksklusi : 1. Bayi yang dirawat di NICU 2. Dokumentasi <i>Alasan Tidak Memberikan ASI Eksklusif</i>
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah bayi baru lahir yang hanya diberikan hanya ASI selama di rumah sakit sejak lahir}}{\text{Jumlah bayi baru lahir yang pulang/keluar rumah sakit dalam periode 1 bulan}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis, Catatan Data, dan Laporan Kepuasan Pasien
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Pelayanan Ibu dan Anak Kepala Sub Instalasi Perawatan Pinang 2

KODE INDIKATOR : IU POLIPCC

a. Judul Indikator	:	Ketepatan jam pelayanan dokter spesialis di poliklinik
b. Dasar Pemikiran	:	3. Peraturan Menteri Kesehatan No.129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 4. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 5. Pengukuran mutu ketepatan jam pelayanan dokter spesialis di tahun 2018 belum mencapai standar
c. Dimensi Mutu	:	Efektif dan Tepat Waktu
d. Tujuan	:	Tergambarnya upaya rumah sakit dalam memberikan pelayanan dengan cepat dan tepat serta mengurangi resiko komplain dari pasien/keluarga
e. Definisi Operasional	:	Ketepatan jam pelayanan dokter spesialis terhadap pasien yang terdaftar di poliklinik PCC dalam waktu kurang dari 60 menit sejak teregistrasi dalam sistem di rumah sakit
f. Jenis Indikator	:	Proses dan Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah dokter spesialis yang memberikan pelayanan tepat waktu
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah dokter spesialis yang disurvei
j. Target	:	85 %
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua dokter spesialis yang memberikan pelayanan pada saat survei Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah dokter spesialis yang memberikan pelayanan tepat waktu}}{\text{Jumlah dokter spesialis yang disurvei}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Catatan Data
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Pelayanan Private Kepala Sub Instalasi Pelayanan Eksekutif dan Medical Chevk Up (MCU)

KODE INDIKATOR : IU PCC

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan Perawat Dalam Memasang Stiker Dan Alert Segitiga Resiko Jatuh
b. Dasar Pemikiran	:	1. Peraturan Menteri Kesehatan No.269 tahun 2008 tentang Rekam Medis 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 3. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 4. Merupakan Implementasi dari Intervensi Pelayanan keperawatan guna meningkatkan pencegahan Resiko Jatuh di ruang rawat inap
c. Dimensi Mutu	:	Aman dan Berorientasi kepada Pasien
d. Tujuan	:	Tergambarnya upaya rumah sakit dalam memberikan pelayanan dengan cepat dan tepat serta mengurangi resiko komplain dari pasien/keluarga
e. Definisi Operasional	:	Kepatuhan perawat dalam memasang stiker dan alert segitiga resiko jatuh dalam upaya pencegahan Risiko cedera akibat pasien jatuh di rawat inap adalah upaya pencegahan risiko jatuh pasien dengan melakukan pengkajian dan pemasangan alert/Tanda Segitiga Risiko jatuh pada pasien yang beresiko sedang dan Tinggi.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien yang terpasang alert/Tanda resiko Jatuh
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien yang Beresiko jatuh sedang-tinggi sesuai dengan hasil pengkajian
j. Target	:	100 %
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua Pasien Yang masuk rawat inap yang telah dilakukan pengkajian risiko jatuh dan memiliki ratio Resiko jatuh sedang-Tinggi Eksklusi : Pasien yang hasil Pengkajian Resiko jatuh Rendah/Tidak beresiko.
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang terpasang alert/Tanda Resiko Jatuh}}{\text{Jumlah pasien yang Beresiko jatuh sedang-tinggi sesuai dengan hasil pengkajian}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Concurrent
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Pelayanan Private Kepala Sub Instalasi Perawatan Private Care Centre (PCC)

KODE INDIKATOR : IU PALEM

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan Dokter dan Perawat dalam pengisian Form Kontrol Pemberian Obat sesuai SPO
b. Dasar Pemikiran	:	1. Peraturan Menteri Kesehatan No.269 tahun 2008 tentang Rekam Medis 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 3. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 4. Kelengkapan pengisian form control pemberian obat masih merupakan problem prone, merupakan penyumbang ketidaklengkapan rekam medis
c. Dimensi Mutu	:	Aman dan Berorientasi pada Pasien
d. Tujuan	:	Untuk mendapatkan gambaran obat – obatan yang diberikan ke pasien tercatat dengan benar dan lengkap serta dapat dimonitoring ketepatan pemberiannya.
e. Definisi Operasional	:	Kepatuhan Dokter Mengisi form kontrol pemberian obat antara lain : Nama Obat, Route, Dosis, Start, Indikasi (Pra Renata), Nama Dokter/Paraf Kepatuhan Perawat dalam mengisi Form Kontrol Pemberian obat antara lain : Identitas pasien, Tanggal masuk, tanggal keluar, Diagnosa, Alergi, Tanggal/Bulan/Tahun serta mengatur jadwal pemberian obat dan Perawat (di isi nama dan paraf perawat yang memberikan obat), Jam (Jam realisasi pemberian obat dari jadwal)dan Katim (katim/Pj Shift) di unit pelayanan Palem
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah Form Kontrol pemberian obat yang terisi lengkap di Rekam Medis Pasien
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah Form Kontrol Obat Pasien yang dirawat yang ada di Rekam Medis Pasien
j. Target	:	100 %
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua form Kontrol pemberian obat pada rekam medis pasien yang sementara di rawat Eksklusi : Pasien yang tidak mendapat pengobatan
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah Form Kontrol pemberian obat yang terisi lengkap di Rekam Medis Pasien}}{\text{Jumlah Form Kontrol Obat Pasien yang dirawat yang ada di Rekam Medis Pasien}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Pelayanan Private Kepala Sub Instalasi Perawatan Palem

KODE INDIKATOR : IU RAJAL PJT

a. Judul Indikator	:	Ketepatan Waktu Tunggu Pelayanan Pasien Rawat Jalan
b. Dasar Pemikiran	:	1. Peraturan Menteri Kesehatan No. 129/Menkes/SK/11/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal 2. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Nomor HK.02.03/I/0173/2016 tentang Pedoman Teknis Penilaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Tahun 2016 Direktur Utama Rumah Sakit Umum/Khusus dan Kepala Balai di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI
c. Dimensi Mutu	:	Ketepatan waktu dan berorientasi kepada pasien
d. Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mudah dan cepat di akses oleh pasien
e. Definisi Operasional	:	Waktu tunggu pelayanan pasien rawat jalan adalah waktu yang diperlukan mulai dari pasien yang sudah terdaftar tiba di poliklinik sampai dilayani dokter. Standar waktu tunggu pelayanan pasien rawat jalan adalah ≤60 menit sejak pasien tiba di poliklinik.
f. Jenis Indikator	:	Proses dan outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien yang dilayani dokter sejak terdaftar dalam waktu < 60 menit
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien rawat jalan dalam 1 (satu) bulan
j. Target	:	100 %
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien rawat jalan yang telah selesai melakukan pendaftaran Eksklusi : Pasien yang tidak datang pada waktu yang ditentukan atau saat di panggil
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang dilayani dokter sejak terdaftar dalam waktu < 60 menit}}{\text{Jumlah pasien rawat jalan dalam 1 (satu) bulan}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Sistem Informasi RS
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Pusat Jantung Terpadu Kepala Sub Instalasi Poli dan Tindakan Non Invasif Jantung

KODE INDIKATOR : IU IRJALCATHLAB

a. Judul Indikator	:	Kelengkapan pengisian laporan tindakan post diagnostic dan invasif
b. Dasar Pemikiran	:	1. Peraturan Menteri Kesehatan No. 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 3. Untuk memonitoring kinerja dokter di ruangan cath lab
c. Dimensi Mutu	:	Keselamatan, Keamanan dan Berorientasi kepada pasien
d. Tujuan	:	Untuk mendapatkan gambaran kualitas pelayanan tindakan post diagnostik dan invasif
e. Definisi Operasional	:	Kelengkapan pengisian laporan tindakan post diagnostic dan invasif adalah laporan yang diisi dan ditulis secara lengkap serta adanya pengisian tanggal dan jam serta pembubuhan tanda tangan/paraf DPJP
f. Jenis Indikator	:	Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah laporan tindakan post diagnostic dan invasif yang terisi lengkap
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah laporan tindakan post diagnostic dan invasif dalam 1 periode
j. Target	:	100 %
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien rawat jalan yang telah selesai melakukan pendaftaran Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah laporan tindakan post diagnostic dan invasif yang terisi lengkap}}{\text{Jumlah laporan tindakan post diagnostic dan invasif dalam 1 periode}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Pusat Jantung Terpadu Kepala Sub Instalasi Tindakan Invasif Jantung (Cath Lab)

KODE INDIKATOR : IU PJTOK

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan perawat dalam melakukan observasi selama pelaksanaan transfusi darah
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 2. Untuk mengetahui capaian kepatuhan perawat dalam melakukan pendokumentasian yang lengkap sesuai form observasi pemberian transfusi darah
c. Dimensi Mutu	:	Keselamatan, Keamanan dan Berorientasi kepada pasien
d. Tujuan	:	Untuk memperoleh gambaran kualitas pelayanan transfusi darah di PJT OK
e. Definisi Operasional	:	Observasi selama pelaksanaan transfusi darah adalah prosedur pencatatan hasil observasi selama pemberian transfusi darah berupa tanggal dan jam, mengukur vital sign (tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan), hemoglobin pre transfusi, mengobservasi reaksi transfusi dan perubahan kondisi pasien, stempel nama dan tanda tangan perawat dan atau dokter yang melakukan observasi transfusi dan tertulis pada halaman observasi transfusi darah di unit PJT OK.
f. Jenis Indikator	:	Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah kegiatan pendokumentasian sesuai form tersedia hasil observasi selama transfusi darah, berupa tanggal dan jam, pasien pada 15 menit pertama, 15 menit kedua dan 60 menit kemudian, berupa mengukur vital sign (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan), hemoglobin pretransfusi dan perubahan kondisi pasien, stempel nama dan tanda tangan perawat dan atau dokter yang melakukan observasi transfusi dan tertulis pada halaman observasi transfusi darah
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah seluruh kegiatan pemberian transfusi darah (kantong darah atau produk darah) dalam satu bulan
j. Target	:	100 %
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien dengan transfusi darah atau produk darah Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah kegiatan pendokumentasian sesuai form tersedia hasil observasi selama transfusi darah, berupa tanggal dan jam, pasien pada 15 menit pertama, 15 menit kedua dan 60 menit kemudian, berupa mengukur vital sign (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan), hemoglobin pretransfusi dan perubahan kondisi pasien, stempel nama dan tanda tangan perawat dan atau dokter yang melakukan observasi transfusi dan tertulis pada halaman observasi transfusi darah}}{\text{Jumlah seluruh kegiatan pemberian transfusi darah (kantong darah atau produk darah) dalam satu bulan}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	□ Tabel

		□ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Pusat Jantung Terpadu Kepala Sub Instalasi Tindakan Invasif Jantung (Kamar Operasi)

KODE INDIKATOR : IU PJTCVCU

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan penulisan indikasi pasien masuk CVCU/HCU pada format CPPT sesuai SPO
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 2. Agar dapat memonitoring dan evaluasi kepatuhan terhadap standar Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan
c. Dimensi Mutu	:	Kesinambungan Pelayanan dan Berorientasi kepada pasien
d. Tujuan	:	Untuk memastikan bahwa pasien yang dirawat di CVCU sesuai indikasi berdasarkan SPO
e. Definisi Operasional	:	Kriteria pasien masuk CVCU adalah suatu proses penerimaan pasien ke unit pelayanan Cardiovascular Care Unit (CVCU) yang ditentukan dengan kriteria yang telah ditetapkan. Kepatuhan penulisan indikasi pasien masuk CVCU pada format CPPT sesuai SPO adalah kepatuhan dokter menuliskan indikasi pasien masuk CVCU ketika pasien ditetapkan untuk di rawat di CVCU.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien yang masuk di CVCU dengan penulisan indikasi rawat CVCU yang lengkap pada format CPPT sesuai SPO
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah seluruh pasien yang masuk di CVCU
j. Target	:	100 %
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua pasien yang ditetapkan untuk rawat CVCU Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang masuk di CVCU dengan penulisan indikasi rawat CVCU yang lengkap pada format CPPT sesuai SPO}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang masuk di CVCU}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Pusat Jantung Terpadu Kepala Sub Instalasi Perawatan Intensif (CVCU, /HCU) PJT

KODE INDIKATOR : IU PJTCVCU2

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan penulisan indikasi pasien keluar dari CVCU di lembar CPPT sesuai SPO
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 2. Agar dapat memonitoring dan evaluasi kepatuhan terhadap standar Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan
c. Dimensi Mutu	:	Keselamatan, Keamanan dan Berorientasi kepada pasien
d. Tujuan	:	Untuk mengendalikan lama hari rawat pasien yang dirawat di CVCU
e. Definisi Operasional	:	Kriteria pasien masuk CVCU adalah suatu proses penerimaan pasien ke unit pelayanan Cardiovascular Care Unit (CVCU) yang ditentukan dengan kriteria yang telah ditetapkan. Kepatuhan penulisan indikasi pasien masuk CVCU pada format CPPT sesuai SPO adalah kepatuhan dokter menuliskan indikasi pasien masuk CVCU ketika pasien ditetapkan untuk di rawat di CVCU.
f. Jenis Indikator	:	Proses dan Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien yang dipindahkan dari CVCU dengan penulisan indikasi keluar dari CVCU yang lengkap pada format CPPT sesuai SPO
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah semua pasien yang dipindahkan dari CVCU
j. Target	:	100 %
k. Kriteria	:	Inklusi : Jumlah pasien yang keluar dari CVCU dengan penulisan indikasi keluar dari CVCU yang lengkap pada format CPPT sesuai SPO Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang dipindahkan dari CVCU dengan penulisan indikasi keluar dari CVCU yang lengkap pada format CPPT sesuai SPO}}{\text{Jumlah semua pasien yang dipindahkan dari CVCU}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Pusat Jantung Terpadu Kepala Sub Instalasi Perawatan Intensif (CVCU, /HCU) PJT

KODE INDIKATOR : IU PJTICU

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan penulisan indikasi pasien masuk pada format CPPT sesuai SPO
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 2. Agar dapat memonitoring dan evaluasi kepatuhan terhadap standar Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan
c. Dimensi Mutu	:	Kesinambungan Pelayanan dan Berorientasi kepada pasien
d. Tujuan	:	Untuk memastikan bahwa pasien yang dirawat di PJT ICU sesuai indikasi berdasarkan SPO
e. Definisi Operasional	:	Kriteria pasien masuk PJT ICU adalah suatu proses penerimaan pasien ke unit pelayanan PJT ICU yang ditentukan dengan kriteria yang telah ditetapkan. Kepatuhan penulisan indikasi pasien masuk PJT ICU pada format CPPT sesuai SPO adalah kepatuhan dokter menuliskan indikasi pasien masuk PJT ICU ketika pasien ditetapkan untuk di rawat di PJT ICU.
f. Jenis Indikator	:	Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien yang masuk di PJT ICU dengan penulisan indikasi rawat PJT ICU yang lengkap pada format CPPT sesuai SPO
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah seluruh pasien yang masuk di PJT ICU
j. Target	:	100 %
k. Kriteria	:	Inklusi : Jumlah pasien yang keluar dari PJT ICU dengan penulisan indikasi keluar dari PJT ICU yang lengkap pada format CPPT sesuai SPO Eksklusi : Pasien Meninggal
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang masuk di PJT ICU dengan penulisan indikasi rawat PJT ICU yang lengkap pada format CPPT sesuai SPO}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang masuk di PJT ICU}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis, Catatan Data, dan Laporan Kepuasan Pasien
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Pusat Jantung Terpadu Kepala Sub Instalasi Perawatan Intensif (ICU) PJT

KODE INDIKATOR : IU PJTICU (2)

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan penulisan indikasi pasien keluar dari PJT ICU di lembar CPPT sesuai SPO
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 2. Agar dapat memonitoring dan evaluasi kepatuhan terhadap standar Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan
c. Dimensi Mutu	:	Keselamatan, keamanan dan Berorientasi kepada pasien
d. Tujuan	:	Untuk mengendalikan lama hari rawat pasien yang dirawat di PJT ICU
e. Definisi Operasional	:	Kriteria pasien masuk PJT ICU adalah suatu proses perpindahan pasien dari unit Pelayanan PJT ICU yang ditentukan dengan kriteria yang telah ditetapkan. Kepatuhan penulisan indikasi pasien keluar dari PJT ICU pada format CPPT sesuai SPO adalah kepatuhan dokter menuliskan indikasi pasien keluar PJT ICU ketika pasien ditetapkan untuk dipindahkan dari PJT ICU ke ruang rawat selanjutnya.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien yang dipindahkan dari PJT ICU dengan penulisan indikasi keluar dari PJT ICU yang lengkap pada format CPPT sesuai SPO
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah semua pasien yang dipindahkan dari PJT ICU
j. Target	:	100 %
k. Kriteria	:	Inklusi : Jumlah pasien yang keluar dari PJT ICU dengan penulisan indikasi keluar dari PJT ICU yang lengkap pada format CPPT sesuai SPO Eksklusi : Pasien Meninggal
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang dipindahkan dari PJT ICU dengan penulisan indikasi keluar dari PJT ICU yang lengkap pada format CPPT sesuai SPO}}{\text{Jumlah semua pasien yang dipindahkan dari PJT ICU}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Pusat Jantung Terpadu Kepala Sub Instalasi Perawatan Intensif (ICU) PJT

KODE INDIKATOR : IU PJTLT4/ IU PJTLT4/ IU PJTLT4

a. Judul Indikator	:	Persentase kepatuhan perawat dalam melakukan prosedur balance cairan
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 2. Prosedur balance cairan merupakan tindakan keparawatan yang high volume dan perlu dimonitoring kesesuaiannya dengan SPO
c. Dimensi Mutu	:	Keselamatan, keamanan dan Berorientasi kepada pasien
d. Tujuan	:	Untuk mendapatkan gambaran kualitas pelayanan pasien rawat inap
e. Definisi Operasional	:	Petugas melakukan prosedur balance cairan dengan menghitung jumlah intake cairan dan output cairan kemudian mendokumentasikan pada lembar observasi pada rekam medik. Balance cairan menggambarkan keseimbangan antara intake dan output cairan terutama untuk pasien yang memerlukan pengawasan terhadap kelelahan atau kekurangan cairan misalnya CKD dan CHF.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien yang dilakukan prosedur balance cairan sesuai SPO
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien yang dirawat inap
j. Target	:	100 %
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien yang dirawat inap Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang dilakukan prosedur balance cairan sesuai SPO}}{\text{Jumlah pasien yang dirawat inap}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis, Catatan Data, Laporan Kepuasan Pasien
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Pusat Jantung Terpadu Kepala Sub Instalasi Perawatan Jantung dan Non Jantung PJT

KODE INDIKATOR : IU POLI IC

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan Kehadiran DPJP Sesuai Jadwal Poliklinik Infection Centre
b. Dasar Pemikiran	:	1. Surat Keputusan Menteri Kesehatan No: 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 2. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022
c. Dimensi Mutu	:	Keselamatan, Keamanan, Berorientasi kepada pasien
d. Tujuan	:	Meningkatkan upaya dalam menjamin keselamatan pasien
e. Definisi Operasional	:	NEWSS (Nursing Early Warning Scoring System) adalah sebuah skoring fisiologis untuk mendeteksi perburukan kondisi pasien. Kepatuhan perawat dalam mengisi lembar observasi komprehensif untuk NEWSS adalah kepatuhan perawat dalam menuliskan hasil skoring dari pengkajian pasien sesuai dengan parameter yang diukur yakni: a. Pasien dewasa : frekuensi nadi, tekanan darah sistolik, pernapasan, tingkat kesadaran dan suhu tubuh b. Pasien Anak : Perilaku, Status Kardiovaskular dan Status Pernapasan
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien rawat inap dengan skoring NEWSS ≥ 2 yang dilakukan observasi komprehensif untuk NEWSS
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien rawat inap dengan skoring NEWSS ≥ 2
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien rawat inap dengan skoring NEWSS ≥ 2 Eksklusi : - Pasien rawat inap dengan skoring NEWSS < 2 - Pasien bayi dan anak
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap dengan skoring NEWSS } \geq 2 \text{ yang dilakukan observasi komprehensif untuk NEWSS}}{\text{Jumlah pasien rawat inap dengan skoring NEWSS } \geq 2} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Pengumpulan Data
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sample Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Pusat Pelayanan Penyakit Infeksi (Infection Centre) Kepala Sub Instalasi Perawatan Non Infeksi Paru dan HIV

KODE INDIKATOR : IU IC INTENSIF

a. Judul Indikator	:	Angka Kejadian Efek Samping Penggunaan Modalitas Terapi Oksigen
b. Dasar Pemikiran	:	1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691 tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien RS 2. SK Direktur Utama Nomor HK.03.06/01/4268/2012 tentang Kebijakan Rekam Medis di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar 3. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022
c. Dimensi Mutu	:	Efektif, Aman, Berorientasi kepada pasien
d. Tujuan	:	Untuk meminimalkan resiko terjadinya luka tekan pada pasien yang menggunakan modalitas terapi oksigen.
e. Definisi Operasional	:	Angka kejadian efek samping penggunaan modalitas terapi oksigen adalah pasien yang menggunakan modalitas terapi oksigen lebih dari 3 hari yang dinyatakan terjadi nyeri, lebam dan luka lecet pada area telinga, hidung, mulut dan wajah sampai selesai terapi oksigen
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien yang mengalami efek samping luka tekan akibat terpasang modalitas lebih dari 3 (tiga) hari
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien yang terpasang modalitas terapi oksigen lebih dari 3 (tiga) hari
j. Target	:	0%
k. Kriteria	:	Semua pasien yang terpasang modalitas terapi oksigen lebih dari 3 (tiga) hari Eksklusi : Pasien yang tidak terpasang modalitas terapi oksigen
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang mengalami efek samping luka tekan akibat terpasang modalitas lebih dari 3 (tiga) hari}}{\text{Jumlah pasien yang terpasang modalitas terapi oksigen lebih dari 3 (tiga) hari}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Observasi
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Pengumpulan Data
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Total Sampling</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	√ Tabel √ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Pusat Pelayanan Penyakit Infeksi (Infection Centre) Kepala Sub Instalasi Perawatan Intensif Infection Centre

KODE INDIKATOR : IU INFKS.PARU

a. Judul Indikator	:	Persentase Kepatuhan Perawat Dalam Mengisi Lembar Observasi Komprehensif Untuk Penilaian EWSS
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 2. Untuk mengetahui capaian kepatuhan perawat dalam mengisi lembar observasi komprehensif dengan NEWSS
c. Dimensi Mutu	:	Keselamatan, keamanan, berorientasi kepada pasien
d. Tujuan	:	Meningkatkan upaya dalam menjamin keselamatan pasien
e. Definisi Operasional	:	EWSS (Early Warning Scoring System) adalah sebuah skoring fisiologis untuk membantu petugas kesehatan dalam mengidentifikasi penurunan kondisi pasien sedini mungkin dan bila perlu mencari bantuan yang lebih kompeten. Kepatuhan perawat dalam mengisi lembar observasi komprehensif untuk EWSS adalah kepatuhan perawat dalam menuliskan hasil skoring dari pengkajian pasien sesuai dengan parameter yang diukur yakni: a. Pasien dewasa : frekwensi nafas , saturasi Oksigen, pemberian oksigen, Suhu, tekanan darah sistolik, nadi, dan tingkat kesadaran. b. Pasien Anak : Perilaku, Status Kardiovaskular dan Status Pernapasan
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien rawat inap yang dilakukan penilaian EWSS
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien pulang setelah mendapatkan perawatan rawat inap
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien rawat inap Eksklusi : - Pasien pindah ruang perawatan rawat inap - Pasien bayi dan anak
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang dilakukan penilaian EWSS}}{\text{Jumlah pasien pulang setelah mendapatkan perawatan rawat inap}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Pengumpulan Data
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Pusat Pelayanan Penyakit Infeksi (Infection Centre) Kepala Sub Instalasi Perawatan Infeksi Paru

KODE INDIKATOR : IU IC NONINFKS

a. Judul Indikator	:	Persentase kepatuhan perawat dalam mengisi lembar observasi komprehensif untuk NEWSS
b. Dasar Pemikiran	:	Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022
c. Dimensi Mutu	:	Keselamatan, Keamanan, Berorientasi kepada pasien
d. Tujuan	:	Meningkatkan upaya dalam menjamin keselamatan pasien
e. Definisi Operasional	:	NEWSS (Nursing Early Warning Scoring System) adalah sebuah skoring fisiologis untuk mendeteksi perburukan kondisi pasien. Kepatuhan perawat dalam mengisi lembar observasi komprehensif untuk NEWSS adalah kepatuhan perawat dalam menuliskan hasil skoring dari pengkajian pasien sesuai dengan parameter yang diukur yakni: - Pasien dewasa : frekuensi nadi, tekanan darah sistolik, pernapasan, tingkat kesadaran dan suhu tubuh - Pasien Anak : Perilaku, Status Kardiovaskular dan Status Pernapasan
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien rawat inap dengan skoring NEWSS ≥ 2 yang dilakukan observasi komprehensif untuk NEWSS
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien rawat inap dengan skoring NEWSS ≥ 2
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien rawat inap dengan skoring NEWSS ≥ 2 Eksklusi : - Pasien rawat inap dengan skoring NEWSS < 2 - Pasien bayi dan anak
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap dengan skoring NEWSS } \geq 2 \text{ yang dilakukan observasi komprehensif untuk NEWSS}}{\text{Jumlah pasien rawat inap dengan skoring NEWSS } \geq 2} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Pengumpulan Data
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sample Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Pusat Pelayanan Penyakit Infeksi (Infection Centre) Kepala Sub Instalasi Perawatan Non Infeksi Paru dan HIV

KODE INDIKATOR : IU POLIBC

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan kehadiran DPJP sesuai jadwal di poliklinik brain center
b. Dasar Pemikiran	:	1. Surat Keputusan Menteri Kesehatan No: 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 3. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 4. Tidak tercapainya persentase kehadiran DPJP di poliklinik Brain center
c. Dimensi Mutu	:	Efektif, Tepat Waktu dan Berorientasi kepada Pasien
d. Tujuan	:	Tercapainya pelayanan yang optimal dan tingkat kepuasan pasien meningkat
e. Definisi Operasional	:	Kepatuhan kehadiran dpjp sesuai jadwal di Poliklinik Brain Center adalah kepatuhan kehadiran DPJP sesuai Jadwal di poliklinik brain center adalah kehadiran DPJP tepat waktu sesuai dengan jadwal poliklinik yang sudah di tentukan
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah DPJP yang hadir sesuai jadwal harian di poliklinik brain center
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah DPJP yang sesuai jadwal harian poliklinik brain center
j. Target	:	80 %
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua DPJP yang hadir sesuai jadwal harian di poliklinik Eksklusi : Semua DPJP yang hadir tidak sesuai jadwal harian poliklinik
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah DPJP yang hadir sesuai jadwal harian di poliklinik brain center}}{\text{Jumlah DPJP yang sesuai jadwal harian poliklinik brain center}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Concurrent
n. Sumber Data	:	Jadwal Harian DPJP dan Absensi Kehadiran
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Pusat Pelayanan Otak (Brain Centre) Kepala Sub Instalasi Poli Penyakit Saraf dan Bedah Saraf

KODE INDIKATOR : IU CATHBRAIN2

a. Judul Indikator	:	Persentase pembatalan tindakan catheterisasi saraf di ruang Cathlab Brain Centre
b. Dasar Pemikiran	:	1. Surat Keputusan Menteri Kesehatan No: 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 3. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 4. Belum ada penjadwalan tindakan di ruang Cath lab Brain Centre yang diketahui oleh semua staf 5. Meningkatkan Produktivitas (Kuantitas dan Kualitas) tindakan di Cathlab Brain Centre
c. Dimensi Mutu	:	Efektif dan Berorientasi kepada Pasien
d. Tujuan	:	Untuk mendapatkan gambaran kualitas pelayanan pasien
e. Definisi Operasional	:	Pembatalan tindakan catheterisasi saraf adalah jumlah pasien yang dibatalkan untuk tindakan catheterisasi (diagnostik dan intervensi) sesuai waktu yang sudah dijadwalkan
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien yang dibatalkan tindakan catheterisasi dan terjadwal
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien yang telah dijadwalkan tindakan catheterisasi
j. Target	:	0 %
k. Kriteria	:	Inklusi : - Pasien yang di rencanakan kateterisasi dan sudah dijadwalkan - Pasien dengan kasus atau diagnosa Neuro Eksklusi : - Kondisi Pasien - Pasien dengan tindakan dari Unit Gastro dan Radiologi
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang dibatalkan tindakan catheterisasi dan terjadwal}}{\text{Jumlah pasien yang telah dijadwalkan tindakan catheterisasi}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Concurrent
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Pusat Pelayanan Otak (Brain Centre) Kepala Sub Instalasi Tindakan Invasif Penyakit Saraf (Catherisasi Saraf)

KODE INDIKATOR : IU RWTBRAIN, IU HCUBRAIN2

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan Dokter dan Perawat dalam pengisian Form Kontrol Pemberian Obat sesuai SPO
b. Dasar Pemikiran	:	1. Surat Keputusan Menteri Kesehatan No: 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 3. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 4. Kelengkapan pengisian form control pemberian obat masih merupakan problem prone, merupakan penyumbang ketidaklengkapan rekam medis
c. Dimensi Mutu	:	Aman dan Berorientasi kepada Pasien
d. Tujuan	:	Untuk mendapatkan gambaran bahwa obat – obatan yang diberikan ke pasien tercatat dengan baik dan lengkap serta dapat dimonitoring ketepatan pemberiannya.
e. Definisi Operasional	:	Kepatuhan Dokter Mengisi form kontrol pemberian obat antara lain : Nama Obat, Route, Dosis, Start, Indikasi (Pra Renata), Nama Dokter/Paraf Kepatuhan Perawat dalam mengisi Form Kontrol Pemberian obat antara lain : Identitas pasien, Tanggal masuk, tanggal keluar, Diagnosa, Alergi, Tanggal/Bulan/Tahun serta mengatur jadwal pemberian obat dan Perawat (di isi nama dan paraf perawat yang memberikan obat), Jam (Jam realisasi pemberian obat dari jadwal) dan Katim (katim/Pj Shift) di unit pelayanan rawat inap, rawat intensif, atau gawat darurat.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah form Kontrol Pemberian Obat(KPO) yang terisi lengkap di rekam medis pasien
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah form Kontrol Pemberian Obat(KPO) yang terisi lengkap di rekam medis pasien
j. Target	:	100 %
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua form Kontrol Pemberian Obat(KPO) pada rekam medis pasien yang sementara di rawat Eksklusi : Pasien yang tidak mendapat pengobatan
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah form Kontrol Pemberian Obat(KPO) yang terisi lengkap di rekam medis pasien}}{\text{Jumlah form Kontrol Obat Pasien(KPO) yang dirawat yang ada di rekam medis pasien}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Rektrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Sub Instalasi Perawatan Sawit Sub Instalasi Perawatan HCU Penyakit Saraf dan Bedah Saraf

KODE INDIKATOR : IU HCUBRAIN3

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan penulisan indikasi pasien masuk dan keluar HCU di lembar CPPT sesuai SPO
b. Dasar Pemikiran	:	1. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 834/Menkes/SK/VII/2010 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan High Care Unit (HCU) di Rumah Sakit 2. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 3. Agar dapat memonitoring dan mengevaluasi kepatuhan terhadap standar Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan. 4. Agar criteria masuk dan keluar HCU dapat dilaksanakan sesuai SPO
c. Dimensi Mutu	:	Efisien, Aman dan Berorientasi kepada Pasien
d. Tujuan	:	Untuk memastikan bahwa pasien yang dirawat di HCU sesuai indikasi berdasarkan SPO
e. Definisi Operasional	:	Kriteria pasien masuk dan keluar adalah suatu proses penerimaan pasien di unit pelayanan High Care Unit (HCU) yang ditentukan dengan kriteria masuk dan keluar yang telah ditetapkan. Kepatuhan penulisan indikasi pasien masuk dan keluar HCU pada format CPPT sesuai SPO adalah kepatuhan dokter menuliskan indikasi pasien masuk dan keluar HCU ketika pasien ditetapkan untuk di rawat di HCU.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien yang masuk dan keluar di unit pelayanan HCU yang sesuai kriteria masuk dan keluar dan tercatat pada lembar CPPT sesuai SPO
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah seluruh pasien yang masuk dan keluar di unit pelayanan HCU
j. Target	:	100 %
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua pasien yang ditetapkan untuk dirawat di unit pelayanan HCU sesuai kriteria masuk dan keluar Eksklusi : Semua pasien yang terindikasi pemasangan ventilator Semua pasien yang meninggal Semua pasien yang pulang atas permintaan sendiri Semua pasien dengan kasus paliatif
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang masuk dan keluar di unit pelayanan HCU yang sesuai kriteria masuk dan keluar dan tercatat pada lembar CPPT sesuai SPO}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang masuk dan keluar di unit pelayanan HCU}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Rektrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Pusat Pelayanan Otak (Brain Centre) Kepala Sub Instalasi Perawatan High Care Unit (HCU) Penyakit Saraf dan Bedah Saraf

KODE INDIKATOR : IU LAB PA

a. Judul Indikator	:	Waktu tunggu hasil pemeriksaan histopatologi maksimal 5 hari kerja
b. Dasar Pemikiran	:	1. Buku Pedoman Pelayanan Patologi Anatomi Indonesia, Kementerian Kesehatan RI tahun 2015 2. Hasil pemeriksaan histopatologi merupakan salah satu penentu bagi klinisi untuk memberikan pengobatan dan tindakan / penanganan selanjutnya. 3. Hasil pemeriksaan pasien yang tepat waktu, membantu mempercepat klinisi dalam menentukan tindakan/pelayanan pasien.
c. Dimensi Mutu	:	Efektifitas, Efisiensi, Ketepatan Waktu, Keselamatan dan Keamanan, Kesenambungan Pelayanan, Berorientasi kepada pasien
d. Tujuan	:	1. Untuk mendapatkan gambaran waktu tunggu pemeriksaan histopatologi sebagai salah satu upaya peningkatan mutu pelayanan. 2. Untuk mendapatkan gambaran waktu tunggu pemeriksaan histopatologi sebagai acuan untuk menentukan masalah dan rencana pemecahan masalah. 3. Untuk Mengevaluasi kinerja secara periodik
e. Definisi Operasional	:	Waktu tunggu hasil pemeriksaan histopatologi adalah waktu yang dibutuhkan mulai dari sampel jaringan di registrasi di Instalasi Patologi Anatomi sampai lembar hasil pemeriksaan histopatologi pasien ditandatangani oleh dokter Spesialis Patologi Anatomi.
f. Jenis Indikator	:	Proses dan Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase, Hari
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah hasil pemeriksaan histopatologi dengan waktu tunggu maksimal 5 hari kerja
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah seluruh hasil pemeriksaan histopatologi di instalasi patologi anatomi
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Hasil pemeriksaan histopatologi yang teregistrasi dan ditandatangani oleh dokter Spesialis Patologi Anatomi Eksklusi : 1. Kasus-kasus sulit yang memerlukan prosedur pembedahan ulang terhadap jaringan maupun blok paraffin (proses PLD dan SUSUL) 2. Kasus-kasus sulit yang memerlukan konsultasi ke spesialis patologi anatomi lain. 3. Kasus sulit yang memerlukan proses pewarnaan lain yang bukan pewarnaan rutin untuk mendukung diagnosa. 4. Prosesing jaringan mengalami masalah misal alat rusak dll, yang memerlukan proses prosesing ulang. 5. Sampel jaringan yang besar atau banyak sehingga dibuat slide yang banyak (lebih dari 5 slide)
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah hasil pemeriksaan histopatologi dengan waktu tunggu maksimal 5 hari kerja}}{\text{Jumlah seluruh hasil pemeriksaan histopatologi di instalasi patologi anatomi}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Catatan Data, Sistem Pelaporan
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Pengumpulan Data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI

sampel)	Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>	
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan
s. Penyajian Data		☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Sub Instalasi Patologi Anatomi

KODE INDIKATOR : IU FARMASI1

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan Apoteker Melakukan Pengisian Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi pada pasien rawat inap
b. Dasar Pemikiran	:	1. Peraturan Menteri Kesehatan RI, Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit 2. <i>Pharmacotherapy A Phathophysiologic Approach</i>, Joseph T. DiPiro, Pharm. D., et al, 2008 3. <i>Drug Information Handbook</i>, Charles F. Lacy, 20th Edition, 2012 4. <i>Handbook of Drug Interactions, A Clinical and Forensic Guide</i>, Ashraf Mozayani, PharmD, PhD and Lionel P. Raymon. PharmD, PhD, 2004
c. Dimensi Mutu	:	Kesinambungan
d. Tujuan	:	Memantau, menilai, dan melakukan rencana asuhan terhadap masalah terkait obat pada pasien rawat inap
e. Definisi Operasional	:	Kegiatan asuhan kefarmasian tentang masalah terkait obat pada pasien rawat inap yang di tuangkan dalam bentuk <i>Subjective, Objektive, Assesment, plan</i> (SOAP) di Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah Pasien Rawat Inap yang telah terisi SOAP
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah semua Pasien Rawat Inap dalam satu Periode
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Semua Pasien Rawat Inap dalam satu periode Eksklusi : Pasien Rawat Inap yang masuk dan langsung keluar pada hari libur yang berurutan
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah Pasien Rawat Inap yang telah terisi SOAP}}{\text{Jumlah semua Pasien Rawat Inap dalam satu Periode}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Concurrent
n. Sumber Data	:	Catatan Data
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Pengumpulan Data
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Farmasi

KODE INDIKATOR : IU FARMASI2

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan Apoteker Melakukan Edukasi Terintegrasi Pada Pasien Rawat Inap
b. Dasar Pemikiran	:	1. Peraturan Menteri Kesehatan RI, Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit 2. Pharmacotherapy A Phathophysilogic Approach, Joseph T. DiPiro, Pharm. D., et al, 2008 3. Drug Information Handbook, Charles F. Lacy, 20th Edition, 2012 4. Handbook of Drug Interactions, A Clinical and Forensic Guide, Ashraf Mozayani, PharmD, PhD and Lionel P. Raymon. PharmD, PhD, 2004
c. Dimensi Mutu	:	Kesinambungan
d. Tujuan	:	Apoteker dapat menjelaskan dan menguraikan penggunaan obat yang benar dan baik pada pasien sehingga tujuan terapi pengobatan dapat tercapai dengan aman dan pasien merasa aman dengan obat yang dikonsumsi.
e. Definisi Operasional	:	Edukasi Farmasi adalah suatu proses penyampaian informasi antara Apoteker dengan pasien atau keluarga pasien yang dilakukan secara sistematis untuk memberikan kesempatan dalam membantu meningkatkan pengetahuan, pemahaman sehingga pasien atau keluarga pasien memperoleh keyakinan atau kemampuan dalam penggunaan obat yang benar.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah Edukasi Farmasi Apoteker pada Pasien Rawat inap sebelum pasien pulang
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah semua Pasien Rawat Inap dalam satu Periode
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua Pasien Rawat Inap dalam satu periode Eksklusi : Pasien Rawat Inap yang masuk dan langsung pulang di hari libur yang berurutan
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah Edukasi Farmasi Apoteker pada Pasien Rawat inap sebelum pasien pulang}}{\text{Jumlah semua Pasien Rawat Inap dalam satu Periode}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Concurrent
n. Sumber Data	:	Catatan Data
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Pengumpulan Data
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Farmasi

DE INDIKATOR : IU FARMASI3

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan Apoteker Melakukan Pelaporan Medication Error
b. Dasar Pemikiran	:	1. PMK Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah sakit 2. Peraturan Menteri Kesehatan RI, Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit
c. Dimensi Mutu	:	Keselamatan, Kestinambungan
d. Tujuan	:	Terpenuhinya pelaporan medication error
e. Definisi Operasional	:	Kepatuhan mengumpulkan laporan medication error tahap prescribing dari hasil verifikasi resep sebanyak 128 lembar resep per bulan
f. Jenis Indikator	:	Proses dan Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah apoteker yang mengumpulkan laporan medication error sesuai persyaratan
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah semua apoteker yang bertugas di Depo Farmasi
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua Apoteker yang bertugas di Depo Farmasi Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah apoteker yang mengumpulkan laporan medication error sesuai persyaratan}}{\text{Jumlah semua apoteker yang bertugas di Depo Farmasi}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Catatan Data
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Pengumpulan Data
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Total Sampling</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Farmasi

KODE INDIKATOR : IU GIZI1

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan pengisian asuhan gizi 2x24 jam sejak pasien masuk perawatan
b. Dasar Pemikiran	:	1. Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit (PGRS) Tahun 2013 2. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 3. Asuhan gizi merupakan proses yang penting agar pasien dapat diberi makanan sesuai dengan status gizi dan kebutuhan pasien sehingga perlu dilakukan monitoring kepatuhan pelaksanaannya pada unit perawatan
c. Dimensi Mutu	:	Tepat Waktu dan Berorientasi kepada Pasien
d. Tujuan	:	Untuk menjamin pasien mendapatkan asuhan gizi sesuai dengan kebutuhan pasien
e. Definisi Operasional	:	Kepatuhan pengisian asuhan gizi 2 x 24 jam sejak pasien masuk perawatan adalah kepatuhan dietisien dalam mengisi asuhan gizi sejak pasien masuk perawatan sampai 2x 24 jam.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah form asuhan gizi yang terisi lengkap di ruang perawatan
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah seluruh form asuhan gizi pasien di ruang perawatan
j. Target	:	80 %
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien yang masuk di ruang perawatan Eksklusi : Pasien yang masuk di ruang perawatan pada hari Jumat (diluar jam kerja), hari libur dan pasien pulang sebelum 2 x 24 jam
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah form asuhan gizi yang terisi lengkap di ruang perawatan}}{\text{Jumlah seluruh form asuhan gizi pasien di ruang perawatan}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Gizi

KODE INDIKATOR : IU GIZI2

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan monitoring dan evaluasi terapi gizi pasien rawat inap
b. Dasar Pemikiran	:	1. Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit (PGRS) Tahun 2013 2. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 3. Asuhan gizi merupakan proses yang penting agar pasien dapat diberi makanan sesuai dengan status gizi dan kebutuhan pasien sehingga perlu dilakukan monitoring kepatuhan pelaksanaannya pada unit perawatan
c. Dimensi Mutu	:	Efektif dan Berorientasi kepada Pasien
d. Tujuan	:	Untuk menjamin pasien mendapatkan asuhan gizi yang berkesinambungan
e. Definisi Operasional	:	Kepatuhan monitoring dan evaluasi terapi gizi pasien rawat inap adalah kepatuhan dietisien dalam melakukan monitoring dan evaluasi terapi gizi berdasarkan skoring risiko gizi (risiko ringan dan sedang) pasien rawat inap dan dicatat dalam rekam medis. Kriteria Skoring : Risiko Ringan : monitoring setelah 7 hari perawatan Risiko sedang : monitoring setiap 3 hari perawatan
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien yang dimonitoring dan dievaluasi oleh dietisien berdasarkan skoring gizi (risiko ringan dan risiko sedang) dan dicatat dalam rekam medis
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah seluruh pasien di ruang perawatan
j. Target	:	80 %
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien yang mendapatkan asuhan gizi di ruang perawatan dengan skoring risiko ringan dan sedang Eksklusi : - Pasien yang mendapatkan asuhan gizi di ruang perawatan dengan skoring risiko tinggi - Pasien yang masuk di ruang perawatan pada hari Jumat (diluar jam kerja), hari libur dan pasien pulang sebelum 2 x 24 jam
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang dimonitoring dan dievaluasi oleh dietisien berdasarkan skoring gizi (risiko ringan dan risiko sedang) dan dicatat dalam rekam medis}}{\text{Jumlah seluruh pasien di ruang perawatan}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Gizi

KODE INDIKATOR : IU STERILISASI

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan petugas sterilisasi sentral mengisi formulir permintaan proses sterilisasi secara lengkap
b. Dasar Pemikiran	:	1. Pedoman CSSD Tahun 2009 2. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 3. Menjamin mutu sterilisasi alat
c. Dimensi Mutu	:	Efisien Dan Efektif
d. Tujuan	:	Untuk mengurangi resiko kehilangan dan tertukarnya alat dari ruang perawatan
e. Definisi Operasional	:	Kepatuhan petugas sterilisasi sentral mengisi formulir permintaan proses sterilisasi secara lengkap adalah kepatuhan yang dilakukan oleh petugas untuk mengisi formulir permintaan proses sterilisasi di setiap tahapan proses sterilisasi mulai dari penerimaan alat kotor sampai pendistribusian alat steril secara lengkap.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah formulir permintaan proses sterilisasi yang diisi secara lengkap
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah formulir permintaan proses sterilisasi yang masuk ke CSSD
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua formulir permintaan proses sterilisasi yang masuk ke CSSD untuk suhu tinggi dan suhu rendah Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah formulir permintaan proses sterilisasi yang diisi secara lengkap}}{\text{Jumlah formulir permintaan proses sterilisasi yang masuk ke CSSD}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Concurrent
n. Sumber Data	:	Catatan Data
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Total Sampling</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu Kepala Sub Instalasi Sterilisasi Sentral

KODE INDIKATOR : IU KLPAB

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Pengawasan dan Pengendalian Binatang Pengganggu
b. Dasar Pemikiran	:	1. Permenkes No.7 tahun 2019 Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit. 2. Permenkes No.50 Tahun 2017 Tentang Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan dan Persyaratan Kesehatan Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit serta Pengendaliannya 3. Permenkes No.24 Tahun 2016 Tentang Persyaratan Tekhnis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit 4. Merupakan salah satu program Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit
c. Dimensi Mutu	:	Keamanan, Kesinambungan Pelayanan
d. Tujuan	:	Memberikan pelayanan dalam rangka upaya untuk mengurangi populasi tikus dan binatang pengganggu lainnya (kucing) sehingga keberadaannya tidak menjadi vektor penularan penyakit.
e. Definisi Operasional	:	Kepatuhan petugas dalam melakukan pengawasan dan pengendalian binatang pengganggu adalah Rangkaian kegiatan petugas dalam melakukan pengawasan dan pengendalian binatang pengganggu berdasarkan laporan dari petugas cleaning service, perawat ruangan tentang keberadaan binatang pengganggu di lingkungan rumah sakit. Binatang pengganggu adalah Tikus dan Kucing Pengendalian adalah Kegiatan atau tindakan yang ditujukan untuk menurunkan populasi Binatang Pengganggu serendah mungkin, sehingga keberadaannya tidak lagi berisiko untuk terjadinya gangguan penularan penyakit.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah Laporan Keberadaan Binatang Pengganggu yang di lakukan pengawasan dan pengendalian oleh petugas sanitarian dan petugas cleaning service
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah Seluruh Laporan Keberadaan Binatang Pengganggu yang dilakukan pengawasan dan pengendalian oleh petugas sanitarian dan petugas cleaning service
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua laporan keberadaan binatang pengganggu tikus dan kucing dari ruangan di rumah Eksklusi : Semua laporan keberadaan binatang pengganggu lain seperti lalat dan kecoa di rumah sakit
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah Laporan Keberadaan Binatang Pengganggu yang di lakukan pengawasan dan pengendalian oleh petugas sanitarian dan petugas cleaning service}}{\text{Jumlah Seluruh Laporan Keberadaan Binatang Pengganggu yang dilakukan pengawasan dan pengendalian oleh petugas sanitarian dan petugas cleaning service}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Concurrent
n. Sumber Data	:	Catatan Data
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data

p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Total Sampling</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data		☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan, Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3RS) Kepala Sub Instalasi Pengelolaan Air Bersih, Lingkungan dan Vektor

KODE INDIKATOR : IU BINATU

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan staf dalam mengoperasikan mesin cuci sesuai dengan kapasitas mesin cuci
b. Dasar Pemikiran	:	1. Pedoman CSSD Tahun 2009 2. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 3. Mencegah Kerusakan Mesin Cuci linen Akibat pengisian melebihi kapasitas mesin 4. Mencegah Kerusakan linen akibat pengisian linen lebih rendah dari kapasitas mesin cuci 5. Menjamin kualitas hasil cucian 6. Kepatuhan staf menjalankan mesin sesuai dengan SPO pencucian linen
c. Dimensi Mutu	:	Efektif dan Efisien
d. Tujuan	:	Untuk mengurangi resiko kehilangan dan tertukarnya alat dari ruang perawatan
e. Definisi Operasional	:	Kepatuhan staf dalam mengoperasikan mesin cuci sesuai dengan kapasitas mesin cuci adalah kepatuhan oleh petugas binatu untuk mengisi mesin dengan jumlah linen sesuai dengan kapasitas mesin cuci, serta mengisi form ceklist pengelolaan linen.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pengisian linen ke mesin cuci dengan cara yang benar sesuai kapasitas
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah seluruh pengisian linen ke mesin cuci
j. Target	:	100 %
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua pencucian linen menggunakan mesin cuci Eksklusi : Pencucian linen dengan cara manual, dan pencucian cito
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pengisian linen ke mesin cuci dengan cara yang benar sesuai kapasitas}}{\text{Jumlah seluruh pengisian linen ke mesin cuci}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Concurrent
n. Sumber Data	:	Catatan Data
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data pada Sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu Kepala Sub Instalasi Binatu

KODE INDIKATOR : IU PEMASARAN

a. Judul Indikator	:	Pertumbuhan jumlah pasien dengan cara bayar Umum, Asuransi Non BPJS dan Ikatan Kerjasama
b. Dasar Pemikiran	:	1. Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020-2024 (Revisi I) RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo 2. Rencana Bisnis dan Anggaran Tahunan RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo 3. Rencana Kerja Tahunan RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo 4. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 5. Merupakan salah satu target “<i>Key Performance Indicator</i>” Renstra Tahun 2020- 2024
c. Dimensi Mutu		Efektif dan Efisien
d. Tujuan	:	Untuk menilai keberhasilan promosi RS
e. Definisi Operasional	:	Gambaran pertumbuhan jumlah pasien yang membayar Umum, menggunakan asuransi non BPJS dan pasien dari instansi/perusahaan yang memiliki perjanjian kerjasama dengan RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo yang diukur berdasarkan rumus tingkat pertumbuhan (Growth Rate).
f. Jenis Indikator	:	Proses dan Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien Umum/Swasta, Asuransi lainnya dan IKS pada periode berjalan dikurangi Jumlah pasien umum/swasta, Asuransi lainnya dan IKS pada periode sebelumnya
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien pasien umum/swasta, asuransi dan IKS pada periode waktu yang sama
j. Target	:	10 %
k. Kriteria	:	Inklusi : ✓ Pasien Umum (Pasien yang membayar sendiri) ✓ Pasien Asuransi (Asuransi Non BPJS) ✓ Pasien IKS dan Perusahaan Pasien Baru dan Lama Eksklusi : ✓ JKN ✓ Penelitian ✓ IKS Kemenkes (Pandemi Covid 19)
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien Umum/Swasta, Asuransi lainnya dan IKS pada periode berjalan dikurangi Jumlah pasien umum/swasta, Asuransi lainnya dan IKS pada periode sebelumnya}}{\text{Jumlah pasien Umum/Swasta, Asuransi lainnya dan IKS pada Periode sebelumnya}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Catatan Data, Sub Koordinator Evaluasi dan Pelaporan, SIMRS, OMNICHANNEL
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Format pengumpulan data
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Sampel Representatif</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Semesteran, Tahunan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Semesteran, Tahunan
s. Penyajian Data		☐ Tabel ☐ Run chart

t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Promosi Kesehatan dan Pemasaran Kepala Sub Instalasi Pemasaran
----------------------------	---	--

KODE INDIKATOR : IU K3(1)

a. Judul Indikator	:	Ketepatan penyelesaian berkas kecelakaan kerja dalam 2x24 jam
b. Dasar Pemikiran	:	1. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1970 Tentang Keselamatan Kerja 2. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 Tentang Ketenagakerjaan 3. Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja. 4. Permenkes No.66 Tahun 2016 Tentang K3RS 5. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 6. Rumah sakit dapat mengidentifikasi penyebab tertinggi kecelakaan kerja yang terjadi di rumah sakit sehingga dapat dilakukan tindak lanjut pencegahan atau penurunan kecelakaan kerja.
c. Dimensi Mutu	:	Tepat Waktu
d. Tujuan	:	Merupakan salah satu program K3 Rumah Sakit sebagai wujud perlindungan terhadap tenaga kesehatan di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar
e. Definisi Operasional	:	Ketepatan penyelesaian berkas kecelakaan kerja dalam 2x24 jam adalah ketepatan petugas K3 dalam menyelesaikan berkas pelaporan kecelakaan kerja dalam kurun waktu 2x24 jam setelah terjadi kecelakaan kerja. Pelaporan dimulai saat petugas yang mengalami kecelakaan kerja melapor sampai data diinput ke dalam system E-K3RS.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah laporan kasus kecelakaan kerja yang diselesaikan dalam 2x24 jam
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah seluruh laporan kasus kecelakaan kerja
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Semua laporan kecelakaan kerja di rumah sakit Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah laporan kasus kecelakaan kerja yang diselesaikan dalam 2x24 jam}}{\text{Jumlah seluruh laporan kasus kecelakaan kerja}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Concurrent
n. Sumber Data	:	Sistem Pelaporan
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Pengumpulan Data
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Total Sampling</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan, Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3RS) Kepala Sub Instalasi Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS)

KODE INDIKATOR : IU K3(2)

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Pemantauan Terhadap Sarana dan Prasarana <i>Fire Safety</i>
b. Dasar Pemikiran	:	1. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2002 Tentang Bangunan Gedung 2. Peraturan Menteri No.26 Tahun 2008 Tentang Proteksi Kebakaran 3. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 4. Merupakan salah satu standar Akreditasi Kementerian Kesehatan RI dan juga merupakan program K3 Rumah Sakit
c. Dimensi Mutu	:	Keamanan
d. Tujuan	:	Untuk menciptakan keselamatan dan keamanan gedung dari risiko kebakaran bagi pasien, pengunjung dan seluruh petugas rumah sakit.
e. Definisi Operasional	:	Kepatuhan petugas dalam melakukan pemantauan terhadap sarana dan prasarana <i>fire safety</i> adalah kepatuhan petugas dalam melakukan pemantauan/pengecekan sarana dan prasarana <i>fire safety</i> (APAR) di seluruh area gedung rumah sakit. Pemantauan dilakukan dengan mengisi Kartu Kontrol APAR setiap bulannya dengan memperhatikan kondisi tabung, pin/segel, selang, indikator tabung, dan kebersihan tabung.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah APAR yang dilakukan pemantauan
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah seluruh APAR di seluruh area gedung RS
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Seluruh area gedung rumah sakit yang dilakukan pemantauan Eksklusi : Pasien Rawat Inap yang masuk dan langsung pulang di hari libur yang berurutan
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah APAR yang dilakukan pemantauan}}{\text{Jumlah seluruh APAR di seluruh area gedung RS}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Sistem Pelaporan
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Pengumpulan Data
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Total Sampling</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan, Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3RS) Kepala Sub Instalasi Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS)

KODE INDIKATOR : IU KEP

a. Judul Indikator	:	Persentase pelaksanaan asesmen kompetensi staf keperawatan sesuai jumlah perawat yang terjadwal
b. Dasar Pemikiran	:	1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691 tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien RS 2. SK Direktur Utama Nomor HK.03.06/01/4268/2012 tentang Kebijakan Rekam Medis di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar 3. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022
c. Dimensi Mutu	:	Keefektifan
d. Tujuan	:	Untuk mendapatkan bukti bahwa Asesi sudah kompeten pada kewenangan yang diusulkan dan merupakan salah satu persyaratan kredensial.
e. Definisi Operasional	:	Persentase pelaksanaan asesmen kompetensi staf keperawatan sesuai jumlah perawat yang terjadwal adalah jumlah perawat yang telah memenuhi kriteria Asesmen kompetensi dan sudah dilakukan Asesmen kompetensi oleh Asessor.
f. Jenis Indikator	:	Proses dan Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah perawat yang sudah dilakukan asesmen kompetensi oleh Asessor
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah perawat yang memenuhi syarat dilakukan asesmen kompetensi dan sudah dijadwalkan.
j. Target	:	80%
k. Kriteria	:	Inklusi : Perawat yang telah memenuhi syarat asesmen kompetensi Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah perawat yang sudah dilakukan asesmen kompetensi oleh Asessor}}{\text{Jumlah perawat yang memenuhi syarat dilakukan asesmen kompetensi dan sudah dijadwalkan.}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Catatan Data
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir pengumpulan data pada sistem Indikator Mutu Rumah Sakit
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Total Sampling</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Triwulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Koordinator Pelayanan Keperawatan

KODE INDIKATOR : IU EVALUASI_ANGGARAN(1)

a. Judul Indikator	:	Persentase Penyerapan Anggaran Pada Masing - Masing Unit/Bagian
b. Dasar Pemikiran	:	1. Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor : 22/PMK.02/2021 tentang pengukuran dan evaluasi kinerja anggaran atas pelaksanaan rencana kerja dan anggaran. 2. Peraturan pemerintah Nomor 12 tahun 2017 tentang sinkronisasi proses perencanaan penganggaran pembangunan nasional 3. Indikator tersebut merupakan hasil akhir dari seluruh proses yang ada pada Bagian Evaluasi Anggaran yang dapat diukur dan bersifat rutin dilaporkan setiap bulannya baik secara kuantitas maupun kualitas.
c. Dimensi Mutu	:	Efisien, Efektif
d. Tujuan	:	1. Sebagai penyedia informasi terkait anggaran serta realisasi entitas pelaporan pada suatu periode tertentu 2. Sebagai evaluasi oleh pihak pengguna laporan terhadap keputusan yang akan dibuat. Dimana keputusan tersebut diambil ketika akan menggunakan sumber anggaran, akuntabilitas, dan ketaatan dalam entitas pelaporan agar proses pengelolaan anggaran berjalan lancar. 3. Sebagai Laporan Pertanggungjawaban kegiatan Rumah Sakit setiap periode yang menyediakan informasi tentang penyerapan anggaran, posisi keuangan, kinerja, serta perubahan ekuitas Rumah Sakit yang bermanfaat bagi sejumlah besar pemakai dalam pengambilan keputusan.
e. Definisi Operasional	:	Laporan penyerapan anggaran pada masing-masing unit/bagian adalah laporan yang berisi tentang kegiatan belanja berupa belanja barang, belanja pegawai dan belanja modal yang masuk dalam rencana kerja tahunan (RKT) pada tahun berjalan pada unit/bagian serta laporan yang menyediakan berbagai informasi mengenai realisasi anggaran, pembiayaan, belanja dan lain sebagainya dan membandingkannya dengan jumlah anggaran di dalam suatu periode pada unit/bagian. Laporan realisasi penyerapan anggaran menyajikan ikhtisar sumber, alokasi, dan pemakaian sumber daya keuangan yang digunakan oleh unit/bagian, yang menggambarkan perbandingan antara anggaran dan realisasinya dalam satu periode pelaporan serta penggunaan anggaran pada tiap unit/bagian
f. Jenis Indikator	:	Proses dan Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah penyerapan anggaran pada bulan berjalan
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah alokasi anggaran pada bulan berjalan
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Laporan penyerapan anggaran perbulan, triwulan dan tahunan untuk setiap unit/bagian Eksklusi : Belanja diluar Rencana Kerja Tahunan (RKT)
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah penyerapan anggaran pada bulan berjalan}}{\text{Jumlah alokasi anggaran pada bulan berjalan}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Concurrent
n. Sumber Data	:	Sistem Pelaporan
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Pengumpulan Data : 1. Daftar kebutuhan 2. HPS (Harga Perkiraan Sementara) 3. Dokumen penagihan

p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Total Sampling</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Tahunan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data		☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Sub Koordinator Evaluasi Anggaran Koordinator Penyusunan dan Evaluasi Anggaran

KODE INDIKATOR : IU AKUNTANSI

a. Judul Indikator	:	Penyampaian Laporan Keuangan Sesuai Standar
b. Dasar Pemikiran	:	1. Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2010 tentang Standar Akuntansi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 123, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5165) 2. Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 22/PMK.05/2022 tentang Kebijakan Akuntansi Pemerintah Pusat 3. Indikator tersebut merupakan hasil akhir dari seluruh proses yang ada pada bagian Akuntansi dan BMN yang dapat diukur dan bersifat rutin baik secara kuantitas maupun kualitas.
c. Dimensi Mutu	:	Efektif
d. Tujuan	:	a. Ketepatan data/informasi yang disajikan sebagai dasar pengambilan keputusan yang tepat dan tidak bias. b. Sebagai Laporan Pertanggungjawaban kegiatan Rumah Sakit setiap periode yang menyediakan informasi menyangkut posisi keuangan,kinerja, serta perubahan ekuitas Rumah Sakit yang bermanfaat bagi sejumlah besar pemakai dalam pengambilan keputusan.
e. Definisi Operasional	:	Laporan Keuangan Sesuai Standar adalah kepatuhan terhadap Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP) pada proses penyusunan Laporan Keuangan. Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP) telah ditetapkan sebagai peraturan pemerintah yang diterapkan untuk Entitas Pemerintah dalam menyusun Laporan Keuangan Pemerintah Pusat (LKPP). SAP dibuat untuk menjamin transparansi, partisipasi, dan akuntabilitas pengelolaan keuangan negara demi terwujudnya pemerintah yang baik dan bersih.
f. Jenis Indikator	:	Proses dan Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah akun yang sesuai SAP yang tidak menjadi Rekomendasi pada Catatan Hasil Review Inspektorat Jenderal
i. Denominator (Penyebut)	:	Seluruh jumlah akun dalam laporan keuangan
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Laporan Keuangan Triwulan I, Semester I, Triwulan III dan Tahunan Eksklusi : Laporan Keuangan Interim yang dibuat untuk tujuan tertentu
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah akun yang sesuai SAP yang tidak menjadi rekomendasi pada Catatan Hasil Review Inspektorat Jenderal}}{\text{Seluruh jumlah akun dalam laporan keuangan}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Catatan Data, Sistem Pelaporan
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Pengumpulan Data
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Total Sampling</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Triwulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	□ Tabel

		☐ Run chart
t.	Penanggung Jawab	: Sub Koordinator Akuntansi Koordinator Akuntansi dan BMN

KODE INDIKATOR : IU BMN

a. Judul Indikator	:	Kesesuaian Data Kartu Inventaris Ruangan (KIR) dan Kartu Inventaris Barang (KIB) Pada Laporan Barang Milik Negara (BMN) Dengan Fisik Barang Di Ruangan Untuk Pengadaan Tahun 2022
b. Dasar Pemikiran	:	1. Peraturan Menteri Keuangan (PMK) Republik Indonesia Nomor 181/PMK.06/2016 tentang Penatausahaan Barang Milik Negara 2. KIR dan KIB adalah komponen penting laporan BMN 3. Laporan SIMAK BMN merupakan penunjang terciptanya laporan keuangan yang akuntabel dan transparan
c. Dimensi Mutu	:	Efektif
d. Tujuan	:	Sebagai alat pengawasan dan pengendalian pencatatan BMN yang akurat dan andal
e. Definisi Operasional	:	KIR adalah Kartu yang memuat jumlah barang inventaris yang ada di ruangan. KIB adalah kartu yang memuat catatan yang di luar ruangan. Laporan BMN adalah laporan yang memuat seluruh catatan BMN. Fisik barang adalah jumlah fisik barang yang ada yang telah diterima, dicatat, dilabel, dan didistribusi. Kesesuaian data KIR dan KIB adalah menyesuaikan data KIR dan KIB yang ada di laporan BMN dengan fisik barang.
f. Jenis Indikator	:	Proses dan Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah KIR dan KIB yang sesuai dengan fisik barang tahun 2022
i. Denominator (Penyebut)	:	Seluruh pengadaan barang tahun 2022 yang telah terbit SP2D
j. Target	:	80%
k. Kriteria	:	Inklusi : Barang inventaris yang diperoleh dari pengadaan tahun 2022 dan telah terbit Surat Perintah Pencairan Dana (SP2D) atau Surat Pengesahan Pendapatan dan Belanja (SP2B) BLU Eksklusi : Barang inventaris yang belum terbit Surat Perintah Pencairan Dana (SP2D) atau Surat Pengesahan Pendapatan dan Belanja (SP2B) BLU
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah KIR dan KIB yang sesuai dengan fisik barang tahun 2022}}{\text{Seluruh pengadaan barang tahun 2022 yang telah terbit SP2D}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Catatan Data, Sistem Pelaporan
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Pengumpulan Data
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Total Sampling</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Triwulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Sub Koordinator Pengelolaan BMN Koordinator Akuntansi dan BMN

KODE INDIKATOR : IU EVAPOR

a. Judul Indikator	:	Penyampaian Laporan Rumah Sakit Tepat Waktu
b. Dasar Pemikiran	:	1. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit 2. Peraturan Presiden Nomor 47 tahun 2009 tentang pembentukan dan organisasi kementerian negara 3. Permenkes nomor 64 tahun 2015 tentang organisasi dan tata kerja kementerian kesehatan 4. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 5. Merupakan wujud pertanggungjawaban atas kewajiban sebuah organisasi dalam melaksanakan tugas dan fungsinya yang memuat perkembangan dan hasil pencapaian kinerja rumah sakit.
c. Dimensi Mutu	:	Tepat Waktu
d. Tujuan	:	Untuk mendapatkan gambaran kinerja rumah sakit dalam upaya monitoring dan evaluasi capaian kinerja rumah sakit secara berkala.
e. Definisi Operasional	:	Laporan Rumah Sakit adalah laporan yang berisi tentang capaian kegiatan bulanan rumah sakit yang terdiri dari capaian kegiatan rawat jalan, rawat inap, penunjang dan Indikator Kinerja Individu Penyampaian Laporan rumah sakit tepat waktu adalah ketepatan waktu dalam menyampaikan laporan rumah sakit ke Direktur Utama paling lambat tanggal 20 bulan berikutnya.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Target	:	100%
i. Kriteria	:	Inklusi : Semua laporan bulanan rumah sakit Eksklusi : Laporan periodik dan LAKIP
j. Formula	:	Kriteria penilaian : 1. Tanggal 1 s.d 20 nilai 100% 2. Tanggal 21 s.d 25 nilai 50% 3. Tanggal > 25 nilai 25%
k. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
l. Sumber Data	:	Sistem Pelaporan
m. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Pengumpulan Data
n. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Total Sampling</i>
o. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
p. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Triwulanan, Tahunan
q. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
r. Penanggung Jawab	:	Koordinator Perencanaan dan Evaluasi Program Sub Koordinator Evaluasi dan Pelaporan

KODE INDIKATOR : IU PER.PROG

a. Judul Indikator	:	Ketepatan Waktu Pembuatan Rencana Kerja Tahunan
b. Dasar Pemikiran	:	1. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit 2. Perpres No.16 Tahun 2018 tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah 3. Permenkes nomor 64 tahun 2015 tentang organisasi dan tata kerja kementerian kesehatan 4. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 5. Untuk memastikan semua semua program kerja dan anggaran dapat terlaksana tepat waktu
c. Dimensi Mutu	:	Efektif, Tepat Waktu
d. Tujuan	:	Agar semua program kerja dan anggaran belanja tahun berikutnya yang telah dituangkan dalam rencana kerja tahunan dapat dilaksanakan dengan cepat dan efektif pada tahun berjalan.
e. Definisi Operasional	:	Ketepatan Waktu Pembuatan Rencana Kerja Tahunan adalah target waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan rencana kerja tahunan RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar tahun berikutnya yang memuat sejumlah program kerja dan anggaran belanja.
f. Jenis Indikator	:	Proses dan Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Target	:	100%
i. Kriteria	:	Inklusi : Seluruh Rencana Kerja Tahunan Eksklusi : -
j. Formula	:	Kriteria penilaian : 1. 100%, selesai Bulan Oktober tahun sebelumnya 2. 90%, selesai Bulan November tahun sebelumnya 3. 80%, selesai Bulan Desember tahun sebelumnya
k. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
l. Sumber Data	:	Sistem Pelaporan
m. Instrumen Pengambilan Data	:	Buku Rencana Kerja Tahunan
n. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Total Sampling</i>
o. Periode Pengumpulan Data	:	Tahunan
p. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Tahunan
q. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
r. Penanggung Jawab	:	Koordinator Perencanaan dan Evaluasi Program Sub Koordinator Perencanaan Program

KODE INDIKATOR : IU BMN

a. Judul Indikator	:	Kesesuaian Data Kartu Inventaris Ruangan (KIR) dan Kartu Inventaris Barang (KIB) Pada Laporan Barang Milik Negara (BMN) Dengan Fisik Barang Di Ruangan Untuk Pengadaan Tahun 2022
b. Dasar Pemikiran	:	1. Peraturan Menteri Keuangan (PMK) Republik Indonesia Nomor 181/PMK.06/2016 tentang Penatausahaan Barang Milik Negara 2. KIR dan KIB adalah komponen penting laporan BMN 3. Laporan SIMAK BMN merupakan penunjang terciptanya laporan keuangan yang akuntabel dan transparan
c. Dimensi Mutu	:	Efektif
d. Tujuan	:	Sebagai alat pengawasan dan pengendalian pencatatan BMN yang akurat dan andal
e. Definisi Operasional	:	KIR adalah Kartu yang memuat jumlah barang inventaris yang ada di ruangan. KIB adalah kartu yang memuat catatan yang di luar ruangan. Laporan BMN adalah laporan yang memuat seluruh catatan BMN. Fisik barang adalah jumlah fisik barang yang ada yang telah diterima, dicatat, dilabel, dan didistribusi. Kesesuaian data KIR dan KIB adalah menyesuaikan data KIR dan KIB yang ada di laporan BMN dengan fisik barang.
f. Jenis Indikator	:	Proses dan Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah KIR dan KIB yang sesuai dengan fisik barang tahun 2022
i. Denominator (Penyebut)	:	Seluruh pengadaan barang tahun 2022 yang telah terbit SP2D
j. Target	:	80%
k. Kriteria	:	Inklusi : Barang inventaris yang diperoleh dari pengadaan tahun 2022 dan telah terbit Surat Perintah Pencairan Dana (SP2D) atau Surat Pengesahan Pendapatan dan Belanja (SP2B) BLU Eksklusi : Barang inventaris yang belum terbit Surat Perintah Pencairan Dana (SP2D) atau Surat Pengesahan Pendapatan dan Belanja (SP2B) BLU
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah KIR dan KIB yang sesuai dengan fisik barang tahun 2022}}{\text{Seluruh pengadaan barang tahun 2022 yang telah terbit SP2D}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Catatan Data, Sistem Pelaporan
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Pengumpulan Data
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Total Sampling</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Triwulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Sub Koordinator Pengelolaan BMN Koordinator Akuntansi dan BMN

4

INDIKATOR MUTU LAINNYA

KODE INDIKATOR : AP 1

a. Judul Indikator	:	Persentase kepatuhan perawat dalam melakukan pengkajian awal nyeri
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 2. Pengkajian awal nyeri merupakan salah satu pemenuhan standar Asesmen Pasien (AP) untuk menilai sejauh mana kualitas dan kuantitas nyeri yang diderita pasien sehingga dapat ditentukan tindakan lanjut pada pasien tersebut
c. Dimensi Mutu	:	Berorientasi Kepada Pasien, Kesiambungan Pelayanan
d. Tujuan	:	Untuk mendapatkan gambaran kualitas pelaksanaan manajemen nyeri bagi pasien rawat inap
e. Definisi Operasional	:	Pengkajian nyeri pasien adalah suatu tindakan melakukan penilaian rasa sakit/nyeri pada pasien baik pada pasien yang dirawat inap maupun rawat jalan. Setiap pasien yang berobat ke RS baik melalui IGD, poliklinik ataupun telah menjalani tindakan pembedahan oleh petugas dilakukan pengkajian rasa sakit/nyeri. Penilaian rasa sakit/nyeri dilakukan dengan menggunakan pengkajian yang sesuai untuk masing-masing pasien. Pengkajian nyeri terdiri atas : a. Pengkajian nyeri pada neonates (NIPS) b. Pengkajian nyeri pada anak (FLACC, 2 Bulan – 7 Tahun) c. Pengkajian nyeri pada dewasa (VAS/NRS, diatas 7 tahun) Pengkajian nyeri pada pasien dengan kesadaran menurun (BPS)
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pengkajian awal nyeri pada pasien baru dirawat inap
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien baru masuk di unit pelayanan rawat inap
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien baru masuk di unit rawat inap dari unit gawat darurat dan unit rawat jalan Ekslusi : Pasien pindahan antar unit rawat inap dan pasien rawat jalan
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pengkajian awal nyeri pada pasien baru dirawat inap}}{\text{Jumlah pasien baru masuk di unit pelayanan rawat inap}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medik, Sistem Pelaporan
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Pengumpulan Data
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Total Sampling</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Unit Rawat Inap Unit Gawat Darurat Unit Perawatan Intensif

KODE INDIKATOR : AP 2

a. Judul Indikator	:	Persentase kepatuhan perawatan dalam melakukan pengkajian ulang nyeri sebagai respon pengobatan nyeri
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 2. Pengkajian ulang nyeri sebagai respon pengobatan nyeri merupakan salah satu pemenuhan standar Assesmen Pasien (AP) untuk menilai sejauh mana efek dari terapi yang diberikan sehingga dapat ditentukan tindakan lanjut pada pasien tersebut
c. Dimensi Mutu	:	Berorientasi Kepada Pasien, Kesiambungan Pelayanan
d. Tujuan	:	Untuk mendapatkan gambaran kualitas pelaksanaan manajemen nyeri bagi pasien rawat inap
e. Definisi Operasional	:	Pengkajian Ulang Nyeri pada pasien yang mendapatkan terapi analgetik/anti nyeri, didokumentasikan pada catatan observasi komprehensif dan interval pengkajian nyeri ulang disesuaikan dengan rute pemberian obat, yaitu: 1) Obat intravena atau intramuskular : pengkajian ulang nyeri dilakukan satu jam setelah pemberian obat dan interval selanjutnya berdasarkan hasil skala nyeri. 2) Obat oral atau suppositoria: pengkajian ulang nyeri dilakukan dua jam setelah pemberian obat dan interval selanjutnya berdasarkan hasil skala nyeri 3) Penempelan patch pada area nyeri: pengkajian ulang nyeri dilakukan enam jam setelah pemberian obat dan interval selanjutnya berdasarkan hasil skala nyeri. 4) Obat intravena menggunakan syringe pump: pengkajian ulang nyeri dilakukan pada 30 menit pertama setelah pemasangan syringe pump, kemudian satu jam berikutnya dan interval selanjutnya berdasarkan hasil skala nyeri. Pengkajian nyeri ulang di catat pada lembar observasi komprehensif, dan untuk ruang perawatan intensif pengkajian ulang nyeri dicatat dalam flowsheet.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien yang dikaji nyeri ulang pasca terapi pengobatan nyeri yang tercatat pada lembar observasi komprehensif
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien pulang atau pasien pindah ruang rawat inap yang mendapatkan terapi pengobatan nyeri : obat intramuskular atau intravena, obat oral atau suppositoria, penempelan patch pada area nyeri, obat intravena menggunakan syringe pump
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien rawat inap yang mendapatkan terapi pengobatan : obat intramuskular atau intravena, obat oral atau suppositoria, penempelan patch pada area nyeri, obat intravena menggunakan syringe pump Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang dikaji nyeri ulang pasca terapi pengobatan nyeri yang tercatat pada lembar observasi komprehensif}}{\text{Jumlah pasien pulang atau pasien pindah ruang rawat inap yang mendapatkan terapi pengobatan nyeri : obat intramuskular atau intravena, obat oral atau suppositoria, penempelan patch pada area nyeri, obat intravena menggunakan syringe pump}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan	:	Retrospektif

Data		
n.	Sumber Data	: Rekam Medik, Sistem Pelaporan
o.	Instrumen Pengambilan Data	: Formulir Pengumpulan Data
p.	Populasi / Sampel sampel)	: Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Total Sampling</i>
q.	Periode Pengumpulan Data	: Bulanan
r.	Periode Analisis dan Pelaporan data	: Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☐ Run chart
t.	Penanggung Jawab	: Unit Rawat Inap Unit Gawat Darurat Unit Perawatan Intensif

KODE INDIKATOR : AP 4

a. Judul Indikator	:	Persentase kepatuhan perawatan dalam melakukan pengkajian ulang nyeri
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 2. Pengkajian ulang nyeri merupakan salah satu pemenuhan standar Assesmen Pasien (AP) untuk menilai sejauh mana efek dari terapi yang diberikan sehingga dapat ditentukan tindakan lanjut pada pasien tersebut
c. Dimensi Mutu	:	Berorientasi Kepada Pasien, Kesiambungan Pelayanan
d. Tujuan	:	Untuk mendapatkan gambaran kualitas pelaksanaan manajemen nyeri bagi pasien rawat inap
e. Definisi Operasional	:	Pengkajian ulang nyeri pasien adalah suatu tindakan melakukan penilaian ulang rasa sakit/nyeri pada pasien baik pada pasien di ruang dirawat inap maupun rawat jalan. Pengkajian nyeri ulang dilakukan dengan interval sesuai skor nyeri pasien. Untuk nyeri ringan (skor 1-3) dilakukan tiap 8 jam termasuk jika skor nyeri = 0. Untuk nyeri sedang (skor 4-6) dilakukan tiap 2 jam. Untuk nyeri berat (skor 7-10) dilakukan tiap 1 jam. Setiap derajat nyeri memiliki penanganan sesuai derajat nyeri pasien. Pengkajian nyeri ulang di catat pada lembar observasi komprehensif.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien pulang atau pindah ruang perawatan yang dikaji nyeri ulang dengan lengkap pada lembar observasi komprehensif
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien pulang setelah dirawat inap atau pasien pindah ruang perawatan inap
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien rawat inap , gawat darurat dan rehabilitasi medik Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien pulang atau pindah ruang perawatan yang dikaji nyeri ulang dengan lengkap pada lembar observasi komprehensif}}{\text{Jumlah pasien pulang setelah dirawat inap atau pasien pindah ruang perawatan inap}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medik, Sistem Pelaporan
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Pengumpulan Data
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Total Sampling</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Instalasi Gawat Darurat

Instalasi Perawatan Intensif
Instalasi Unit Rawat Inap
Instalasi Rehabilitasi Medik

KODE INDIKATOR : IAK 10

a. Judul Indikator	:	Angka kejadian dekubitus
b. Dasar Pemikiran	:	1. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 2. Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-24/PB/2018 tentang Perubahan atas Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor Per-36/PB/2016 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan 3. Angka kejadian dekubitus merupakan salah satu indikator BLU yang sejak mulai diukur data kejadiannya masih fluktuatif
c. Dimensi Mutu	:	Berorientasi Kepada Pasien, Keselamatan dan Keamanan
d. Tujuan	:	Untuk mengukur kualitas pelayanan keperawatan bagi pasien dengan tirah baring lama yang aman dan efektif
e. Definisi Operasional	:	Kejadian dekubitus adalah terjadinya pasien yang mengalami dekubitus selama dalam perawatan di rawat inap rumah sakit. Dekubitus adalah luka pada jaringan kulit yang disebabkan oleh tekanan berlangsung lama dan terus – menerus. Kriteria : 1. Pasien paling tidak mempunyai 2 gejala dan tanda berikut, yang tidak diketahui penyebab lainnya : kemerahan sakit atau pembengkakan di tepian luka dekubitus. 2. Minimal ditemukan 1 dari bukti berikut : a. Hasil kultur positif dari cairan atau jaringan yang diambil secara benar b. Hasil kultur darah positif 3. Dokter yang merawat menyatakan adanya dekubitus dan diberi pengobatan antimikroba.
f. Jenis Indikator	:	Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Rate Based
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah kejadian dekubitus
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah hari tirah baring
j. Target	:	1,5‰
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien rawat inap tirah baring Eksklusi : Pasien yang masuk rawat inap RS yang sudah mengalami dekubitus
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah kejadian dekubitus}}{\text{Jumlah hari tirah baring}} \times 1000\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Concurrent
n. Sumber Data	:	Catatan data, Sistem Pelaporan
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Pengumpulan Data
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Total Sampling</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	ICU

HCU Brain Centre
ICU PJT
ICU Infection Centre

KODE INDIKATOR : IAK 9

a.	Judul Indikator	:	Kelengkapan laporan operasi
b.	Dasar Pemikiran	:	1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/PER/III/2008 tentang Rekam Medis 2. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022
c.	Dimensi Mutu	:	Berorientasi Kepada Pasien, Keselamatan dan Keamanan
d.	Tujuan	:	Untuk mendapatkan gambaran kualitas pelayanan operasi dengan melihat kelengkapan laporan operasi yang menjadi bagian dari rekam medik pasien
e.	Definisi Operasional	:	Kelengkapan laporan operasi adalah laporan operasi yang ditulis secara lengkap mulai dari insisi sampai menutup luka operasi meliputi prosedur tindakan, perdarahan atau komplikasi lainnya yang di tanda tangani oleh operator (DPJP) yang menjadi bagian dari rekam medik pasien. Guna mendukung suatu kontinum dari pelayanan suportif pasca bedah, catatan laporan operasi tersedia sebelum pasien meninggalkan ruang pulih pasca anastesi. Laporan tersebut minimum memuat : a) Diagnosa pasca operasi; b) Nama dokter bedah dan asisten – asisten; c) Nama prosedur; d) Spesimen bedah untuk pemeriksaan; e) Catatan spesifik komplikasi atau tidak adanya komplikasi selama operasi, termasuk jumlah kehilangan darah; dan f) Tanggal, waktu, dan tandatangan dokter yang bertanggung jawab.
f.	Jenis Indikator	:	Proses dan Outcome
g.	Satuan Pengukuran	:	Persentase
h.	Numerator (Pembilang)	:	Jumlah laporan operasi yang terisi lengkap
i.	Denominator (Penyebut)	:	Jumlah laporan operasi dalam 1 (satu) bulan
j.	Target	:	100%
k.	Kriteria	:	Inklusi : Semua laporan operasi yang dilakukan di ruang OK Eksklusi : -
l.	Formula	:	$\frac{\text{Jumlah laporan operasi yang terisi lengkap}}{\text{Jumlah laporan operasi dalam 1 (satu) bulan}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n.	Sumber Data	:	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Pengumpulan Data
p.	Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Total Sampling</i>
q.	Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r.	Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s.	Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t.	Penanggung Jawab	:	OK Sentral OK IGD OK Obgyn OK PJT

KODE INDIKATOR : IPONEK4

a. Judul Indikator	:	Persentase pelaksanaan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) pada bayi baru lahir
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 2. Untuk mendukung pelaksanaan program rumah sakit sayang Ibu dan Bayi
c. Dimensi Mutu	:	Berorientasi Kepada Pasien, Ketepatan waktu
d. Tujuan	:	Untuk mendapatkan gambaran pelaksanaan Inisiasi Menyusui Dini di rumah sakit
e. Definisi Operasional	:	Inisiasi Menyusui Dini (IMD) adalah kegiatan meletakkan bayi di dada ibu agar terjadi kontak kulit ibu dengan kulit bayi, membiarkan bayi merangkak mencari puting kemudian menyusu sampai puas dalam satu jam pertama sejak lahir
f. Jenis Indikator	:	Proses dan Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah bayi lahir sehat yang dilakukan Inisiasi Menyusui Dini
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah bayi lahir sehat
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : - Bayi lahir spontan pervaginam - Bayi lahir dengan APGAR dalam ≥ 7 menit pertama Eksklusi : - Ibu dengan penyakit infeksi - Ibu dengan kegawatan post partum
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah bayi lahir sehat yang dilakukan Inisiasi Menyusui Dini}}{\text{Jumlah bayi lahir sehat}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Pengumpulan Data
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Total Sampling</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Mother and Child Kepala Sub Instalasi Pelayanan Gawat Darurat Obgyn dan Kamar bersalin.

KODE INDIKATOR : ISKP 2.1

a. Judul Indikator	:	Penyampaian laporan hasil kritis (laboratorium/radiologi/hasil pemeriksaan diagnostic kardiologi) tepat waktu
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 2. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Nomor HK.02.03/I/0173/2016 tentang Pedoman Teknis Penilaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Tahun 2016 Direktur Utama Rumah Sakit Umum/Khusus dan Kepala Balai di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 4. Pengembangan indikator mutu sebelumnya, disesuaikan dengan standar dimana pelaporan hasil kritis tidak hanya dari laboratorium saja
c. Dimensi Mutu	:	Berorientasi Kepada Pasien, Kesiambungan pelayanan
d. Tujuan	:	Untuk mendapatkan gambaran upaya rumah sakit dalam menjamin keamanan dan keselamatan pasien
e. Definisi Operasional	:	Nilai kritis yang dimaksud adalah suatu nilai yang menggambarkan keadaan patologis yang dapat mengancam kehidupan pasien sehingga harus segera diberikan terapi atau tindakan. Pelaporan nilai kritis laboratorium/radiologi/hasil pemeriksaan diagnostic kardiologi adalah pelaporan nilai kritis laboratorium/radiologi/hasil pemeriksaan diagnostic kardiologi dari petugas ke DPJP/Dokter pengirim/dokter jaga dengan standar waktu < 30 menit setelah dinyatakan kritis. Untuk pelaporan hasil kritis (laboratorium, radiologi, hasil pemeriksaan diagnostic kardiologi) dilakukan oleh petugas yang memiliki kompetensi. Pelaporan nilai kritis laboratorium dilakukan oleh petugas laboratorium, pelaporan hasil kritis radiologi dilakukan oleh petugas radiologi, dan pelaporan hasil kritis kardiologi dilakukan oleh perawat.
f. Jenis Indikator	:	Proses
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah penyampaian hasil kritis (laboratorium/radiologi/hasil pemeriksaan diagnostic kardiologi) < 30 menit
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien yang mempunyai hasil kritis (laboratorium/radiologi/hasil pemeriksaan diagnostic kardiologi) sesuai dengan daftar nilai kritis
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Hasil pemeriksaan yang dinyatakan kritis (laboratorium/radiologi/hasil pemeriksaan diagnostic kardiologi) sesuai dengan daftar hasil kritis Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah penyampaian hasil kritis (laboratorium/radiologi/hasil pemeriksaan diagnostic kardiologi) < 30 menit}}{\text{Jumlah pasien yang mempunyai hasil kritis (laboratorium/radiologi/hasil pemeriksaan diagnostic kardiologi) sesuai dengan daftar nilai kritis}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Catatan Data
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Pengumpulan Data
p. Populasi / Sampel	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI

sampel)	Cara pengambilan Sampel : <i>Total Sampling</i>	
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data		☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Perawatan Inap Kepala Instalasi Perawatan Intensif Kepala Instalasi Gawat Darurat

KODE INDIKATOR : ISKP 2A

a. Judul Indikator	:	Persentase kepatuhan dokter melaksanakan prosedur TBaK SBAR dalam menerima laporan hasil kritis (laboratorium, radiologi, hasil pemeriksaan diagnostic kardiologi)
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 3. Pengembangan indikator mutu sebelumnya, disesuaikan dengan standar dimana pelaporan hasil kritis tidak hanya dari laboratorium saja
c. Dimensi Mutu	:	Kesinambungan pelayanan, Keselamatan dan Keamanan
d. Tujuan	:	Untuk mendapatkan gambaran upaya rumah sakit dalam menjamin keamanan dan keselamatan pasien
e. Definisi Operasional	:	Setiap hasil pemeriksaan yang dikategorikan sebagai hasil kritis segera dilaporkan dalam waktu kurang dari 30 menit kepada DPJP/dokter pengirim/dokter jaga yang menangani pasien . DPJP/dokter pengirim/dokter jaga yang menerima informasi hasil kritis (laboratorium, radiologi, hasil pemeriksaan diagnostic kardiologi) melakukan proses TBaK terhadap hasil kritis yang disampaikan yang dibuktikan dengan adanya stempel TBaK. Dokter jaga yang menerima informasi hasil kritis (laboratorium, radiologi, hasil pemeriksaan diagnostic kardiologi) melaporkan nilai kritis kepada DPJP menggunakan Teknik SBAR (<i>Situation – Background – Assessment – Recommendation</i>) yang dibuktikan dengan adanya stempel SBAR. Pelaporan hasil kritis (laboratorium, radiologi, hasil pemeriksaan diagnostic kardiologi) dilakukan oleh petugas yang memiliki kompetensi.
f. Jenis Indikator	:	Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pelaksanaan prosedur TBaK dan atau SBAR oleh petugas saat menerima laporan dan menyampaikan hasil kritis (laboratorium, radiologi, hasil pemeriksaan diagnostic kardiologi)
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien yang mempunyai hasil pemeriksaan kritis (laboratorium, radiologi, hasil pemeriksaan diagnostic kardiologi)
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien rawat inap/rawat jalan/gawat darurat dengan hasil kritis (laboratorium, radiologi, hasil pemeriksaan diagnostic kardiologi) Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pelaksanaan prosedur TBaK dan atau SBAR oleh petugas saat menerima laporan dan menyampaikan hasil kritis (laboratorium, radiologi, hasil pemeriksaan diagnostic kardiologi)}}{\text{Jumlah pasien yang mempunyai hasil pemeriksaan kritis (laboratorium, radiologi, hasil pemeriksaan diagnostic kardiologi)}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medik
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Pengumpulan Data
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Total Sampling</i>

q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data		☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Ruang Rawat Inap Ruang Rawat Intensif Ruang Gawat Darurat

KODE INDIKATOR : ISKP 4A

a. Judul Indikator	:	Persentase ketepatan pelaksanaan penandaan area operasi sesuai standar
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 3. Sebagai pengembangan dari indikator sebelumnya, dimana hanya mengukur keberadaan tanda operasi saja
c. Dimensi Mutu	:	Kesinambungan pelayanan, Keselamatan dan Keamanan
d. Tujuan	:	Tergambarnya upaya rumah sakit dalam menjaga keselamatan pasien
e. Definisi Operasional	:	Penandaan area operasi dilakukan oleh dokter yang akan melakukan tindakan operasi/operator atau residen yang ditunjuk sebagai operator di ruang perawatan minimal 1 (satu) hari sebelum dilakukan tindakan operasi dan maksimal sampai sesaat sebelum pasien diantar ke ruang operasi/tindakan, kecuali operasi cito/emergency, penandaan dilakukan di ruang persiapan operasi oleh operator. Penandaan area operasi dilakukan dan memenuhi : 1. Tepat petugas yang melakukan penandaan area operasi (dokter operator) 2. Tepat tanda <i>ThickMark</i> "√" 3. Tepat penggunaan surgery marker/permanen/tinta parker 4. Melibatkan pasien/keluarga pasien jika memungkinkan (ada bukti pelaksanaan edukasi penandaan area operasi)
f. Jenis Indikator	:	Proses dan Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pelaksanaan penandaan area operasi sesuai standar
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien dengan rencana operasi
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien rencana operasi (operasi elektif/cito) yang memerlukan penandaan area (bilateral/multilateral) Eksklusi : Area operasi yang tidak memerlukan/tidak dapat dilakukan penandaan
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pelaksanaan penandaan area operasi sesuai standar}}{\text{Jumlah pasien dengan rencana operasi}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Concurrent
n. Sumber Data	:	Catatan data
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Pengumpulan Data
p. Populasi / Sampel sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Total Sampling</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
s. Penyajian Data	:	☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Inap Kepala Instalasi Gawat Darurat

KODE INDIKATOR : ISKP 6B

a. Judul Indikator	:	Kepatuhan petugas dalam melakukan edukasi resiko jatuh
b. Dasar Pemikiran	:	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 3. Tingginya angka kejadian pasien jatuh di unit rawat inap, sehingga perlu dilakukan pengukuran mutu upaya pencegahan risiko jatuh
c. Dimensi Mutu	:	Berorientasi kepada pasien, Keselamatan dan Keamanan
d. Tujuan	:	Tergambarnya upaya rumah sakit dalam menjaga keselamatan pasien rawat inap
e. Definisi Operasional	:	Edukasi jatuh adalah pemberian informasi dari perawat kepada pasien dan keluarga yang bertujuan untuk memberi pemahaman tentang kondisi kesehatan, faktor risiko jatuh, petunjuk untuk mengikuti prosedur perawatan pasien dan cara pencegahan jatuh. Edukasi jatuh diimplementasikan untuk mencegah kejadian pasien jatuh dan dampak cedera akibat jatuh dengan sebelumnya melakukan pengkajian awal dan pengkajian ulang risiko jatuh dimana edukasi jatuh dilakukan pada saat awal pasien masuk rawat inap dengan risiko jatuh rendah hingga risiko jatuh tinggi. Edukasi jatuh meliputi : 1. Memastikan area perawatan pasien bebas hambatan dari furniture atau kain yang berserakan 2. Memastikan semua barang keperluan pasien berada dalam jangkauan 3. Memastikan pengaman tempat tidur dalam keadaan terpasang selama pasien berada di tempat tidur 4. Membantu/mendampingi pasien ketika akan melakukan aktifitas 5. Menganjurkan pasien meminta bantuan kepada petugas jika dibutuhkan
f. Jenis Indikator	:	Proses dan Outcome
g. Satuan Pengukuran	:	Persentase
h. Numerator (Pembilang)	:	Jumlah pasien rawat inap yang dilakukan edukasi jatuh
i. Denominator (Penyebut)	:	Jumlah pasien pulang dan atau pindah ruangan setelah mendapatkan perawatan inap
j. Target	:	100%
k. Kriteria	:	Inklusi : Pasien rawat inap dengan risiko jatuh rendah hingga risiko jatuh tinggi yang dinilai pada 1 (satu) rangkaian perawatan inap sejak pasien masuk hingga pasien pulang Eksklusi : -
l. Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang dilakukan edukasi jatuh}}{\text{Jumlah pasien pulang dan atau pindah ruangan setelah mendapatkan perawatan inap}} \times 100\%$
m. Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif
n. Sumber Data	:	Rekam Medis
o. Instrumen Pengambilan Data	:	Formulir Pengumpulan Data
p. Populasi / Sampel (sampel)	:	Besar Sampel : Sampel berdasarkan table JCI Cara pengambilan Sampel : <i>Total Sampling</i>
q. Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan
r. Periode Analisis dan Pelaporan data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan

s. Penyajian Data		☐ Tabel ☐ Run chart
t. Penanggung Jawab	:	Kepala Instalasi Perawatan Inap Kepala Instalasi Perawatan Intensif Kepala Sub Instalasi Perawatan Inap Kepala Sub Instalasi Perawatan Intensif