



**KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA**



RSUP PROF. Dr. I.G.N.G NGOERAH

# **PROGRAM KERJA RUMAH SAKIT TAHUN 2023**

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT**

**PROF. DR. I. G. N. G NGOERAH**

Jalan Diponegoro Denpasar Bali (80114)

Telephone: (0361) 227911 – 15, 225482, 223869

Faximile: (0361) 224206

Email: [info@profngoerahhospitalbali.com](mailto:info@profngoerahhospitalbali.com)

Website: [www.profngoerahhospitalbali.com](http://www.profngoerahhospitalbali.com)

## KATA PENGANTAR

Om Swastiastu

Puji syukur dipanjatkan kehadapan Tuhan Yang Maha Esa / Ida Sang Hyang Widhi Wasa, karena atas Asung Kerta Wara Nugraha – Nya sampai saat ini senantiasa memberikan kesehatan dan kekuatan dalam melaksanakan tugas dengan baik, sehingga dapat menyelesaikan dokumen program kerja ini.

Pelaksanaan tugas didasarkan pada penetapan kinerja pada program – program strategis yang telah dirumuskan. Program Kerja tahun 2023 ini merupakan Rencana Kerja Tahunan, tahun keempat dan penjabaran Rencana Strategis Bisnis RSUP Prof.dr.I.G.N.G. Ngoerah Tahun 2020 – 2024. Penetapan program kerja menjadi kewajiban sebagai pengejawantahan acuan dalam pelaksanaan kerja, memantau dan mengendalikan capaian organisasi, melaporkan capaian realisasi kinerja manajerial dan pelayanan serta menilai keberhasilan program.

Program Kerja tahun 2023 ini masih banyak terdapat kekurangan – kekurangan yang perlu dibenahi dan ditingkatkan di masa yang akan datang, sehingga dapat mewujudkan visi, misi, tujuan, dan sasaran yang ingin dicapai melalui program dan kegiatan yang dilakukan sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis RSUP Prof.dr.I.G.N.G. Ngoerah tahun 2020 – 2024.

Ucapan terima kasih disampaikan kepada seluruh jajaran manajemen Rumah Sakit Umum Pusat Prof.dr.I.G.N.G Ngoerah, atas dukungan dan kerjasamanya dalam penyusunan Program Kerja RSUP Prof.dr.I.G.N.G Ngoerah tahun 2023. Kritik dan saran guna perbaikan penyusunan program kerja yang akan datang sangat kami harapkan. Semoga Ida Sang Hyang Widhi selalu memberikan karunia-Nya.

Om Shanti, Shanti,Shanti,Om.

Denpasar, Januari 2023  
Direktur Utama



**dr, I Wayan Sudana, M.Kes**  
NIP. 196504091995091001

## I. PENDAHULUAN

Pembangunan nasional yang diselenggarakan sampai saat ini merupakan manifestasi pembangunan bangsa untuk mewujudkan cita-cita kemerdekaan bangsa Indonesia. Pembangunan sektor kesehatan yang dilaksanakan oleh pemerintah bersama seluruh komponen masyarakat dan dunia usaha merupakan pengejawantahan cita-cita bangsa untuk memenuhi salah satu hak-hak dasar manusia (*Basic Human Needs*) di bidang kesehatan. Pembangunan kesehatan adalah bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi – tingginya. Pembangunan kesehatan tersebut merupakan upaya seluruh potensi bangsa Indonesia, baik masyarakat, swasta, maupun pemerintah.

RSUP Prof. dr. I.G.N.G. Ngoerah merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang mendukung pembangunan sektor kesehatan. RSUP Prof. dr. I.G.N.G sebagai Badan Layanan Umum (BLU) merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) vertikal di bawah Kementerian Kesehatan RI yang memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas. Pola pengelolaan keuangannya memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat. Hal ini diamanatkan dalam Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum pada Bab 1 Ketentuan Umum Pasal 1 ayat 1 dan 3.

## II. LATAR BELAKANG

Upaya pembangunan sektor kesehatan melalui penguatan fasilitas pelayanan kesehatan mengacu pada penetapan program – program strategis untuk lebih jelas dan terarah mencapai visi, misi, dan tujuan strategis dalam meningkatkan kinerja. Mengacu pada visi Presiden RI, Kementerian Kesehatan RI dan Rencana Strategis Bisnis tahun 2020 – 2024, maka Visi RSUP Prof. dr. I. G.N.G. Ngoerah yaitu:

**“ MENJADI RUMAH SAKIT UNGGUL DAN MANDIRI TAHUN 2024”**

Berdasarkan Misi Presiden dan penjabaran Kementerian Kesehatan RI, maka RSUP Prof. dr. I. G. N. G. Ngoerah mempunyai misi yaitu:

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang paripurna, mandiri, dan terjangkau

2. Menyelenggarakan Pendidikan Terintegrasi dan Pelatihan Tenaga Kesehatan yang berdaya saing dan berbudaya
3. Menyelenggarakan penelitian kesehatan berbasis rumah sakit
4. Menciptakan Tata Kelola Rumah Sakit yang baik
5. Membangun jejaring kesehatan dan Kerjasama dengan pemangku kepentingan terkait

Analisis SWOT dan perhitungan dengan menggunakan Diagram Kartesius menyebutkan bahwa posisi RSUP Prof. dr. I.G.N.G. Ngoerah terletak pada Kuadran I yang menggambarkan posisi total nilai kekuatan melebihi total nilai kelemahan dan total nilai peluang melebihi total nilai ancaman. Strategi yang ditetapkan adalah strategi pengembangan pasar, strategi pengembangan produk, strategi penetrasi pasar, strategi pengembangan konglomerasi, strategi integrasi horizontal, dan strategi integrasi kedepan (*forward*).

Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan dan Analisis *Balance Score Card* menjadi dasar penetapan tujuan strategis RSUP Prof.dr. I.G.N.G. Ngoerah, yaitu:

1. Terselenggaranya pelayanan kesehatan yang paripurna, mandiri, dan Terjangkau
2. Terselenggaranya pendidikan dan penelitian yang berdaya saing dan berbudaya
3. Terwujudnya tata Kelola rumah sakit yang baik

Implementasi dari Rencana Strategis Bisnis tahun 2020 – 2024 untuk mencapai visi, misi dan tujuan strategis dalam bentuk Program Kerja RSUP Prof dr. I.G.N.G Ngoerah perlu disusun dan pelaksanaannya melibatkan peran Direktorat di lingkungan RSUP Prof. dr. I. G.N.G Ngoerah dalam pelaksanaan dan pencapaian target – target sasaran strategis yang telah ditetapkan, yaitu Direktorat Medik dan Keperawatan, Direktorat Perencanaan dan Keuangan, Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian, serta Direktorat Layanan Operasional. Hal ini didasarkan pada Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah pada Pasal 3 menyebutkan bahwa dokumen penetapan kinerja merupakan suatu dokumen pernyataan kinerja/kesepakatan kinerja/perjanjian kinerja antara atasan dan bawahan untuk mewujudkan target kinerja tertentu berdasarkan pada sumber daya yang dimiliki oleh instansi.

### III. TUJUAN

#### A. Tujuan Umum

Dokumen Program Kerja RSUP Prof.dr. I.G.N.G. Ngoerah disusun sebagai panduan dalam melaksanakan kegiatan, memantau serta mengendalikan capaian kinerja organisasi

#### B. Tujuan Khusus

1. Menjadi panduan dalam langkah – langkah pelaksanaan kegiatan
2. Untuk mengetahui penanggungjawab kegiatan
3. Untuk mengetahui sasaran, tujuan, dan waktu pelaksanaan kegiatan sebagai bahan melaporkan capaian realisasi kinerja dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah

### IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

Kegiatan pokok dalam program kerja adalah menjabarkan visi, misi dan tujuan strategis RSUP Prof. dr. I.G.N.G. Ngoerah yang selanjutnya dituangkan dalam program strategis dan rencana aksi kegiatan di tahun 2023.

#### A. Sasaran Strategis RSUP Prof.dr. I.G.N.G. Ngoerah

1. Tersedianya sumber daya pelayanan kesehatan yang optimal
2. Tersedianya pelayanan unggulan
3. Tersedianya sumber daya diklit yang optimal
4. Terwujudnya peningkatan akses, mutu, dan keselamatan pasien
5. Terwujudnya kepuasan stakeholder
6. Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat
7. Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik
8. Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan
9. Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik
10. Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit
11. Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP
12. Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal
13. Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)
14. Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal
15. Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan
16. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan
17. Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi
18. Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium



19. Indikator RPJMN
20. Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan
21. IKT Aspek Klinis
22. IKT Aspek Keuangan
23. Transformasi RSV
24. Transformasi RSV (Aspek Klinis STROKE)
25. Transformasi RSV (Aspek Klinis KANKER)
26. Transformasi RSV (Aspek Klinis JANTUNG)
27. Transformasi RSV (Aspek Klinis URONEFROLOGI)
28. Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Dewasa)
29. Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Anak)
30. Transformasi RSV (Aspek Klinis TUBERCULOSIS)
31. Transformasi RSV (Aspek Klinis GASTROHEPATOLOGI)
32. Transformasi RSV (Aspek Klinis KESEHATAN JIWA)
33. Transformasi RSV (Aspek Klinis PINERE)
34. Transformasi RSV (Aspek Klinis MATA)
35. Transformasi RSV (Aspek Klinis ORTHOPEDI)
36. Kinerja Keuangan dan Operasional RSV
37. IKT Aspek Manajerial

B. Program dan Kegiatan RSUP Prof. dr. I.G.N.G. Ngoerah tahun 2023 sebagai berikut:

- a. RSB
- b. KPI
- c. Program Transformasi Kesehatan
  - Program Pengampuan Kanker
  - Program Pengampuan Jantung
  - Program Pengampuan Stroke
  - Program Pengampuan Uronefro
  - Program Kesehatan Ibu dan Anak
  - Program Kesehatan 9 area klinis prioritas
  - Program BGSi
  - Program Pelayanan *Beauty and Wellness*

## V. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN

Cara melaksanakan kegiatan dengan membagi program tersebut kepada Direktorat terkait sesuai tugas pokok dan fungsinya sebagai penanggungjawab kegiatan. Pelaksanaan kegiatan dikumpulkan hasilnya serta dilaporkan secara berkala kepada Direktur Utama.

Pengukuran kinerja RSUP Prof.dr. I.G.N.G. Ngoerah dilakukan dengan cara:

1. Membandingkan capaian kinerja dengan standar
2. Membandingkan capaian kinerja dengan target
3. Membandingkan capaian kinerja dengan tahun berjalan dengan capaian kinerja tahun sebelumnya
4. Membandingkan capaian kinerja dengan RSUP vertikal Kementerian Kesehatan dengan tipe yang sama

## VI. SASARAN

Untuk tercapainya visi dan misi rumah sakit, maka setiap sasaran strategis terdapat indikator dan target yang ingin dicapai di tahun 2023. Sasaran dan target tahun 2023 terdapat pada Tabel 1.

No.	Sasaran Strategis	No.	Indikator Kinerja Utama	Target 2023	PIC
(1)	(2)	(4)	(5)	(6)	(7)
1.	Tersedianya sumber daya pelayanan kesehatan yang optimal	1.	Peningkatan persentase kompetensi SDM pemberi pelayanan	88%	Direktorat SDM dan Diklit
2.	Tersedianya pelayanan unggulan	2.	Penurunan angka kematian neonatus	11%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		3.	Meningkatnya jumlah kunjungan pasien jantung	12%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		4.	Meningkatnya jumlah pelayanan kemoterapi day care	6%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		5.	Meningkatnya jumlah pasien operasi	3%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		6.	Meningkatnya jumlah kunjungan pasien rawat jalan	8%	Direktorat Medik dan Keperawatan
3.	Tersedianya sumber daya diklit yang optimal	7.	Peningkatan kompetensi SDM pendidik dan pelatih	85%	Direktorat SDM dan Diklit
		8.	Meningkatnya jumlah pelatihan terakreditasi	12	Direktorat SDM dan Diklit
4.	Terwujudnya peningkatan akses, mutu, dan keselamatan pasien	9.	Penurunan persentase angka kematian Ibu	4.2%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		10.	Persentase penyelenggaraan rekam medis elektronik	100%	Direktorat Medik dan Keperawatan, Direktorat Layanan Operasional
		11.	Modernisasi pengelolaan BLU (penerapan aplikasi BLU Integrated Online System/BIOS)	100%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan, Direktorat Layanan Operasional, Direktorat SDM dan Diklit
		12.	Meningkatnya jumlah RS yang dilakukan pendampingan pelayanan	5%	Direktorat Medik dan Keperawatan, Direktorat Layanan Operasional
		13.	Persentase pelaksanaan Sisrute	75%	Direktorat Medik dan Keperawatan

No.	Sasaran Strategis	No.	Indikator Kinerja Utama	Target 2023	PIC
(1)	(2)	(4)	(5)	(6)	(7)
5.	Terwujudnya kepuasan stakeholder	14.	Peningkatan kepuasan pasien	85%	Direktorat Layanan Operasional
		15.	Peningkatan kepuasan pegawai	78%	Direktorat SDM dan Diklit
6.	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	16.	Persentase peningkatan pendapatan PNBPNBP	17%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		17.	Rasio PNBPNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)	85%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		18.	Current Rasio	550%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
7.	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	19.	Persentase terlaksananya Manajemen Risiko di RS	85%	Direktorat Layanan Operasional
		20.	Persentase terlaksananya tata kelola BMN di RS	85%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		21.	Persentase terlaksananya pemusnahan arsip di RS	100%	Direktorat Layanan Operasional
		22.	Persentase terlaksananya tata kelola mutu di RS	85%	Direktorat Layanan Operasional
8.	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan	23.	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	≥95%	Direktorat Layanan Operasional
9.	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialis	24.	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	≤2,5%	Direktorat Medik dan Keperawatan
10.	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	25.	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 Kali	Direktorat Medik dan Keperawatan
11.	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	26.	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	Sesuai RBA	Direktorat Medik dan Keperawatan
		27.	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	≥10%	Direktorat Medik dan Keperawatan
12.	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	28.	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 Layanan	Direktorat Medik dan Keperawatan Direktorat Layanan Operasional Direktorat SDM dan Diklit Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		29.	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	≥70%	Direktorat Layanan Operasional
		30.	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		31.	Penundaan waktu Operasi Elektif	≤3%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		32.	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		33.	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		34.	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh direktorat TKPK)	1 Indikator tercapai setiap layanan	Direktorat Medik dan Keperawatan
13.	Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)	35.	RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	1 Kegiatan	Direktorat Medik dan Keperawatan Direktorat SDM dan Diklit Direktorat Layanan Operasional Direktorat Perencanaan dan Keuangan
14.	Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal	36.	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna	1 Kegiatan	Direktorat Medik dan Keperawatan Direktorat SDM dan Diklit Direktorat Layanan Operasional Direktorat Perencanaan dan Keuangan



No.	Sasaran Strategis	No.	Indikator Kinerja Utama	Target 2023	PIC
(1)	(2)	(4)	(5)	(6)	(7)
15.	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	37.	RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama	1 Kegiatan	Direktorat Medik dan Keperawatan Direktorat SDM dan Diklit Direktorat Layanan Operasional Direktorat Perencanaan dan Keuangan
16.	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	38.	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan	Direktorat Layanan Operasional
		39.	Kepatuhan kebersihan tangan	≥90%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		40.	Kepatuhan penggunaan APD	100%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		41.	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		42.	Waktu tunggu rawat jalan	≥80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		43.	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		44.	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥90%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		45.	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥85%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		46.	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		47.	Kecepatan waktu tanggap komplain	≥80%	Direktorat Layanan Operasional
48.	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan	Direktorat Medik dan Keperawatan		
17.	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	49.	Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs	1 Kegiatan	Direktorat Medik dan Keperawatan Direktorat SDM dan Diklit Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		50.	Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS	500 sample	Direktorat SDM dan Diklit
18.	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	51.	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital	1 Sistem	Direktorat Layanan Operasional
19.	Indikator RPJMN	52.	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	≤30 menit	Direktorat Medik dan Keperawatan
20.	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	53.	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	≥92.5%	Direktorat Medik dan Keperawatan Direktorat Layanan Operasional Direktorat SDM dan Diklit Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		54.	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	≥95%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		55.	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	≥97%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		56.	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	≥95%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		57.	Persentase nilai EBITDA Margin	≥15%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
21.	IKT Aspek Klinis	58.	Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari	≥80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		59.	Lama rawat pasien kanker payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari	≥80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		60.	"Door to Ballon " time 90 menit pada kasus STEMI	≥80%	Direktorat Medik dan Keperawatan

No.	Sasaran Strategis	No.	Indikator Kinerja Utama	Target 2023	PIC
(1)	(2)	(4)	(5)	(6)	(7)
		61.	Pasien PGK stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan intervensi dialysis dalam 1 x 24 jam	≥80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		62.	Persentase kemampuan menangani BBLSR 1000 --< 1500 gr	≥80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		63.	Kejadian kematian ibu karena pre eclampsia/ eclampsia di rumah sakit	<30%	Direktorat Medik dan Keperawatan
22.	IKT Aspek Keuangan	64.	Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari Pengelolaan Aset BLU	10%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
23.	Transformasi RSV	65.	Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL)	≥80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		66.	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≥80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		67.	Pembatalan Operasi Elektif	≤3%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		68.	Waktu Pelayanan Pasien Di IGD ≤ 4 Jam	≥90%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		69.	Realisasi Pasien Yang Direncanakan Pulang H-1	≥90%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		70.	Waktu Masuk Rawat Inap	≥90%	Direktorat Medik dan Keperawatan
24.	Transformasi RSV (Aspek Klinis Stroke)	71.	Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	≥80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		72.	Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	≥80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		73.	Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	≥90%	Direktorat Medik dan Keperawatan
25.	Transformasi RSV (Aspek Klinis Kanker)	74.	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari	≥80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		75.	Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) dengan Clinical Pathway	≥80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		76.	Overall Treatment Time (OTT) Pasien Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dengan Radiasi Eksterna (tanpa Booster) 40 hari	≥80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
26.	Transformasi RSV (Aspek Klinis Jantung)	77.	Terapi Fibrinolitik : " Door To Needle " ≤ 30 Menit	≥80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		78.	Mortalitas CABG/Bedah Pintas Arteri Koroner Severitas 1	<10%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		79.	Lama Rawat ≤ 5 Hari Pada Kasus Dengan STEMI Klasifikasi KILLIP 1	≥95%	Direktorat Medik dan Keperawatan
27.	Transformasi RSV (Aspek Klinis Urologi)	80.	Pencapaian Target Adekuasi Hemodialisis Pada Pasien Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) yang Menjalani Hemodialisis Kronik Minimal 3 Bulan	≥60%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		81.	Pencapaian Pasien CAPD Di Bandingkan Seluruh Pasien Yang Menjalani Dialisis	≥3%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		82.	Stone Free Rate Tindakan PCNL batu non-staghorn	≥80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		83.	Stone Free Rate Tindakan ESWL batu ginjal < 2cm	≥60%	Direktorat Medik dan Keperawatan

No.	Sasaran Strategis	No.	Indikator Kinerja Utama	Target 2023	PIC
(1)	(2)	(4)	(5)	(6)	(7)
		84.	Lama perawatan pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid kurang dari 3 hari	≥80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
28.	Transformasi RSV (Aspek Klinis Diabetes Mellitus Dewasa)	85.	Peningkatan Proporsi Pasien Diabetes Yang Mencapai Target HbA1C	≥40%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		86.	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target kolesterol LDL	≥40%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		87.	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target tekanan darah	≥40%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		88.	Skrining komplikasi makrovaskular	≥50%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		89.	Skrining komplikasi mikrovaskular	≥50%	Direktorat Medik dan Keperawatan
29.	Transformasi RSV (Aspek Klinis Diabetes Mellitus Anak)	90.	Peningkatan > 20% proporsi pemeriksaan skrining berkala komplikasi mikrovaskular diabetes anak dan remaja	≥40%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		91.	Peningkatan > 20% proporsi anak dan remaja dengan diabetes yang melakukan pemeriksaan pemantauan gula darah mandiri	≥40%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		92.	Proporsi kejadian ketoasidosis diabetikum berulang pada anak dan remaja dengan diabetes < 20%	<20%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		93.	Mortalitas ketoasidosis diabetikum anak dan remaja < 5%	<5%	Direktorat Medik dan Keperawatan
30.	Transformasi RSV (Aspek Klinis Tuberculosis)	94.	Persentase keberhasilan pengobatan TBC SO	≥75%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		95.	Persentase keberhasilan pengobatan TBC RO	≥60%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		96.	Angka inisiasi pengobatan TBC RO	≥60%	Direktorat Medik dan Keperawatan
31.	Transformasi RSV (Aspek Klinis Gastrohepatologi)	97.	Tercapainya kesintasan pasien sirosis hati dekompensata (stadium lanjut) > 12 bulan	≥20%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		98.	Tidak terjadi early rebleeding (24 jam) dan penurunan Hb >2g/dl pasca endoskopi hemostatik	≥80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		99.	Deteksi dini dan operasi Kasai pada atresia bilier berusia <3 bulan	≥80%, ≥50%	Direktorat Medik dan Keperawatan
32.	Transformasi RSV (Aspek Klinis Kesehatan Jiwa)	100.	Optimalisasi lama rawat pasien Schizofrenia	≥60%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		101.	Pasien Adiksi NAPZA yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	≥70%	Direktorat Medik dan Keperawatan
33.	Transformasi RSV (Aspek Klinis PINERE)	102.	Kegawatdaruratan Covid-19 derajat berat Covid-19 ≤ 5 menit	100%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		103.	Pelayanan pasien Covid-19 derajat berat sesuai dengan Panduan Praktik Klinik dan Clinical Pathway	100%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		104.	Angka kematian pasien Covid-19 derajat berat dan kritikal ≤ 5%	≤ 5%	Direktorat Medik dan Keperawatan
34.	Transformasi RSV (Aspek Klinis Mata)	105.	Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak	<1%	Direktorat Medik dan Keperawatan

No.	Sasaran Strategis	No.	Indikator Kinerja Utama	Target 2023	PIC
(1)	(2)	(4)	(5)	(6)	(7)
35.	Transformasi RSV (Aspek Klinis Orthopedi)	106.	Pasien fraktur terbuka dengan emergency respon time 2 < 120 menit	≥60%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		107.	Infeksi Luka Operasi pada Fraktur Tertutup	≤ 2%	Direktorat Medik dan Keperawatan
36.	Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	108.	Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA)	Positif	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		109.	Cash Flow	Positif	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		110.	Pendapatan	Linear sesuai target pendapatan BLU/ PNBP	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		111.	Beban	Linear sesuai target pengeluaran BLU/ PNBP	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		112.	Rasio Beban Pegawai thd. Pendapatan	≤50%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		113.	Rasio Beban Persediaan thd. Pendapatan	≤25%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		114.	Rasio Beban Farmasi thd. Pendapatan	≤20%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		115.	Rasio Beban Administrasi thd. Pendapatan	≤15%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		116.	Days Receivable Turnover	≤40 hari	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		117.	Days Inventory Turnover	≤60 hari	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
37.	IKT Aspek Manajerial	119.	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional	100%	Direktorat SDM dan Diklit
		120.	Peserta Fellowship / Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit	100%	Direktorat SDM dan Diklit
		121.	Ketersediaan Fasilitas Layanan	≥82,50%	Direktorat Layanan Operasional
		122.	Ketepatan Waktu Layanan	≥80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
38.	Beauty and Wellness	123.	Peningkatan Jumlah Pasien yang Mendapatkan Layanan Wellness	Penetapan berdasarkan baseline 2023	Direktorat Medik dan Keperawatan
		124.	Peningkatan Jumlah Perusahaan yang Melakukan Kerjasama Pemeriksaan Kesehatan ( <i>Medical Cek Up</i> )	Penetapan berdasarkan baseline 2023	Direktorat Medik dan Keperawatan

Lampiran 1 Perjanjian Kinerja

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT PROF. DR. I G.N.G.  
NGOERAH DENPASAR**



**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023**

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, kami yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : dr. I Wayan Sudana, M.Kes.

Jabatan : Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Prof. Dr. I G.N.G.  
Ngoerah Denpasar, Kementerian Kesehatan RI

selanjutnya disebut pihak pertama|

Nama : dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

Pihak pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggung jawab kami.

Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.

Jakarta, Agustus 2023

Pihak Kedua,

Pihak Pertama

dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS  
NIP.197106262000031002

dr. I Wayan Sudana, M.Kes  
NIP. 196504091995091001



**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023**  
**RUMAH SAKIT UMUM PUSAT PROF. DR. I G.N.G.**  
**NGOERAH DENPASAR**

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
1	Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal	1	Peningkatan persentase kompetensi SDM pemberi pelayanan	≥88%
2	Tersedianya pelayanan unggulan	2	Persentase kematian neonatus	≤11%
		3	Peningkatan jumlah kunjungan pasien jantung	≥12%
		4	Peningkatan jumlah layanan kemoterapi day care	≥6%
		5	Peningkatan jumlah pasien operasi	≥3%
		6	Peningkatan kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPJS)	≥8%
3	Tersedianya sumber daya pendidikan dan penelitian yang optimal	7	Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih	≥85%
		8	Jumlah pelatihan yang terakreditasi	≥12 pelatihan
4	Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien	9	Persentase Kematian Ibu	≤4.2%
		10	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang	100%
		11	Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System/ BIOS)	100%
		12	Peningkatan Jumlah RS yang dilakukan pendampingan pelayanan	≥5 RS
		13	Persentase Pelaksanaan Sisrute	≥75%
5	Terwujudnya kepuasan stakeholder	14	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	≥85%
		15	Peningkatan Kepuasan Pegawai	≥78%

6	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	16	Persentase Peningkatan Pendapatan PNBP	≥10%
		17	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO)	≥92%
		18	Current Rasio	≥550%
7	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	19	Persentase terlaksananya manajemen resiko RS	≥85%
		20	Persentase terlaksananya tata kelola BMN di RS	≥85%
		21	Persentase terlaksananya kegiatan pemusnahan arsip di RS	100%
		22	Persentase terlaksananya tata kelola mutu RS	≥85%
8	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	23	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	≥95%
9	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	24	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	≤2,5%
10	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	25	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 Kali
11	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	26	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	Sesuai RBA
		27	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	≥10%
12	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	28	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 Layanan
		29	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	≥70%
		30	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥80%
		31	Penundaan waktu Operasi Elektif	≤3%
		32	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥80%
		33	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥80%

		34	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh direktorat TKPK)	1 Indikator tercapai setiap layanan
13	Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)	35	1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	1 Kegiatan
14	Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal	36	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna	1 Kegiatan
15	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	37	RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama	1 Kegiatan
16	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	38	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan
		39	Kepatuhan kebersihan tangan	≥90%
		40	Kepatuhan penggunaan APD	100%
		41	Kepatuhan identifikasi pasien	100%
		42	Waktu tunggu rawat jalan	≥80%
		43	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%
		44	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥90%
		45	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥85%
		46	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%
		47	Kecepatan waktu tanggap komplain	≥80%
48	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan		
17	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	49	Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs	1 Kegiatan

		50	Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS	500 sample
18	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	51	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital	1 Sistem
19	Indikator RPJMN	52	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	≤30 menit
20	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	53	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	≥92.5%
		54	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	≥95%
		55	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	≥97%
		56	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	≥95%
		57	Persentase nilai EBITDA Margin	≥15%
21	IKT Aspek Klinis	58	Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari	≥80%
		59	Lama rawat pasien Kanker payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari	≥80%
		60	"Door to Ballon " time 90 menit pada kasus STEMI	≥80%
		61	Pasien PGK stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan intervensi dialysis dalam 1 x 24 jam	≥80%
		62	Persentase kemampuan menangani BLSR 1000 --< 1500 gr	≥80%
		63	Kejadian kematian ibu karena pre eclampsia/ eclampsia di rumah sakit	<30%
22	IKT Aspek Keuangan	64	Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari Pengelolaan Aset BLU	10%
23	Transformasi RSV	65	Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL)	≥80%
		66	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≥80%

		67	Pembatalan Operasi Elektif	≤3%
		68	Waktu Pelayanan Pasien di IGD ≤ 4 Jam	≥90%
		69	Realisasi Pasien yang Direncanakan Pulang H-1	≥90%
		70	Waktu Masuk Rawat Inap	≥90%
24	Transformasi RSV (Aspek Klinis STROKE)	71	Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	≥80%
		72	Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	≥80%
		73	Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	≥90%
25	Transformasi RSV (Aspek Klinis KANKER)	74	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari	≥80%
		75	Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) dengan Clinical Pathway	≥80%
		76	Overall Treatment Time (OTT) Pasien Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dengan Radiasi Eksterna (tanpa Booster) 40 hari	≥80%
26	Transformasi RSV (Aspek Klinis JANTUNG)	77	Terapi Fibrinolitik : " Door To Needle " ≤ 30 Menit	≥80%
		78	Mortalitas CABG/Bedah Pintas Arteri Koroner Severitas 1	<10%
		79	Lama Rawat ≤ 5 Hari Pada Kasus Dengan STEMI Klasifikasi KILLIP 1	≥95%
27	Transformasi RSV (Aspek Klinis URONEFROLOGI)	80	Pencapaian Target Adekuasi Hemodialisis Pada Pasien Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) yang Menjalani Hemodialisis Kronik Minimal 3 Bulan	≥60%
		81	Pencapaian Pasien CAPD Di Bandingkan Seluruh Pasien Yang Menjalani Dialisis	≥3%
		82	Stone Free Rate Tindakan PCNL batu non-staghorn	≥80%
		83	Stone Free Rate Tindakan ESWL batu ginjal < 2cm	≥60%



		84	Lama perawatan pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid kurang dari 3 hari	≥80%
28	Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Dewasa)	85	Peningkatan Proporsi Pasien Diabetes Yang Mencapai Target HbA1C	≥40%
		86	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target kolesterol LDL	≥40%
		87	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target tekanan darah	≥40%
		88	Skrining komplikasi makrovaskular	≥50%
		89	Skrining komplikasi mikrovaskular	≥50%
		29	Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Anak)	90
91	Peningkatan > 20% proporsi anak dan remaja dengan diabetes yang melakukan pemeriksaan pemantauan gula darah mandiri			≥40%
92	Proporsi kejadian ketoasidosis diabetikum berulang pada anak dan remaja dengan diabetes < 20%			<20%
93	Mortalitas ketoasidosis diabetikum anak dan remaja < 5%			<5%
30	Transformasi RSV (Aspek Klinis TUBERCULOSIS)	94	Persentase keberhasilan pengobatan TBC SO	≥75%
		95	Persentase keberhasilan pengobatan TBC RO	≥60%
		96	Angka inisiasi pengobatan TBC RO	≥60%
31	Transformasi RSV (Aspek Klinis GASTROHEPATOLOGI)	97	Tercapainya kesintasan pasien sirosis hati dekompensata (stadium lanjut) > 12 bulan	≥20%
		98	Tidak terjadi early rebleeding (24 jam) dan penurunan Hb >2g/dl pasca endoskopi hemostatik	≥80%
		99	Deteksi dini dan operasi Kasai pada atresia bilier berusia <3 bulan	≥80%, ≥50%
32	Transformasi RSV (Aspek Klinis KESEHATAN JIWA)	100	Optimalisasi lama rawat pasien Schizofrenia	≥60%
		101	Pasien Adiksi NAPZA yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	≥70%

33	Transformasi RSV (Aspek Klinis PINERE)	102	Kegawatdaruratan Covid-19 derajat berat Covid-19 $\leq$ 5 menit	100%
		103	Pelayanan pasien Covid-19 derajat berat sesuai dengan Panduan Praktik Klinik dan Clinical Pathway	100%
		104	Angka kematian pasien Covid-19 derajat berat dan kritikal $\leq$ 5%	$\leq$ 5%
34	Transformasi RSV (Aspek Klinis MATA)	105	Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak	$<$ 1%
35	Transformasi RSV (Aspek Klinis ORTHOPEDI)	106	Pasien fraktur terbuka dengan emergency respon time 2 $<$ 120 menit	$\geq$ 60%
		107	Infeksi Luka Operasi pada Fraktur Tertutup	$\leq$ 2%
36	Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	108	Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA)	Positif
		109	Cash Flow	Positif
		110	Pendapatan	Linear sesuai target pendapatan BLU/PNBP
		111	Beban	Linear sesuai target pengeluaran BLU/PNBP
		112	Rasio Beban Pegawai thd. Pendapatan	$\leq$ 50%
		113	Rasio Beban Persediaan thd. Pendapatan	$\leq$ 25%
		114	Rasio Beban Farmasi thd. Pendapatan	$\leq$ 20%
		115	Rasio Beban Adminstrasi thd. Pendapatan	$\leq$ 15%
		116	Days Receivable Turnover	$\leq$ 40 hari
		117	Days Inventory Turnover	$\leq$ 60 hari
118	Days Payable Turnover	$\leq$ 60 hari		

37	IKT Aspek Manajerial	119	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional	100%
		120	Peserta Fellowship / Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit	100%
		121	Ketersediaan Fasilitas Layanan	≥82,50%
		122	Ketepatan Waktu Layanan	≥80%

### Anggaran Kegiatan

No	Sasaran Program	Anggaran (dalam rupiah)
1	Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal	111.583.267.148
2	Tersedianya pelayanan unggulan	26.025.991.856
3	Tersedianya sumberdaya diklit yang optimal	74.514.336.306
4	Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien	13.562.112.917
5	Terwujudnya kepuasan stakeholder	51.572.785.606
6	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	15.238.129.042
7	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	16.460.701.708
8	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	51.411.122.481
9	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialisik	51.119.342.148
10	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	14.784.685.583
11	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	26.025.991.856
12	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	86.307.672.856
13	Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)	50.448.799.759
14	Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal	26.025.991.856
15	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	27.248.564.523
16	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	51.411.122.481
17	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	13.723.776.042
18	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	13.010.082.639

No	Sasaran Program	Anggaran (dalam rupiah)
19	Indikator RPJMN	38.395.213.264
20	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	38.265.096.056
21	IKT Aspek Klinis	14.232.655.306
22	IKT Aspek Keuangan	13.171.745.764
23	Transformasi RSV	14.686.098.764
24	Transformasi RSV (Aspek Klinis STROKE)	26.578.022.134
25	Transformasi RSV (Aspek Klinis KANKER)	26.578.022.134
26	Transformasi RSV (Aspek Klinis JANTUNG)	26.578.022.134
27	Transformasi RSV (Aspek Klinis URONEFROLOGI)	26.578.022.134
28	Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Dewasa)	26.578.022.134
29	Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Anak)	26.578.022.134
30	Transformasi RSV (Aspek Klinis TUBERCULOSIS)	26.578.022.134
31	Transformasi RSV (Aspek Klinis GASTROHEPATOLOGI)	26.578.022.134
32	Transformasi RSV (Aspek Klinis KESEHATAN JIWA)	26.578.022.134
33	Transformasi RSV (Aspek Klinis PINERE)	26.578.022.134
34	Transformasi RSV (Aspek Klinis MATA)	26.578.022.134
35	Transformasi RSV (Aspek Klinis ORTHOPEDI)	26.578.022.134
36	Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	13.171.745.764
37	IKT Aspek Manajerial	1.469.029.667
<b>TOTAL</b>		<b>1.172.802.327.000</b>

**Sumber Anggaran**

BLU	888.000.000.000
PHLN	172.309.752.000
RM	112.492.575.000

Pihak Kedua,

Jakarta , Agustus 2023

Pihak Pertama,

dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS  
NIP.197106262000031002

dr. I Wayan Sudana, M.Kes  
NIP. 196504091995091001





## 2. Persentase kematian neonatus

a.	Judul Indikator	Persentase Kematian Neonatus
b.	Dasar Pemikiran	<b>Neonatus</b> adalah sebutan bagi bayi yang baru lahir atau usianya 0-28 hari. Bayi usia kurang dari satu bulan mempunyai tubuh yang sangat lemah dan rentan terkena penyakit. Itulah kenapa bayi yang baru lahir perlu mendapatkan perhatian khusus supaya kesehatannya tetap optimal. Sebab jika tidak, hal ini bisa berakibat fatal dan menyebabkan kematian pada bayi baru lahir seperti Asfiksia, infeksi dan berat badan lahir rendah.
c.	Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Untuk mengetahui gambaran persentase kematian neonatus
e.	Definisi Operasional	Persentase kematian neonatus adalah jumlah neonatus yang meninggal umur 0-28 hari dibagi jumlah bayi yang dirawat umur 0-28 hari dikali 100%
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah neonatus yang meninggal umur 0-28 hari
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah bayi yang dirawat umur 0-28 hari
j.	Target Pencapaian	≤11%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kematian semua pasien bayi yang baru lahir atau usianya 0-28 hari  Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah neonatus yang meninggal umur 0-28 hari}}{\text{Jumlah bayi yang dirawat umur 0-28 hari}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	
o.	Instrumen Pengambilan Data	Kerta kerja angka kematian neonatus
p.	Besar Sampel	Kematian semua pasien bayi yang baru lahir atau usianya 0-28 hari
q.	Cara Pengambilan Sampel	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Rawat Inap

### 3. Meningkatnya Kunjungan Pasien Jantung

a.	Judul Indikator	Meningkatnya Kunjungan Pasien Jantung
b.	Dasar Pemikiran	Pelayanan Jantung Terpadu (PJT) merupakan salah satu pelayanan unggulan di RSUP Sanglah Denpasar yang memiliki fasilitas, prasarana, maupun SDM, yang menangani berbagai jenis penyakit jantung dan pembuluh darah pada berbagai usia.
c.	Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Untuk mendapatkan gambaran peningkatan jumlah pasien jantung di poliklinik PJT RSUP Sanglah
e.	Definisi Operasional	Pelayanan jantung adalah pelayanan kedokteran di bidang jantung yang merupakan salah satu pelayanan yang paling banyak dibutuhkan di RSUP Sanglah Denpasar. Pelayanan di PJT menghasilkan layanan spesialisik dan subspecialistik jantung dan pembuluh darah yang berkualitas, efektif dan efisien sehingga untuk itu diperlukan tatakelola yang baik sesuai dengan standar yang ditetapkan
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah kunjungan pasien jantung di poliklinik PJT pada periode pelaporan dikurangi jumlah kunjungan pasien jantung di poliklinik PJT pada periode sebelumnya
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah kunjungan pasien jantung di poliklinik PJT pada periode sebelumnya
j.	Target Pencapaian	≥12%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua pasien yang mendapatkan layanan di Poliklinik PJT  Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah kunjungan pasien jantung di poliklinik PJT Tahun Y- Tahun Y-1}}{\text{J Jumlah kunjungan pasien jantung di poliklinik PJT Tahun Y-1}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	Instalasi PJT
o.	Instrumen Pengambilan Data	Kertas Kerja kunjungan pasien di PJT
p.	Besar Sampel	Total sampling pasien PJT
q.	Cara Pengambilan Sampel	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Ka. Instalasi PJT

#### 4. Meningkatnya Pelayanan Kemoterapi Day Care

a.	Judul Indikator	Meningkatnya Pelayanan Kemoterapi <i>Day Care</i>
b.	Dasar Pemikiran	Instalasi Kanker terpadu adalah unit pelayanan medik dan penunjang yang memberikan pelayanan pada penderita kanker di RSUP Sanglah Denpasar, salah satunya adalah pelayanan kemoterapi <i>day care</i> . Pelayanan kemoterapi <i>day care</i> merupakan salah satu pengembangan pelayanan untuk para pasien kanker. Dengan pelayanan kemoterapi <i>Day Care</i> ini, maka memungkinkan para pasien untuk menjalani kemoterapi tanpa harus rawat inap.
c.	Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Untuk mendapatkan gambaran peningkatan jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan kemoterapi <i>day care</i> di Instalasi Kanker Terpadu RSUP Sanglah Denpasar
e.	Definisi Operasional	Pelayanan Kemoterapi <i>Day Care</i> adalah pelayanan kemoterapi yang diberikan kepada pasien kanker yang membutuhkan kemoterapi dengan regimen yang diberikan dalam waktu kurang dari 6 jam
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah Kunjungan pasien kemoterapi <i>day care</i> pada periode pelaporan dikurangi jumlah kunjungan pasien kemoterapi <i>day care</i> pada periode pelaporan sebelumnya
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah kunjungan pasien kemoterapi <i>day care</i> pada periode pelaporan sebelumnya
j.	Target Pencapaian	≥12%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua pasien kemoterapi yang mendapatkan layanan <i>day care</i> di Instalasi Kanker Terpadu Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah Kunjungan pasien kemoterapi } day care \text{ pada periode Tahun Y- Tahun Y-1}}{\text{Jumlah kunjungan pasien kemoterapi } day care \text{ pada periode Tahun Y-1}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	Instalasi Kanker Terpadu
o.	Instrumen Pengambilan Data	Kertas Kerja pasien kemoterapi <i>day care</i> di Instalasi Kanker Terpadu
p.	Besar Sampel	Total sampling pasien pasien kemoterapi <i>day care</i> instalasi kanker Terpadu
q.	Cara Pengambilan Sampel	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Kanker Terpadu, Ka. Instalasi Rawat Inap

## 5. Meningkatnya Jumlah Pasien Operasi

a.	Judul Indikator	Meningkatnya Jumlah Pasien Operasi
b.	Dasar Pemikiran	Kamar operasi merupakan salah satu sumber daya yang dimiliki oleh RS yang memerlukan pengelolaan dengan baik karena melibatkan banyak sumber daya terutama sarana prasarana peralatan yang canggih, mahal serta mengikuti perkembangan teknologi kedokteran sehingga perlu ada upaya untuk meningkatkan utilisasi kamar operasi serta pengaturan pengoperasiannya
c.	Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas / <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Untuk mendapatkan gambaran tingkat utilisasi kamar operasi dalam kegiatan operasi elektif serta peran KSM dan DPJP dalam perencanaan operasi
e.	Definisi Operasional	Kegiatan operasi adalah setiap tindakan yang dilakukan untuk mendiagnosa atau mengobati suatu penyakit, cedera, cacat yang dilakukan diseluruh kamar operasi
f.	Jenis Indikator	<input checked="" type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien operasi pada periode pelaporan di seluruh kamar operasi dikurangi jumlah pasien operasi pada periode pelaporan sebelumnya di seluruh kamar operasi
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien operasi pada periode pelaporan sebelumnya diseluruh kamar operasi
j.	Target Pencapaian	≥6%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua tindakan yang dilakukan oleh DPJP di kamar operasi Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	$\frac{J \text{ Jumlah pasien operasi pada periode Tahun Y- Tahun Y-1}}{\text{Jumlah pasien operasi pada periode Tahun Y-1}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral
o.	Instrumen Pengambilan Data	Kertas kerja tindakan operasi per kamar operasi di seluruh kamar operasi
p.	Besar Sampel	Total sampling tindakan operasi di kamar operasi
q.	Cara Pengambilan Sampel	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Bedah Sentral

## 6. Meningkatnya Kunjungan Pasien Rawat Jalan

a.	Judul Indikator	Meningkatnya Kunjungan Pasien Rawat Jalan
b.	Dasar Pemikiran	Jumlah kunjungan pasien rawat jalan perlu ditingkatkan untuk menambah pendapatan RS
c.	Dimensi Mutu	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Untuk mendapatkan gambaran angka kunjungan pasien rawat jalan baik melalui poliklinik maupun emergensi
e.	Definisi Operasional	Jumlah kunjungan pasien rawat jalan ke seluruh poliklinik rawat jalan dan emergensi.
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah kunjungan pasien rawat jalan Non BPJS pada periode pelaporan di poliklinik rawat jalan dan emergensi dikurangi jumlah pasien rawat jalan Non BPJS pada periode pelaporan sebelumnya di poliklinik rawat jalan dan emergensi
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah kunjungan pasien rawat jalan Non BPJS pada periode pelaporan sebelumnya di poliklinik rawat jalan dan emergensi
j.	Target Pencapaian	≥3%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua pasien yang mendapatkan pelayanan di poliklinik rawat jalan dan emergensi  Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah Kunjungan pasien Rawat Jalan Non BPJS di Poliklinik rawat jalan dan Emergensi pada periode Tahun Y- Tahun Y-1}}{\text{Jumlah Kunjungan pasien Rawat Jalan Non BPJS di Poliklinik rawat jalan dan Emergensi pada periode Tahun Y-1}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	IRJ, PJT, IGD, Wing Amerta
o.	Instrumen Pengambilan Data	Kertas kerja kunjungan pasien non BPJS
p.	Besar Sampel	Total sampling/total kunjungan pasien non BPJS
q.	Cara Pengambilan Sampel	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Ka. IRJ, Ka. Instalasi PJT, Ka. IGD







## 9. Persentase Kematian Ibu

a.	Judul Indikator	Persentase Kematian Ibu
b.	Dasar Pemikiran	Tingginya kematian Ibu disebabkan oleh berbagai faktor risiko yang terjadi mulai dari fase sebelum hamil yaitu kondisi wanita usia subur yang anemia, kurang energi kalori, obesitas, mempunyai penyakit penyerta seperti tuberculosis dan lain-lain. Pada saat hamil ibu juga mengalami berbagai penyulit seperti hipertensi, perdarahan, anemia, diabetes, infeksi, penyakit jantung dan lain-lain.
c.	Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Untuk mendapatkan gambaran angka kematian Ibu di RSUP Sanglah
e.	Definisi Operasional	Persentase Kematian Ibu adalah jumlah kematian ibu pada periode hamil, bersalin, nifas yang disebabkan oleh penyebab obstetri dibagi jumlah ibu hamil, bersalin, nifas yang dirawat di RSUP Sanglah dikali 100%
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Pelatihan
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah kematian ibu pada periode hamil, bersalin, nifas yang disebabkan oleh penyebab obstetri
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah ibu hamil, bersalin, nifas yang dirawat di RSUP Prof. I.G.N.G Ngoerah
j.	Target Pencapaian	≤4,2%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kematian ibu pada periode hamil, bersalin, nifas yang disebabkan oleh penyebab obstetri Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah kematian ibu pada periode hamil, bersalin, nifas yang disebabkan oleh penyebab obstetric}}{\text{Jumlah ibu hamil, bersalin, nifas yang dirawat}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	IGD, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Inap VIP, IATI
o.	Instrumen Pengambilan Data	Kertas kerja angka kematian ibu
p..	Besar Sampel	Kematian ibu pada periode hamil, bersalin, nifas yang disebabkan oleh penyebab obstetri
q.	Cara Pengambilan Sampel	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Ka. IGD, Ka. Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Inap VIP, IATI

## 10. Persentase Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik

<b>Nama Indikator</b>	<b>: Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)</b>
Area	: Manajerial
Kategori Indikator	: Manajemen Informasi
Perspektif	: Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	: Rumah sakit dapat mengelola data rekam medis secara elektronik
Dimensi Mutu	: Efektivitas dan <i>Responsiveness</i>
Tujuan	: Meningkatkan efisiensi, efektivitas, profesionalisme, kinerja, serta akses dan pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	: Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam Medis Elektronik adalah Rekam Medis yang dibuat dan disimpan dalam bentuk digital.
	: Resume Medis adalah ringkasan dari Rekam Medis yang memuat informasi tentang identitas pasien, diagnosis, hasil pemeriksaan, terapi dan tindakan yang diberikan serta anjuran
	: Informasi kesehatan dalam RME tersebut harus terintegrasi dengan berbagai sumber data di dalam RS. Informasi kesehatan yang ada di dalam RME tidak terbatas pada riwayat pasien, tindakan medis, radiologi, laboratorium, permohonan rawat inap, tetapi juga informasi tagihan pembayaran, pemberian obat, dan demografi pasien. RME tersebut dapat diakses dari berbagai lokasi di dalam RS oleh tenaga medis dan/atau staf RS yang bertugas dengan jaminan keamanan data, kerahasiaan dan privasi data pasien.
Frekuensi Pengumpulan	: Bulanan
Pelaporan Data	: Bulanan
Periode Analisa	: Triwulan (Akumulatif)
Periodisasi Target IKT	: Triwulan (Akumulatif)
	Sistem RME diterapkan di semua pelayanan dan terintegrasi lengkap. Diterapkan artinya RS sudah memiliki standar dan rencana penerapan RME secara luas dan keseluruhan di RS. Data RME tersebut harus dapat digunakan dalam pengambilan keputusan tindakan medis, permintaan tes laboratorium, radiologi, evaluasi hasil tes dan seterusnya. Tidak ada lagi kertas fisik dokumen rekam medis ( <i>paper-less</i> )*. Terintegrasi lengkap artinya pertukaran data antar instalasi/ruang pelayanan tidak lagi menggunakan kertas fisik, tetapi dilakukan secara digital dan dapat diakses di seluruh unit kerja internal RS secara langsung ( <i>real time</i> ). *) dikecualikan untuk dokumen <i>informed consent</i>

Perjanjian Tingkat Layanan atau Service Level Agreement (SLA) adalah adalah Dokumen kontrak yang menjamin tingkat performa untuk berbagai macam metrik layanan seperti kecepatan dan ketersediaan layanan teknologi informasi. SLA dibuat sesuai kemampuan sumber daya masing-masing RS. SLA ditandatangani antara penyedia layanan SI/TI RS (sesuai produk layanan SI/TI nya, penyedia layanan TI/SI tersebut dapat terdiri dari pihak internal maupun eksternal RS) dengan Direktur pelayanan medik RS atau pihak lain yang dianggap relevan. SLA harus dievaluasi secara berkala oleh RS dalam bentuk laporan Evaluasi dan dilakukan perubahan Dokumen Kontrak SLA sesuai kebutuhan RS.

Perencanaan Kelangsungan Bisnis atau Business Continuity Plan (BCP) merupakan rincian Dokumen standar operasional Presedur (SOP) tentang bagaimana suatu organisasi merencanakan agar pelayanan utama organisasi tetap terjaga dan/atau dapat segera dipulihkan setelah terjadinya suatu bencana atau insiden. BCP dibuat oleh keseluruhan elemen dalam organisasi. BCP harus dapat menjelaskan secara spesifik tindakan apa yang dilakukan ketika bencana atau insiden terjadi, tidak hanya tindakan dari sisi teknologinya saja.

IT Disaster Recovery Plan (DRP) merupakan Dokumen standar operasional Presedur (SOP) tentang rencana pemulihan fungsi-fungsi layanan TI setelah bencana atau insiden terjadi.

DRP dapat menjadi bagian dari BCP, akan tetapi dalam kasus tertentu, DRP dapat berdiri sendiri (contoh ketika terjadi kebakaran di data centre RS).

Vulnerability Test atau Uji Kerentanan adalah melakukan "penyerangan" ke dalam sistem internal organisasi itu sendiri untuk mencari dan menemukan kerentanan yang ada di dalam sistem sebelum diserang/dilakukan oleh pihak-pihak yang tidak diinginkan.

Pengujian dapat dilakukan oleh pihak internal maupun eksternal RS.

Jika pengujian dilakukan oleh pihak internal, pegawai yang melakukan uji kerentanan tersebut wajib menandatangani perjanjian dengan atasan langsung atau pihak lain yang ditunjuk RS, dimana perjanjian tersebut berisikan izin untuk melakukan pengujian. sehingga bila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan, pegawai tersebut tidak dapat dituntut atau dikenai hukuman disiplin.

Jika pengujian dilakukan oleh pihak eksternal RS, perjanjian atau kontrak pengujian haruslah spesifik menuliskan apa-apa saja yang akan dilakukan sebelum, selama, dan sesudah pengujian. Selama pengujian dilakukan, tidak diperbolehkan adanya penyimpangan dari kontrak yang sudah disepakati. Sebagai tambahan, uji kerentanan terkadang membuat sistem menjadi "crash" atau menimbulkan kerusakan lainnya. Kontrak/perjanjian yang dibuat tidak boleh menyalahkan pengujian internal RS jika kerusakan tersebut terjadi. Akan tetapi, untuk pengujian eksternal RS diwajibkan memiliki jaminan akan kemungkinan kerusakan tersebut terjadi. Pengujian kerentanan tidak boleh datang dari kalangan hacker atau mantan hacker.



Formula	<p>Dokumentasi Uji Kerentanan minimal terdiri dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas/Pihak Penguji;</li> <li>2. Skenario Pengujian;</li> <li>3. Tools/alat yang digunakan;</li> <li>4. Periode/waktu Pengujian dilakukan;</li> <li>5. Kontrak/Perjanjian Kesepakatan antara Penguji dengan RS;</li> <li>6. Laporan Hasil Pengujian;</li> <li>7. Rekomendasi Perbaikan Sistem oleh penguji yang ditandatangani atasan langsung penguji atau pihak lain yang ditunjuk RS;</li> <li>8. Rencana Tindak Lanjut.</li> </ol>
	<p>Kategori Penilaian:</p> <p>Sistem Penilaian diambil dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pelayanan Gawat Darurat;</li> <li>2. Pelayanan Laboratorium;</li> <li>3. Pelayanan Farmasi;</li> <li>4. Pelayanan Radiologi;</li> <li>5. Pelayanan Rawat Inap;</li> <li>6. Pelayanan Rawat Jalan.</li> </ol> <p>Dimana untuk setiap pelayanan dihitung dengan skala penilaian:</p> <p>0 : Tidak ada Sistem RME di RS, Nilai <b>0</b>;</p> <p>1 : Terdapat Sistem RME tapi tidak diterapkan, Nilai <b>0,875</b>;</p> <p>2 : Sistem RME sudah diterapkan akan tetapi masih ditemukan adanya penggunaan dokumen fisik (tidak paper-less), Nilai <b>1,75</b>;</p> <p>3 : Sistem RME sudah diterapkan penuh, Nilai <b>3,5</b>;</p> <p>Khusus untuk Pelayanan Rawat Jalan, menggunakan skala penilaian sebagai berikut:</p> <p>0 : Tidak ada Sistem RME di RS, Nilai <b>0</b>;</p> <p>1 : Terdapat Sistem RME tapi tidak diterapkan, Nilai <b>1,875</b>;</p> <p>2 : Sistem RME sudah diterapkan akan tetapi masih ditemukan adanya penggunaan dokumen fisik (tidak paper-less), Nilai <b>3,75</b>;</p> <p>3 : Sistem RME sudah diterapkan penuh, Nilai <b>7,5</b>;</p> <p>Sehingga bila keenam layanan tersebut telah diterapkan RME akan mendapat nilai <b>25</b>.</p> <p>Apabila keenam pelayanan tersebut telah diimplementasikan dan telah terintegrasi lengkap, maka terdapat penambahan nilai sebesar <b>10</b>. Sehingga pada RS yang melakukan implementasi di 6 layanan dan telah terintegrasi lengkap mendapat nilai <b>35</b>.</p>
	<p>Penilaian terkait SLA, dihitung dengan skala penilaian:</p> <p>0 : Tidak ada SLA pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME di RS, Nilai <b>0</b>;</p> <p>1 : Terdapat SLA pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME RS tapi tidak diimplementasikan, Nilai <b>3,75</b>;</p> <p>2 : Terdapat SLA pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME dan sudah diimplementasikan akan tetapi belum ada bukti laporan bahwa telah dilakukan evaluasi secara berkala (triwulan), Nilai <b>7,5</b>;</p> <p>3 : Terdapat SLA pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME dan sudah diimplementasikan serta terdapat bukti laporan bahwa telah dilakukan evaluasi secara berkala (triwulan), Nilai <b>15</b>;</p>

	<p>Penilaian terkait BCP dan DRP, dihitung dengan skala penilaian:  0 : Tidak ada BCP dan DRP pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME di RS, Nilai <b>0</b>;  1 : Terdapat BCP dan DRP pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME RS tapi belum dilakukan ujicoba beserta laporan hasil ujcobanya, Nilai <b>6,25</b>;  2 : Terdapat BCP dan DRP pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME dan sudah dilakukan ujicoba beserta bukti laporan hasil ujicoba, akan tetapi belum ada bukti laporan bahwa telah dilakukan evaluasi secara berkala (triwulan), Nilai <b>12,5</b>;  3 : Terdapat BCP dan DRP pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME dan sudah dilakukan ujicoba beserta bukti laporan ujicoba, lalu sudah ada bukti laporan bahwa telah dilakukan evaluasi secara berkala (triwulan), Nilai <b>25</b>;</p>												
	<p>Penilaian terkait Uji Kerentanan, dihitung dengan skala penilaian:  0 : Tidak ada hasil uji kerentanan pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME di RS, Nilai <b>0</b>;  1 : Terdapat hasil uji kerentanan pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME RS tapi rekomendasi hasil uji kerentanan belum dilakukan, Nilai <b>6,25</b>;  2 : Terdapat hasil uji kerentanan pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME dan rekomendasi hasil ujicoba kerentanan sudah dilakukan, akan tetapi belum ada bukti laporan bahwa telah dilakukan evaluasi secara berkala (triwulan), Nilai <b>12,5</b>;  3 : Terdapat hasil uji kerentanan pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME dan rekomendasi hasil ujicoba kerentanan sudah dilakukan, lalu sudah ada bukti laporan bahwa telah dilakukan evaluasi secara berkala (triwulan), Nilai <b>25</b>;</p>												
	<p>Apabila RS memiliki sistem pencadangan (<i>Backup System</i>) dimana lokasinya berada diluar lokasi fisik RS dan kerjasama pencadangan tersebut dilakukan sesuai ketentuan peraturan yang berlaku, maka RS mendapatkan nilai bonus paling banyak <b>10</b>.</p>												
Standar	<table border="1"> <tr> <td colspan="2"><b>100</b></td> </tr> <tr> <td>Triwulan</td> <td>Standar</td> </tr> <tr> <td>Triwulan I</td> <td>35</td> </tr> <tr> <td>Triwulan II</td> <td>51,25</td> </tr> <tr> <td>Triwulan III</td> <td>67,5</td> </tr> <tr> <td>Triwulan IV</td> <td>100</td> </tr> </table>	<b>100</b>		Triwulan	Standar	Triwulan I	35	Triwulan II	51,25	Triwulan III	67,5	Triwulan IV	100
<b>100</b>													
Triwulan	Standar												
Triwulan I	35												
Triwulan II	51,25												
Triwulan III	67,5												
Triwulan IV	100												
Sumber Data	: RME/SIM RS												
PIC	: Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan/Bidang Pelayanan Medik/Direktur Umum												



## 11. Modernisasi Pengelolaan BLU ( Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System / BIOS )

Area	: Manajerial																																																																																																																		
Perspektif	: <i>Learning and Growth</i>																																																																																																																		
Sasaran Strategis	: Pengembangan Sistem Informasi Badan Layanan Umum																																																																																																																		
Indikator Kinerja Utama	: Persentase Penyelesaian Modernisasi Pengelolaan BLU																																																																																																																		
Dimensi Mutu	: Sistem Informasi BLU yang andal dan modern																																																																																																																		
Tujuan	: Mengukur tingkat modernisasi BLU dalam rangka peningkatan layanan, akuntabilitas manajemen dan pemanfaatan data dalam rangka pengambilan keputusan ( <i>decision support system</i> ).																																																																																																																		
Definisi Operasional	: Modernisasi Pengelolaan BLU adalah Pemanfaatan teknologi informasi dalam rangka pengelolaan BLU untuk menyajikan data dan informasi kepada internal dan eksternal secara handal yang dilakukan dengan pengembangan sistem informasi terintegrasi sehingga sumber daya dapat dikelola secara efektif dan efisien dan meningkatkan kualitas layanan kepada masyarakat.																																																																																																																		
Formula	: Persentase penyelesaian pengembangan modernisasi BLU pada tahun 2023 terdiri dari 5 (lima) tahapan dengan dasar nilai capaian tiap triwulan adalah 100% dengan penjelasan : <b>Penyelesaian Tahapan:</b>																																																																																																																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Uraian</th> <th>Skor / tahap</th> <th>Bobot (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Integrasi Data</b></td> <td></td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>a. Pengembangan Webservice pada Tahap Development</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1) Permintaan secret key development</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2) Data terkirim pada server development</td> <td>10</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3) Pengiriman dilakukan dengan <i>scheduler/automation</i></td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Pengembangan webservice pada Tahap Production</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1) Permintaan secret key production</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2) Data terkirim pada server production</td> <td>18</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Kelengkapan Pengiriman Data Melalui Webservice</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1) Pengiriman data rutin dilakukan setiap hari (daily)</td> <td>30</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Dapat mengirim history data transaksi yang sudah lampau.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2) Kelengkapan data terkirim (sesuai panduan web service: <a href="http://bit.ly/PanduanWebserviceBIOS">http://bit.ly/PanduanWebserviceBIOS</a> ).</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Data Keuangan (5 Parameter) – Wajib, kas basis</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Data Layanan (rumpun kesehatan) 14 parameter.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Data SDM (rumpun kesehatan) 14 parameter</td> <td>30</td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>Analitika Data</b></td> <td></td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>a. Dashboard Layanan (aplikasi)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1) Menampilkan kinerja layanan utama (IKT)</td> <td>12</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2) Jumlah pengguna layanan</td> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3) Trend pemberian layanan (bisa embed ke no 2)</td> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4) Hasil survey pengguna layanan</td> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5) Tersedia akses bagi Direktorat PPKBLU</td> <td>9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Dashboard Keuangan (Aplikasi)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1) Menampilkan realisasi pendapatan dan belanja kas BLU</td> <td>6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2) Menampilkan jumlah posisi saldo kas (saldo awal+ saldo berjalan= saldo akhir)</td> <td>6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3) Menampilkan saldo rekening BLU</td> <td>6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4) Analisis data keuangan (rasio Keuangan yg ada di matrat)</td> <td>6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5) Tersedia akses bagi Direktorat PPKBLU</td> <td>6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Dashboard SDM—non Aplikasi</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1) Komposisi SDM (asn, non asn)</td> <td>6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2) Profil SDM (usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja dll.</td> <td>6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3) Analisis kebutuhan pegawai (bisa embed ke no 4)</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4) Analisis beban kerja</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5) Analisis kinerja pegawai (iki/skp pegawai)</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6) <i>Training need analysis (pelatihan yg dibutuhkan pegawai)</i></td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>d. Dashboard Pendukung (4 dashboard) @5 poin</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dashboard pendukung dibuat berdasarkan pedoman dashboard yang ada di komponen penilaian maturity rating. (Non Aplikasi)</td> <td>20</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Uraian	Skor / tahap	Bobot (%)	<b>Integrasi Data</b>		40	a. Pengembangan Webservice pada Tahap Development			1) Permintaan secret key development	2		2) Data terkirim pada server development	10		3) Pengiriman dilakukan dengan <i>scheduler/automation</i>	8		b. Pengembangan webservice pada Tahap Production			1) Permintaan secret key production	2		2) Data terkirim pada server production	18		c. Kelengkapan Pengiriman Data Melalui Webservice			1) Pengiriman data rutin dilakukan setiap hari (daily)	30		- Dapat mengirim history data transaksi yang sudah lampau.			2) Kelengkapan data terkirim (sesuai panduan web service: <a href="http://bit.ly/PanduanWebserviceBIOS">http://bit.ly/PanduanWebserviceBIOS</a> ).			- Data Keuangan (5 Parameter) – Wajib, kas basis			- Data Layanan (rumpun kesehatan) 14 parameter.			- Data SDM (rumpun kesehatan) 14 parameter	30		<b>Analitika Data</b>		20	a. Dashboard Layanan (aplikasi)			1) Menampilkan kinerja layanan utama (IKT)	12		2) Jumlah pengguna layanan	3		3) Trend pemberian layanan (bisa embed ke no 2)	3		4) Hasil survey pengguna layanan	3		5) Tersedia akses bagi Direktorat PPKBLU	9		b. Dashboard Keuangan (Aplikasi)			1) Menampilkan realisasi pendapatan dan belanja kas BLU	6		2) Menampilkan jumlah posisi saldo kas (saldo awal+ saldo berjalan= saldo akhir)	6		3) Menampilkan saldo rekening BLU	6		4) Analisis data keuangan (rasio Keuangan yg ada di matrat)	6		5) Tersedia akses bagi Direktorat PPKBLU	6		c. Dashboard SDM—non Aplikasi			1) Komposisi SDM (asn, non asn)	6		2) Profil SDM (usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja dll.	6		3) Analisis kebutuhan pegawai (bisa embed ke no 4)	2		4) Analisis beban kerja	2		5) Analisis kinerja pegawai (iki/skp pegawai)	2		6) <i>Training need analysis (pelatihan yg dibutuhkan pegawai)</i>	2		d. Dashboard Pendukung (4 dashboard) @5 poin			Dashboard pendukung dibuat berdasarkan pedoman dashboard yang ada di komponen penilaian maturity rating. (Non Aplikasi)	20	
Uraian	Skor / tahap	Bobot (%)																																																																																																																	
<b>Integrasi Data</b>		40																																																																																																																	
a. Pengembangan Webservice pada Tahap Development																																																																																																																			
1) Permintaan secret key development	2																																																																																																																		
2) Data terkirim pada server development	10																																																																																																																		
3) Pengiriman dilakukan dengan <i>scheduler/automation</i>	8																																																																																																																		
b. Pengembangan webservice pada Tahap Production																																																																																																																			
1) Permintaan secret key production	2																																																																																																																		
2) Data terkirim pada server production	18																																																																																																																		
c. Kelengkapan Pengiriman Data Melalui Webservice																																																																																																																			
1) Pengiriman data rutin dilakukan setiap hari (daily)	30																																																																																																																		
- Dapat mengirim history data transaksi yang sudah lampau.																																																																																																																			
2) Kelengkapan data terkirim (sesuai panduan web service: <a href="http://bit.ly/PanduanWebserviceBIOS">http://bit.ly/PanduanWebserviceBIOS</a> ).																																																																																																																			
- Data Keuangan (5 Parameter) – Wajib, kas basis																																																																																																																			
- Data Layanan (rumpun kesehatan) 14 parameter.																																																																																																																			
- Data SDM (rumpun kesehatan) 14 parameter	30																																																																																																																		
<b>Analitika Data</b>		20																																																																																																																	
a. Dashboard Layanan (aplikasi)																																																																																																																			
1) Menampilkan kinerja layanan utama (IKT)	12																																																																																																																		
2) Jumlah pengguna layanan	3																																																																																																																		
3) Trend pemberian layanan (bisa embed ke no 2)	3																																																																																																																		
4) Hasil survey pengguna layanan	3																																																																																																																		
5) Tersedia akses bagi Direktorat PPKBLU	9																																																																																																																		
b. Dashboard Keuangan (Aplikasi)																																																																																																																			
1) Menampilkan realisasi pendapatan dan belanja kas BLU	6																																																																																																																		
2) Menampilkan jumlah posisi saldo kas (saldo awal+ saldo berjalan= saldo akhir)	6																																																																																																																		
3) Menampilkan saldo rekening BLU	6																																																																																																																		
4) Analisis data keuangan (rasio Keuangan yg ada di matrat)	6																																																																																																																		
5) Tersedia akses bagi Direktorat PPKBLU	6																																																																																																																		
c. Dashboard SDM—non Aplikasi																																																																																																																			
1) Komposisi SDM (asn, non asn)	6																																																																																																																		
2) Profil SDM (usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja dll.	6																																																																																																																		
3) Analisis kebutuhan pegawai (bisa embed ke no 4)	2																																																																																																																		
4) Analisis beban kerja	2																																																																																																																		
5) Analisis kinerja pegawai (iki/skp pegawai)	2																																																																																																																		
6) <i>Training need analysis (pelatihan yg dibutuhkan pegawai)</i>	2																																																																																																																		
d. Dashboard Pendukung (4 dashboard) @5 poin																																																																																																																			
Dashboard pendukung dibuat berdasarkan pedoman dashboard yang ada di komponen penilaian maturity rating. (Non Aplikasi)	20																																																																																																																		

<b>Dashboard yang terdapat dalam Komponen Penilaian Maturity Rating :</b>			
1	Pemantauan Kinerja Alur Proses Bisnis Organisasi		
2	Pemantauan Aktivitas Pengelolaan TI		
3	Pemantauan Kinerja pengelolaan Layanan Kepada Masyarakat		
4	Pemantauan Proses Pengembangan Inovasi Layanan		
5	Pemantauan Proses Inovasi Produk dan Layanan (internal/eksternal)		
6	Pemantauan Proses Manajemen Pengetahuan		
7	Pemantauan Capaian Rencana Strategis		
8	Pemantauan Penerapan Kode Etik Organisasi		
9	Pemantauan Kinerja terhadap Pengelolaan Hubungan dengan Stakeholder		
10	Pemantauan Risiko Organisasi		
11	Pemantauan Aktivitas Pengawasan dan Pengendalian Organisasi		
12	Pemantauan Proses Pengelolaan dan Pemantauan Lingkungan		
13	Pemantauan Proses Efisiensi Penggunaan Sumber Daya		
<b>Sistem Informasi Manajemen</b>			20
a. Sistem Informasi Keuangan aplikasi (non SAKTI) kas basis /transaksi jurnal harian			
1)	Pencatatan penerimaan	6	
2)	Pencatatan pengeluaran	6	
3)	Pencatatan saldo rekening	8	
b. Sistem Informasi Layanan (aplikasi)		48	
1)	Pencatatan transaksi layanan utama		
-	Rawat jalan: jml kunjungan per poli		
-	Rawat inap: jml pasien + kelas pasien		
-	Laboratorium: jml pasien per parameter		
2)	Integrasi dengan sistem keuangan		
(untuk layanan umum, pendaftaran – data pasien - koneksi ke tarif layanan s.d. pembayaran)		12	
c. Sistem Informasi SDM (aplikasi)			
1)	Pencatatan data SDM	12	
* Rekam, Ubah, Hapus data SDM (rekrutmen, pemberhentian, perubahan status SDM)			
2)	Pencatatan perhitungan kinerja SDM (e-kinerja)	8	
<b>Website</b>			10
a. Performa Website (GT metrix)		40	
1)	Pengujian > 40% (bobot 100%)		
2)	Pengujian 20 % s.d. 40% (bobot 75%)		
3)	Pengujian < 20% (bobot 50%)		
b. Fungsi Website			
1)	Informasi profil BLU	12	
2)	Informasi layanan BLU	12	
3)	Laporan Kinerja & Laporan Tahunan BLU	12	
4)	Fitur sarana pengaduan	12	
5)	Fitur survey layanan pengguna- saran masukan	12	
<b>Operasionalisasi BIOS</b>			10

	<p>Kelengkapan Data pada Modul BIOS:</p> <p>a. Profil BLU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>informasi umum, organisasi, pejabat dan pegawai, logo dan struktur, SWOT</li> </ul> <p>b. Data Layanan (Bulanan) (otomatis tercapai jika capaian tahap I =100%) (bagi BLU belum Web Service)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>layanan kesehatan</li> <li>Layanan lainnya</li> </ul> <p>c. Data Keuangan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>penyampaian/upload Catatan Atas Laporan Keuangan BLU, (periode sebelumnya, baik Triwulanan, Semesteran, Tahunan Unaudited, Tahunan Audited)</li> </ul> <p>d. Rencana Bisnis Anggaran dan Rencana Strategis Bisnis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>melakukan upload dokumen RSB dan RBA terbaru yang masih berlaku, pada menu Renstra Bisnis dan RBA.</li> </ul> <p>e. Pengelolaan Kinerja</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>input data kontrak kinerja pada modul pengelolaan kinerja</li> </ul> <p>f. Dokumentasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>melakukan upload dokumen SOP terbaru yang masih berlaku, sesuai dengan jenis dokumennya pada BIOS</li> </ul> <p>g. Pembinaan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Memberikan tanggapan pada Laporan pembinaanDit. PPK BLU dan Kanwil</li> </ul> <p>h. Dewas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Memberikan tanggapan atas rekomendasi pada Laporan Dewas, dan sudah menyusun rencana aksi atas rekomendasi dan saran dewas Periode Pelaporan Terakhir (semesteran sebelumnya)</li> </ul>	10	
	<p>Tarif dan Remunerasi</p> <p>a. pengajuan remunerasi baru/revisi pada modul remunerasi (jika ada)</p> <p>b. Melakukan proses pengajuan usulan tarif baru/revisi (jika ada). Melakukan input/upload Data Tarif</p>	10	
		10	

**Kecepatan**

**Penyelesaian:**

Tambahan capaian dapat diklaim jika penyelesaian tiap tahap telah mencapai 100%.

Bobot Kecepatan penyelesaian capaian dihitung secara proporsional sebagai berikut (bobot untuk pencapaian 100% pertama kali dalam Triwulan yang bersangkutan):

Uraian	poin	Tw I	Tw II	Tw III	Tw IV
Integrasi Data	5	100%	75%	50%	25%
Website	5	100%	100%	75%	50%
Sistem Informasi Manajemen	5	100%	100%	100%	75%
Analitika Data	5	100%	100%	100%	100%

Dalam hal capaian triwulan sebelumnya sudah tercapai 100%, bobot triwulan berjalan mengikuti triwulan sebelumnya sepanjang capaian triwulan berjalan mencapai 100%. Khusus untuk Indikator "Integrasi Data", capaian kecepatan dapat diklaim jika sudah selesai pengembangan di server *production* dan *endpoint* data yang dikirimkan telah lengkap minimal selama 1 Triwulan.

**Extra Miles:**

*Extra Miles* merupakan capaian tambahan yang mendukung capaian indikator utama. dan hanya dapat diklaim 1 kali dalam 1 tahun.

Tahapan	Uraian	Extra Miles	Poin	Ket
I	Integrasi Data	Kelengkapan Jangka Waktu Pengiriman Data	6 3 3	1x Maks 12
II	Analitika Data	a. Ada SK SDM / Bagian di bidang Analisis Data b. Analisis data pada level Prediktif /Preskriptif [Laporan Penelitiandan/atau Analisis data tentan keuangan atau layanan BLU] (persyaratan matrat lv 5)		1x tiap triwulan (judul berbeda)
III	Sistem Informasi Manajemen	Penyediaan aplikasi <i>mobile</i> untuk pemberian layanan		1x
IV	Website	Website muncul pada hal pertama <i>search engine</i> (SEmaksimal urutan ke - 3		tiap triwulan

**Bobot Extra miles**

**Tahap I Integrasi Data:**

No	Kelengkapan Data Terkirim	Bobot	Poin x bobot
1	Mulai 1 Januari 2022	50%	6
2	Mulai 1 Januari 2021	25%	3
3	Mulai 1 Januari 2020	25%	3

**Tahap II Analitika Data:**

- a. Ada SK SDM / Bagian di bidang Analisis Data (50%)
- b. Analisis data pada level Prediktif / Preskriptif (50%)

**Tahap III Sistem Informasi Manajemen Penyediaan aplikasi mobile untuk pemberian layanan (100%)**

Tahap IV Website muncul pada urutan antara 1 s.d. 3 pada halaman pertama search engine Google (SEO) dengan kata kunci nama BLU bersangkutan (100%)

	:	<p><b>Penghitungan Capaian =</b>  <b>Persentase Penyelesaian Tahapan + Persentase <i>Extra Miles</i> + Persentase Kecepatan Penyelesaian</b>  <math>\sum(\text{poin tahapan} * \text{bobot}) + \sum(\text{poin extra mils} * \text{bobot}) + \sum(\text{poin kecepatan} * \text{bobot})</math></p> <p>Capaian tambahan terdiri dari 2 komponen yaitu Kecepatan Penyelesaian (max. 20 poin) dan <i>Extra Miles</i> (max. 30 poin), untuk pembobotan dilakukan secara proporsional. <i>Extra Miles</i> dapat dikerjakan beriringan dengan indikator utama.</p> <p><b>Contoh perhitungan realisasi Triwulanan :</b></p> <p>1. Capaian IKT Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU BLU A di Triwulan I sbb:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menyelesaikan tahapan integrasi data, poin = 100 dan mengirimkan data mulai 1 Januari 2022;</li> <li>• Menyelesaikan tahapan analitika data kurang dashboard pendukung (poin 80) dan ada SK tim khusus untuk melakukan analisis data, belum memiliki Laporan Penelitian dan/atau Analisis data tentang keuangan atau layanan BLU;</li> <li>• Menyelesaikan tahapan sistem informasi manajemen belum memiliki SI SDM poin hanya 80, belum memiliki aplikasi <i>mobile</i> untuk layanan;</li> <li>• Menyelesaikan tahapan website 100% pada triwulan I dan muncul di urutan pertama mesin pencari Google.</li> <li>• Menyelesaikan Tahapan Operasional BIOS 100%</li> </ul> <p>Maka capaiannya adalah :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyelesaian Tahapan:  <math display="block">= ((100 * 40\%) + (80 * 20\%) + (80 * 20\%) + (100 * 10\%) + (100 * 10\%))</math> <math display="block">= (40 + 16 + 16 + 10 + 10)</math> <math display="block">= 92</math> </li> <li>• <i>Extra Miles</i>:  <math display="block">= ((12 * 50\%) + (8 * 50\%) + 0 + (4 * 100\%))</math> <math display="block">= (6 + 4 + 0 + 4)</math> <math display="block">= 14</math> </li> <li>• Kecepatan Penyelesaian  <math display="block">= ((5 * 100\%) + 0 + 0 + (5 * 100\%))</math> <math display="block">= (5 + 0 + 0 + 5)</math> <math display="block">= 10</math> </li> <li>• Total Nilai  <math display="block">= 116</math> </li> </ul> <p>2. Capaian IKT Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU BLU A di triwulan II sbb:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menyelesaikan tahapan integrasi data, poin = 100 dan mengirimkan data mulai 1 Januari 2021;</li> <li>• Menyelesaikan seluruh tahapan analitika data (poin 100) dan ada SK tim khusus untuk melakukan analisis data, memiliki Laporan Penelitian dan/atau Analisis data tentang keuangan atau layanan BLU;</li> </ul>
--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menyelesaikan tahapan sistem informasi manajemen belum memiliki SI SDM poin hanya 80, sdh memiliki aplikasi <i>mobile</i> untuk layanan;</li> <li>• Menyelesaikan tahapan website 80% (karena performance website turun) pada triwulan II dan muncul di urutan pertama mesin pencari Google.</li> <li>• Menyelesaikan Tahapan Operasional BIOS 100%. Maka capaiannya adalah :</li> <li>• Penyelesaian Tahapan: <ul style="list-style-type: none"> <li>= <math>((100 * 40\%) + (100 * 20\%) + (80 * 20\%) + (80 * 10\%) + (100 * 10\%))</math></li> <li>= <math>(40 + 20 + 16 + 8 + 10)</math></li> <li>= 94</li> </ul> </li> <li>• Extra Miles: <ul style="list-style-type: none"> <li>= <math>((12 * 25\%) + (8 * 50\%) + (6 * 100\%) + (4 * 100\%))</math></li> <li>= <math>(3 + 4 + 6 + 4)</math></li> <li>= 17</li> </ul> </li> <li>• Kecepatan Penyelesaian <ul style="list-style-type: none"> <li>= <math>((5 * 100\%) + (5 * 100\%) + 0 + 0)</math></li> <li>= <math>(5 + 5 + 0 + 0)</math></li> <li>= 10</li> </ul> </li> <li>• Total Nilai = 121</li> </ul> <p>3. Capaian IKT Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU BLU B di triwulan III sbb:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baru menyelesaikan tahapan integrasi data s.d. tahap Production, poin = 40 ;</li> <li>• Baru menyelesaikan seluruh tahapan analitika data pada Triwulan III (poin 100) dan ada SK tim khusus untuk melakukan analisis data, memiliki Laporan Penelitian dan/atau Analisis data tentang keuangan atau layanan BLU;</li> <li>• Menyelesaikan tahapan sistem informasi manajemen, belum memiliki SI SDM poin hanya 80, belum memiliki aplikasi <i>mobile</i> untuk layanan;</li> <li>• Baru menyelesaikan tahapan website 100% pada triwulan III dan tidak muncul di halaman pertama mesin pencari Google.</li> <li>• Menyelesaikan Tahapan Operasional BIOS 80 (tidak mengupload RBA dan tidak menginput data kontrak kinerja).</li> </ul> <p>Maka capaiannya adalah :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyelesaian Tahapan: <ul style="list-style-type: none"> <li>= <math>((40 * 40\%) + (100 * 20\%) + (80 * 20\%) + (100 * 10\%) + (80 * 10\%))</math></li> <li>= <math>(16 + 20 + 16 + 10 + 8)</math></li> <li>= 70</li> </ul> </li> <li>• Extra Miles: <ul style="list-style-type: none"> <li>= <math>(0 + (8 * 100\%) + 0 + 0)</math></li> <li>= <math>(0 + 8 + 0 + 0)</math></li> <li>= 8</li> </ul> </li> <li>• Kecepatan Penyelesaian <ul style="list-style-type: none"> <li>= <math>(0 + (5 * 100\%) + 0 + (5 * 75\%))</math></li> <li>= <math>(0 + 5 + 0 + 3,75)</math></li> <li>= 8,75</li> </ul> </li> <li>• Total Nilai = 86,75</li> </ul>
--	---



Satuan Pengukuran	:	Persentase (%)
Jenis Konsolidasi Periode	:	<i>Take Last Known</i>
Standar	:	100%
Polarisasi Indikator Kinerja	:	Maximize (semakin tinggi capaian semakin baik)
Periode Pelaporan	:	Triwulanan
Sumber Data	:	1. Data pada BIOS 2. Sistem Informasi pada BLU 3. Data Primer sebagai bahan uji dan pembandingan
Kriteria Penilaian Kontrak Kinerja	:	$C_n = \left\{ \left( \alpha x \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left( (1 - \alpha) x \frac{T + (R - T)}{T} \right) \right\}$ <p> S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai (%)  T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%)  R : Total Nilai Capaian  α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Standar (50%)  1- α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Target (50%) </p>
PIC	:	SIMRS



### 13. Persentase Pelaksanaan Sisrute

a.	Judul Indikator	Persentase pelaksanaan sisrute
b.	Dasar Pemikiran	Salah satu tolak ukur mutu layanan di ruang emergensi adalah <i>respon time</i> terhadap rujukan ke rumah sakit melalui sistem rujukan Sisrute.
c.	Dimensi Mutu	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (Sisrute) dengan <i>respon time</i> kurang dari 1 jam 75%
e.	Definisi Operasional	Sistem rujukan yang terintegrasi
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat yang rujukannya melalui SISRUTE diberikan respon oleh MOD dalam waktu <1 jam
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh pasien pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat dirujuk melalui SISRUTE ke RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah
j.	Target Pencapaian	≥75%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua pasien gawat; pasien darurat dan pasien gawat darurat Kriteria Eksklusi: Situasi bencana (disaster) / musibah massal
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat yang rujukannya melalui SISRUTE diberikan respon oleh MOD dalam waktu <1 jam}}{\text{Jumlah seluruh pasien pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat dirujuk melalui SISRUTE ke RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	IGD/Aplikasi Sisrute
o.	Instrumen Pengambilan Data	Kertas kerja Waktu tanggap kedaruratan di IGD
p.	Besar Sampel	Jumlah seluruh pasien pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat dirujuk melalui SISRUTE ke RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah
q.	Cara Pengambilan Sampel	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Ka. IGD



p.	Besar Sampel	Sesuai tabel sampel Krejcie dan Morgan
q.	Cara Pengambilan Sampel	<i>Stratified Random Sampling</i>
r.	Periode Pengumpulan Data	Semesteran
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semesteran, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktur Umum























## 24. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal

a.	Judul Indikator	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal
b.	Dasar Pemikiran	
c.	Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	
e.	Definisi Operasional	
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Selisih NDR Tahun berjalan
i.	Denominator (penyebut)	NDR Tahun Sebelumnya
j.	Target Pencapaian	≤2,5%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi:  Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	Selisih NDR Tahun berjalan/NDR Tahun Sebelumnya*100%
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	
q.	Cara Pengambilan Sampel	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Rawat Inap







## 28. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional

a.	Judul Indikator	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional
b.	Dasar Pemikiran	
c.	Dimensi Mutu	Pengembangan Personil & organisasi
d.	Tujuan	Memiliki layanan unggulan bertaraf Internasional.
e.	Definisi Operasional	RS Vertikal yang menyelenggarakan kerja sama dengan Rumah Sakit dan/atau institusi Kesehatan di luar negeri dan terkait layanan unggulan pada rumah Sakit Vertikal tersebut. Proses kerja sama yang dijalani yakni penajakan, pembahasan proposal, penandatanganan kesepakatan, implementasi kerja sama, dan atau hasil evaluasi.
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	
i.	Denominator (penyebut)	
j.	Target Pencapaian	100% (dari target Perjanjian Kinerja antara Pemimpin BLU dengan Dirjen Yankes)
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi:  Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	Jumlah Layanan Unggulan atau Rumah Sakit/Institusi Kesehatan Luar Negeri yang bekerjasama dengan Rumah Sakit Vertikal pada tahun penilaian
m.	Metode Pengumpulan Data	Dokumen
n.	Sumber Data	Dokumen Rumah Sakit berupa proposal, feasibility study, rencana strategis bisnis, perjanjian kerjasama, rekomendasi hasil assessment internal dan eksternal RS, laporan evaluasi
o.	Instrumen Pengambilan Data	-
p.	Besar Sampel	-
q.	Cara Pengambilan Sampel	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktur SDM dan Pendidikan Umum







		Pasien Tindakan (otomatis eksklud per-Poli = Poli Rehab Medis, Poli Jiwa, Poli Mata, Poli Gigi, Poli Radioth, Poli Chemo, Poli Wing) Poli lain dengan eksklusi apa bila ada tindakan Poli lain eksklusi dengan centangan tindakan poli dan centangan obat racikan.
l	Formula	Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan kurang atau sama dengan 120 menit dibagi jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dikali 100%
m	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n	Sumber Data	Sumber data sekunder antara lain dari: Catatan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Rekam Medik Pasien Rawat Jalan Catatan waktu penyerahan obat
o	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Perhitungan Waktu Pelayanan Rawat jalan
p	Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $> 30$ )
q	Cara Pengambilan Sampel	<i>Stratified Random sampling</i> (berdasar poliklinik rawat jalan)
r	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik



### 32. Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik

a.	Judul Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik
b.	Dasar Pemikiran	Undang-undang tentang Pelayanan Publik Undang-Undang tentang Rumah Sakit. Undang-undang tentang tenaga kesehatan Peraturan Menteri Kesehatan mengenai hak dan kewajiban pasien Rumah sakit menetapkan waktu buka poliklinik setiap hari pelayanan Rumah sakit menetapkan jadwal pelayanan setiap dokter yang akan bertugas di poliklinik Setiap tenaga medis wajib memberikan pelayanan tepat waktu sesuai aturan yang telah ditetapkan
c.	Dimensi Mutu	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <span style="margin-left: 200px;"><input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i></span> <input type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i></span> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <span style="margin-left: 200px;"><input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien</span>
d.	Tujuan	Untuk memastikan/menilai kepatuhan tenaga medis terhadap ketepatan waktu pelayanan di poliklinik sesuai waktu telah ditetapkan.
e.	Definisi Operasional	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan. Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Outcome</span> <input checked="" type="checkbox"/> Proses <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Proses Outcome</span>
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik
j.	Target Pencapaian	≥ 80%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Seluruh tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik Kriteria Eksklusi: Tidak Ada <a href="#">Hasil Rapat 9 Pebruari 2023</a> <a href="#">Jam Buka Poli 7.30 WITA</a> <a href="#">Layanan Dokter (Tenaga Medis) adalah layanan sesuai dengan waktu estimasi pelayanan pasien (Jam 8.00 WITA sebagai layanan pertama)</a> <a href="#">Jadwal pelayanan sebagai Denominator (baseline)</a> <a href="#">Proses sidik jari DPJP sebagai Numerator</a>
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah tenaga medis yang memberikan/memulai pelayanan tepat waktu di poliklinik}}{\text{Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Laporan pelayanan poliklinik
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir laporan pelayanan poliklinik
p.	Besar Sampel	Total Populasi
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total Populasi
r.	Periode Pengumpulan	Bulanan

	Data	
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik















### 39. Kepatuhan Kebersihan Tangan

a.	Judul Indikator	Kepatuhan Kebersihan Tangan
b.	Dasar Pemikiran	Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 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	<p>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 alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor.</p> <p>Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO.</p> <p>Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan.</p> <p>Lima indikasi (<i>five moment</i>) kebersihan tangan terdiri dari: Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien. Setelah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien. 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. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feses, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD. 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.</p> <p>Peluang adalah periode di antara indikasi di mana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan.</p> <p>Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan.</p> <p>Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga Kesehatan.</p> <p>Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.</p> <p><i>Observer</i> adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan <i>tool</i> yang telah ditentukan.</p> <p>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.</p> <p>Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit).</p> <p>Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi.</p> <p>Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.</p>
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 Pencapaian	≥ 85%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi Pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan  Kriteria Eksklusi: Tidak ada
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.	Besar Sampel	Minimal 200 Peluang
q.	Cara Pengambilan Sampel	<i>Non probability Sampling – Consecutive sampling</i>
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Komite PPI RS

#### 40. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

a.	Judul Indikator	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
b.	Dasar Pemikiran	Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Keputusan Menteri Kesehatan mengenai penanggulangan penyakit yang dapat menimbulkan wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri (APD). Rumah Sakit harus memperhatikan kepatuhan pemberi pelayanan dalam menggunakan APD sesuai dengan prosedur.
c.	Dimensi Mutu	Keselamatan
d.	Tujuan	Mengukur kepatuhan petugas Rumah Sakit dalam menggunakan APD Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi.
e.	Definisi Operasional	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. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi Ketika melakukan Tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, <i>droplet</i> dan <i>airborne</i> ). Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan Kesehatan pada periode observasi. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium. <i>Observer</i> adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan <i>tool</i> yang telah ditentukan. 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 Pencapaian	100%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua petugas yang terindikasi harus menggunakan APD  Kriteria Eksklusi: Tidak ada
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	<i>Observasi</i>
n.	Sumber Data	Hasil observasi
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Observasi Kepatuhan Penggunaan APD
p.	Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $>30$ )



q.	Cara Pengambilan Sampel	<i>Non Probability Sampling – Consecutive Sampling</i>
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Komite PPI RS

#### 41. Kepatuhan Identifikasi Pasien

a.	Judul Indikator	Kepatuhan Identifikasi Pasien
b.	Dasar Pemikiran	Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. Ketepatan identifikasi menjadi sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien. 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	Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. 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 Klinik. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan). Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti : Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena. Prosedur tindakan: pencabutan gigi, imunisasi, pemasangan alat kontrasepsi, persalinan, dan tindakan kegawatdaruratan. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel. 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 Pencapaian	100%
k.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi}}{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi}} \times 100\%$
l.	Metode Pengumpulan Data	Observasi
m.	Sumber Data	Hasil observasi
n.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Observasi Kepatuhan Identifikasi Pasien
o.	Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $> 30$ )
p.	Cara Pengambilan Sampel	<i>Non Probability Sampling – Consecutive Sampling</i>
q.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
r.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Run chart
s.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
t.	Penanggung Jawab	Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan

## 42. Waktu Tunggu Rawat Jalan

a.	Judul Indikator	Waktu Tunggu Rawat Jalan
b.	Dasar Pemikiran	Undang-Undang tentang Rumah Sakit. 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	Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis. 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> . pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis. 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. 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 $\leq 60$ menit
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi
j.	Target Pencapaian	$\geq 80\%$
k.	Kriteria:	Kriteria inklusi : Pasien yang berobat di rawat jalan Kriteria eksklusi: Pasien <i>medical check up</i> , pasien poli gigi Pasien yang mendaftar <i>online</i> atau anjungan mandiri datang lebih dari 60 menit dari waktu yang sudah ditentukan Pasien yang ada tindakan pasien sebelumnya  Berdasarkan Hasil Rapat 9 Pebruari 2023 Unit analisis : Inklusi Hanya pasien yang mendaftar online, dengan registrasi mulai 7.30 WITA Numerator jumlah Klik Panggil dokter
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: Catatan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Rekam Medik Pasien Rawat Jalan Formulir Waktu Tunggu Rawat Jalan

o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Waktu Tunggu Rawat jalan
p.	Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $>30$ )
q.	Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Simple Random Sampling/Stratified Random sampling</i> (berdasar poliklinik rawat jalan)
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabel</li> <li>• <i>Run chart</i></li> </ul>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

### 43. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

a.	Judul Indikator	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
b.	Dasar Pemikiran	Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. 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	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium. Tergambarnya sistem yang menunjukkan bagaimana nilai kritis dilaporkan dan didokumentasikan untuk menurunkan risiko keselamatan pasien.
e..	Definisi Operasional	Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera. 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. 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 Pencapaian	100%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua hasil pemeriksaan laboratorium yang memenuhi kategori hasil kritis. Kriteria Eksklusi: Tidak ada
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 dari: Catatan Data Laporan Hasil Tes Kritis Laboratorium
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
p.	Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
q.	Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Simple Random Sampling/ Systematic Random Sampling</i>
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

#### 44. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

a.	Judul Indikator	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
b.	Dasar Pemikiran	Keputusan Menteri Kesehatan mengenai Formularium Nasional. Kepatuhan terhadap formularium dapat meningkatkan efisiensi dalam penggunaan obat-obatan. 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	Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah peresepan 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 Pencapaian	≥ 80%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Resep yang dilayani di RS  Kriteria Eksklusi: Obat yang diresepkan di luar FORNAS tetapi dibutuhkan pasien dan telah mendapatkan persetujuan komite medik dan direktur. 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.	Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
q.	Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Simple Random Sampling/ Systematic random Sampling</i>
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Farmasi

#### 45. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*)

a.	Judul Indikator	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis ( <i>Clinical Pathway</i> )
b.	Dasar Pemikiran	<p>Undang-Undang mengenai Praktik Kedokteran 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>. Kepatuhan terhadap alur klinis/<i>clinical pathway</i> adalah kepatuhan seluruh Profesional Pemberi Asuhan terhadap alur klinis/<i>clinical pathway</i> yang telah ditetapkan. Pemilihan penyakit yang akan dilakukan pengukuran kepatuhan terhadap alur klinis/<i>clinical pathway</i> sesuai dengan prioritas nasional adalah: Hipertensi Diabetes melitus TB HIV Keganasan 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.</p>
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	<p><i>Clinical Pathway</i> adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap Langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit. Kepatuhan terhadap <i>clinical pathway</i> adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i> yang ditetapkan Rumah Sakit</p>
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 Pencapaian	≥ 80%
k.	Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi : Pasien yang menderita penyakit sesuai batasan ruang lingkup <i>clinical pathway</i> yang diukur</p> <p>Kriteria Eksklusi : Pasien yang pulang atas permintaan sendiri selama perawatan. Pasien yang meninggal Variasi yang terjadi sesuai dengan indikasi klinis pasien dalam perkembangan pelayanan.</p>
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.	Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $> 30$ )
q.	Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Stratified Random Sampling</i> (berdasarkan masing-masing <i>Clinical Pathway</i> )
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabel</li> <li>• <i>Run chart</i></li> </ul>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Bidang Pelayanan Medik, Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan lain



#### 46. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

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: <i>Asesment</i> awal risiko jatuh <i>Assesment</i> ulang risiko jatuh <i>Intervensi</i> 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 Pencapaian	100%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh  Kriteria 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.	Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $> 30$ )
q.	Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Stratified Random Sampling</i> (berdasarkan Unit Pelayanan)
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Bidang Keperawatan dan Komite Keselamatan pasien

#### 47. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

a.	Judul Indikator	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain
b.	Dasar Pemikiran	Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 32 bahwa setiap pasien mempunyai mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan. 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. 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	Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan <i>grading</i> risiko, analisis hingga tindak lanjutnya. <i>Grading</i> risiko dan standar waktu tanggap komplain: <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. <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. <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 <i>grading</i>
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah komplain yang disurvei
j.	Target Pencapaian	≥ 80%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua komplain(lisan, tertulis, dan media massa)  Kriteria Eksklusi: Tidak ada
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan sesuai dengan } \underline{\textit{grading}}}{\text{Jumlah komplain yang disurvei}} \times 100 \%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Data sekunder dari catatan Komplain
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Komplain Laporan Tindak Lanjut Komplain
p.	Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)

q.	Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Simple Random Sampling</i>
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabel</li> <li>• <i>Run chart</i></li> </ul>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Kepala Bagian Humas/Unit Pengaduan/Bagian yang menangani complain









## 52. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi

a.	Judul Indikator	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi
b.	Dasar Pemikiran	Undang Undang mengenai Rumah Sakit Berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2015 adalah 305 per 100.000 kelahiran 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	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 $\leq 30$ menit. Seksio sesarea emergensi adalah Tindakan seksio sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya. Seksio sesarea emergensi kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan di mana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin. Pengukuran indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan seksio sesarea.
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 $\leq 30$ menit
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I
j.	Target Pencapaian	$\geq 80\%$
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Seksio sesarea emergensi kategori I Misalnya: <i>fetal distress</i> menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/forcep, <i>ruptur uteri imminent</i> , <i>ruptur uteri</i> , perdarahan <i>antepartum</i> dengan perdarahan aktif. Kriteria Eksklusi: Tidak ada
l.	Formula	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I yang mendapatkan tindakan seksio sesarea $\leq 30$ menit $\frac{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I}}{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I}} \times 100\%$
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.	Besar Sampel	Total sampel
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabel</li> <li>• <i>Run chart</i></li> </ul>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

### 53. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

a.	Judul Indikator	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan
b.	Dasar Pemikiran	
c.	Dimensi Mutu	
d.	Tujuan	
e.	Definisi Operasional	Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK adalah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah disampaikan kepada Kemenkes dalam laporan Hasil Pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam Hasil Pemantauan Semester (HAPSEM) BPK
f.	Jenis Indikator	
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK
j.	Target Pencapaian	≥ 92.5%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	Jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti $\frac{\text{Jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti}}{\text{Jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK}} \times 100 \%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Laporan Hasil TL Rekomendasi BPK
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	
q.	Cara Pengambilan Sampel	
r.	Periode Pengumpulan Data	Tahunan
s.	Penyajian Data	• Tabel • <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Semua Direktorat









### 58. Pasien Stroke Iskemik Dengan Length Of Stay (LOS) < 7 Hari

a.	Judul Indikator	Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length
b.	Dasar Pemikiran	PNPK Tata Laksana Stroke NOMOR HK.01.07/MENKES/394/2019 Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke A. Stroke. Published online 2019. doi:10.1161/STR.0000000000000211 Marbun, J. T., and U. Andayani. Classification of stroke disease using convolutional neural network. Journal of Physics: Conference Series. Vol. 978. No 1. IOP Publishing, 2018.
c.	Dimensi Mutu	Safety, Timely
d.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan cepat dan responsive serta mampu menyelamatkan pasien stroke
e.	Definisi Operasional	Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari adalah proporsi pasien Stroke Iskemik yang dirawat inap kurang dari 7 hari terhadap seluruh pasien stroke iskemik yang dirawat inap LOS adalah jumlah hari perawatan pasien stroke iskemik
f.	Jenis Indikator	Proses dan Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien stroke iskemik dengan LOS <7hari
i.	Denominator (penyebut)	Seluruh pasien stroke iskemik
j.	Target Pencapaian	80%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien stroke iskemik yang dirawat inap Kriteria Eksklusi: Pasien stroke iskemik yang meninggal, pulangatas permintaan sendiri, pulang rujuk, pasiendengan komplikasi, pasien dengan komorbid berat
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien stroke iskemik dengan LOS } < 7 \text{ hari}}{\text{Seluruh pasien stroke iskemik}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
p.	Besar Sampel	Total sampling
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Setiap bulan
s.	Penyajian Data	Tabel Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Setiap bulan
u.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan

### 59. Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari

a.	Judul Indikator	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari
b.	Dasar Pemikiran	Kemoterapi merupakan salah satu terapi kanker payudara yang diberikan secara sistemik. Persiapan yang baik akan membuat pelaksanaan kemoterapi sesuai jadwal dan waktu perawatan tidak memanjang.
c.	Dimensi Mutu	√ Efektif (effective) √ Tepat waktu (timely) √ Efisien (efficient)
d.	Tujuan	Perawatan pasien kanker payudara yang diberikan kemoterapi sesuai dengan yang direncanakan.
e.	Definisi Operasional	Lama rawat pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi taxan based atau anthracycline based di ruang rawat inap
f.	Jenis Indikator	Proses
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di rawat inap dengan lama rawat maksimal 3 hari
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di rawat inap
j.	Target Pencapaian	80%
k.	Kriteria	Inklusi: Pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di rawat inap Pasien mendapatkan regimen taxan based atau anthracycline based Eksklusi: Pasien dengan komplikasi atau komorbid berat yang membutuhkan terapi rawat inap lanjutan
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di rawat inap dengan lama rawat maksimal 3 hari}}{\text{Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di rawat inap}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Data sekunder (rekam medis, clinical pathway)
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir pemantauan pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi
p.	Besar Sampel	Mengikuti rumus Slovin
q.	Cara Pengambilan Sampel	Random sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Setiap bulan
s.	Penyajian Data	Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Setiap tiga bulan
u.	Penanggung Jawab	Instalasi Rawat Inap



## 60. "Door To Balloon" Time $\leq$ 90 Menit Pada Kasus STEMI

a.	Judul Indikator	"Door to Balloon" Time $\leq$ 90 menit pada kasus STEMI
b.	Dasar Pemikiran	High risk: Keterlambatan penanganan pasien ST elevation myocardial infarction (STEMI) menjadi penyebab tingginya mortalitas dan kejadian MACE (Major Adverse Cardiac Events). High volume: Prevalensi infark miokard akut dengan ST-elevasi saat ini meningkat dari 25% ke 40%. High cost: Pasien STEMI yang tidak ditangani secara tepat memiliki potensi komplikasi yang akan mengakibatkan biaya pengobatan yang dikeluarkan lebih besar.
c.	Dimensi Mutu	Safety, Effective
d.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat dan responsif. Menjamin keselamatan pasien dan mutu pelayanan.
e.	Definisi Operasional	Terapi reperfusi PCI Primer, Door to balloon time/ door to device time adalah waktu yang diperlukan dari saat pasien masuk ke pintu IGD hingga device melalui lesi penyebab utama pada pasien Sindrom Koroner Akut dengan ST Elevasi. Waktu Door to Balloon yang ditargetkan oleh RS adalah $\leq$ 90 menit.
f.	Jenis Indikator	Proses dan outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien SKA tipe STEMI dengan Door to Balloon Time $\leq$ 90 menit
i.	Denominator (penyebut)	Total pasien IGD yang menjalani angioplasti koroner primer (Primary PCI) sesuai indikasi.
j.	Target Pencapaian	80%
k.	Kriteria	Kriteria inklusi : Pasien IGD dengan Sindrom Koroner Akut (SKA) dengan ST Elevasi (STEMI) Kriteria eksklusi : Diagnosa SKA dengan ST Elevasi belum dapat ditegakkan pada pembacaan EKG pertama Diagnosa SKA dengan ST Elevasi terjadi saat perawatan Pasien yang direncanakan tindakan trombolitik tetapi pasien atau keluarga menolak dan tetap memilih untuk dilakukan tindakan angioplasti koroner primer Persetujuan tindakan tidak didapatkan dari pasien/keluarga dalam waktu 30 menit setelah didiagnosis dan rencana tindakan sudah diinformasikan Diperlukan tindakan penyelamatan lain sebelum dilakukan angioplasti koroner primer Kondisi pasien yang disertai dengan penyulit seperti : syok, gagal jantung akut, respiratory failure, aritmia maligna (VT-VF) STEMI yang disertai dengan COVID baik suspek terkonfirmasi maupun probable
l.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
m.	Sumber Data	Rekam Medis
n.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
o.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
p.	Cara Pengambilan Sampel	
q.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
r.	Penyajian Data	Run chart, Grafik
s.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan
t.	Penanggung Jawab	KSM Perawatan Intensif dan Kegawatdaruratan Kardiovaskular; Ka Instalasi Gawat Darurat; Ka Instalasi Ruang Kateterisasi
u.	Penanggung Jawab	KSM Perawatan Intensif dan Kegawatdaruratan Kardiovaskular; Ka Instalasi Gawat Darurat; Ka Instalasi Ruang Kateterisasi KSM Diagnostik Invasif dan Invasif Non Bedah

### 61. Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO Yang Diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam

a.	Judul Indikator	Pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1x24 jam
b.	Dasar Pemikiran	-
c.	Dimensi Mutu	Safety
d.	Tujuan	Peningkatan pelayanan pasien PGK
e.	Definisi Operasional	Persentase pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1x24 jam
f.	Jenis Indikator	Proses dan Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien PGK stadium 5 dengan indikasi dialisis CITO yang mendapatkan intervensi dialisis dalam 1x24 jam
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien PGK indikasi dialisis CITO secara keseluruhan
j.	Target Pencapaian	80%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien PGK stadium 5 dengan indikasi dialisis CITO Kriteria Eksklusi: Pasien dengan Gangguan Ginjal Akut, pasien Acute on CKD
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien PGK stadium 5 dengan indikasi dialisis CITO yang mendapatkan intervensi dialisis dalam 1x24 jam}}{\text{Jumlah pasien PGK indikasi dialisis CITO}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Concurrent
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	
r.	Periode Pengumpulan Data	Triwulan
s.	Penyajian Data	Tabel Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulan
u.	Penanggung Jawab	Staf Medis Departemen IPD

## 62. Kemampuan Menangani BBSLR 1000 gram - < 1500 gr

a.	Judul Indikator	Kemampuan menangani BBSLR 1000 gr - <1500 gr
b.	Dasar Pemikiran	-
c.	Dimensi Mutu	Safety
d.	Tujuan	Terselenggaranya layanan subspecialisasiibu dan anak
e.	Definisi Operasional	Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBSLR) adalah bayi yang lahir dengan berat badan sangat rendah 1000 gram-<1500 gr Kemampuan menangani BBSLR 1000 gram - <1500 gram adalah keberhasilan menangani bayi dengan berat badan lahir sangat rendah 1000 gram - <1500 gram yang berhasil pulang hidup pada periode perhitungan (dalam persentase)
f.	Jenis Indikator	Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah BBSLR 1000 gram - <1500 gram yang berhasil pulang hidup pada periode perhitungan
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh BBSLR 1000 gram <1500 gram yang dirawat pada periode perhitungan
j.	Target Pencapaian	80%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: BBSLR 1000 -1500gr  Kriteria Eksklusi: BBSLR 1000 - 1500 gr dengankelainan bawaan dan atau asfiksia
l.	Formula	$\left( \frac{\text{Jumlah BBSLR 1000 gram - <1500 gram yang berhasil pulang hidup pada periode perhitungan}}{\text{Jumlah seluruh BBSLR 1000 gram <1500 gram yang dirawat pada periode perhitungan}} \right) \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Concurrent
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medik
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	
r.	Periode Pengumpulan Data	Triwulan
s.	Penyajian Data	Tabel Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulan
u.	Penanggung Jawab	Staf KSM Ilmu Kesehatan Anak

### 63. Kejadian Kematian Ibu Karena Pre Eklampsia /Eklampsia Di Rumah Sakit

a.	Judul Indikator	Kejadian kematian ibu karena pre eklampsia /eklampsia di RS
b.	Dasar Pemikiran	-
c.	Dimensi Mutu	Safety
d.	Tujuan	Terselenggaranya layanan preeklampsia/eklampsia untuk mencegah kematian ibu di RS
e.	Definisi Operasional	Kematian ibu saat persalinan yang disebabkan karena Pre eklampsia/eklampsia pada periode perhitungan (dalam persentase)
f.	Jenis Indikator	Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Kematian ibu saat persalinan yang disebabkan karena pre eklampsia/eklampsia pada periode perhitungan
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah ibu bersalin dengan pre eklampsia/eklampsia pada periode perhitungan
j.	Target Pencapaian	<30%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Ibu dengan pre eklampsia/eklampsia di Rumah Sakit Kriteria Eksklusi: Ibu dengan penyakit dan komorbid selain preeklampsia/eklampsia
l.	Formula	Kematian ibu saat persalinan yang disebabkan karena pre eklampsia/eklampsia pada periode perhitungan / Jumlah ibu bersalin dengan pre eklampsia/ eklampsia pada periode perhitungan x 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medik
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	
r.	Periode Pengumpulan Data	Triwulan
s.	Penyajian Data	Tabel Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulan
u.	Penanggung Jawab	Staf KSM Ilmu Obstetri Ginekologi

#### 64. Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari Pengelolaan Aset Badan Layanan Umum

a.	Area	Manajerial				
b.	Kategori Indikator	Pendapatan Pengelolaan Aset Badan Layanan Umum				
c.	Perspektif	Keuangan				
d.	Sasaran Strategis	Terwujudnya efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran PNBPN dan APBN				
e.	Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas				
f.	Tujuan	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBPN dan APBN yang efektif dan efisien.				
g.	Definisi Operasional	Pendapatan yang diperoleh dari hasil pengelolaan aset, baik aset pada BLU aset pihaklain. Pendapatan yang diperoleh dari hasil pengelolaan aset adalah sebagaimana yang dimaksudkan dalam Peraturan Menteri Keuangan Nomor 202/PMK.05/2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum (Pasal 127 s.d. 168) Pendapatan dari hasil pengelolaan aset tersebut adalah pendapatan PNBPN BLU yang telah disahkan selama periode waktu penghitungan realisasi capaian.				
h.	Frekuensi Pengumpulan Data	Semesteran (Perhitungan Akumulatif)				
i.	Periodisasi Target IKT	Semesteran (Perhitungan Akumulatif)				
j.	Numerator	Pendapatan dari hasil pengelolaan Aset periode yang bersangkutan (Y)				
k.	Denominator	Pendapatan dari hasil pengelolaan Aset periode yang sama tahun sebelumnya (Y-1)				
l.	Formula	$\left[ \frac{\text{Pendapatan dari hasil pengelolaan Aset periode yang bersangkutan (Y)} - [\text{Pendapatan dari hasil pengelolaan Aset periode yang sama tahun sebelumnya (Y-1)}]}{\text{Pendapatan dari hasil pengelolaan Aset periode yang sama tahun sebelumnya (Y-1)}} \times 100\% \right]$				
m.	Inklusi	kategori akun Pendapatan Hasil Kerjasama (4243xx) dan/ atau Pendapatan BLU Lainnya dari sewa (42492x) dan / atau Pendapatan lain-lain BLU (424919) dari pengelolaan aset				
n.	Ekslusi	-				
o.	Sumber Data	<b>Laporan Operasional Tingkat Satuan Kerja BLU</b> , yang dihasilkan Aplikasi SAKTI setelah diverifikasi oleh SPI dan disahkan oleh Pimpinan BLU.				
p.	Standar	<b>10%</b>				
q.	Kriteria Penilaian Kontrak Kinerja	$C_n = \left\{ \left( \alpha x \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left( (1 - \alpha) x \frac{T + (R - T)}{T} \right) \right\}$ <p>S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai (%)</p> <p>T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%)</p> <p>R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula sebagaimana disebutkan diatas (%)</p> <p>α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Standar (50%)</p> <p>1- α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Target (50%)</p>				
r.	Simulasi	<p>BLU "A" melaporkan data pendapatan dari pengelolaan aset dari BLU A sebagai berikut:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Semester I (Y-1) =</td> <td style="text-align: right;">1.000</td> </tr> <tr> <td>Semester I (Y) =</td> <td style="text-align: right;">1.500</td> </tr> </table> <p>Jadi penghitungan capaian untuk Semester I (Y) : <math>(1500-1000)/1000 \times 100\% = 50\%</math></p>	Semester I (Y-1) =	1.000	Semester I (Y) =	1.500
Semester I (Y-1) =	1.000					
Semester I (Y) =	1.500					
s.	PIC	Direktur Keuangan dan / atau Direktur Perencanaan Organisasi dan Umum				

## 65. Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL)

a.	Judul Indikator	Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL)
b.	Dasar Pemikiran	- Undang-Undang mengenai Rumah Sakit - Rumah sakit harus menjamin ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan termasuk Waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan laboratorium.
c.	Area	Pelayanan Klinis
d.	Kategori Indikator	Waktu Pelayanan Laboratorium
e.	Perspektif	<b>Proses Bisnis Internal</b>
f.	Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
g.	Dimensi Mutu	Efektifitas, Efisiensi dan Kesenambungan Pelayanan
h.	Tujuan	Terselenggaranya pemeriksaan laboratorium yang tepat dan cepat
i.	Definisi Operasional	Waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan laboratorium hematologi rutin (8 Parameter: Trombosit, Eritrosit, Hemoglobin, Hematokrit, Leukosit, MCH, MCHC, MCV) mulai dari pasien terdaftar diloket laboratorium sampai dengan keluarnya hasil ekspertise yang sudah divalidasi $\leq 60$ menit.
j.	Satuan Pengukuran	Persentase
k.	Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
l.	Numerator	Jumlah pasien rawat jalan yang mendapatkan pelayanan pemeriksaan laboratorium hematologi rutin (8 Parameter) $\leq 60$ Menit
m.	Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang mendapatkan pelayanan pemeriksaan laboratorium hematologi rutin (8 Parameter)
n.	Inklusi	Pasien yang dilakukan pemeriksaan Hematologi Rutin (8 Parameter)
o.	Eksklusi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien yang tidak datang pada waktu yang ditentukan atau saat dipanggil oleh petugas laboratorium.</li> <li>• Sampel yang tidak layak periksa ( Beku/Lisis dan <i>Volume underfilled/Overfilled</i>)</li> </ul>
p.	Formula	Jumlah pasien rawat jalan yang mendapatkan pelayanan pemeriksaan hematologi rutin (8 Parameter) $\leq 60$ menit / Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang mendapatkan pelayanan pemeriksaan hematologi rutin x 100 %
q.	Target	80 %
r.	Besar sampel	- Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) - Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $>30$ )
s.	Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Simple Random Sampling</i>
t.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
u.	Metode Pengumpulan Data	<b>Retrospektif</b>
v.	Sumber Data	LIS ( <i>Laboratory Information System</i> ) atau SIMRS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit)
w.	Periode Analisis	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
x.	Standar	$\leq 60$ menit
y.	PIC	Kepala Instalasi Laboratorium Klinik

## 66. Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)

a.	Judul Indikator	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)
b.	Dasar Pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Undang-Undang mengenai Rumah Sakit</li> <li>- Rumah sakit harus menjamin ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan termasuk Waktu yang diperlukan untuk Pelayanan Radiologi.</li> </ul>
c.	Area	Pelayanan Klinis
d.	Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
e.	Perspektif	<b>Proses Bisnis Internal</b>
f.	Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
g.	Dimensi Mutu	Efektifitas, Efisiensi dan Kestinambungan Pelayanan
h.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
i.	Definisi Operasional	Waktu yang diperlukan untuk 1 jenis pemeriksaan radiologi konvensional non kontras mulai dari pasien terdaftar di pendaftaran radiologi sampai dengan keluar hasil ekspertise yang sudah divalidasi $\leq 60$ menit.
j.	Satuan Pengukuran	Persentase
k.	Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
l.	Numerator	Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan 1 jenis pemeriksaan radiologi konvensional non kontras $\leq 60$ menit
m.	Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapatkan pelayanan 1 jenis pemeriksaan radiologi konvensional non kontras.
n.	Inklusi	Pasien yang mendapatkan pelayanan 1 jenis pemeriksaan radiologi konvensional non kontras.
o.	Eksklusi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien yang tidak datang pada waktu yang ditentukan atau saat dipanggil oleh Petugas radiologi.</li> <li>- Pemeriksaan yang memerlukan konfirmasi ulang klinisi/DPJP Kerusakan alat dan sistem</li> </ul>
p.	Formula	Jumlah pasien rawat jalan yang mendapatkan pelayanan 1 jenis pemeriksaan radiologi konvensional non kontras $\leq 60$ menit / Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang mendapatkan pelayanan 1 jenis pemeriksaan radiologi konvensional non kontras x 100 %
q.	Target	80 %
r.	Besar sampel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Total sampel (apabila jumlah populasi <math>\leq 30</math>)</li> <li>- Rumus Slovin (apabila jumlah populasi <math>&gt;30</math>)</li> </ul>
s.	Cara Pengambilan Sampel	
t.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
u.	Metode Pengumpulan Data	<b>Retrospektif</b>
v.	Sumber Data	RIS (Radiology Information System) atau SIMRS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit)
w.	Periode Analisis	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
x.	Standar	$\leq 60$ menit
y.	PIC	Kepala Instalasi Radiodiagnostik

## 67. Pembatalan Operasi Elektif

a.	Judul Indikator	Penundaan Operasi Elektif
b.	Dasar Pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terselenggaranya pelayanan perioperatif yang terstruktur, efektif dan efisien,</li> <li>- Perencanaan strategis pengembangan layanan bedah rumah sakit yang sesuai kebutuhan dan bermutu</li> </ul>
c.	Area	Pelayanan Klinis
d.	Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
e.	Perspektif	<b>Proses Bisnis Internal</b>
f.	Sasaran Strategis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terselenggaranya pelayanan perioperatif yang terstruktur, efektif dan efisien</li> <li>- Perencanaan strategis pengembangan layanan bedah rumah sakit yang sesuai kebutuhan dan bermutu</li> </ul>
g.	Dimensi Mutu	Efektifitas, Efisiensi dan Kesenambungan Pelayanan
h.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan perioperasi yang terstruktur untuk menciptakan pengalaman pasien yang baik
i.	Definisi Operasional	Pembatalan kasus operasi elektif yang sudah terjadwal, namun batal dilakukan operasi pada hari H.
j.	Satuan Pengukuran	Persentase
k.	Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
l.	Numerator	Jumlah pasien operasi elektif yang dibatalkan
m.	Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dijadwalkan indakan operasi elektif
n.	Inklusi	Seluruh pasien yang terjadwal operasi elektif
o.	Eksklusi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pembatalan akibat force major seperti kecelakaan, bencana alam.</li> <li>- Pembatalan akibat penolakan tindakan oleh pasien atau keluarga</li> </ul> <p>Perubahan kondisi klinis pasien/perburukan kondisi klinis pasien</p>
p.	Formula	Jumlah pasien operasi elektif yang dibatalkan / Jumlah seluruh pasien yang dijadwalkan Tindakan operasi elektif x 100 %
q.	Target	≤ 3 %
r.	Besar sampel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)</li> <li>- Rumus Slovin (apabila jumlah populasi &gt;30)</li> </ul>
s.	Cara Pengambilan Sampel	
t.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
u.	Metode Pengumpulan Data	<b>Retrospektif</b>
v.	Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral <i>Electronic Medical Record (EMR)/Rekam Medis</i>
w.	Periode Analisis	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
x.	PIC	Kepala Instalasi Bedah Sentral



### 68. Waktu Pelayanan Pasien di IGD ≤ 4 Jam

a.	Judul Indikator	Waktu Pelayanan Pasien di IGD ≤ 4 Jam
b.	Dasar Pemikiran	Tergambarnya waktu pelayanan di IGD
c.	Area	Pelayanan Klinis
d.	Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
e.	Perspektif	<b>Proses Bisnis Internal</b>
f.	Sasaran Strategis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terselenggaranya pelayanan perioperatif yang terstruktur, efektif dan efisien</li> <li>- Perencanaan strategis pengembangan layanan bedah rumah sakit yang sesuai kebutuhan dan bermutu</li> </ul>
g.	Dimensi Mutu	Efektifitas, Efisiensi, Kesenambungan Pelayanan, Keselamatan Pasien dan berorientasi pada pasien
h.	Tujuan	Tergambarnya waktu pelayanan di IGD
i.	Definisi Operasional	Waktu yang dihitung mulai dari pasien terdaftar masuk di IGD sampai keluar dari IGD baik itu pulang atau rawat Inap atau Operasi ≤ dari 4 jam
j.	Satuan Pengukuran	Persentase
k.	Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
l.	Numerator	Jumlah seluruh pasien yang terdaftar masuk IGD sampai keluar dari IGD baik itu pulang atau rawat inap atau Operasi ≤ dari 4 jam
m.	Denominator	Jumlah seluruh pasien IGD yang terdaftar.
n.	Inklusi	Seluruh pasien yang terdaftar di IGD.
o.	Eksklusi	
p.	Formula	$\frac{\text{Jumlah seluruh pasien yang terdaftar masuk IGD sampai keluar dari IGD baik itu pulang atau rawat Inap atau Operasi } \leq \text{ dari 4 jam}}{\text{seluruh pasien yang terdaftar di IGD}} \times 100 \%$
q.	Target	≥ 90%
r.	Besar sampel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)</li> <li>- Rumus Slovin (apabila jumlah populasi &gt;30)</li> </ul>
s.	Cara Pengambilan Sampel	
t.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
u.	Metode Pengumpulan Data	<b>Retrospektif</b>
v.	Sumber Data	IGD, Rekam Medis.
w.	Periode Analisis	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
x.	PIC	Kepala Instalasi Gawat Darurat

### 69. Realisasi Pasien Yang Direncanakan Pulang H-1

a.	Judul Indikator	Realisasi Pasien yang Direncanakan Pulang H-1
b.	Dasar Pemikiran	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
c.	Area	Pelayanan Klinis
d.	Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
e.	Perspektif	<b>Proses Bisnis Internal</b>
f.	Sasaran Strategis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terselenggaranya pelayanan perioperatif yang terstruktur, efektif dan efisien</li> <li>- Perencanaan strategis pengembangan layanan bedah rumah sakit yang sesuai kebutuhan dan bermutu</li> </ul>
g.	Dimensi Mutu	Efektifitas, Efisiensi dan Kesenambungan Pelayanan
h.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan perioperasi yang terstruktur untuk menciptakan pengalaman pasien yang baik
i.	Definisi Operasional	Pembatalan kasus operasi elektif yang sudah terjadwal, namun batal dilakukan operasi pada hari H.
j.	Satuan Pengukuran	Persentase
k.	Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
l.	Numerator	Jumlah seluruh pasien yang direncanakan pulang pada H-1 ( pulang sebelum pukul $\leq$ 12.00 waktu setempat pada hari berikutnya )
m.	Denominator	Semua pasien rawat inap yang direncanakan pulang hari itu
n.	Inklusi	
o.	Eksklusi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien pulang atas permintaan sendiri (APS)</li> <li>2. Pasien dengan perubahan kondisi/perburukan</li> <li>3. Pasien yang memerlukan verifikasi penjamin/pihak ketiga.</li> </ol> Pasien yang belum dijemput keluarga (RS Jiwa)
p.	Formula	Jumlah pasien operasi elektif yang dibatalkan / Jumlah seluruh pasien yang dijadwalkan Tindakan operasi elektif x 100 %
r.	Target	$\leq$ 3 %
s.	Besar sampel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Total sampel (apabila jumlah populasi <math>\leq</math> 30)</li> <li>- Rumus Slovin (apabila jumlah populasi <math>&gt;</math>30)</li> </ul>
t.	Cara Pengambilan Sampel	
u.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
v.	Metode Pengumpulan Data	<b>Retrospektif</b>
w.	Sumber Data	Data Ruang Rawat Inap / Rekam medik
x.	Periode Analisis	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
y.	PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap

## 70. Waktu Masuk Rawat Inap

a.	Judul Indikator	Waktu Masuk Rawat Inap
b.	Dasar Pemikiran	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
c.	Area	Pelayanan Klinis
d.	Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
e.	Perspektif	Proses Bisnis Internal
f.	Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
g.	Dimensi Mutu	Efektifitas, Efisiensi, Kesenambungan Pelayanan dan ketepatan waktu pelayanan
h.	Tujuan	Tercapainya waktu masuk rawat inap < 60 menit
i.	Definisi Operasional	Waktu tunggu pasien masuk rawat inap dari rawat jalandan IGD dimulai pada saat pasien terdaftar di admission rawat inap sampai dengan diterima oleh petugas di ruang rawat inap $\leq$ 60 menit.
j.	Satuan Pengukuran	Persentase
k.	Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
l.	Numerator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan dan IGD yang masuk ke rawat inap $\leq$ 60 menit
m.	Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan dan IGD yang masuk ke rawat inap
n.	Inklusi	
o.	Eksklusi	1. Pasien yang tidak datang atau batal untuk dirawat 2. Pasien dari IGD yang memerlukan tindakan sebelum masuk rawat inap (Operasi, Partus, Kuretase dll)
p.	Formula	Jumlah seluruh pasien rawat jalan dan IGD yang masuk ke rawat inap $\leq$ 60 menit / jumlah seluruh pasien rawat jalan dan IGD yang masuk ke rawat inap x 100 %
r.	Target	$\geq$ 90%
s.	Besar sampel	- Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq$ 30) - Rumus Slovin (apabila jumlah populasi >30)
t.	Cara Pengambilan Sampel	
u.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
v.	Metode Pengumpulan Data	<b>Retrospektif</b>
	Sumber Data	Data Ruangan Rawat Inap / Rekam medik
w.	Periode Analisis	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
x.	PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap

### 71. Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit

a.	Judul Indikator	Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit
b.	Dasar Pemikiran	PNPK Tata Laksana Stroke NOMOR HK.01.07/MENKES/394/2019 Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke A. Stroke. Published online 2019. doi:10.1161/STR.0000000000000211 Marbun, J. T., and U. Andayani. Classification of stroke disease using convolutional neural network. Journal of Physics: Conference Series. Vol. 978. No. 1. IOP Publishing, 2018.
c.	Dimensi Mutu	<i>Safety, Timely</i>
d.	Tujuan	Mengukur komitmen dan kepatuhan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien, salah satunya penanganan Pasien Stroke Hiperakut sesuai standar. Terselenggaranya pelayanan cepat dan responsive serta mampu menyelamatkan pasien stroke Hiperakut
e.	Definisi Operasional	Pasien stroke adalah pasien dengan defisit neurologis dilakukan pemeriksaan CT scan kepala non kontras kurang atau sama dengan 30 menit setelah masuk rumah sakit melalui Instalasi Gawat Darurat
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien stroke hiperakut (≤ 4,5 jam) yang dilakukan CT scan kepala non kontras kurang atau sama dengan 30 menit
i.	Denominator (penyebut)	Seluruh pasien stroke Iskemik Akut
j.	Target Pencapaian	≥80%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien stroke Iskemik hiperakut (≤ 4,5 jam) yang masuk RS melalui IGD Kriteria Eksklusi: Pasien datang dengan kejang, Pasien yang sudah dilakukan CT Scan di luar RS, pasien dengan gangguan airway, breathing, circulation
l.	Formula	Jumlah pasien stroke hiperakut (≤ 4,5 jam) yang dilakukan CT scan kepala non kontras kurang atau sama dengan 30 menit  Seluruh pasien stroke Iskemik Akut                                      X100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
p.	Besar Sampel	Total sampling
r.	Cara Pengambilan Sampel	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
s.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
t.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
u.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
v.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan

## 72. Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena

a.	Judul Indikator	Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena
b.	Dasar Pemikiran	PNPK Tata Laksana Stroke NOMOR HK.01.07/MENKES/394/2019 Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke A. Stroke. Published online 2019. doi:10.1161/STR.0000000000000211 Marbun, J. T., and U. Andayani. Classification of stroke disease using convolutional neural network. Journal of Physics: Conference Series. Vol. 978. No. 1. IOP Publishing, 2018.
c.	Dimensi Mutu	<i>Safety, Timely</i>
d.	Tujuan	Terselenggaranyan pelayanan cepat dan responsif serta mampu menyelamatkan pasien stroke
e.	Definisi Operasional	Pasien stroke iskemik yang telah dilakukan CT scan dengan indikasi trombolisis dan onset <4,5 jam mendapatkan terapi trombolisis intravena dengan rTPA
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien stroke iskemik dengan onset < 4,5 jam mendapatkan terapi rTPA intravena
i.	Denominator (penyebut)	Pasien stroke iskemik dengan indikasi trombolisis dan onset <4,5 jam
j.	Target Pencapaian	≥80%
k.	Kriteria:	Kriteria inklusi dan eksklusi mengacu pada PNPk Tata Laksana Stroke NOMOR HK.01.07/MENKES/394/2019
l.	Formula	$\frac{\text{Pasien stroke iskemik dengan indikasi trombolisis dan onset <4,5 jam yang mendapatkan terapi trombolisis}}{\text{Seluruh pasien stroke iskemik dengan indikasi trombolisis dan onset <4,5 jam}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
p.	Besar Sampel	Total sampling
r.	Cara Pengambilan Sampel	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
s.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
t.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
u.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
v.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan

### 73. Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup

a.	Judul Indikator	Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup
b.	Dasar Pemikiran	PNPK Tata Laksana Stroke NOMOR HK.01.07/MENKES/394/2019 Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke A. Stroke. Published online 2019. doi:10.1161/STR.0000000000000211 Marbun, J. T., and U. Andayani. Classification of stroke disease using convolutional neural network. Journal of Physics: Conference Series. Vol. 978. No. 1. IOP Publishing, 2018.
c.	Dimensi Mutu	<i>Safety, Timely</i>
d.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan cepat dan responsif serta mampu menyelamatkan pasien stroke
e.	Definisi Operasional	Pasien stroke iskemik yang pulang setelah fase akut teratasi dengan tanda-tanda vital stabil
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien stroke iskemik yang pulang rawat inap dengan status hidup
i.	Denominator (penyebut)	Seluruh pasien stroke iskemik
j.	Target Pencapaian	≥90%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien stroke iskemik yang pulang rawat inap dengan status hidup  Kriteria Eksklusi: Pasien Stroke Iskemik yang Pulang Atas Permintaan Sendiri, Pulang Rujuk, Pasien Dengan Komorbid Berat, Pasien Dengan Komplikasi, Pasien meninggal yang disebabkan bukan karena stroke
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien stroke iskemik yang pulang rawat inap dengan status hidup}}{\text{Seluruh pasien stroke iskemik}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
r.	Cara Pengambilan Sampel	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
s.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
t.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
u.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
v.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan

#### 74. Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari

a.	Judul Indikator	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari
b.	Dasar Pemikiran	Kemoterapi merupakan salah satu terapi kanker payudara yang diberikan secara sistemik. Persiapan yang baik akan membuat pelaksanaan kemoterapi sesuai jadwal dan waktu perawatan tidak memanjang.
c.	Dimensi Mutu	Efektif ( <i>effective</i> ), Tepat waktu ( <i>timely</i> ), Efisien ( <i>efficient</i> )
d.	Tujuan	Perawatan pasien kanker payudara yang diberikan kemoterapi sesuai dengan yang direncanakan
e.	Definisi Operasional	Lama rawat pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi <i>taxan based</i> atau <i>anthracycline based</i> di ruang rawat inap
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien stroke iskemik yang pulang rawat inap dengan status hidup
i.	Denominator (penyebut)	Seluruh pasien stroke iskemik
j.	Target Pencapaian	≥80%
k.	Kriteria:	Inklusi: - Pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di rawat inap - Pasien mendapatkan regimen <i>taxan based</i> atau <i>anthracycline based</i> Eksklusi: Pasien dengan komplikasi atau komorbid berat yang membutuhkan terapi rawat inap lanjutan
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di rawat inap dengan lama rawat maksimal 3 hari}}{\text{Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di rawat inap}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Data sekunder (rekam medis, <i>clinical pathway</i> )
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir pemantauan pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi
p.	Besar Sampel	Mengikuti rumus Slovin
q.	Cara Pengambilan Sampel	<i>Random sampling</i>
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Instalasi Rawat Inap

### 75. Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) dengan *Clinical Pathway*

a.	Judul Indikator	Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) dengan <i>Clinical Pathway</i>
b.	Dasar Pemikiran	Kemoterapi merupakan salah satu terapi kanker payudara yang diberikan secara sistemik. Persiapan yang baik akan membuat pelaksanaan kemoterapi sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. <i>Clinical pathway</i> (CP) adalah proses multidisiplin terkait perawatan pasien secara tepat waktu dengan sumber daya dan tata laksana sesuai.
c.	Dimensi Mutu	Efektif ( <i>effective</i> ) Tepat waktu ( <i>timely</i> ) Efisien ( <i>efficient</i> )
d.	Tujuan	Perawatan pasien kanker payudara yang diberikan kemoterapi sesuai dengan yang direncanakan pada CP.
e.	Definisi Operasional	Pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi <i>taxan based</i> atau <i>anthracycline based</i> di ruang rawat jalan (rawat sehari atau <i>one day care</i> ) dan sesuai dengan CP rumah sakit.
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di ruang rawat jalan (rawat sehari atau <i>one day care</i> ) dan sesuai dengan CP rumah sakit.
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi ruang rawat jalan (rawat sehari atau <i>one day care</i> ).
j.	Target Pencapaian	≥80%
k.	Kriteria:	Inklusi: Pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi ruang rawat jalan (rawat sehari atau <i>one day care</i> )  Eksklusi: tidak ada
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di ruang rawat jalan}}{\text{Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi ruang rawat jalan}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Data sekunder (rekam medis, <i>clinical pathway</i> )
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir pemantauan pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi
p.	Besar Sampel	Mengikuti rumus Slovin
q.	Cara Pengambilan Sampel	<i>Random sampling</i>
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Unit Rawat Sehari, atau unit lain tempat pelaksanaan kemoterapi di rawat jalan



## 76. Overall Treatment Time (OTT) Pasien Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dengan Radiasi Eksterna (tanpa Booster) 40 hari

a.	Judul Indikator	<i>Overall Treatment Time (OTT) Pasien Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dengan Radiasi Eksterna (tanpa <i>Booster</i>) 40 hari</i>
b.	Dasar Pemikiran	Radiasi eksterna merupakan salah satu terapi kanker payudara. Persiapan sebelum radiasi dan pemantauan pasien selama radiasi yang baik akan membuat pelaksanaan radiasi sesuai jadwal dan tidak memanjang.
c.	Dimensi Mutu	Efektif ( <i>effective</i> ) Tepat waktu ( <i>timely</i> ) Efisien ( <i>efficient</i> )
d.	Tujuan	Pasien kanker payudara menerima radiasi eksterna sesuai dengan yang direncanakan.
e.	Definisi Operasional	<i>Overall treatment time (OTT)</i> atau waktu yang diperlukan bagi pasien kanker payudara pasca- mastektomi yang menyelesaikan radiasi eksterna (tanpa <i>booster</i> ) tidak lebih dari 40 hari kalender.  <i>Booster</i> adalah radiasi eksterna tambahan setelah DPJP melakukan evaluasi rutin kondisi pasien selama radiasi.
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien kanker payudara pasca-mastektomi yang menjalani radiasi eksterna (tanpa <i>booster</i> ) selesai dalam 40 hari
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien kanker payudara pasca-mastektomi yang menjalani radiasi eksterna (tanpa <i>booster</i> )
j.	Target Pencapaian	≥80%
k.	Kriteria:	Inklusi: pasien kanker payudara pasca-mastektomi yang menjalani radiasi eksterna (tanpa <i>booster</i> ) Ekslusi: Pasien yang mengalami masalah administrasi, pasien yang menjalani rawat inap untuk program perbaikan keadaan umum (PKU)
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien kanker payudara pasca-mastektomi Yang menjalaniradiasieksterna (tanpabooster) selesai dalam40 hari}}{\text{Jumlah pasien kanker payudara pasca- mastektomi yang menjalani radiasi eksterna (tanpa booster)}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Data sekunder (rekam medis, kartu kontrol pasien, <i>clinical pathway</i> )
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir pemantauan pasien kanker payudara
p.	Besar Sampel	Mengikuti rumus Slovin
q.	Cara Pengambilan Sampel	<i>Random sampling</i>
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Instalasi Radioterapi

### 77. Terapi Fibrinolitik : “ Door To Needle “ ≤ 30 Menit

a.	Judul Indikator	Terapi Fibrinolitik : “ <i>door to needle</i> “ ≤ 30 menit pada pasien STEMI
b.	Dasar Pemikiran	-
c.	Dimensi Mutu	Safety, Effective
d.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat dan responsif. Menjamin keselamatan pasien dan mutu pelayanan
e.	Definisi Operasional	Terapi reperfusi dengan farmakokinetik/ <i>door to needle time</i> adalah waktu yang diperlukan dari saat pasien masuk IGD hingga dilakukan tindakan trombolitik. Waktu <i>door to needle</i> yang ditargetkan oleh RS adalah ≤ 30 menit
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien SKA tipe STEMI dengan Door to Needle Time ≤ 30 menit.
i.	Denominator (penyebut)	Total pasien IGD yang mendapatkan terapi trombolitik.
j.	Target Pencapaian	≥80%
k.	Kriteria:	<p>Kriteria inklusi :</p> <p>Pasien IGD dengan Sindrom Koroner Akut (SKA) dengan ST Elevasi (STEMI).</p> <p>Kriteria eksklusi :</p> <p>Diagnosa SKA dengan ST Elevasi belum dapat ditegakkan pada pembacaan EKG pertama</p> <p>Diagnosa SKA dengan ST Elevasi terjadi saat perawatan</p> <p>Pasien yang direncanakan untuk dilakukan tindakan angioplasti koroner primer.</p> <p>Persetujuan tindakan tidak didapatkan dari pasien/keluarga dalam waktu 30 menit setelah didiagnosis dan rencana tindakan sudah diinformasikan.</p> <p>Diperlukan tindakan penyelamatan lain sebelum dilakukan trombolitik</p> <p>Kondisi pasien yang disertai dengan penyulit seperti : syok, gagal jantung akut, resiko perdarahan akut.</p>
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien SKA tipe STEMI dengan Door to Needle Time} \leq 30 \text{ menit}}{\text{Total pasien IGD yang mendapatkan terapi trombolitik}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	
r.	Periode Pengumpulan Data	Rekam Medis
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	KSM Perawatan Intensif dan Kegawatdaruratan Kardiovaskular; Ka IGD

### 78. Mortalitas CABG/Bedah Pintas Arteri Koroner Severitas 1

a.	Judul Indikator	Mortalitas CABG/Bedah pintas arteri koroner severitas 1
b.	Dasar Pemikiran	-
c.	Dimensi Mutu	Safety, Effective
d.	Tujuan	Meningkatkan mutu asuhan bedah jantung dewasa
e.	Definisi Operasional	Angka kematian dalam perawatan di rumah sakit untuk pasien yang menjalani Bedah Pintas Koroner Elektif dengan Ejection Fraction $\geq 60\%$ (Isolated; hanya ada kelainan koroner tanpa kelainan katup)(Severitas 1)
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah kematian pasien Bedah Pintas Koroner elektif dengan EF $\geq 60\%$ saat perawatan di rumah sakit.
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien Bedah Pintas Koroner elektif dengan EF $\geq 60\%$ .
j.	Target Pencapaian	<10%
k.	Kriteria:	<p>Kriteria inklusi :</p> <p>Pasien IGD dengan Sindrom Koroner Akut (SKA) dengan ST Elevasi (STEMI).</p> <p>Kriteria eksklusi :</p> <p>Diagnosa SKA dengan ST Elevasi belum dapat ditegakkan pada pembacaan EKG pertama</p> <p>Diagnosa SKA dengan ST Elevasi terjadi saat perawatan</p> <p>Pasien yang direncanakan untuk dilakukan tindakan angioplasti koroner primer.</p> <p>Persetujuan tindakan tidak didapatkan dari pasien/keluarga dalam waktu 30 menit setelah didiagnosis dan rencana tindakan sudah diinformasikan.</p> <p>Diperlukan tindakan penyelamatan lain sebelum dilakukan trombolitik</p> <p>Kondisi pasien yang disertai dengan penyulit seperti : syok, gagal jantung akut, resiko perdarahan akut.</p>
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah kematian pasien Bedah Pintas Koroner elektif dengan EF } \geq 60\% \text{ saat perawatan di rumah sakit}}{\text{Jumlah pasien Bedah Pintas Koroner elektif dengan EF } \geq 60\%} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Bedah Dewasa dan Intensif Paska Bedah

### 79. Lama Rawat ≤ 5 Hari Pada Kasus Dengan STEMI Klasifikasi KILLIP 1

a.	Judul Indikator	Lama rawat ≤ 5 hari pada kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1
b.	Dasar Pemikiran	-
c.	Dimensi Mutu	Safety, Effective
d.	Tujuan	Tergambarnya pemanfaatan pelayanan rawat inap
e.	Definisi Operasional	Lama perawatan kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1 (tanpa disertai dengan tanda gagal jantung, dan kelainan lainnya seperti edema paru dan syok kardiogenik) ≤ 5 hari dan keluar hidup
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien dengan STEMI klasifikasi KILLIP I keluar hidup ≤ 5 hari
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien dengan STEMI klasifikasi KILLIP I keluar hidup
j.	Target Pencapaian	<10%
k.	Kriteria:	Kriteria inklusi : pasien dengan STEMI klasifikasi KILLIP I  Kriteria eksklusi : Dengan penyakit penyerta atau disertai kondisi medis lainnya
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien dengan STEMI klasifikasi KILLIP I keluar hidup} \leq 5 \text{ hari}}{\text{Jumlah pasien dengan STEMI keluar hidup}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Komite Medik

### 80. Pencapaian Target Adekuasi Hemodialisis Pada Pasien Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) Yang Menjalani Hemodialisis Kronik Minimal 3 Bulan

a.	Judul Indikator	Pencapaian Target Adekuasi Hemodialisis Pada Pasien PGTA Yang Menjalani Hemodialisis Kronik Minimal 3 Bulan
b.	Dasar Pemikiran	-
c.	Dimensi Mutu	Safety
d.	Tujuan	Peningkatan kualitas layanan Terapi Pengganti Ginjal (TPG)
e.	Definisi Operasional	Target Adekuasi: <ul style="list-style-type: none"> <li>· spKt/V &gt; 1,8 untuk 2x seminggu</li> <li>· spKt/V &gt; 1,2 untuk 3x seminggu</li> <li>· stdKt/V mingguan &gt; 2,1 untuk frekuensi selain diatas</li> </ul>
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien hemodialisis kronik yang mencapai target adekuasi
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien hemodialisi kronik
j.	Target Pencapaian	≥60%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien PGTA yang menjalani hemodialisis kronik  Kriteria Eksklusi: Tidak ada
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien hemodialisis kronik yang mencapai target adekuasi}}{\text{Jumlah pasien hemodialisi kronik}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Concurrent
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Staf Medis Departemen IPD

### 81. Pencapaian Pasien CAPD Di Bandingkan Seluruh Pasien Yang Menjalani Dialisis

a.	Judul Indikator	Pencapaian Pasien CAPD Di Bandingkan Seluruh Pasien Yang Menjalani Dialisis
b.	Dasar Pemikiran	-
c.	Dimensi Mutu	Safety
d.	Tujuan	Meningkatkan layanan CAPD di Rumah Sakit
e.	Definisi Operasional	Persentase pasien yang menjalani CAPD dari keseluruhan pasien PGTA yang menjalani dialisis
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien PGTA yang menjalani CAPD
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien PGTA yang menjalani dialisis
j.	Target Pencapaian	≥3%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien PGTA yang menjalani CAPD  Kriteria Eksklusi: Tidak ada
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien PGTA yang menjalani CAPD}}{\text{Jumlah pasien PGTA yang menjalani dialisis}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Concurrent
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Staf Medis Departemen IPD

## 82. Stone Free Rate Tindakan Pcnl Batu Non-Staghorn

a.	Judul Indikator	Stone Free Rate Tindakan PCNL batu non-staghorn
b.	Dasar Pemikiran	-
c.	Dimensi Mutu	Safety
d.	Tujuan	Terwujudnya sistem layanan dan penelitian yang komprehensif, terintegrasi, bermutu dan berkesinambungan
e.	Definisi Operasional	"Stone Free Tindakan PCNL: <input type="checkbox"/> Stone free rate paska PCNL diartikan sebagai: Fragmen batu sisa dengan diameter kurang 4 mm atau tidak didaparkannya fragmen batu yang terdeteksi pada ultrasound, foto polos abdomen (BNO), ataupun CT-Scan <input type="checkbox"/> Batu Staghorn batu ginjal yang yang mengisi bagian pyelum (pinggang) ginjal dan minimal satu kaliks (ruang ginjal) ginjal"
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah kasus dengan hasil stone free paska PCNL pada kasus batu non-staghorn
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah total keseluruhan pasien dengan kasus batu non-staghorn yang ditangani dengan PCNL
j.	Target Pencapaian	≥80%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien dengan diagnosis batu non-staghorn yang ditangani menggunakan PCNL  Kriteria Eksklusi: Pasien batu non-staghorn tanpa PCNL
l.	Formula	'Jumlah kasus dengan hasil stone free paska PCNL pada kasus batu non-staghorn $\frac{\text{Jumlah kasus dengan hasil stone free paska PCNL pada kasus batu non-staghorn}}{\text{Jumlah total keseluruhan pasien dengan kasus batu non-staghorn yang ditangani dengan PCNL}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Concurrent
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Pelayanan dan Mutu IPBT

### 83. Stone Free Rate Tindakan ESWL Batu Ginjal < 2cm

a.	Judul Indikator	Stone Free Rate Tindakan ESWL batu ginjal < 2cm
b.	Dasar Pemikiran	-
c.	Dimensi Mutu	Safety
d.	Tujuan	Peningkatan Stone Free Rate pasien yang mendapatkan tindakan ESWL
e.	Definisi Operasional	Stone Free Tindakan ESWL: Stone free rate pasca ESWL diartikan sebagai: Fragmen batu sisa dengan diameter kurang 4 mm atau tidak didapatkannya fragmen batu yang terdeteksi pada ultrasound, foto polos abdomen (BNO), ataupun CT- Scan yang dilakukan minimal 2 minggu pasca ESWL
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien dengan hasil stone free pasca ESWL pada kasus batu ginjal < 2 cm
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah total keseluruhan pasien dengan kasus batu ginjal < 2 cm yang menjalani ESWL
j.	Target Pencapaian	≥60%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien batu ginjal berukuran < 2 cm yang menjalani terapi ESWL  Kriteria Eksklusi: Pasien batu ginjal berukuran ≥ 2 cm yang menjalani terapi ESWL Pasien batu saluran kemih selain batu ginjal yang menjalani terapi ESWL
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien dengan hasil stone free pasca ESWL pada kasus batu ginjal < 2 cm}}{\text{Jumlah total keseluruhan pasien dengan kasus batu ginjal < 2 cm yang menjalani ESWL}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Staf KSM Urologi



#### 84. Lama Perawatan Pasca Operasi *Percutaneous Nephrolithotomy (PCNL)* Tanpa Penyulit Dan Tanpa Komorbid Kurang Dari 3 Hari

a.	Judul Indikator	Lama perawatan pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid kurang dari 3 hari
b.	Dasar Pemikiran	-
c.	Dimensi Mutu	Safety
d.	Tujuan	Penurunan lama perawatan pasca operasi PCNL pada pasien tanpa penyulit dan tanpa komorbid
e.	Definisi Operasional	Durasi rawat inap pasien pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid Kriteria penyulit: Batu berada pada calyceal diverticula Pasien dengan kelainan anatomis ginjal (contoh horseshoe kidney dan sudut infundibulum yang sempit) Batu staghorn Obesitas (BMI > 30) Pasien dengan kriteria ASA $\geq$ 3
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid dengan lama rawat $\leq$ 3 hari
i.	Denominator (penyebut)	Semua pasien pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid
j.	Target Pencapaian	$\geq$ 80%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien yang menjalani operasi PCNL tanpa komorbid dan penyulit  Kriteria Eksklusi: Pasien dengan penyakit komorbid
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid dengan lama rawat } \leq 3 \text{ hari}}{\text{Semua pasien pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Staf KSM Urologi

### 85. Peningkatan Proporsi Pasien Diabetes Yang Mencapai Target HbA1C

a.	Judul Indikator	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target HbA1C
b.	Dasar Pemikiran	HbA1C merupakan indicator kualitas pengelolaan DM dan dapat memprediksi kejadian komplikasi kronik akibat DM Saat ini capaian target HbA1C <7 masih rendah (<30%)
c.	Dimensi Mutu	<i>Effectiveness, Integration</i>
d.	Tujuan	Tercapainya target kendali glikemik pasien DM sebagai upaya pencegahan primer atau sekunder komplikasi DM
e.	Definisi Operasional	Pemeriksaan HbA1C adalah tes hemoglobin terglisosilasi, merupakan cara yang digunakan untuk menilai efek perubahan terapi 8-12 minggu. Target HbA1C adalah 6,5-7,5%. Sampel menggunakan darah vena.
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien DM yang mencapai HbA1C $\geq 7\%$ pada periode penilaian
i.	Denominator (penyebut)	Seluruh pasien diabetes yang diperiksa HbA1C pada periode penilaian
j.	Target Pencapaian	$\geq 40\%$
k.	Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: Pasien DM yang berobat ke Diabetes Center dan memiliki data HbA1C</p> <p>Kriteria Eksklusi: Pasien yang diketahui memiliki kondisi medik tertentu yang menyebabkan data HbA1C tidak dapat diinterpretasi</p>
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien DM yang mencapai HbA1C} \leq 7 \text{ pada periode penilaian}}{\text{Jumlah seluruh pasien DM yang diperiksa HbA1C pada periode penilaian}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Prospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	Check list
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Cross Sectional
r.	Periode Pengumpulan Data	6 Bulanan
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semesteran, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Tim Terpadu Diabetes

### 86. Peningkatan Proporsi Pasien Diabetes Yang Mencapai Target Kolesterol LDL

a.	Judul Indikator	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target kolesterol LDL
b.	Dasar Pemikiran	Kadar kolesterol LDL yang tinggi berkontribusi terhadap komplikasi vascular Capaian target kolesterol LDL masih rendah
c.	Dimensi Mutu	<i>Effectiveness, Integration</i>
d.	Tujuan	Tercapainya target kolesterol LDL pasien DM sebagai upaya pencegahan primer atau sekunder komplikasi DM
e.	Definisi Operasional	Target Kolesterol LDL adalah $\leq 100$ mg/dl untuk pasien DM yang tidak memiliki penyakit Aterosklerosis Kardiovaskular dan $\leq 70$ mg/dl untuk pasien yang memiliki penyakit Aterosklerosis Kardiovaskular. Pemeriksaan kolesterol LDL menggunakan darah vena.
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien DM yang mencapai target Kolesterol LDL pada periode penilaian
i.	Denominator (penyebut)	Semua pasien DM di Diabetes Center yang menjalani pemeriksaan kolesterol LDL pada periode penilaian
j.	Target Pencapaian	$\geq 40\%$
k.	Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: Pasien DM yang berobat ke Diabetes Center yang memiliki data pemeriksaan LDL</p> <p>Kriteria Eksklusi: Tidak ada data kolesterol</p>
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien DM yang mencapai target kolesterol LDL}}{\text{Semua pasien DM yang berobat ke Diabetes Center yang menjalani pemeriksaan kolesterol pada periode penilaian}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Prospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik / Registry DM
o.	Instrumen Pengambilan Data	Check list
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Cross Sectional
r.	Periode Pengumpulan Data	6 Bulanan
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semesteran, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Tim Terpadu Diabetes

### 87. Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target tekanan darah

a.	Judul Indikator	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target tekanan darah
b.	Dasar Pemikiran	Tekanan darah yang tinggi berkontribusi terhadap komplikasi vascular Capaian target tekanan darah masih rendah
c.	Dimensi Mutu	<i>Effectiveness, Integrasi</i>
d.	Tujuan	Tercapainya target tekanan darah pasien DM sebagai upaya pencegahan primer atau sekunder komplikasi DM
e.	Definisi Operasional	Target tekanan darah pada pasien DM adalah sistolik <130 mmHg dan diastolik <80 mmHg. Nilai tekanan darah yang diambil adalah rerata tekanan darah yang diukur 3 kali dalam satu waktu setelah istirahat 15-30 menit sebelum pengukuran.
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien DM yang mencapai target tekanan darah selama periode penilaian
i.	Denominator (penyebut)	Semua pasien DM yang berobat ke Diabetes Center
j.	Target Pencapaian	≥40%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien DM yang berobat ke Diabetes Center  Kriteria Eksklusi: Tidak ada data kolesterol
l.	Formula	$\frac{\text{Tekanan darah sistolik } <130 \text{ mmHg dan tekanan darah diastolik } <80 \text{ mmHg}}{\text{Semua pasien DM yang berobat ke Diabetes Center}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Prospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik / Registry DM
o.	Instrumen Pengambilan Data	Check list
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Cross Sectional
r.	Periode Pengumpulan Data	6 Bulanan
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semesteran, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Tim Terpadu Diabetes

## 88. Skrining Komplikasi Makrovaskular

a.	Judul Indikator	Skrining Komplikasi Makrovaskular pada pasien DM
b.	Dasar Pemikiran	Komplikasi makrovaskular diakibatkan oleh kendali gula darah serta faktor risiko lainnya yang kurang baik. Deteksi dini komplikasi mikrovaskular dapat memberikan ruang untuk tata laksana lanjutan sehingga komplikasi tersebut tidak menjadi semakin berat
c.	Dimensi Mutu	<i>Safety, Effectiveness</i>
d.	Tujuan	Tercapainya peningkatan proporsi pemeriksaan skrining komplikasi makrovaskular
e.	Definisi Operasional	Skrining komplikasi makrovaskular pada pasien DM meliputi: skrining Peripheral Arterial Disease menggunakan Ankle Brachial Index (ABI) dan USG Doppler sesuai indikasi skrining Penyakit Jantung Koroner menggunakan EKG dan Treadmill Test sesuai indikasi
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi Peripheral Arterial Disease menggunakan Ankle Brachial Index (ABI) dan USG Doppler sesuai indikasi Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi Penyakit Jantung Koroner menggunakan EKG dan Treadmill Test sesuai indikasi
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien DM yang berobat ke Diabetes Center pada periode penilaian
j.	Target Pencapaian	≥50%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien DM yang berobat ke Diabetes Center Kriteria Eksklusi: Tidak ada data kolesterol
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang menjalani skrining komplikasi macrovascular (Peripheral Arterial Disease dan Penyakit Jantung Koroner)}}{\text{Semua pasien DM yang berobat ke Diabetes Center}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Prospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik / Registry DM
o.	Instrumen Pengambilan Data	Check list
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Cross Sectional
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Setiap 1 kali setahun
u.	Penanggung Jawab	Tim Terpadu Diabetes

### 89. Skrining Komplikasi Mikrovaskular

a.	Judul Indikator	Skrining Komplikasi Mikrovaskular
b.	Dasar Pemikiran	Komplikasi mikrovaskular diakibatkan oleh kendali gula darah serta faktor risiko lainnya yang kurang baik. Deteksi dini komplikasi makrovaskular dapat memberikan ruang untuk tata laksana lanjutan sehingga komplikasi tersebut tidak menjadi semakin berat.
c.	Dimensi Mutu	<i>Safety, Effectiveness</i>
d.	Tujuan	Tercapainya target IMT pasien DM sebagai upaya pencegahan primer atau sekunder komplikasi DM
e.	Definisi Operasional	Skrining komplikasi mikrovaskular pada pasien DM meliputi: skrining komplikasi retinopati menggunakan pemeriksaan Funduskopi skrining komplikasi neuropati menggunakan test Monofilament dan Garputala skrining komplikasi Nefropati DM menggunakan pemeriksaan Albumin Creatinine Ratio (ACR) urin sewaktu
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi retinopati menggunakan funduskopi pada periode penilaian Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi neuropati menggunakan test monofilament dan Garputala Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi Nefropati DM menggunakan pemeriksaan Albumin Creatinine Ratio (ACR) urin sewaktu
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien DM yang berobat ke Diabetes Center pada periode penilaian
j.	Target Pencapaian	≥40%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien DM yang berobat ke Diabetes Center  Kriteria Eksklusi: Tidak ada data kolesterol
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang menjalani skrining komplikasi microvascular (retinopati, neuropati, dan nefropati)}}{\text{Semua pasien DM yang berobat ke Diabetes Center}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Prospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik / Registry DM
o.	Instrumen Pengambilan Data	Check list
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Cross Sectional
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Tim Terpadu Diabetes

### 90. Peningkatan > 20% Proporsi Skrining Berkala Komplikasi Mikrovaskular Diabetes Anak dan Remaja

a.	Judul Indikator	Peningkatan > 20% proporsi pemeriksaan skrining berkala komplikasi mikrovaskular diabetes anak dan remaja
b.	Dasar Pemikiran	Komplikasi diabetes dapat ditemukan pada usia remaja. Skrining komplikasi diabetes diperlukan untuk mendeteksi dini penyulit diabetes sehingga dapat ditata laksana lebih awal.
c.	Dimensi Mutu	<i>Safety, Effectiveness, Integration</i>
d.	Tujuan	Tercapainya peningkatan proporsi pemeriksaan skrining berkala komplikasi DM anak dan remaja
e.	Definisi Operasional	Pemeriksaan skrining berkala komplikasi DM anak dan remaja meliputi: Retinopati diabetikum: Skrining komplikasi retinopati diabetikum menggunakan pemeriksaan funduskopi Nefropati diabetikum: Skrining komplikasi nefropati diabetikum menggunakan pemeriksaan <i>Albumin Creatinine Ratio</i> (ACR) urin sewaktu Neuropati diabetikum: Skrining komplikasi neuropati diabetikum menggunakan tes monofilamen dan garputala Pemeriksaan skrining berkala komplikasi dimulai pada usia 11 tahun dan sudah terdiagnosis diabetes minimal 2 tahun
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	A. Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi retinopati menggunakan funduskopi B. Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi nefropati menggunakan pemeriksaan <i>Albumin Creatinine Ratio</i> (ACR) urin sewaktu C. Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi neuropati menggunakan tes monofilamen dan garputala
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM yang berusia minimal 11 tahun dan sudah terdiagnosis diabetes minimal 2 tahun
j.	Target Pencapaian	≥40%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien anak dan remaja dengan DM yang berusia minimal 11 tahun dan yang sudah terdiagnosis dengan diabetes minimal 2 tahun  Kriteria Eksklusi: Tidak ada data koleste Pasien anak dan remaja yang sudah mengalami gangguan mata/ginjal/saraf sebelum terdiagnosis DM
l.	Formula	Retinopati diabetikum: (Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi retinopati menggunakan funduskopi dalam 1 tahun terakhir / Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM yang berusia minimal 11 tahun dan sudah terdiagnosis minimal 2 tahun dalam 1 tahun) x 100% Nefropati diabetikum: (Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi nefropati menggunakan pemeriksaan <i>Albumin Creatinine Ratio</i> (ACR) urin sewaktu dalam 1 tahun terakhir / Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM yang berusia minimal 11 tahun dan sudah terdiagnosis minimal 2 tahun dalam 1 tahun) x 100% Neuropati diabetikum: (Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi neuropati menggunakan tes monofilamen dan garputala dalam 1 tahun terakhir / Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM yang berusia minimal 11 tahun dan sudah terdiagnosis minimal 2 tahun dalam 1 tahun) x 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Prospektif

n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	Check list
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Cross Sectional
r.	Periode Pengumpulan Data	Setiap 1 tahun
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Setiap 1 setahun
u.	Penanggung Jawab	Divisi Endokrinologi KSM Kesehatan Anak



**91. Peningkatan > 20% proporsi anak dan remaja dengan diabetes yang melakukan pemeriksaan pemantauan gula darah mandiri**

a.	Judul Indikator	Peningkatan > 20% proporsi anak dan remaja dengan diabetes yang melakukan pemeriksaan pemantauan gula darah mandiri
b.	Dasar Pemikiran	Salah satu pilar tata laksana utama diabetes pada anak dan remaja adalah pemeriksaan gula darah mandiri. Pemantauan gula darah mandiri dibutuhkan untuk mencapai kontrol metabolik yang baik.
c.	Dimensi Mutu	<i>Safety, Effectiveness</i>
d.	Tujuan	Tercapainya peningkatan proporsi pasien anak dan remaja dengan DM yang melakukan pemantauan gula darah mandiri
e.	Definisi Operasional	Pemantauan gula darah dilakukan dengan menggunakan alat strip glucometer sekurang-kurangnya 2 kali/hari untuk anak dan remaja dengan DM Tipe-1 *Penilaian peningkatan proporsi dilakukan setelah 1 tahun dari data awal
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah kasus anak dan remaja dengan DM tipe-1 yang melakukan pengukuran gula darah dengan menggunakan alat strip glukometer sekurang- kurangnya 2 kali/hari
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM Tipe-1
j.	Target Pencapaian	≥40%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien anak dan remaja (< 18 tahun) dengan DM Tipe-1  Kriteria Eksklusi: Tidak ada
l.	Formula	(Jumlah kasus anak dan remaja dengan DM tipe-1 yang melakukan pengukuran gula darah dengan menggunakan alat strip glukometer sekurang- kurangnya 2 kali/hari / Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM Tipe-1) x 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Prospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	Check list
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Cross Sectional
r.	Periode Pengumpulan Data	Setiap 1 tahun
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Setiap 1 setahun
u.	Penanggung Jawab	Divisi Endokrinologi KSM Kesehatan Anak

## 92. Proporsi kejadian ketoasidosis diabetikum berulang pada anak dan remaja dengan diabetes < 20%

a	Judul Indikator	Proporsi kejadian ketoasidosis diabetikum berulang pada anak dan remaja dengan diabetes <20%
b	Dasar Pemikiran	Ketoasidosis Diabetikum (KAD) merupakan komplikasi akut yang sering terjadi akibat pengelolaan DM yang tidak baik. Pengelolaan diabetes yang baik akan menurunkan angka kejadian KAD berulang.
c	Dimensi Mutu	<i>Safely, Effectiveness</i>
d	Tujuan	Tercapainya target kejadian ketoasidosis diabetikum berulang pada anak dan remaja dengan diabetes khususnya DM tipe-1
e	Definisi Operasional	Pasien anak dan remaja (usia < 18 tahun) yang sudah terdiagnosis sebagai DM tipe-1 dan mengalami KAD lebih dari 1 kali episode per tahun Ketoasidosis diabetikum Kriteria klinis ketoasidosis diabetikum pada anak dan remaja 1. Hiperglikemia (kadar glukosa darah > 200mg/dL) 2. Kadar pH < 7,3 atau HCO <sub>3</sub> <15 mmol/L 3. Ketonemia (beta-hidroksibutirat > 3 mmol/L) atau ketonuria sedang-berat
f	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g	Satuan Pengukuran	Persentase
h	Numerator (pembilang)	Jumlah kasus anak dan remaja dengan DM tipe-1 yang mengalami KAD lebih dari 1 kali episode per tahun dalam 1 tahun terakhir
i	Denominator (penyebut)	Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM tipe-1
j	Target Pencapaian	< 20%
k	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien anak dan remaja (< 18 tahun) yang sudah terdiagnosis dengan DM tipe-1  Kriteria Eksklusi: Tidak ada
l	Formula	(Jumlah kasus anak dan remaja dengan DM tipe-1 yang mengalami KAD lebih dari 1 kali episode per tahun dalam 1 tahun terakhir / Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM tipe-1) x 100%
m	Metode Pengumpulan Data	Prospektif
n	Sumber Data	Rekam Medik
o	Instrumen Pengambilan Data	Check list
p	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q	Cara Pengambilan Sampel	Cross Sectional
r	Periode Pengumpulan Data	Setiap 1 tahun
s	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
t	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Setiap 1 setahun
u	Penanggung Jawab	Divisi Endokrinologi KSM Kesehatan Anak

### 93. Angka mortalitas ketoasidosis diabetikum anak dan remaja < 5 %

a.	Judul Indikator	Angka mortalitas ketoasidosis diabetikum anak dan remaja < 5 %
b.	Dasar Pemikiran	Ketoasidosis Diabetikum (KAD) pada Anak dan Remaja merupakan komplikasi akut yang sering terjadi pada saat awal diagnosis dan pada DM Tipe-1 lama. Tata laksana KAD yang tepat dapat menurunkan kejadian mortalitas.
c.	Dimensi Mutu	<i>Safety, Effectiveness</i>
d.	Tujuan	Tercapainya penurunan mortalitas KAD pada anak dan remaja dengan diabetes
e.	Definisi Operasional	Kasus meninggal pada KAD: Pasien anak dan remaja (usia < 18 tahun) yang masuk perawatan dengan diagnosis ketoasidosis diabetikum dan dinyatakan meninggal dunia tanpa disertai penyakit penyerta atau komorbiditas berat lainnya (keganasan, autoimun, gagal ginjal yang terjadi sebelum episode KAD) atau riwayat mendapat pengobatan tertentu sebelumnya (kemoterapi, terapi steroid). Ketoasidosis diabetikum Kriteria klinis ketoasidosis diabetikum pada anak dan remaja Hiperglikemia (kadar glukosa darah > 200mg/dL) Kadar pH < 7,3 atau HCO <sub>3</sub> < 15 mmol/L Ketonemia (beta-hidroksibutirat > 3 mmol/L) atau ketonuria sedang-berat
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah kasus meninggal pada anak dan remaja dengan ketoasidosis diabetikum
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja yang dirawat dengan ketoasidosis diabetikum
j.	Target Pencapaian	< 5%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien anak dan remaja (< 18 tahun) dengan DM yang masuk perawatan dengan ketoasidosis diabetikum Kriteria Eksklusi: Keganasan Autoimun Gagal ginjal yang terjadi sebelum episode KAD Riwayat mendapat kemoterapi Riwayat terapi steroid
l.	Formula	(Jumlah kasus meninggal pada anak dan remaja dengan ketoasidosis diabetikum / Jumlah total kasus pasien anak dan remaja yang dirawat dengan ketoasidosis diabetikum) x 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Prospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	Check list
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Cross Sectional
r.	Periode Pengumpulan Data	Setiap 1 tahun
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Setiap 1 setahun
u.	Penanggung Jawab	Divisi Endokrinologi KSM Kesehatan Anak

#### 94. Keberhasilan pengobatan TBC Sensitif Obat

a.	Judul Indikator	Keberhasilan pengobatan TB Paru Sensitif Obat (SO)
b.	Dasar Pemikiran	Keberhasilan pengobatan TB SO dipengaruhi beberapa factor seperti: Faktor pasien: pasien tidak patuh minum obat anti TB, pasien pindah fasilitas pelayanan kesehatan (tanpa informasi hasil pengobatan ke fasyankes awal) dan kasus TB resistan obat. Faktor pengawas menelan obat (PMO): PMO tidak ada, PMO ada tapi kurang memantau. Faktor obat: suplai obat terganggu sehingga pasien menunda atau penyimpanan tidak sesuai standar.
c.	Dimensi Mutu	Efektif, Keselamatan, Berorientasi kepada pasien/pengguna layanan (patient-centered), Tepat waktu, Efisien
d.	Tujuan	Diagnosis tuberkulosis paru dilakukan melalui pemeriksaan sputum mikroskopis (BTA) atau tes cepat molecular (TCM) di laboratorium mandiri/laboratorium jejaring. Pengobatan TBC SO diberikan sesuai pedoman dapat berupa pemberian kombinasi dosis tepat (KDT) atau OAT lepasan sesuai dengan indikasi. Diutamakan penggunaan dengan Kombinasi Dosis Tetap (KDT) untuk meningkatkan kepatuhan minum obat Pengobatan lengkap adalah pasien TB yang telah menyelesaikan pengobatan secara lengkap dan tidak memiliki bukti gagal pengobatan tetapi juga tidak memiliki hasil BTA sputum atau biakan negatif pada akhir pengobatan dan satu pemeriksaan sebelumnya, baik karena tidak dilakukan atau karena hasilnya tidak ada.
e.	Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosis tuberkulosis paru dengan pemeriksaan BTA/Sputum mikroskopis atau TCM yang tersedia di fasilitas kesehatan</li> <li>- Pengobatan kombinasi dosis tepat (KDT) atau lepasan ditentukan oleh DPJP berdasarkan kondisi pasien masing-masing</li> <li>- Keberhasilan pengobatan adalah jumlah kasus dengan hasil pengobatan sembuh dan lengkap.</li> <li>- Kriteria sembuh adalah pasien TB paru dengan konfirmasi bakteriologis positif pada awal pengobatan dan BTA sputum negatif atau biakan negatif pada akhir pengobatan dan memiliki hasil pemeriksaan negatif pada salah satu pemeriksaan sebelumnya.</li> </ul>
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah semua kasus sembuh dan pengobatan lengkap
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah kasus TB yang diobati
j.	Target Pencapaian	≥75%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien terduga TB yang diperiksa mikroskopik dan sputum TCM Pasien TB yang terkonfirmasi bakteriologis dan terdiagnosis klinis Kriteria Eksklusi: Pasien TB ekstra paru Pasien yang tidak dilakukan pemeriksaan mikroskopik maupun sputum TCM
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang sembuh dan pengobatan lengkap}}{\text{Jumlah semua pasien yang ikut pengobatan}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik

o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Tim TB

### 95. Keberhasilan Pengobatan TBC Resisten Obat

a.	Judul Indikator	Keberhasilan pengobatan TBC RO
b.	Dasar Pemikiran	Keberhasilan pengobatan TB RO dipengaruhi beberapa faktor seperti: Faktor pasien: pasien tidak patuh minum obat anti TB, pasien pindah fasilitas pelayanan kesehatan (tanpa informasi hasil pengobatan ke fasyankes awal) dan kasus TB resistan obat. Faktor pengawas menelan obat (PMO): PMO tidak ada, PMO ada tapi kurang memantau. Faktor obat: suplai obat terganggu sehingga pasien menunda atau penyimpanan tidak sesuai standar.
c.	Dimensi Mutu	Efektif Keselamatan Tepat waktu
d.	Tujuan	Pengobatan pasien tuberkulosis diberikan sesuai dengan hasil uji resistensi
e.	Definisi Operasional	TBC RO adalah TB yang resisten terhadap Rifampisin atau Multi Drug Resisten (rifampisin dan Isoniazid) atau pre extremely Drug Resistant/pre-XDR (MDR dan fluoroquinolone) atau XDR (pre XDR dan linezolid atau bedaquiline). Pengobatan pasien TBC RO adalah pasien TBC yang mendapatkan pengobatan didasarkan hasil uji Line Probe Assay (uji kepekaan) lini 2 dan atau hasil kultur atau hasil TCM Kriteria sembuh adalah pasien yang telah menyelesaikan pengobatan sesuai pedoman pengobatan TB MDR tanpa bukti kegagalan dan hasil biakan selama tahap lanjutan menunjukkan hasil negatif minimal 3 kali berturut dengan jarak pemeriksaan antar biakan minimal 30 hari. Pengobatan lengkap adalah pasien yang telah menyelesaikan pengobatan sesuai pedoman pengobatan TB MDR tetapi tidak memiliki definisi sembuh maupun gagal.
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
	Satuan Pengukuran	Persentase
H	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien TBC RO yang sembuh dan pengobatan lengkap
I	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien TBC RO yang diobati
j	Target Pencapaian	≥60%
k	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien terduga TBC RO yang diperiksa TCM dan atau uji kepekaan Pasien TBC RO yang memulai pengobatan OAT Kriteria Eksklusi: Pasien yang tidak diperiksa uji kepekaan
l	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien TBC RO yang sembuh dan pengobatan lengkap}}{\text{Jumlah pasien TBC RO yang diobati}} \times 100\%$
m	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n	Sumber Data	Rekam Medik
o	Instrumen Pengambilan Data	
p	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
r	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s	Penyajian Data	

		<input checked="" type="checkbox"/> Tabel	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan	
u	Penanggung Jawab	Tim TB	

## 96. Inisiasi pengobatan TBC Resisten Obat

a.	Judul Indikator	Inisiasi pengobatan TBC RO
b.	Dasar Pemikiran	Keberhasilan pengobatan TB RO dipengaruhi beberapa faktor seperti: Faktor pasien: pasien tidak patuh minum obat anti TB, pasien pindah fasilitas pelayanan kesehatan (tanpa informasi hasil pengobatan ke fasyankes awal) dan kasus TB resistan obat Faktor pengawas menelan obat (PMO): PMO tidak ada, PMO ada tapi kurang memantau Faktor obat: suplai obat terganggu sehingga pasien menunda atau penyimpanan tidak sesuai standar
c.	Dimensi Mutu	Efektif Keselamatan Tepat waktu
d.	Tujuan	Mengetahui jumlah atau persentase kasus TB RO yang memulai pengobatan.
e.	Definisi Operasional	Angka inisiasi pengobatan TB RO adalah jumlah kasus TB RO yang terdaftar dan memulai pengobatan lini kedua di antara jumlah kasus TB RO yang ditemukan. Kasus TB RO yang ditemukan adalah kasus TB RO yang terdiagnosis dari hasil TCM dan atau kultur resistensi.
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah kasus TB RO yang terdaftar dan memulai pengobatan TB RO di RS tersebut
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien TB RO yang ditemukan
j.	Target Pencapaian	≥60%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien terduga TBC RO yang diperiksa TCM dan atau uji kepekaan Pasien TBC RO yang memulai pengobatan OAT  Kriteria Eksklusi: Pasien terduga TB RO yang tidak diperiksa uji kepekaan
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah kasus TB RO yang terdaftar dan memulai pengobatan di RS}}{\text{Jumlah kasus TB RO yang ditemukan}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Tim TB



### 97. Kesintasan Pasien Sirosis Hati Dekompensata (Stadium Lanjut) > 12 Bulan

a.	Judul Indikator	Kesintasan pasien sirosis hati dekompensata (stadium lanjut) > 12 bulan
b.	Dasar Pemikiran	
c.	Dimensi Mutu	Efektif (effective) Keselamatan (safe) Tepat waktu (timely)
d.	Tujuan	Peningkatan kualitas pelayanan pada pasien dengan sirosis hepatis
e.	Definisi Operasional	Kesintasan pasien sirosis hati dekompensata (stadium lanjut) > 12 bulan setelah pertama kali didiagnosis.
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien sirosis hati dekompensata dengan kesintasan > 12 bulan.
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien sirosis hati dekompensata yang dilayani RS
j.	Target Pencapaian	≥20%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien sirosis hati dekompensata  Kriteria Eksklusi: tidak ada
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien sirosis hati dekompensata dengan kesintasan > 12 bulan}}{\text{Jumlah pasien sirosis hati dekompensata yang dilayani RS}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Kohort retrospektif, Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Convenience Sampling
q.	Cara Pengambilan Sampel	Convenience Sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	PIC Divisi Hepatobilier Departemen Ilmu Penyakit Dalam

**98. Pasien Sirosis Hepatis Dengan Pecah Varises Esofagus Yang Tidak Mengalami *Early Rebleeding* (24 Jam) Pasca Endoskopi Hemostatik**

a.	Judul Indikator	Pasien Sirosis Hepatis dengan pecah varises esofagus yang tidak mengalami early rebleeding (24 jam) pasca endoskopi hemostatic
b.	Dasar Pemikiran	-
c.	Dimensi Mutu	Efektif (effective) Keselamatan (safe) Tepat waktu (timely)
d.	Tujuan	Peningkatan kualitas pelayanan pada pasien dengan sirosis hepatis
e.	Definisi Operasional	Early rebleeding adalah Terjadinya perdarahan episode baru hematemesis yang aktif dalam kurun waktu 24 jam setelah dilakukan terapi medikamentosa dan ligasi varises esofagus. Terjadinya penurunan kadar hemoglobin > 2 gram/dL atau hematokrit > 6% tanpa adanya riwayat transfusi setelah tindakan ligasi varises esofagus.
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien sirosis hati dengan pecah varises esofagus pasca ligasi varises esofagus yang tidak mengalami early rebleeding
i.	Denominator (penyebut)	Seluruh pasien sirosis hati dengan pecah varises esofagus pasca ligasi varises esofagus
j.	Target Pencapaian	≥80%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien sirosis hati dengan pecah varises esofagus pasca ligasi varises  Kriteria Eksklusi: tidak ada
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien sirosis hati dengan pecah varises esofagus pasca ligasi varises esofagus yang tidak mengalami early rebleeding}}{\text{Jumlah pasien sirosis hati dengan pecah varises esofagus pasca ligasi varises esofagus}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Kohort retrospektif, Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Convenience Sampling
q.	Cara Pengambilan Sampel	Convenience Sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	PIC Divisi Hepatobilier Departemen Ilmu Penyakit Dalam

### 99. Deteksi dini dan operasi Kasai pada atresia bilier berusia <3 bulan

a.	Judul Indikator	Deteksi dini dan operasi Kasai pada atresia bilier berusia <3 bulan
b.	Dasar Pemikiran	Atresia bilier adalah penyakit kuning pada bayi yang paling banyak menyebabkan transplantasi hati. Salah satu cara untuk meningkatkan <i>survival</i> dari penyakit ini dan menurunkan angka kebutuhan transplantasi hati adalah melakukan deteksi dini atresia bilier dan melakukan operasi Kasai sebelum pasien berusia 3 bulan.
c.	Dimensi Mutu	Efektif (effective) Keselamatan (safe) Tepat waktu (timely)
d.	Tujuan	Peningkatan kualitas pelayanan pada pasien dengan atresia bilier
e.	Definisi Operasional	Atresia bilier dicurigai pada bayi kuning (kolestasis) yang: - Warna BAB berwarna dempul - Kadar GGT >250 mg/dL - Hasil USG menunjukkan tanda khas atresia bilier Diagnosis pasti atresia bilier menggunakan metode kolangiografi intraoperatif (IOC) yang bila positif atresia bilier akan dilanjutkan dengan operasi Kasai.
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	<i>Outcome</i> utama: Jumlah bayi berusia <3 bulan yang dicurigai atresia bilier berdasarkan klinis <i>Outcome</i> tambahan: Jumlah bayi yang dilakukan operasi Kasai
i.	Denominator (penyebut)	<i>Outcome</i> utama: Jumlah bayi berusia <3 bulan yang dicurigai atresia bilier berdasarkan klinis <i>Outcome</i> tambahan: Jumlah bayi yang dilakukan operasi Kasai
j.	Target Pencapaian	<i>Outcome</i> utama: ≥80% <i>Outcome</i> tambahan: ≥50%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien bayi kolestasis (bilirubin direk >1 mg/dL) berusia <3 bulan yang memiliki minimal 2 tanda berikut: Warna BAB berwarna dempul Kadar GGT >250 mg/dL Hasil USG menunjukkan tanda khas atresia bilier Kriteria Eksklusi: tidak ada
l.	Formula	<i>Outcome</i> utama: Jumlah bayi curiga atresia bilier berusia <3 bulan yang dilakukan IOC <input type="checkbox"/> operasi Kasai / jumlah bayi berusia <3 bulan yang dicurigai atresia bilier berdasarkan klinis <i>Outcome</i> tambahan: Jumlah bayi yang dilakukan operasi Kasai dan <i>jaundice-free</i> di 3 bulan pasca operasi / jumlah bayi yang dilakukan operasi Kasai
m.	Metode Pengumpulan Data	Kohort retrospektif, Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Convenience Sampling
q.	Cara Pengambilan Sampel	Convenience Sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart

t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	PIC Divisi Gastrohepatologi Departemen Ilmu Kesehatan Anak dan PIC Divisi Bedah Pediatri Departemen Ilmu Bedah

### 100. Optimalisasi Perawatan Pasien Skizofrenia

a.	Judul Indikator	Optimalisasi perawatan pasien Skizofrenia
b.	Dasar Pemikiran	Tata Kelola RS yang baik, Tata Kelola Klinis yang baik, Layanan berorientasi Pasien
c.	Dimensi Mutu	<i>Patient Centred, effectiveness, efficiency</i>
d.	Tujuan	Terwujudnya tata kelola klinis yang baik ( <i>good clinical governance</i> )
e.	Definisi Operasional	<p>Optimalisasi perawatan pasien Skizofrenia adalah perawatan pasien Skizofrenia sesuai standar yang menghasilkan output perbaikan gejala klinis dan optimalisasi lama rawat.</p> <p>Perbaikan Gejala Klinis Skizofrenia adalah perbaikan gejala pada pasien Skizofrenia yang dirawat inap, diukur menggunakan instrumen <i>Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)</i> Remisi yang dilakukan saat pasien masuk atau maksimal 1x24 jam setelahnya dan 1x24 jam sebelum pasien pulang.</p> <p>PANSS Remisi merupakan instrumen penilaian cepat (<i>quickscore</i>) yang digunakan untuk mengukur perbaikan gejala klinis yang dilihat dari dua dimensi yaitu gejala positif dan gejala negatif. Terdiri dari 8 Item dengan skala likert 1-7</p> <p>Pasien dianggap mengalami perbaikan gejala klinis bila mengalami perbaikan berupa penurunan skor <math>\geq 20\%</math> dari skor awal.</p> <p>Perhitungan Perbaikan Gejala Klinis : (Total Skor PANSS Remisi saat pasien masuk - Total Skor PANSS Remisi saat pasien pulang) : (Total Skor PANSS Remisi saat pasien masuk) x 100%</p> <p>Optimalisasi lama rawat pasien Skizofrenia adalah kesesuaian lama perawatan terhadap standar lama perawatan pasien Skizofrenia dalam satu episode rawat inap mulai dari fase akut sampai dengan fase stabil yang ditandai adanya perbaikan gejala klinis pasien (diukur menggunakan instrument PANSS Remisi terjadi penurunan skor sebesar <math>\geq 20\%</math>).</p> <p>Standar lama perawatan pasien Skizofrenia: 18 hari</p>
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah Pasien Skizofrenia yang pulang dan mengalami perbaikan gejala klinis dengan lama rawat $\leq 18$ hari
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah Pasien Skizofrenia yang pulang
j.	Target Pencapaian	$\geq 60\%$
k.	Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: Pasien Skizofrenia yang pulang dan mengalami perbaikan gejala klinis (penurunan skor PANSS Remisi sebesar <math>\geq 20\%</math>)</p> <p>Kriteria Eksklusi: Pasien Skizofrenia tanpa keluarga, Pasien Skizofrenia dengan komorbid dan komplikasi</p>
l.	Formula	(Jumlah Pasien Skizofrenia yang pulang dan mengalami perbaikan gejala klinis dengan lama rawat $\leq 18$ hari / Jumlah Pasien Skizofrenia yang pulang) x 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis Pasien Skizofrenia
o.	Instrumen Pengambilan Data	Form PANNS Remisi, Aplikasi SIMRS
p.	Besar Sampel	Total sampling
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
r.	Periode Pengumpulan	Bulanan

	Data	
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medis, Keperawatan dan Penunjang, Ka. Instalasi Rawat Inap

### 101. Pasien Adiksi NAPZA yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup

a.	Judul Indikator	Pasien ketergantungan Stimulan yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup
b.	Dasar Pemikiran	Tata Kelola RS yang baik Tata Kelola Klinis yang baik Layanan berorientasi Pasien
c.	Dimensi Mutu	Patient Centered care
d.	Tujuan	Terwujudnya tatakelola klinis yang baik ( <i>good clinical governance</i> )
e.	Definisi Operasional	<p>Perbaikan kualitas hidup Pasien ketergantungan Stimulan adalah adanya perbaikan kualitas hidup yang dirasakan oleh pasien meliputi 4 Domain yaitu: Kesehatan Fisik, Psikologis, Hubungan sosial serta lingkungan yang dirasakan oleh pasien.</p> <p>Kualitas hidup merupakan tingkat kesejahteraan yang dirasakan oleh individu atau sekelompok orang (Molnar, 2009). Kualitas hidup merupakan konsep multidimensional yang kompleks (RADF, 2009). WHO mendefinisikan kualitas hidup sebagai konsep yang subjektif dan menekankan pada persepsi individu mengenai kehidupannya saat ini dan persepsi individu tersebut dapat dipengaruhi oleh budaya dan sistem nilai dimana individu tinggal, dan berhubungan.</p> <p>Pengukuran Kualitas Hidup dilakukan menggunakan instrumen WHO QoL-BREF yang merupakan versi pendek dari WHO QoL 100, terdiri 26 item dengan skala likert 1-5 dan 4 domain (kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, serta lingkungan)</p> <p>Kesehatan Fisik : Item no 3, 4, 10, 15, 16, 17, dan 18          Psikologis : Item no 5, 6, 7, 11, 19, dan 26          Hubungan Sosial : Item no 20, 21, dan 22          Lingkungan : Item no 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, dan 25</p> <p>Pengukuran dilakukan pada minggu pertama saat pasien masuk dan diukur ulang dalam satu minggu sebelum pasien selesai mengikuti program .          Dibandingkan Skor awal dengan skor akhir dan diukur persentase peningkatannya . Pasien dianggap mengalami perbaikan kualitas hidup apabila mengalami peningkatan skor <math>\geq 20\%</math> Perhitungan Perbaikan Kualitas Hidup : <math>(\text{Total Skor WHO QoL saat pasien selesai program} - \text{Total Skor WHO QoL saat pasien masuk}) : (\text{Total Skor WHO QoL saat pasien masuk}) \times 100\%</math></p>
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah Pasien Ketergantungan Stimulan yang selesai program dengan peningkatan skor WHO QoL $\geq 20\%$
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah Pasien Ketergantungan Stimulan yang selesai program.
j.	Target Pencapaian	$\geq 70\%$
k.	Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: Pasien ketergantungan Stimulan yang mengikuti Rehabilitasi Residensial (<math>\geq 1</math> Bulan)</p> <p>Kriteria Eksklusi: Pasien Ketergantungan Stimulan yang disertai Gangguan Mental Organik</p>
l.	Formula	$(\text{Jumlah Pasien Ketergantungan Stimulan yang menyelesaikan program dengan peningkatan skor WHO QoL } \geq 20\% : \text{Jumlah Pasien Ketergantungan Stimulan yang menyelesaikan program}) \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis Pasien Ketergantungan Stimulan
o.	Instrumen Pengambilan Data	Form WHO QoL, Aplikasi SIMRS

p.	Besar Sampel	Total sampling
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medis, Keperawatan dan Penunjang. Ka Instalasi Pemulihan Ketergantungan NAPZA



## 102. Kegawatdaruratan Covid-19 derajat berat Covid-19 ≤ 5 menit

a.	Judul Indikator	Kecepatan penanganan Kegawatdaruratan Covid-19 derajat berat covid-19 ≤ 5 menit
b.	Dasar Pemikiran	Standar Pelayanan Minimal, UU 44/2009 pasal 29
c.	Dimensi Mutu	Efektif ( <i>effective</i> ), Tepat waktu ( <i>timely</i> ), <i>S a f e t y</i>
d.	Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinik (Good Clinical Governance) berbasis mutu dan keselamatan pasien.</li> <li>• Terlaksananya skrining cepat pasien di IGD dan agar segera menempatkan pasien Covid-19 di IGD Isolasi</li> </ul>
e.	Definisi Operasional	Kecepatan Penanganan Kegawatdaruratan Covid-19 derajat berat di IGD dan ruang isolasi adalah penanganan kegawatdaruratan dalam 5 menit pertama sejak tegaknya derajat berat pasien yang datang dan ditangani oleh staf medis • Kegawatdaruratan Covid-19 derajat berat adalah infeksi SARS Cov-2 yang ditandai oleh pneumonia berat atau distress pernafasan yang memiliki salah satu kriteria klinis • Kriteria Klinis : 1. Demam akut ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) /riwayat demam dan batuk, napas cepat, sesak napas (frekuensi napas $>30\text{x}/\text{menit}$ )/SpO <sub>2</sub> $< 95\%$ pada room air atau; 2. Terdapat 3 atau lebih gejala/tanda akut berikut: demam/riwayat demam, batuk, kelelahan ( <i>fatigue</i> ), sakit kepala, myalgia, nyeri tenggorokan, Coryza/pilek/hidung tersumbat anoreksia/mual/muntah, diare (asupan tidak adekuat) atau; 3. Anosmia (hilang kemampuan indra penciuman) atau ageusia (hilang kemampuan indra rasa) dengan tidak ada penyebab lain yang dapat diidentifikasi.
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Waktu Penanganan Kegawatdaruratan Covid-19 derajat berat dalam 5 menit pertama sejak tegaknya derajat berat pasien yang datang dan ditangani oleh staf medis di IGD isolasi & ruangan isolasi
i.	Denominator (penyebut)	Seluruh pasien Covid-19 derajat berat di IGD isolasi dan ruangan isolasi
j.	Target Pencapaian	100% Bila tidak ada kasus dilaporkan 0% dengan catatan tidak ada kasus
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien Covid-19 derajat berat yang datang di IGD isolasi dan ruangan isolasi Kriteria Eksklusi: Pasien yang datang di IGD isolasi dan ruangan isolasi dengan gangguan respirasi yang bukan Covid-19
l.	Formula	(Jumlah Pasien Covid-19 derajat berat yang ditangani pada 5 menit pertama sejak tegaknya derajat berat pasien datang di IGD isolasi dan ruangan isolasi oleh staf medis / Jumlah seluruh Pasien Covid-19 derajat berat yang datang di IGD) x 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
p.	Besar Sampel	Total sampling
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan
u.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang; Ka. Instalasi Gawat Darurat, Ka Instalasi ICU, Ka Instalasi rawat inap, Ka. Pokja PIE, Tim Transformasi

### 103. Pelayanan Pasien Covid-19 Derajat Berat Sesuai Dengan Panduan Praktik Klinik Dan Clinical Pathway

a.	Judul Indikator	Pelayanan pasien Covid-19 derajat berat sesuai dengan Panduan Praktik Klinik dan <i>Clinical Pathway</i>
b.	Dasar Pemikiran	Permenkes 1438/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran Standar Akreditasi RS Layanan PIE sesuai PPK dan CP, akan menurunkan jumlah LOS, menurunkan biaya yang tidak diperlukan
c.	Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Efektif ( <i>effective</i> ) <input type="checkbox"/> Tepat waktu ( <i>timely</i> ) <input type="checkbox"/> Efisien ( <i>efficient</i> )
d.	Tujuan	Terwujudnya penyelenggaraan sistem <i>Manajemen Klinik (Good clinical Governance)</i> berbasis mutu dan keselamatan pasien
e.	Definisi Operasional	<p>Kesesuaian pelayanan pasien Covid-19 derajat berat adalah kesesuaian klinis, diagnostik, pemeriksaan penunjang minimal (Analisa Gas Darah, D Dimer, SGOT, SGPT, CRP, Hematologi Lengkap, Ureum, Creatinin, EKG dan foto toraks) serta tatalaksana Covid-19 (perawatan, terapi, edukasi) derajat berat</p> <p>Evaluasi atau cara penilaian penerapan PPK dan clinical pathway tersebut adalah dilakukan audit <i>clinical pathway</i> berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kesesuaian klinis, diagnostik, pemeriksaan penunjang dan tatalaksana Covid-19 (perawatan, terapi, edukasi) derajat berat. Dokumen PPK dan <i>clinical pathway</i> diintegrasikan pada berkas rekam medis.</p>
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien Covid-19 derajat berat yang sesuai dengan PPK dan CP di RS masing-masing sesuai dengan Pedoman Nasional
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien Covid-19 derajat berat
j.	Target Pencapaian	100%
k.	Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: Pasien Covid-19 dengan derajat berat</p> <p>Kriteria Eksklusi: Pasien pneumonia non Covid-19</p>
l.	Formula	(Jumlah Pasien Covid-19 derajat berat yang sesuai dengan PPK dan CP/ Jumlah semua pasien Covid-19 derajat berat) x 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
p.	Besar Sampel	Total sampling
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan

#### 104. Angka Kematian Pasien Covid-19 Derajat Berat Dan Kritikal $\leq 5\%$

a.	Judul Indikator	Angka kematian pasien Covid-19 derajat berat dan kritikal $\leq 5\%$
b.	Dasar Pemikiran	·Banyaknya kematian pasien Covid-19 dengan derajat berat dan kritikal ·Tingkat kematian menunjukkan kondisi pasien saat pertama kali datang ke RS dan kemampuan dalam menangani pasien Covid-19 derajat berat dan kritikal di RS
c.	Dimensi Mutu	<i>Safety dan Effectivity</i>
d.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan pasien Covid-19 derajat berat dan kritikal yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien serta menurunkan angka kematian
e.	Definisi Operasional	Kematian pasien yang disebabkan oleh Covid-19 akibat gagal respirasi Covid 19 Gagal respirasi dimaksud adalah gagal napas berat akibat Covid-19 Audit Medik adalah pemeriksaan menyeluruh atas suatu kasus Covid-19 derajat berat, meliputi kinerja klinik dan pelayanan medik, prosedur medicolegal, perijinan dan kompetensi staf medik, Teknik medik untuk meningkatkan mutu pelayanan, keselamatan pasien dan manajemen risiko Audit Kematian adalah pembahasan menyeluruh mengenai suatu kasus Covid-19 derajat berat dimana pasien meninggal dalam proses pelayanan medik untuk menemukan penyebab langsung atau hal-hal yang mungkin menjadi penyebab tidak langsung dan mempengaruhi hingga terjadi kematian
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien Covid-19 derajat berat dan kritikal yang meninggal akibat gagal respirasi
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh pasien Covid-19 dirawat
j.	Target Pencapaian	$\leq 5\%$
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: ·Pasien Covid-19 yang masuk rawat inap dan ICU isolasi k.arena gagal respirasi  Kriteria Eksklusi: Pasien Covid-19 yang meninggal bukan karena gagal respirasi
l.	Formula	(Jumlah pasien Covid-19 derajat berat dan kritikal yang meninggal akibat gagal respirasi/Jumlah seluruh pasien Covid-19yang dirawat) X 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
p.	Besar Sampel	Total populasi
q.	Cara Pengambilan Sampel	Kasus pasien yang meninggal
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang; Ka. Instalasi Gawat Darurat, Ka Instalasi ICU, Ka. Instalasi rawat inap, Ka. Pokja PIE, Tim Transformasi

### 105. Endoftalmitis Pasca Operasi Katarak

a.	Judul Indikator	Endoftalmitis Pasca Operasi Katarak
b.	Dasar Pemikiran	
c.	Dimensi Mutu	<i>Effective, safety</i>
d.	Tujuan	Meningkatkan kualitas pelayanan Operasi Katarak
e.	Definisi Operasional	Endoftalmitis Pasca Operasi katarak adalah peradangan berat yang melibatkan segmen anterior dan segmen posterior bola mata dalam satu minggu setelah operasi katarak yang disebabkan masuknya organisme mikroba ke dalam mata selama berjalannya operasi
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah kejadian endophthalmitis pasca operasi katarak
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah total operasi katarak
j.	Target Pencapaian	< 1 %
k.	Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: Semua pasien dengan diagnosis endoftalmitis pasca operasi katarak (baik phacoemulsifikasi atau SICS), baik kultur hasil positif maupun negatif, katarak yang diangkat semuanya murni karena usia</p> <p>Kriteria Eksklusi: Pasien yang menjalani prosedur bedah katarak kombinasi dengan bedah glaukoma, katarak akibat trauma, operasi katarak pada anak (Batasan yang tidak termasuk dalam cakupan pengukuran indikator)</p>
l.	Formula	$(\text{Jumlah kejadian endoftalmitis pasca operasi katarak} / \text{Jumlah total operasi katarak}) \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	KSM Mata

### 106. Pasien Dengan Emergency Respon Time 2 Kasus Open Fracture < 120 Menit

a.	Judul Indikator	Pasien fraktur terbuka dengan <i>emergency respon time 2</i> <120 menit
b.	Dasar Pemikiran	Standar Pelayanan Minimal Kementerian Kesehatan
c.	Dimensi Mutu	<i>Safety, Effective, Timely, People-Centred, Efficient</i>
d.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
e.	Definisi Operasional	<i>Emergency Respon Time 2 (ERT 2)</i> adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito. Dimulai sejak diputuskannya operasi oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien/ DPJP (termasuk inform consent pasien/keluarga & konsultasi anastesi/ bidang terkait) sampai dimulainya insisi di kamar operasi ( <i>from decision to incision</i> ) yaitu ≤ 120 menit (pada RS Khusus Ortopedi) atau ≤ 240 menit (pada RS Umum) Persentase capaian pasien dengan <i>emergency respon time 2</i> ≤ 120 menit (pada RS Khusus Ortopedi) atau ≤ 240 menit (pada RS Umum) adalah jumlah pasien yang dilakukan operasi cito dengan waktu ≤ 120 menit (pada RS Khusus Ortopedi) atau ≤ 240 menit (pada RS Umum) dibagi jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi cito dalam bentuk persentase
f.	Jenis Indikator	Proses
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien dengan ERT 2 ≤ 120 menit (pada RS Khusus Ortopedi) atau ≤ 240 menit (pada RS Umum)
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi cito
j.	Target Pencapaian	≥ 60%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien IGD yang diputuskan operasi cito pada fraktur terbuka  Kriteria Eksklusi: Operasi cito yang membutuhkan puasa > 2 jam sejak diputuskan harus operasi Pasien memerlukan perbaikan kondisi umum Terdapat kondisi lain yang mengancam nyawa Kasus open fraktur yang melewati <i>golden periode</i> > 8 jam
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien dengan ERT 2} \leq 120 \text{ menit (pada RS Khusus Ortopedi) atau } \leq 240 \text{ menit (pada RS Umum)}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi cito}} \times 100 \%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Observasi
n.	Sumber Data	Rekam medis : jam inform consent (decision) s/d jam iris (incisi) di laporan operasi Catatan : Survey observasi langsung bila jumlah pasien ≤ 50 pasien per bulan
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir ERT 2
p.	Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi >30)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Observasi Langsung
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik Keperawatan dan Penunjang

### 107. Infeksi Luka Operasi pada Fraktur Tertutup

a.	Judul Indikator	Infeksi Luka Operasi pada Fraktur Tertutup
b.	Dasar Pemikiran	Standar Pelayanan Minimal Kementerian Kesehatan
c.	Dimensi Mutu	<i>Efektivitas dan Keselamatan pasien operasi fraktur tertutup</i>
d.	Tujuan	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
e.	Definisi Operasional	<p>Infeksi luka operasi pada fraktur tertutup adalah infeksi yang terjadi pada daerah insisi luka operasi pada fraktur tertutup dalam waktu 30 hari tanpa implan dan 90 hari dengan implan pasca bedah Kriteria memenuhi salah satu sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang di atas fascia</li> <li>2. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik</li> <li>3. DPJP menyatakan terjadi infeksi luka operasi dengan tanda sebagai berikut ini: nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal</li> </ol>
f.	Jenis Indikator	Proses
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah kasus infeksi luka operasi (ILO) fraktur tertutup
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh tindakan operasi fraktur tertutup
j.	Target Pencapaian	≥ 2%
k.	Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: Kasus operasi tertutup baik urgent maupun elektif</p> <p>Kriteria Eksklusi: Fraktur terbuka Fraktur yg sdh dilakukan operasi di RS sebelumnya</p>
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah kasus infeksi fraktur tertutup}}{\text{Jumlah seluruh tindakan operasi fraktur tertutup}} \times 100 \%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Observasi
n.	Sumber Data	Rekam medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)</li> <li>2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi &gt;30)</li> </ol>
q.	Cara Pengambilan Sampel	Observasi
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik Keperawatan dan Penunjang

### 108. Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA)

a.	Judul Indikator	Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA)
b.	Tujuan	EBITDA merupakan salah satu indikator keuangan untuk melihat kemampuan kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit.
c.	Definisi Operasional	<p>Infeksi luka operasi pada fraktur tertutup adalah infeksi yang terjadi pada daerah insisi luka operasi pada fraktur tertutup dalam waktu 30 hari tanpa implan dan 90 hari dengan implan pasca bedah Kriteria memenuhi salah satu sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang di atas fascia</li> <li>- Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik</li> <li>- DPJP menyatakan terjadi infeksi luka operasi dengan tanda sebagai berikut ini: nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal</li> </ul>
d.	Satuan Pengukuran	Rupiah
e.	Target Pencapaian	Positif.
f.	Formula	<p>EBITDA = Surplus atau Defisit + Bunga + Pajak Depresiasi + Amortisasi.            Surplus atau Defisit adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Surplus atau Defisit dari Laporan Operasional (LO).</li> <li>2) Pendapatan usaha terdiri dari pendapatan rawat jalan, pendapatan rawat inap, dan pendapatan layanan lainnya.</li> <li>3) Beban usaha terdiri dari beban pokok pendapatan, beban administrasi dan umum, serta Beban penyusutan dan amortisasi. Beban pegawai yang berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) atau Rupiah Murni (RM) tidak diperhitungkan.</li> <li>4) Bunga adalah biaya yang harus dikeluarkan sebagai imbalan atas pembiayaan yang diberikan oleh pihak lain.</li> <li>5) Pajak adalah kontribusi wajib kepada negara yang terutang oleh orang pribadi atau badan yang bersifat memaksa berdasarkan Undang-Undang, dengan tidak mendapatkan imbalan secara langsung dan digunakan untuk keperluan negara bagi sebesar-besarnya kemakmuran rakyat. Rumah sakit vertikal merupakan salah satu satuan kerja instansi pemerintah pusat yang tidak dibebankan Pajak atas pendapatan yang diterima.</li> <li>6) Depresiasi atau Penyusutan Barang Milik Negara (BMN) adalah penyesuaian nilai sehubungan dengan penurunan kapasitas dan manfaat dari suatu aset. BMN berupa aset tetap selain tanah dan Konstruksi Dalam Pengerjaan (KDP) disusutkan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan tentang penyusutan aset tetap pada entitas pemerintah pusat. Depresiasi atau Penyusutan BMN diambil datanya dalam kurun waktu sampai dengan bulan pelaporan.</li> <li>7) Amortisasi adalah alokasi harga perolehan aset tak berwujud secara sistematis dan rasional selama masa manfaatnya, yang hanya dapat diterapkan atas aset tak berwujud yang memiliki masa manfaat terbatas. Barang Milik Negara (BMN) berupa aset tak berwujud dilakukan amortisasi sesuai ketentuan yang berlaku tentang amortisasi pada pemerintah pusat. Amortisasi diambil datanya dalam kurun waktu sampai dengan bulan pelaporan.</li> </ol>
g.	Sumber Data	Laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan

## 109. Cash Flow

a.	Judul Indikator	Cash Flow
b.	Tujuan	-Mengetahui saldo kas periode selanjutnya. -Mengetahui kemampuan untuk menagih piutang. -Menggambarkan setiap transaksi investasi. -Mengetahui kemampuan menggunakan kas.
c.	Definisi Operasional	Cash Flow atau laporan arus kas adalah kenaikan atau penurunan jumlah uang yang dimiliki oleh rumah sakit vertikal. Dalam bidang keuangan, istilah tersebut berfungsi untuk menggambarkan jumlah uang tunai yang dihasilkan dan dikonsumsi dalam periode waktu tertentu. Pemasukan yang lebih besar daripada pengeluaran akan menciptakan Cash Flow yang positif. Sebaliknya, Cash Flow akan menjadi negatif apabila pengeluaran lebih besar daripada Pemasukan. Cash Flow terbagi menjadi 3 (tiga) yaitu: 1) Cash Flow Operasional atau arus kas dari aktivitas operasi yang merupakan selisih antara arus masuk dan keluar kas dari aktivitas operasi. 2) Cash Flow Investasi atau arus kas bersih dari aktivitas investasi yang merupakan selisih antara arus masuk dan keluar kas dari aktivitas investasi. 3) Cash Flow Pendanaan atau arus kas bersih dari aktivitas pendanaan yang merupakan selisih antara arus masuk dan keluar kas dari aktivitas pendanaan.
d.	Satuan Pengukuran	Rupiah
e.	Target Pencapaian	Positif.
f.	Formula	Cash Flow = ( arus kas masuk aktivitas operasi – arus kas keluar aktivitas operasi) + ( arus kas masuk aktivitas investasi – arus kas keluar aktivitas investasi) + ( arus kas masuk aktivitas pandanaan – arus kas keluar aktivitas pendanaan)
g.	Sumber Data	Laporan arus kas keuangan rumah sakit vertikal.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan



## 110. Pendapatan

a.	Judul Indikator	Pendapatan
b.	Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengetahui hasil pelayanan oleh rumah sakit vertikal dibandingkan dengan jumlah pasien yang dilayani.</li> <li>- Mengetahui hasil pelayanan oleh rumah sakit vertikal dibandingkan dengan jumlah tenaga medis.</li> <li>- Mengetahui hasil pelayanan oleh rumah sakit vertikal dibandingkan dengan fasilitas alat kesehatan.</li> <li>- Mengetahui jenis pelayanan oleh rumah sakit vertikal yang surplus atau defisit.</li> </ul>
c.	Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit vertikal selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.</li> <li>- Pengakuan Pendapatan adalah Pendapatan yang diperoleh dari pasien yang dijamin Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan atau penjamin lainnya diakui sebesar Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV). Sedangkan pasien yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan atau penjamin lainnya diakui sebesar tarif yang ditetapkan.</li> <li>- Pencatatan Pendapatan adalah pencatatan Pendapatan didistribusikan sesuai dengan bulan layanan.</li> </ul>
d.	Satuan Pengukuran	Rupiah
e.	Target Pencapaian	Linear sesuai target Pendapatan Badan Layanan Umum (BLU) atau Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) yang sudah ditetapkan oleh rumah sakit vertikal dalam Rencana Bisnis Anggaran (RBA).
f.	Formula	$\text{Pendapatan} = \text{Pendapatan rawat jalan} + \text{Pendapatan rawat inap} + \text{Pendapatan layanan lainnya}$
g.	Sumber Data	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal; dan/atau</li> <li>- Laporan Operasional Sistem Aplikasi Keuangan Tingkat Instansi (SAKTI).</li> </ul>
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan

## 111. Beban

a.	Judul Indikator	Beban
b.	Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengetahui persentase Beban pegawai atas total seluruh Beban.</li> <li>- Mengetahui persentase Beban administrasi atas total seluruh Beban.</li> <li>- Mengetahui persentase Beban persediaan atas total seluruh Beban.</li> <li>- Mengetahui persentase Beban farmasi atas total seluruh Beban.</li> </ul>
c.	Definisi Operasional	Beban yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang sumber dananya berasal dari Pendapatan BLU. Beban menggambarkan penurunan manfaat ekonomi atau potensi jasa dalam periode pelaporan yang menurunkan ekuitas rumah sakit vertikal, yang dapat berupa pengeluaran atau konsumsi aset atau timbulnya kewajiban. Beban pegawai yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.
d.	Satuan Pengukuran	Rupiah
e.	Target Pencapaian	Linear sesuai target pengeluaran BLU atau PNBPN per bulan yang sudah ditetapkan oleh rumah sakit vertikal dalam RBA.
f.	Formula	<p>Beban = Beban Pegawai + Beban Administrasi + Beban Persediaan + Beban Barang dan Jasa + Beban Pemeliharaan + Beban Perjalanan Dinas + Beban Penyusutan &amp; Amortisasi + Beban Penyisihan Piutang Tak Tertagih.</p> <p>Yang dimaksud beban pegawai dalam pedoman ini adalah beban pegawai yang berasal dari PNBPN BLU.</p>
g.	Sumber Data	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal; dan/atau</li> <li>- Laporan Operasional Sistem Aplikasi Keuangan Tingkat Instansi (SAKTI).</li> </ul>
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan

## 112. Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan

a.	Judul Indikator	Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan
b.	Tujuan	Mengetahui persentase beban pegawai atas Pendapatan.
c.	Definisi Operasional	Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan adalah perbandingan beban seluruh pegawai (gaji non PNS, honor, tunjangan tetap, insentif, bonus atas prestasi, pesangon dan pensiun) yang harus ditanggung terhadap Pendapatan. Gaji yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.
d.	Satuan Pengukuran	Persentase.
e.	Target Pencapaian	Rasio Beban Pegawai kurang dari atau sama dengan 50% ( $X \leq 50\%$ ) terhadap Pendapatan.
f.	Formula	Formula Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan = (Beban Pegawai sumber dana PNBPN/BLU dibagi Pendapatan) x 100%
g.	Sumber Data	Laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan

### 113. Rasio Beban Persediaan terhadap Pendapatan

a.	Judul Indikator	Rasio Beban Persediaan terhadap Pendapatan
b.	Tujuan	Mengetahui persentase Beban Persediaan atas Pendapatan.
c.	Definisi Operasional	Rasio Beban Persediaan terhadap Pendapatan adalah perbandingan seluruh beban persediaan (Beban farmasi, Beban barang/perlengkapan, dan Beban bahan makanan gizi) yang harus ditanggung terhadap Pendapatan. - Beban farmasi meliputi: obat, BMHP, AMHP, gas medis, reagen, film radiologi - Beban barang/perlengkapan meliputi: linen, ART, cetakan, suku cadang, gas LPG, BBM). - Beban bahan makanan gizi meliputi: bahan makanan basah, bahan makanan kering)
d.	Satuan Pengukuran	Persentase.
e.	Target Pencapaian	Rasio Beban Persediaan kurang dari atau sama dengan 25 persen ( $X \leq 25\%$ ) terhadap Pendapatan.
f.	Formula	Formula Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan = (Beban Pegawai sumber dana PNB/BLU dibagi Pendapatan) x 100%
g.	Sumber Data	Laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan

### 114. Rasio Beban Farmasi terhadap Pendapatan

a.	Judul Indikator	Rasio Beban Farmasi terhadap Pendapatan
b.	Tujuan	Mengetahui persentase beban farmasi atas Pendapatan.
c.	Definisi Operasional	Rasio Beban Farmasi terhadap Pendapatan adalah perbandingan seluruh Beban Farmasi yang harus ditanggung terhadap Pendapatan. Beban Farmasi meliputi: obat, BMHP, AMHP, gas medis, reagen, film radiologi.
d.	Satuan Pengukuran	Persentase.
e.	Target Pencapaian	Rasio Beban Farmasi kurang dari atau sama dengan 20% ( $X \leq 20\%$ ) terhadap Pendapatan.
f.	Formula	Formula Rasio Beban Farmasi terhadap Pendapatan = (Beban Farmasi dibagi Pendapatan) x 100%
g.	Sumber Data	Laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan

### 115. Rasio Beban Administrasi terhadap Pendapatan

a.	Judul Indikator	Rasio Beban Administrasi terhadap Pendapatan
b.	Tujuan	Mengetahui persentase Beban Administrasi atas Pendapatan..
c.	Definisi Operasional	Rasio Beban Administrasi terhadap Pendapatan adalah perbandingan seluruh beban administrasi dan umum yang harus ditanggung terhadap Pendapatan. Beban Administrasi meliputi: Beban barang dan jasa, Beban pemeliharaan, Beban perjalanan dinas, Beban administrasi umum lainnya. Beban pegawai dan beban persediaan tidak termasuk dalam Beban Administrasi.
d.	Satuan Pengukuran	Persentase.
e.	Target Pencapaian	Rasio Beban Administrasi kurang dari atau sama dengan 15% ( $X \leq 15\%$ ) terhadap Pendapatan.
f.	Formula	Rasio Beban Administrasi terhadap Pendapatan = (Beban Administrasi dibagi Pendapatan) x 100%
g.	Sumber Data	Laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan

### 116. Days Receivable Turnover

a.	Judul Indikator	Days Receivable Turnover
b.	Tujuan	Untuk mengetahui jumlah hari yang diperlukan rumah sakit vertikal untuk memperoleh pembayaran piutang.
c.	Definisi Operasional	Days Receivable Turnover (Perputaran Piutang) adalah ukuran hari yang digunakan untuk mengukur seberapa efektif rumah sakit vertikal dalam menagih piutang rumah sakit (menerima pembayaran piutang).
d.	Satuan Pengukuran	Hari.
e.	Target Pencapaian	Days Receivable Turnover (Perputaran Piutang) kurang dari atau sama dengan 40 (empat puluh) hari.
f.	Formula	Days Receivable Turnover = (piutang dibagi Pendapatan per tahun) x 365.
g.	Sumber Data	Laporan neraca dan operasional keuangan rumah sakit vertikal, termasuk BAHV dan surat penagihan piutang.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan

### 117. Days Inventory Turnover

a.	Judul Indikator	Days Inventory Turnover
b.	Tujuan	Mengetahui jumlah hari yang dibutuhkan rumah sakit vertikal untuk menyimpan persediaan sampai persediaan tersebut digunakan.
c.	Definisi Operasional	Days Inventory Turnover (Perputaran Persediaan) adalah ukuran hari yang digunakan untuk mengukur seberapa efektif suatu RS dalam mengelola persediaan.
d.	Satuan Pengukuran	Hari.
e.	Target Pencapaian	Days Receivable Turnover (Perputaran Piutang) kurang dari atau sama dengan 40 (empat puluh) hari.
f.	Formula	-Days Inventory Turnover = (rata-rata persediaan per bulan dibagi Beban) x jumlah hari dalam periode pelaporan; atau -Days Inventory Turnover = ((persediaan dibagi 12) dibagi beban) x 365
g.	Sumber Data	Laporan neraca dan laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal, termasuk Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian/Lembaga (RKA-KL), Laporan Stock Opname dan Laporan Klasifikasi Persediaan.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan

### 118. Days Payable Turnover

a.	Judul Indikator	Days Payable Turnover
b.	Tujuan	Mengetahui jumlah hari yang diperlukan rumah sakit vertikal untuk membayar hutang.
c.	Definisi Operasional	Days Payable Turnover (Perputaran Hutang) adalah ukuran hari yang digunakan untuk mengukur seberapa efektif suatu rumah sakit vertikal dalam mengelola pembayaran hutangnya.
d.	Satuan Pengukuran	Hari.
e.	Target Pencapaian	Days Payable Turnover (Perputaran Hutang) kurang dari atau sama dengan 60 (enam puluh) hari.
f.	Formula	-Days Payable Turnover = (rata-rata hutang per bulan dibagi Beban) x jumlah hari dalam periode pelaporan; atau -Days Payable Turnover = ((hutang dibagi 12) dibagi Beban) x 365.
g.	Sumber Data	Laporan neraca dan laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal, termasuk dokumen Penagihan.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan

### 119. Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional

a.	Judul Indikator	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional
b.	Sasaran Strategis	Terselenggaranya promosi dan publikasi di bidang Kesehatan
c.	Dimensi Mutu	<i>Efektivitas</i>
d.	Tujuan	Terselenggaranya promosi dan publikasi di bidang Kesehatan
e.	Definisi Operasional	Penyampaian gagasan/ide/data/temuan dalam bentuk tulisan menggunakan format/struktur dan tata Bahasa ilmiah yang berlaku. Penelitian atau riset: Kegiatan riset akademik, dengan latar belakang kesehatan, manajemen rumah sakit, SI/TI Rumah Sakit, yang dilakukan di bawah pengawasan pengampu (Contoh: Dokter, dosen atau peneliti). Penelitian yang dipublikasikan yaitu jumlah penelitian yang dipublikasikan pada tahun yang bersangkutan.
f.	Jenis Indikator	Internal Business Process
g.	Target Pencapaian	100%
h.	Kriteria:	Kriteria Inklusi:  Kriteria Eksklusi:
i.	Formula	1. Jumlah penelitian/riset yang dihasilkan dalam tahun berkenaan Formula: jumlah penelitian, riset yang dihasilkan/target x 100% 2. Jumlah Penelitian yang dipublikasikan Formula: jumlah penelitian, riset yang dipublikasikan/target x 100% Penelitian yang sudah dinyatakan selesai yaitu ada bukti tertulis dari Pemimpin BLU bahwa penelitian telah selesai. Formula Perhitungan Realisasi : [(% Jumlah penelitian/riset yang dihasilkan dalam tahun berkenaan + % Jumlah Penelitian yang dipublikasikan) /2] + Nilai Penambah Kriteria Publikasi: dipublikasikan dalam buku, jurnal ilmiah, buletin, website, dan media publikasi cetak atau elektronik lainnya baik di internal maupun eksternal rumah sakit. Kriteria Nilai Penambah 1). penelitian yang dipublikasikan di Jurnal Nasional Terakreditasi Sinta 3 = +10%, Sinta 2 = +20%, Sinta 1 = +30% 2). penelitian yang dipublikasikan di Jurnal Internasional (Diterima = +30%, Terpublikasikan = +40%)
j.	Sumber Data	Data penelitian/Riset dan Artikel (penelitian/riset ilmiah) yang terpublikasi nasional atau internasional pada tahun berkenaan
k.	Periode Pengumpulan Data	Triwulanan
l.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
m.	Penanggung Jawab	Direktur SDM

## 120. Peserta Fellowship / Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit

a.	Judul Indikator	Peserta Fellowship / Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit
b.	Sasaran Strategis	Terwujudnya SDM yang kompeten
c.	Dimensi Mutu	Pengembangan Personil & organisasi
d.	Tujuan	Terselenggaranya promosi dan publikasi di bidang Kesehatan
e.	Definisi Operasional	Pendidikan Kedokteran adalah proses pendidikan formal yang terdiri dari pendidikan akademik dan profesi yang diselenggarakan oleh satuan pendidikan tinggi penyelenggara pendidikan kedokteran dan terakreditasi untuk menghasilkan lulusan yang memiliki kompetensi akademik dan/atau profesi di bidang kedokteran atau kedokteran gigi. Fellowship Kedokteran adalah program pendidikan dan/atau pelatihan profesi tambahan bagi dokter spesialis dan dokter gigi spesialis dengan kurikulum dan pencapaian kompetensi sebagian dari subspecialis terkait, dengan masa pendidikan dan/atau pelatihan paling singkat 6 (enam) bulan.
f.	Jenis Indikator	Manajer
g.	Target Pencapaian	100%
h.	Kriteria:	Kriteria Inklusi:  Kriteria Eksklusi:
i.	Formula	$\frac{\text{Jumlah peserta internal RS sebagai fellowship di RS lain DN, LN}}{100\%} \times \text{Target jumlah peserta internal RS sebagai fellowship di RS lain DN, LN}$
j.	Sumber Data	Laporan Pelaksanaan Program Fellowship
k.	Periode Pengumpulan Data	Triwulanan
l.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
m.	Penanggung Jawab	Direktur SDM

## 121. Ketersediaan Fasilitas Layanan

a.	Judul Indikator	Ketersediaan Fasilitas Layanan
b.	Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang handal
c.	Dimensi Mutu	Efisiensi, Efektivitas
d.	Tujuan	Terselenggaranya Fasilitas Layanan dengan baik dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku
e.	Definisi Operasional	<p>Formula Penghitungan Capaian Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persen pemenuhan Jumlah Sarana (S), Prasarana (P) dan Alat Kesehatan (A) di RS dibagi standar acuan dikali 100%</li> <li>2. Persen prasarana dan alat kesehatan Jumlah Prasarana dan Alkes yang dikalibrasi dibagi jumlah alat wajib kalibrasi dikali 100%</li> <li>3. Menghitung Hasil akhir/Presentase pemenuhan SPA (Persentase SPA + Persentase Kalibrasi)/2</li> </ol> <p>Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fasilitas parkir adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu kurun waktu.</li> <li>• Satuan ruang parkir (SRP) adalah ukuran luas efektif untuk meletakkan kendaraan (mobil penumpang, bus/truk, atau sepeda motor), termasuk ruang bebas dan lebar buka pintu.</li> <li>• Untuk hal-hal tertentu bila tanpa penjelasan, SRP adalah SRP untuk mobil penumpang.</li> <li>• Parkir sesuai standar adalah ketersediaan parkir sesuai kebutuhan atau mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.</li> <li>• RSV yang sudah menyediakan fasilitas parkir sesuai standar adalah RSV yang sudah menyediakan parkir sesuai kebutuhan.</li> <li>• Zonasi parkir untuk pasien disediakan 70% dari kebutuhan parkir rumah sakit</li> <li>• Zona untuk rawat jalan: 06.30-19.00</li> <li>• Pembayaran cashless adalah system pembayaran tanpa uang tunai.</li> <li>• Tersedia tempat khusus untuk pick up dan drop off yang nyaman</li> </ul> <p>Formula Perhitungan Capaian Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar:</p> <p>Jumlah satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar dibagi jumlah kebutuhan satuan ruang parkir sesuai standar dikali 100%</p>
f.	Jenis Indikator	Manajer
g.	Target Pencapaian	82.50%
h.	Numerator	Persentase Pemenuhan SPA RS UPT Vertikal sesuai standar + Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar
i.	Denominator	2
j.	Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: Karakteristik Subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditentukan.</p> <p>Kriteria Eksklusi: Batasan yang mengakibatkan subjek tidak dapat diikuti dalam pengukuran, Indikator Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar dikecualikan untuk RS yang tidak memiliki lahan parkir</p>
k.	Formula	$\frac{\text{Jumlah peserta internal RS sebagai fellowship di RS lain DN, LN}}{100\% \times \text{Target jumlah peserta internal RS sebagai fellowship di RS lain DN, LN}}$
l.	Sumber Data	<p>--&gt; Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar: ASPAK dan Survei Lapangan.</p> <p>--&gt; Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar Hasil survey / Hasil Observasi laporan RS</p>
m.	Periode Pengumpulan Data	Semesteran (Perhitungan Akumulatif)



n.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
o.	Penanggung Jawab	Direktur Keuangan dan BMN, dan Direktur Perencanaan, Organisasi, dan Umum

## 122. Ketepatan Waktu Layanan

a.	Judul Indikator	Ketepatan Waktu Layanan
b.	Sasaran Strategis	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya
c.	Dimensi Mutu	Efisiensi, Efektivitas
d.	Tujuan	Ketepatan waktu pemberian layanan, pemberian layanan berorientasi pada pasien/pengguna layanan
e.	Definisi Operasional	<p>Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien check in di RS sampai dengan menerima obat.</li> <li>- Check in adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) atau loket pendaftaran. Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah <math>\leq 120</math> menit.</li> </ul> <p>Formula Penghitungan Capaian Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang:  <math>\{ \text{Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan Waktu pelayanan} \leq 120 \text{ menit} \}</math> dibagi <math>\{ \text{Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang} \}</math></p> <p>Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan.</li> <li>• Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis</li> <li>• Rumah sakit menetapkan waktu buka poliklinik setiap hari pelayanan</li> <li>• Rumah sakit menetapkan jadwal pelayanan setiap dokter yang akan bertugas di poliklinik</li> <li>• Setiap tenaga medis wajib memberikan pelayanan tepat waktu sesuai aturan yang telah ditetapkan.</li> </ul> <p>Formula Penghitungan Capaian Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik:  Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan dibagi Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik</p> <p>Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya.</li> <li>• Visite yang dihitung adalah visite yang dilakukan pada hari kerja</li> <li>• Visite dilakukan oleh DPJP</li> <li>• Waktu yang ditetapkan untuk visite adalah pukul 06.00 – 12.00.</li> </ul> <p>Formula Penghitungan Capaian Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap:  <math>\{ \text{Jumlah pasien yang di-visite dokter pada pukul 06.00 – 12.00} \}</math> dibagi <math>\{ \text{Jumlah pasien rawat inap} \}</math></p>
f.	Jenis Indikator	Manajer
g.	Target Pencapaian	80%
h.	Numerator	Capaian waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang + Capaian ketepatan waktu pelayanan di poliklinik + Capaian ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap
i.	Denominator	3
j.	Kriteria:	<p>Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang</p> <p>Kriteria inklusi : Pasien yang berobat di rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang</p> <p>Kriteria eksklusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien yang tidak datang pada waktu yang ditentukan atau saat dipanggil oleh petugas.</li> <li>• Pasien yang mendapatkan tindakan.</li> <li>• Pasien Medical Ceck Up (MCU)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien terlambat datang dari jam yang ditentukan</li> <li>• Pasien datang lebih awal dari waktu yang ditentukan.</li> </ul> <p>Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik: Kriteria inklusi : Seluruh tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik Kriteria eksklusi: -</p> <p>Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap: Kriteria inklusi : Visite dokter pada pasien rawat inap Kriteria eksklusi: a. Pasien yang baru masuk rawat inap hari itu b. Pasien konsul</p>
k.	Formula	{ Capaian waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang + Capaian ketepatan waktu pelayanan di poliklinik + Capaian ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap } / 3
l.	Sumber Data	<p>Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang: Sumber data sekunder antara lain dari: (1) Catatan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (2) Rekam Medik Pasien Rawat Jalan (3) Catatan waktu penyerahan obat</p> <p>Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik: Sumber Data: Laporan pelayanan poliklinik</p> <p>Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap: Sumber Data: Data sekunder berupa laporan visite rawat inap dalam rekam medik</p>
m.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
n.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
o.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang

### 123. Peningkatan Jumlah Pasien yang Mendapatkan Layanan Wellness

a.	Judul Indikator	Peningkatan Jumlah Pasien yang Mendapatkan Layanan Wellness
b.	Sasaran Strategis	<i>Beauty and Wellness</i>
c.	Dimensi Mutu	Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> , Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Terselenggaranya layanan <i>beauty and wellness</i>
e.	Definisi Operasional	Layanan Wellness adalah layanan yang dikembangkan untuk layanan pasien-pasien yang ingin tampil cantik, sehat dan bugar dengan menerapkan kebiasaan – kebiasaan sehat mulai dari pola makan sehat, hidup sehat, perawatan wajah dan kulit sehingga pasien tidak hanya Nampak cantik secara fisik namun juga sehat dan bebas dari penyakit metabolisme, dan pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas hidup ( <i>Quality of life</i> ) terutama saat memasuki usia lanjut nantinya
f.	Jenis Indikator	Proses
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
i.	Numerator (pembilang)	Selisih jumlah pasien yang mendapat layanan wellness pada tahun x dan tahun x-1
j.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien yang mendapat layanan wellness tahun x
k.	Target Pencapaian	30% per semester
l.	Formula	$\frac{\text{Selisih jumlah pasien yang mendapat layanan wellness pada tahun x dan tahun x-1}}{100\% \times \text{Jumlah pasien yang mendapat layanan wellness tahun x}}$
m.	Sumber Data	Laporan Pelayanan Pasien Wellness
n.	Periode Pengumpulan Data	Triwulanan
o.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
p.	Penanggung Jawab	Direktur Medik, Keperawatan, dan Penunjang

**124. Peningkatan Jumlah Perusahaan yang Melakukan Kerjasama Pemeriksaan Kesehatan (Medical Cek Up)**

a.	Judul Indikator	Peningkatan Jumlah Perusahaan yang Melakukan Kerjasama Pemeriksaan Kesehatan (Medical Cek Up)
b.	Sasaran Strategis	<i>Beauty and Wellness</i>
c.	Dimensi Mutu	Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> , Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Terselenggaranya layanan pemeriksaan kesehatan
e.	Definisi Operasional	Kerjasama pemeriksaan kesehatan adalah
f.	Jenis Indikator	Manajer
g.	Target Pencapaian	9 per tahun
h.	Kriteria:	Kriteria Inklusi:  Kriteria Eksklusi:
j.	Sumber Data	Kontrak Kerjasama
k.	Periode Pengumpulan Data	Triwulanan
l.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
m.	Penanggung Jawab	Direktur Perencanaan, Organisasi, dan Umum