

PROFIL INDIKATOR

INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT



Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611

Phone : (0756) 21428-21518, Fax. 0756- 21398



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

Jalan Dr. A. Rivai Painan (Kode Pos 25611)
Telp. (0756) 21428–21518 Fax. (0756) 21398, email : rsudpainan@ymail.com



KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
NOMOR : SK/006/PMKP/RSUD/2022

TENTANG
PENETAPAN INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT RUMAH SAKIT
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TAHUN 2022

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN,

- Menimbang : a bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan, maka diperlukan suatu Penetapan Indikator Mutu Prioritas Unit Rumah Sakit.
- b bahwa untuk standarisasi penatalaksanaan pelayanan, maka dipandang perlu Penetapan Indikator Mutu Prioritas Unit Rumah Sakit.
- c bahwa berdasarkan pertimbangan sebagai mana dimaksud point a dan b, perlu Penetapan Indikator Mutu Prioritas Unit Rumah Sakit. di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan.
- Mengingat : 1 Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
- 2 Undang Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
- 3 Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan.
- 4 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes /SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- 5 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.
- 6 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
- 7 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit.
- 8 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit
- 9 Peraturan Daerah Pesisir Selatan Nomor 15 tahun 2012 Tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Pesisir Selatan Nomor 17 tahun 2008 Tentang Pembentukan Organisasi Dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah dan Lembaga Teknis Daerah.

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan :**
- KESATU : KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN TENTANG RUMAH SAKIT MEMPUNYAI PENETAPAN INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT RUMAH SAKIT
- KEDUA : Kebijakan Penetapan Indikator Mutu Prioritas Unit Rumah Sakit di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- KETIGA : Dengan dikeluarkannya Peraturan Direktur ini, maka apabila terdapat peraturan yang bertentangan dengan Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan ini maka peraturan-peraturan yang terdahulu dinyatakan tidak berlaku. Referensi dan informasi yang diperoleh rumah sakit dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien meliputi.
- KEEMPAT : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, akan dilakukan perubahan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di Painan
Pada bulan Februari 2022

DIREKTUR



HAREFA

Lampiran I : KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
Nomor : SK/006/PMKP/RSUD/2021
Bulan : FEBRUARI 2022
Tentang : MENETAPKAN INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN
PAINAN TAHUN 2022

**INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN**

Indikator Mutu Prioritas Unit

1. IGD : *Emergency respon time*
2. Kamar Operasi : Kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi
3. Kamar Operasi : kesalahan diagnosa pre dan post operasi
4. Kamar Operasi : Pelaksanaan Asesmen Pra Bedah
5. Anastesi : kelengkapan asesmen pre anastesi dan pra sedasi
6. Anastesi : ketidaklengkapan monitoring status fisiologis selama anastesi
7. Anastesi : ketidaklengkapan monitoring proses pemulihan anastesi dan sedasi
8. Anastesi : ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi ulang bila terjadi konversi tindakan dari lokal/regional ke general
9. ICU : jumlah pasien kembali ke ICU dalam waktu <24 jam
10. Ruangan Kebidanan : kelengkapan asesmen awal keperawatan pasien rawat inap <24 jam
11. Ruangan Perinatologi : kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada Bayi Baru Lahir (BBL)
12. Ruangan Bedah : kelengkapan asesmen awal keperawatan pasien rawat inap <24 jam
13. Ruangan Neurologi : pasien stroke iskemik yang tidak mendapatkan terapi anti trombolitik
14. Ruangan Neurologi : pasien stroke yang tidak mendapatkan edukasi selama perawatan di rumah sakit
15. Ruangan Anak : kelengkapan asesmen awal keperawatan pasien rawat inap <24 jam
16. Ruangan Interne : kelengkapan asesmen awal keperawatan pasien rawat inap <24 jam
17. Ruangan VIP, Kelas 1 dan Kelas 2 Terpadu : Keterlambatan pemberian resume medis
18. Ruangan Paru : Penanganan Pasien TB yang Tidak Sesuai dengan Strategi TB DOTS
19. Ruangan Kelas 3 Terpadu : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Rawat Inap ≤ 24 Jam
20. Poliklinik : Kelengkapan Asesmen Awal Medis Rawat Jalan ≤ 60 Menit
21. Poliklinik : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Rawat Jalan ≤ 60 Menit
22. Farmasi : Kepatuhan Apoteker dalam Melakukan Asuhan Kefarmasian ≤ 48 Jam di CPPT

23. Laboratorium : Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium Rawat Jalan <120 menit
24. Laboratorium : Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium IGD <60 Menit
25. Radiologi : Angka Kerusakan Film Radiologi (*Reject Film*)
26. Gizi : Kepatuhan Ahli Gizi dalam Memberikan Asuhan kepada Pasien Beresiko Malnutrisi (MST >2 atau *Skor Strong Kids* 4-5) dalam Waktu 2x24 Jam
27. Gizi : Ketepatan Cita Rasa Makanan Pasien Rawat Inap
28. Gizi : Sisa Makanan yang Tidak Termakan Pasien
29. Gizi : Kesalahan Diet Pasien
30. IPLRS : Kecepatan Waktu Kunjungan Tenaga IPLRS terhadap Laporan Perbaikan Ruangan dan Gangguan Jaringan Air Bersih dalam Waktu ≤ 24 Jam
31. IPSRS : Kecepatan Waktu Kunjungan Teknisi terhadap laporan Pemeriksaan Kerusakan/Gangguan Sarana dalam Waktu ≤ 24 Jam
32. CSSD : Kualitas Produk Sterilisasi dengan *Tape* Indikator Steril
33. CSSD : Kesalahan Proses *Packing* dan *Labelling* Alat Steril
34. Gas Medis : *Respon Time* Petugas Gas Medis
35. Laundry : Linen yang Dicuci Ulang
36. Fisioterapi : Waktu Tunggu Pelayanan Fisioterapi
37. Hemodialisa : Kepatuhan Pasien terhadap Jadwal Hemodialisa
38. UTDRS : Pemintaan Produk Darah yang Tidak Terpakai
39. UTDRS : Ketersediaan Darah dalam Waktu 60 Menit
40. PKRS : Pelaksanaan Penyuluhan Kesehatan
41. Penyimpanan : Kehilangan Rekam Medis
42. Casemix : Ketepatan Pengembalian Rekam Medis Lengkap 2x24 Jam Setelah Pasien Pulang
43. IT : Angka Respon Time Penanganan *Trouble Hardware*
44. Kepegawaian : Ketepatan Waktu Periode Proses Kenaikan Pangkat
45. Umum : Rerata Waktu Pendistribusian Surat Tepat Sasaran
46. Dikontrakkan : Persentase Kebersihan Ruangan Terhadap Kinerja *Cleaning Service* di Unit Kerja
47. Komite PPI : Angka Kejadian *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP)
48. Komite PPI : Angka Kejadian *Hospital Acquired Pneumonia* (HAP)
49. Komite PPI : Angka Kejadian Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)
50. Komite PPI : Infeksi Daerah Operasi (IDO)
51. Komite PPI : Angka Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK)
52. Komite PPI : Angka Kejadian Infeksi Luka Infus (ILI) / Phlebitis
53. Komite Mutu : Ketepatan Waktu Penyampaian laporan Unit ke Komite Mutu
54. Komite Keperawatan : Angka Kredensial dan Re Kredensial Perawat dan Bidan
55. Timkordik : Kelengkapan Data Peserta Didik

**DIREKTUR**

HAREFA

NO	KODE	INDIKATOR	STANDAR		PENGUMPUL DATA
INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT					
1	IMPU-IGD-01	IGD : <i>Emergency Respon Time</i>	100	%	IGD
2	IMPU-OK-01	Kamar Operasi : Kejadian Tidak Dilakukan Penandaan Lokasi Operasi	0	%	KAMAR OPERASI
3	IMPU-OK-02	Kamar Operasi : Kesalahan Diagnosa Pre dan Post Operasi	0	%	KAMAR OPERASI
4	IMPU-OK-03	Kamar Operasi : Pelaksanaan Asesmen Pra Bedah	100	%	KAMAR OPERASI
5	IMPU-ANS-01	Anastesi : Kelengkapan Asesmen Pre Anastasi dan Pra Sedasi	100	%	ANASTESI
6	IMPU-ANS-02	Anastesi : Ketidaklengkapan Monitoring Status Fisiologis Selama Anastesi	0	%	ANASTESI
7	IMPU-ANS-03	Anastesi : Ketidaklengkapan Monitoring Proses Pemulihan Anastesi dan Sedasi	0	%	ANASTESI
8	IMPU-ANS-04	Anastesi : Ketidaklengkapan Monitoring dan Evaluasi Ulang Bila Teradi Konversi Tindakan Dari Lokal/Regional ke General	0	%	ANASTESI
9	IMPU-ICU	ICU : Jumlah Pasien Kembali Ke ICU dalam Waktu <24 Jam	<3	%	ICU
10	IMPU-KB	Ruangan Kebidanan : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Rawat Inap ≤24 Jam	100	%	KEBIDANAN
11	IMPU-PERI	Ruangan Perinatologi : Kejadian Tidak Dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada Bayi Baru Lhir (BBL)	0,5	%	PERINATOLOGI
12	IMPU-BDH	Ruangan Bedah : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Rawat Inap ≤24 Jam	100	%	BEDAH
13	IMPU-NEU-01	Ruangan Neurologi : Pasien Stroke Iskemik yang Tidak Mendapatkan Terapi Anto Trombolitik	0	%	NEUROLOGI
14	IMPU-NEU-02	Ruangan Neurologi : Pasien Stroke yang Tidak Mendapatkan Edukasi Selama Perawatan di Rumah Sakit	0	%	NEUROLOGI
15	IMPU-ANAK	Ruangan Anak : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Rawat Inap ≤24 Jam	100	%	ANAK
16	IMPU-INT	Ruangan Interne : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Rawat Inap ≤24 Jam	100	%	INTERNE
17	IMPU-VIP	Ruangan VIP, Kelas 1 dan Kelas 2 Terpadu : Keterlambatan Pemberian Resume Medis	0	%	VIP, KELAS 1 DAN KELAS 2 TERPADU
18	IMPU-PARU	Ruangan Paru : Penanganan Pasien TB yang Tidak Sesuai dengan Strategi TB DOTS	0	%	PARU

19	IMPU-KLS 3	Ruangan Kelas 3 Terpadu : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Rawat Inap ≤24 Jam	100	%	KELAS 3 TERPADU
20	IMPU-POLI-01	Poliklinik : Kelengkapan Asesmen Awal Medis Rawat Jalan ≤60 Menit	100	%	POLIKLINIK
21	IMPU-POLI-02	Poliklinik : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Rawat Jalan ≤60 Menit	100	%	POLIKLINIK
22	IMPU-FARM	Farmasi : Kepatuhan Apoteker dalam Melakukan Asuhan Kefarmasian ≤48 Jam di CPPT	100	%	FARMASI
23	IMPU-LAB-01	Laboratorium : Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium Rawat Jalan <120 menit	<120	Menit	LABORATORIUM
24	IMPU-LAB-02	Laboratorium : Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium IGD <60 Menit	<60	Menit	LABORATORIUM
25	IMPU-RAD	Radiologi : Angka Kerusakan Film Radiologi (<i>Reject Film</i>)	<2	%	RADIOLOGI
26	IMPU-GIZI-01	Gizi : Kepatuhan Ahli Gizi dalam Memberikan Asuhan kepada Pasien Beresiko Malnutrisi (MST >2 atau <i>Skor Strong Kids</i> 4-5) dalam Waktu 2x24 Jam	100	%	GIZI
27	IMPU-GIZI-02	Gizi : Ketepatan Cita Rasa Makanan Pasien Rawat Inap	≥80	%	GIZI
28	IMPU-GIZI-03	Gizi : Sisa Makanan yang Tidak Termakan Pasien	≤20	%	GIZI
29	IMPU-GIZI-04	Gizi : Kesalahan Diet Pasien	0	%	GIZI
30	IMPU-IPLRS	IPLRS : Kecepatan Waktu Kunjungan Tenaga IPLRS terhadap Laporan Perbaikan Ruangan dan Gangguan Jaringan Air Bersih dalam Waktu ≤24 Jam	80	%	IPLRS
31	IMPU-IPSRs	IPSRs : Kecepatan Waktu Kunjungan Teknisi terhadap laporan Pemeriksaan Kerusakan/Gangguan Sarana dalam Waktu ≤24 Jam	80	%	IPSRs
32	IMPU-CSSD-01	CSSD : Kualitas Produk Sterilisasi dengan <i>Tape</i> Indikator Steril	100	%	CSSD
33	IMPU-CSSD-02	CSSD : Kesalahan Proses <i>Packing</i> dan <i>Labelling</i> Alat Steril	0	%	CSSD
34	IMPU-GAS	Gas Medis : <i>Respon Time</i> Petugas Gas Medis	100	%	GAS MEDIS
35	IMPU-LDRY	Laundri : Linen yang Dicuci Ulang	≤1	%	LAUNDRI
36	IMPU-FISIO	Fisioterapi : Waktu Tunggu Pelayanan Fisioterapi	<30	Menit	FISIOTERAPI
37	IMPU-HMD	Hemodialisa : Kepatuhan Pasien terhadap Jadwal Hemodialisa	100	%	HEMODIALISA
38	IMPU-UTD-01	UTDRS : Pemintaan Produk Darah yang Tidak Terpakai	10	%	UTDRS

39	IMPU-UTD-02	UTDRS : Ketersediaan Darah dalam Waktu 60 Menit	100	%	UTDRS
40	IMPU-PKRS	PKRS : Pelaksanaan Penyuluhan Kesehatan	80	%	PKRS
41	IMPU-RM	Penyimpanan : Kehilangan Rekam Medis	0	%	REKAM MEDIS
42	IMPU-CMIX	Casemix : Ketepatan Pengembalian Rekam Medis Lengkap 2x24 Jam Setelah Pasien Pulang	>80	%	CASEMIX
43	IMPU-IT	IT : Angka Respon Time Penanganan <i>Trouble Hardware</i>	100	%	IT
44	IMPU-KEPEG	Kepegawaian : Ketepatan Waktu Periode Proses Kenaikan Pangkat	85	%	KEPEGAWAIAN
45	IMPU-UMUM	Umum : Rerata Waktu Pendistribusian Surat Tepat Sasaran	80	%	UMUM
46	IMPU-CS	Dikontrakkan : Persentase Kebersihan Ruangan Terhadap Kinerja <i>Cleaning Service</i> di Unit Kerja	≥85	%	PKRS
47	IMPU-PPI-01	Komite PPI : Angka Kejadian <i>Ventilator Associated Pneumonia</i> (VAP)	<5	‰	KOMITE PPI
48	IMPU-PPI-02	Komite PPI : Angka Kejadian <i>Hospital Acquired Pneumonia</i> (HAP)	<1	‰	KOMITE PPI
49	IMPU-PPI-03	Komite PPI : Angka Kejadian Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)	≤3,5	‰	KOMITE PPI
50	IMPU-PPI-04	Komite PPI : Infeksi Daerah Operasi (IDO)	≤ 2	%	KOMITE PPI
51	IMPU-PPI-05	Komite PPI : Angka Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK)	≤4,7	‰	KOMITE PPI
52	IMPU-PPI-06	Komite PPI : Angka Kejadian Infeksi Luka Infus (ILI) / Phlebitis	1	‰	KOMITE PPI
53	IMPU-MUTU	Komite Mutu : Ketepatan Waktu Penyampaian laporan Unit ke Komite Mutu	80	%	KOMITE MUTU
54	IMPU-K.KP	Komite Keperawatan : Angka Kredensial dan Re Kredensial Perawat dan Bidan	100	%	KOMITE KEPERAWATAN
55	IMPU-KORDIK	Timkordik : Kelengkapan Data Peserta Didik	100	%	TIMKORDIK

INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT

1. IGD : *Emergency Respon Time*

IGD : <i>EMERGENCY RESPON TIME</i>	
Judul Indikator	IGD : <i>Emergency Respon Time</i>
Dasar Pemikiran	Kewajiban rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan dan rumah sakit memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit serta rumah sakit wajib membuat, melaksanakan dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien. (UU No 44/2009 pasal 29)
Dimensi Mutu	<div><div><input type="checkbox"/> Kelayakan</div><div><input type="checkbox"/> Ketersediaan</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Kesinambungan</div><div><input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri</div><div><input type="checkbox"/> Manfaat</div><div><input type="checkbox"/> Efektifitas</div><div><input type="checkbox"/> Efisiensi</div><div><input type="checkbox"/> Fokus pada pasien</div></div>

Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulanan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>	
Penanggung Jawab	PIC Data	

2. Kamar Operasi : Tidak Dilakukan Penandaan Lokasi Operasi

KAMAR OPERASI : TIDAK DILAKUKAN PENANDAAN LOKASI OPERASI	
Judul Indikator	Kamar Operasi : Tidak dilakukan penandaan lokasi operasi
Dasar Pemikiran	Terwujudnya penyelenggaraan prosedur <i>Surgical Safety Check list</i> di kamar operasi berbasis mutu dan keselamatan pasien (Permenkes No 11 tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien)
Dimensi Mutu	<div> <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat </div> <div> <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Fokus pada pasien </div>
Tujuan	Mencegah salah sisi, salah pasien dan salah prosedur padapasien yang dilakukan pembedahan
Definisi operasional	Tidak dilakukannya penandaan lokasi operasi (<i>site marking</i>) oleh operator
Jenis Indikator	<div> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome </div> <div> <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome </div>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien yang tidak dilakukan penandaan operasi (<i>Site Marking</i>) dalam pelayanan operasi
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien yang dioperasi
Target Pencapaian	0%
Kriteria Inklusi	Tidak dilakukannya penandaan lokasi operasi (<i>site marking</i>) oleh operator pada semua kasus operasi beda sisi / perbedaan kanan kiri (<i>laterally</i>), multipel struktur seperti jari dan multipel level seperti tulang belakang.
Kriteria Eksklusi	<p>Operasi yang tidak memerlukan penandaan lokasi operasi antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat luka atau lesi yang jelas dimana luka atau lesi tersebut menjadi bagian yang akan ditindak. 2. Kasus organ tunggal (contoh operasi caesar, jantung, TUR, sirkumsisi) 3. Kasus yang melibatkan gigi, mulut. (untuk penandaan gigi akan dilakukan di rontgent gigi) 4. Prosedur yang melibatkan bayi prematur di mana penandaan akan menyebabkan tato permanen. <p>Secara klinis atau anatomi tidak memungkinkan untuk diberi tanda : permukaan mukosa, perineum, amandel, hemoroid)</p>
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang tidak dilakukan } \textit{site marking}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang operasi}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input checked="" type="checkbox"/> Concurrent
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Angka kepatuhan penandaan lokasi operasi
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<div> <input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input type="checkbox"/> Triwulan </div>

Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulanan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>	
Penanggung Jawab	PIC Data	

3. Kamar Operasi : Kesalahan Diagnosa Pre dan Post Operasi

KAMAR OPERASI : KESALAHAN DIAGNOSA PRE DAN POST OPERASI	
Judul Indikator	Kamar Operasi : Kesalahan diagnosa pre dan post operasi
Dasar Pemikiran	Ketidakselarasan diagnosa medik sebelum dan setelah tindakan operasi mengindikasikan kesalahan diagnosis dan kesalahan prosedur operasi
Dimensi Mutu	<div> <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat </div> <div> <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Fokus pada pasien </div>
Tujuan	Menghindari kesalahan diagnosis
Definisi operasional	Terjadinya insiden kesalahan diagnosis pada pasien pra operasi, yang baru diketahui oleh operator pada saat durante operasi (diagnosis pra dan post operasi berbeda).
Jenis Indikator	<div> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome </div> <div> <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome </div>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah insiden kesalahan diagnosis pada pasien pra operasi
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien yang dioperasi dikamar operasi pada bulan berjalan
Target Pencapaian	0%
Kriteria Inklusi	Terjadinya kesalahan/ perbedaan antara diagnosis pra dengan post operasi yang disebabkan oleh apapun
Kriteria Eksklusi	Kasus kompleks
Formula	$\frac{\text{Jumlah insiden kesalahan diagnosis pada pasien pra operasi}}{\text{Jumlah pasien yang dioperasi dikamar operasi pada bulan berjalan}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Sumber Data	Catatan Data Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Formulir kesalahan diagnosa pre dan post operasi
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<div> <input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input type="checkbox"/> Triwulan </div>
Periode Pelaporan Data	<div> <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input type="checkbox"/> Triwulan </div>
Periode Analisa Data	<div> <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan </div>
Penyajian Data	Run Chart
Penanggung Jawab	PIC Data

4. Kamar Operasi : Pelaksanaan Asesmen Pra Bedah

KAMAR OPERASI : PELAKSANAAN ASESMEN PRA BEDAH	
Judul Indikator	Kamar Operasi : Pelaksanaan Asesmen Pra Bedah
Dasar Pemikiran	Pengkajian pra bedah merupakan salah satu indikator mutu pelayanan bedah di rumah sakit. Selain itu pelaksanaan prosedur persiapan bedah ini dapat mengurangi risiko keselamatan pasien.
Dimensi Mutu	<div><div><input type="checkbox"/> Kelayakan</div><div><input type="checkbox"/> Ketersediaan</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Kesinambungan</div><div><input type="checkbox"/> Ketepatan</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri</div><div><input type="checkbox"/> Manfaat</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas</div><div><input type="checkbox"/> Efisiensi</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Fokus pada pasien</div></div>

5. Anastesi : Kelengkapan Asesmen Pre Anastesi dan Pra Sedasi

ANASTESI : KELENGKAPAN ASESMEN PRE ANASTESI DAN PRE SEDASI	
Judul Indikator	Anastesi : Kelengkapan Asesmen Pre Anastesi dan Pre Sedasi
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permenkes RI No. 519/Menkes/PerIII/2011 tentang pelayanan pra anastesia 2. Indikator ini menggambarkan kepatuhan petugas untuk mendokumentasikan pengisian laporan operasi. Ketidaklengkapan rekam medis berisiko secara hukum dan evaluasi terhadap kualitas layanan yang diberikan tidak dapat dilakukan
Dimensi Mutu	<div> <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat </div> <div> <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Fokus pada pasien </div>
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengusahakan pasien dalam kondisi optimal pada saat menjalani tindakan sedasi. 2. Mengurangi angka kesakitan dan angka kematian selama tindakan sedasi
Definisi operasional	Kelengkapan asesmen pre anastesi dan pra sedasi meliputi : dokter anastesi melakukan asesmen pada pasien (pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, KIE/Informed Consent) dan dan rekam medis terisi secara lengkap sebelum pasien dilakukan anastesi..
Jenis Indikator	<div> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome </div>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah assesmen pra anastesi yang terisi lengkap
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien yang dilakukan anastesi
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Semua pasien yang akan dilakukan operasi dengan pembiusan
Kriteria Eksklusi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien operasi dengan anastesi lokal 2. Pasien anastesi bukan untuk tindakan operasi melainkan untuk pemeriksaan diagnostic
Formula	$\frac{\text{Jumlah insiden kesalahan diagnosis pada pasien pra operasi}}{\text{Jumlah pasien yang dioperasi dikamar operasi pada bulan berjalan}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<div> <input type="checkbox"/> Retrospektif <input checked="" type="checkbox"/> Concurrent </div>
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Asesmen Pre Anastesi dan Pre Sedasi
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<div> <input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input type="checkbox"/> Triwulan </div>
Periode Pelaporan Data	<div> <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input type="checkbox"/> Triwulan </div>
Periode Analisa Data	<div> <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan </div>

Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	PIC Data

5. Anestesi : Ketidaklengkapan Monitoring Status Fisiologis Selama Anestesi

ANESTESI : KETIDAKLENGKAPAN MONITORING STATUS FISIOLOGIS SELAMA ANESTESI	
Judul Indikator	Anestesi : Ketidaklengkapan Monitoring Status Fisiologis Selama Anestesi
Dasar Pemikiran	Permenkes RI No. 519/Menkes/PerIII/2011 tentang pelayanan intra anestesi
Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas <input checked="" type="checkbox"/> Ketepatan <input type="checkbox"/> Efisiensi <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Fokus pada pasien
Tujuan	Untuk menghindari terjadinya Kejadian yang Tidak Diharapkan (KTD) selama proses anestesi
Definisi operasional	Tidak terisinya lembar monitoring status fisiologis intra anestesi pasien dengan lengkap di rekam medis oleh dokter anestesi
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah lembar monitoring status fisiologis intra anestesi pasien yang tidak lengkap
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan anestesi general
Target Pencapaian	0%
Kriteria Inklusi	Semua pasien yang dilakukan tindakan anestesi general
Kriteria Eksklusi	Pasien yang dilakukan tindakan anestesi lokal
Formula	$\frac{\text{Jumlah lembar monitoring status fisiologis intra anestesi pasien yang tidak lengkap}}{\text{Jumlah pasien yang dilakukan tindakan anestesi general}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Monitoring Status Fisiologis selama Anestesi
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan
Penyajian Data	Run Chart
Penanggung Jawab	PIC Data

6. Anastesi : Ketidاكلengkapan Monitoring Proses Pemulihan Anastesi dan Sedasi

ANASTESI : KETIDAKLENGKAPAN MONITORING PROSES PEMULIHAN ANSTESI DAN SEDASI	
Judul Indikator	Anastesi : Ketidاكلengkapan Monitoring Proses Pemulihan Anastesi dan Sedasi
Dasar Pemikiran	Permenkes RI No. 519/Menkes/PerIII/2011
Dimensi Mutu	<div> <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat </div> <div> <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Ketepatan <input type="checkbox"/> Efisiensi </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Fokus pada pasien </div>
Tujuan	Untuk menghindari terjadinya Kejadian yang Tidak Diharapkan (KTD) selama proses pemulihan anastesi dan sedasi dalam
Definisi operasional	Tidak terisinya lembaran monitoring proses pemulihan pasca anastesi dan sedasi
Jenis Indikator	<div> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome </div>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah lembaran monitoring proses pemulihan pasca anastesi dan sedasi dalam yang terisi tidak lengkap
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan anastesi
Target Pencapaian	0%
Kriteria Inklusi	Semua pasien yang dilakukan tindakan anastesi
Kriteria Eksklusi	Pasien yang dilakukan combine anastesi (GA+RA) dari awal perencanaan anastesi
Formula	$\frac{\text{Jumlah lembaran monitoring proses pemulihan pasca anastesi dan sedasi dalam yang terisi tidak lengkap}}{\text{Jumlah pasien yang dilakukan tindakan anastesi}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Monitoring Proses Pemulihan Anastesi dan Sedasi
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester
	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan
	<input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester
	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan
	<input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester
	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan
	<input checked="" type="checkbox"/> Triwulan
Penyajian Data	Run Chart
Penanggung Jawab	PIC Data

**7. Anastesi : Ketidaklengkapan Monitoring dan Evaluasi Ulang Bila terjadi
Konversi Tindakan dari Lokal/Regional ke General**

ANASTESI : KETIDAKLENGKAPAN MONITORING DAN EVALUASI ULANG BILA TERJADI KONVERSI TINDAKAN DARI LOKAL/REGIONAL KE GENERAL	
Judul Indikator	Anastesi : Ketidaklengkapan Monitoring dan Evaluasi Ulang Bila terjadi Konversi Tindakan dari Lokal/Regional ke General
Dasar Pemikiran	Permenkes RI No. 519/Menkes/PerIII/2011
Dimensi Mutu	<div> <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat </div> <div> <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Ketepatan <input type="checkbox"/> Efisiensi </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Fokus pada pasien </div>
Tujuan	1. Didapatkan kepastian terhadap jenis tindakan anastesi yang akan diberikan 2. Tergambarnya kepatuhan dokter spesialis anastesi dan atau peserta program pendidikan dokter spesialis anesthesiologi untuk melakukan evaluasi ulang status fisiologis bila terjadi konversi tindakan dari lokal atau regional anastesi ke general anastesi dan didokumentasikan pada catatan anastesi
Definisi operasional	Terjadinya perubahan tindakan anastesi dari yang direncanakan, yang disebabkan oleh terjadinya perubahan kondisi fisiologis pasien
Jenis Indikator	<div> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome </div>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien konversi tindakan dari lokal/regional ke general anastesi
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan anastesi
Target Pencapaian	0%
Kriteria Inklusi	Semua pasien yang dilakukan tindakan anastesi
Kriteria Eksklusi	Pasien yang dilakukan <i>combine</i> anastesi (GA+RA) dari awal perencanaan anastesi
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien konversi tindakan dari lokal/regional ke general anastesi}}{\text{Jumlah pasien yang dilakukan tindakan anastesi}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input checked="" type="checkbox"/> Concurrent
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Evaluasi Ulang Bila terjadi Konversi Tindakan dari Lokal/Regional ke General
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<div> <input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input type="checkbox"/> Triwulan </div>
Periode Pelaporan Data	<div> <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input type="checkbox"/> Triwulan </div>
Periode Analisa Data	<div> <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan </div>

Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	PIC Data

8. Ruang ICU : Jumlah Pasien Kembali ke ICU Dengan Kasus yang Sama dalam Waktu <24 Jam

RUANGAN ICU : JUMLAH PASIEN KEMBALI KE ICU DALAM WAKTU <24 JAM	
Judul Indikator	Ruangan ICU : Jumlah Pasien Kembali ke ICU Dengan Kasus yang Sama dalam Waktu <24 Jam
Dasar Pemikiran	Adanya pasien yang kembali ke ruang ICU dengan kasus yang sama dalam waktu <24 jam
Dimensi Mutu	<div> <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat </div> <div> <input type="checkbox"/> Kesiambungan <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketepatan <input type="checkbox"/> Efisiensi </div> <div> <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Fokus pada pasien </div>
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan ICU
Definisi operasional	Pasien kembali ke ruang perawatan ICU dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 24 jam
Jenis Indikator	<div> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome </div>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien yang kembali ke ICU dengan kasus yang sama < 24 jam dalam 1 bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang ICU dalam 1 bulan
Target Pencapaian	<3%
Kriteria Inklusi	Pasien yang sebelumnya pernah dirawat di ICU
Kriteria Eksklusi	
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang kembali ke ICU dengan kasus yang sama < 24 jam dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang ICU dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Pasien Kembali ke ICU Dengan Kasus yang Sama dalam Waktu <24 Jam
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester
	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan
	<input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester
	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan
	<input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester
	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan
	<input checked="" type="checkbox"/> Triwulan
Penyajian Data	Run Chart
Penanggung Jawab	PIC Data

10. Ruangn Kebidanan : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap ≤24 Jam

RUANGAN KEBIDANAN : KELENGKAPAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP ≤24 JAM	
Judul Indikator	Ruangan Kebidanan : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap ≤24 Jam
Dasar Pemikiran	Indikator ini menggambarkan kepatuhan petugas untuk mendokumentasikan layanan rawat inap yang diberikan kepada pasien.Ketidaklengkapan rekam medis berisiko secara hukum dan evaluasi terhadap kualitas layanan yang diberikan tidak dapat dilakukan
Dimensi Mutu	<div> <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat </div> <div> <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketepatan <input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Fokus pada pasien </div>
Tujuan	Tergambarnya pemahaman dan kedisiplinan SDM Keperawatan dalam melakukan pengkajian/ asesmen pada saat pasien masuk Rumah Sakit
Definisi operasional	<p>Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan rawat inap ≤ 24 jam adalah Pengisian asesmen awal keperawatan yang dilakukan oleh Perawat secara lengkap dalam waktu ≤ 24 jam yang dimulai dari jam registrasi pasien masuk rawat inap sampai pencatatan asesmen awal keperawatan rawat inap lengkap.</p> <p>Asesmen awal keperawatan lengkap :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas pasien 2. Alergi 3. Keadaan Umum 4. Data Psikologis, sosial, ekonomi, dan spiritual 5. Skrining status fungsional 6. Skrining Gizi 7. Pengkajian risiko jatuh 8. Skrining nyeri 9. Kebutuhan aktivitas dan istirahat 10. Kebutuhan Nutrisi dan Cairan 11. Kebutuhan Eliminasi 12. Identifikasi penyakit yang membahayakan diri sendiri atau lingkungan 13. Rencana pemulangan pasien (<i>Discharge Planning</i>) 14. Daftar masalah keperawatan 15. Nama dan Tanda tangan Perawat yang melakukan pengkajian
Jenis Indikator	<div> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome </div>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat inap dengan asesmen awal keperawatan yang lengkap dalam waktu ≤24 jam
Denominator (Penyebut)	Total jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat inap
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Semua pasien baru yang dirawat inap
Kriteria Eksklusi	Tidak ada

Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat inap dengan asesmen awal keperawatan yang lengkap dalam waktu } \leq 24 \text{ jam}}{\text{Total jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat inap}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input checked="" type="checkbox"/> <i>Concurrent</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Asesmen Awal Keperawatan
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	PIC Data

11. Ruang Perinatologi : Kejadian Tidak Dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada Bayi Baru Lahir (BBL)

RUANGAN PERINATOLOGI : KEJADIAN TIDAK DILAKUKAN INISIASI MENYUSU DINI (IMD) PADA BAYI BARU LAHIR (BBL)	
Judul Indikator	Ruangan Kejadian Tidak Dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada Bayi Baru Lahir (BBL)
Dasar Pemikiran	Permenkes Nomor 21 tahun 2021 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan
Dimensi Mutu	<div> <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat </div> <div> <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Ketepatan <input type="checkbox"/> Efisiensi </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Fokus pada pasien </div>
Tujuan	Agar pelaksanaan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dapat diterapkan pada semua Bayi Baru Lahir (BBL) sehingga bayi diharapkan mendapatkan ASI (Air Susu Ibu) eksklusif
Definisi operasional	Inisiasi Menyusui Dini (IMD) adalah bayi baru lahir diberi kesempatan untuk memulai atau insias langkah yang harus segera dilakukan setelah bayi lahir dengan cara meleta menyusu sendiri segera setelah lahir dengan kontak kulit bayi dan ibu setidaknya satu jam atau sampai menyusu pertama selesai
Jenis Indikator	<div> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome </div>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien Bayi Baru Lahir (BBL) yang tidak dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD)
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien Bayi Baru Lahir (BBL) yang lahir di RS Dr. M. Zein Painan
Target Pencapaian	0,5%
Kriteria Inklusi	Seluruh bayi baru lahir di RS Dr. M. Zein Painan yang tidak bermasalah
Kriteria Eksklusi	Bayi baru lahir dengan permasalahan kesehatan seperti : <ol style="list-style-type: none"> BBLR Asfiksia Hydrocephalus Meningokel Labio palato skisis Omvalokel
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien Bayi Baru Lahir (BBL) yang tidak dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD)}}{\text{Seluruh bayi baru lahir di RS Dr. M. Zein Painan yang tidak bermasalah}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input checked="" type="checkbox"/> Concurrent
Sumber Data	Catatan data Laporan IMD pada BBL
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Pelaksanaan IMD pada BBL
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<div> <input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input type="checkbox"/> Triwulan </div>

Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulanan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>	
Penanggung Jawab	PIC Data	

12. Ruang Bedah : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap ≤24 Jam

RUANGAN BEDAH : KELENGKAPAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP ≤24 JAM	
Judul Indikator	Ruang Bedah : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap ≤24 Jam
Dasar Pemikiran	Indikator ini menggambarkan kepatuhan petugas untuk mendokumentasikan layanan rawat inap yang diberikan kepada pasien. Ketidaklengkapan rekam medis berisiko secara hukum dan evaluasi terhadap kualitas layanan yang diberikan tidak dapat dilakukan
Dimensi Mutu	<div> <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat </div> <div> <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketepatan <input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Fokus pada pasien </div>
Tujuan	Tergambarnya pemahaman dan kedisiplinan SDM Keperawatan dalam melakukan pengkajian/ asesmen pada saat pasien masuk Rumah Sakit
Definisi operasional	<p>Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan rawat inap ≤ 24 jam adalah Pengisian asesmen awal keperawatan yang dilakukan oleh Perawat secara lengkap dalam waktu ≤ 24 jam yang dimulai dari jam registrasi pasien masuk rawat inap sampai pencatatan asesmen awal keperawatan rawat inap lengkap.</p> <p>Asesmen awal keperawatan lengkap :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas pasien 2. Alergi 3. Keadaan Umum 4. Data Psikologis, sosial, ekonomi, dan spiritual 5. Skrining status fungsional 6. Skrining Gizi 7. Pengkajian risiko jatuh 8. Skrining nyeri 9. Kebutuhan aktivitas dan istirahat 10. Kebutuhan Nutrisi dan Cairan 11. Kebutuhan Eliminasi 12. Identifikasi penyakit yang membahayakan diri sendiri atau lingkungan 13. Rencana pemulangan pasien (<i>Discharge Planning</i>) 14. Daftar masalah keperawatan 15. Nama dan Tanda tangan Perawat yang melakukan pengkajian
Jenis Indikator	<div> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome </div>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat inap dengan asesmen awal keperawatan yang lengkap dalam waktu ≤24 jam
Denominator (Penyebut)	Total jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat inap
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Semua pasien baru yang dirawat inap
Kriteria Eksklusi	Tidak ada

Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat inap dengan asesmen awal keperawatan yang lengkap dalam waktu } \leq 24 \text{ jam}}{\text{Total jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat inap}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input checked="" type="checkbox"/> <i>Concurrent</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Asesmen Awal Keperawatan
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	PIC Data

13. Ruang Neurologi : Pasien Stroke Iskemik yang Tidak Mendapatkan Terapi Anti Trombolitik

RUANGAN NEUROLOGI : PASIEN STROKE ISKEMIK YANG TIDAK MENDAPATKAN TERAPI ANTI TROMBOLITIK	
Judul Indikator	Ruangan Neurologi : Pasien Stroke yang Tidak Mendapatkan Terapi Anti Trombolitik
Dasar Pemikiran	Kejadian yang dimaksud adalah semua pasien stroke iskemik yang tidak mendapat terapi anti trombotik pada saat dirawat di rumah sakit
Dimensi Mutu	<div> <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Kesinambungan <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketepatan <input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi </div> <div> <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Fokus pada pasien </div>
Tujuan	Tergambarnya pasien dengan stroke ischemic yang tidak mendapatkan terapi anti trombotik pada saat dirawat di rumah sakit
Definisi operasional	<p>Pasien stroke iskemik adalah pasien dengan penyumbatan pembuluh darah otak oleh karena proses thrombosis.</p> <p>Terapi anti trombolitik adalah prosedur penggunaan obat-obatan untuk memecah atau melarutkan pembekuan darah berbahaya di pembuluh darah. Terapi anti trombolitik diberikan kepada pasien stroke iskemik selama perawatan di RS.</p>
Jenis Indikator	<div> <input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Outcome </div> <div> <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome </div>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien stroke iskemik yang tidak mendapatkan terapi antitrombitik dalam 1 bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien stroke iskemik dalam 1 bulan
Target Pencapaian	0%
Kriteria Inklusi	Pasien yang dirawat dengan stroke iskemik
Kriteria Eksklusi	Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien stroke iskemik yang tidak mendapatkan terapi antitrombitik dalam 1 bulan} \times 100\%}{\text{Jumlah pasien stroke iskemik dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Pasien Stroke yang Tidak Mendapatkan Terapi Anti Trombolitik
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<div> <input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input type="checkbox"/> Triwulan </div>
Periode Pelaporan Data	<div> <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input type="checkbox"/> Triwulan </div>
Periode Analisa Data	<div> <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan </div>

Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	PIC Data

14. Ruang Neurologi : Pasien Stroke yang Tidak Mendapatkan Edukasi Selama Perawatan di Rumah Sakit

RUANGAN NEUROLOGI : PASIEN STROKE YANG TIDAK MENDAPATKAN EDUKASI SELAMA PERAWATAN DI RUMAH SAKIT	
Judul Indikator	Ruangan Neurologi : Pasien Stroke yang Tidak Mendapatkan Edukasi Selama Perawatan di Rumah Sakit
Dasar Pemikiran	Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 004/MENKES/SK/II/2012 tentang Petunjuk Teknis Promosi Kesehatan Rumah Sakit
Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat <input checked="" type="checkbox"/> Kesinambungan <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Ketepatan <input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Fokus pada pasien
Tujuan	1. Tergambarnya pasien dengan stroke yang tidak mendapatkan edukasi selama masa perawatan di rumah sakit 2. Mengukur tingkat kepatuhan PPA dalam melaksanakan edukasi kepada pasien dan keluarga
Definisi operasional	1. Edukasi pasien stroke adalah pemberian informasi dan pendidikan seputar stroke terhadap pasien dan / atau keluarga yang dilakukan oleh dokter penanggung jawab / perawat / fisioterapis / ahli gizi / apoteker atau tenaga kesehatan lainnya, yang dilakukan selama pasien dalam perawatan 2. Diisi oleh unit yang pertama kali menerima pasien
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien stroke yang tidak mendapatkan edukasi tentang stroke selama menjalani rawat inap selama satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien stroke yang dirawat inap dalam bulan tersebut
Target Pencapaian	0%
Kriteria Inklusi	Pasien yang dirawat dengan stroke di ruangan Neurologi
Kriteria Eksklusi	Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien stroke yang tidak mendapatkan edukasi tentang stroke selama menjalani rawat inap selama satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien stroke yang dirawat inap dalam bulan tersebut}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Edukasi Pasien
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan

Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulanan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	PIC Data

15. Ruang Anak : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap ≤24 Jam

RUANGAN ANAK : KELENGKAPAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP ≤24 JAM	
Judul Indikator	Ruang Anak : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap ≤24 Jam
Dasar Pemikiran	Indikator ini menggambarkan kepatuhan petugas untuk mendokumentasikan layanan rawat inap yang diberikan kepada pasien. Ketidaklengkapan rekam medis berisiko secara hukum dan evaluasi terhadap kualitas layanan yang diberikan tidak dapat dilakukan
Dimensi Mutu	<div> <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat </div> <div> <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketepatan <input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Fokus pada pasien </div>
Tujuan	Tergambarnya pemahaman dan kedisiplinan SDM Keperawatan dalam melakukan pengkajian/ asesmen pada saat pasien masuk Rumah Sakit
Definisi operasional	<p>Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan rawat inap ≤ 24 jam adalah Pengisian asesmen awal keperawatan yang dilakukan oleh Perawat secara lengkap dalam waktu ≤ 24 jam yang dimulai dari jam registrasi pasien masuk rawat inap sampai pencatatan asesmen awal keperawatan rawat inap lengkap.</p> <p>Asesmen awal keperawatan lengkap :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas pasien 2. Alergi 3. Keadaan Umum 4. Data Psikologis, sosial, ekonomi, dan spiritual 5. Skrining status fungsional 6. Skrining Gizi 7. Pengkajian risiko jatuh 8. Skrining nyeri 9. Kebutuhan aktivitas dan istirahat 10. Kebutuhan Nutrisi dan Cairan 11. Kebutuhan Eliminasi 12. Identifikasi penyakit yang membahayakan diri sendiri atau lingkungan 13. Rencana pemulangan pasien (Discharge Planning) 14. Daftar masalah keperawatan 15. Nama dan Tanda tangan Perawat yang melakukan pengkajian
Jenis Indikator	<div> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome </div> <div> <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome </div>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat inap dengan asesmen awal keperawatan yang lengkap dalam waktu ≤24 jam
Denominator (Penyebut)	Total jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat inap
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Semua pasien baru yang dirawat inap
Kriteria Eksklusi	Tidak ada

Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat inap dengan asesmen awal keperawatan yang lengkap dalam waktu } \leq 24 \text{ jam}}{\text{Total jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat inap}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input checked="" type="checkbox"/> <i>Concurrent</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Asesmen Awal Keperawatan
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	PIC Data

16. Ruang Internal : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap ≤24 Jam

RUANGAN INTERNE : KELENGKAPAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP ≤24 JAM	
Judul Indikator	Ruangan Internal : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap ≤24 Jam
Dasar Pemikiran	Indikator ini menggambarkan kepatuhan petugas untuk mendokumentasikan layanan rawat inap yang diberikan kepada pasien. Ketidaklengkapan rekam medis berisiko secara hukum dan evaluasi terhadap kualitas layanan yang diberikan tidak dapat dilakukan
Dimensi Mutu	<div> <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat </div> <div> <input type="checkbox"/> Kesiambungan <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketepatan <input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Fokus pada pasien </div>
Tujuan	Tergambarnya pemahaman dan kedisiplinan SDM Keperawatan dalam melakukan pengkajian/ asesmen pada saat pasien masuk Rumah Sakit
Definisi operasional	<p>Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan rawat inap ≤ 24 jam adalah Pengisian asesmen awal keperawatan yang dilakukan oleh Perawat secara lengkap dalam waktu ≤ 24 jam yang dimulai dari jam registrasi pasien masuk rawat inap sampai pencatatan asesmen awal keperawatan rawat inap lengkap.</p> <p>Asesmen awal keperawatan lengkap :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas pasien 2. Alergi 3. Keadaan Umum 4. Data Psikologis, sosial, ekonomi, dan spiritual 5. Skrining status fungsional 6. Skrining Gizi 7. Pengkajian risiko jatuh 8. Skrining nyeri 9. Kebutuhan aktivitas dan istirahat 10. Kebutuhan Nutrisi dan Cairan 11. Kebutuhan Eliminasi 12. Identifikasi penyakit yang membahayakan diri sendiri atau lingkungan 13. Rencana pemulangan pasien (<i>Discharge Planning</i>) 14. Daftar masalah keperawatan 15. Nama dan Tanda tangan Perawat yang melakukan pengkajian
Jenis Indikator	<div> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome </div>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat inap dengan asesmen awal keperawatan yang lengkap dalam waktu ≤24 jam
Denominator (Penyebut)	Total jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat inap
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Semua pasien baru yang dirawat inap
Kriteria Eksklusi	Tidak ada

Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat inap dengan asesmen awal keperawatan yang lengkap dalam waktu } \leq 24 \text{ jam}}{\text{Total jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat inap}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input checked="" type="checkbox"/> <i>Concurrent</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Asesmen Awal Keperawatan
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	PIC Data

17. Ruang VIP, Kelas 1 dan Kelas 2 Terpadu : Keterlambatan Pemberian Resume Medis

RUANGAN VIP, KELAS 1 DAN KELAS 2 TERPADU : KETERLAMBATAN PEMBERIAN RESUME MEDIS	
Judul Indikator	Ruangan VIP, Kelas 1 dan Kelas 2 Terpadu : Keterlambatan Pemberian Resume Medis
Dasar Pemikiran	Terwujudnya penyelenggaraan pelayanan yang optimal sehingga pasien memiliki langsung rekaman catatat selama dirawat dirumah sakit yang akan dibawa saat kontrol ulang
Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Ketepatan <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Fokus pada pasien
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pasien
Definisi operasional	Bukti form ringkasan pulang yang memuat riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan diagnostic serta memuat obat yang diberikan termasuk obat setelah pasien keluar rumah sakit yang diberikan tidak pada saat pasien keluar rumah sakit
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pemberian resume medis tidak pada saat pasien pulang
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien yang pulang
Target Pencapaian	0%
Kriteria Inklusi	Seluruh pasien pulang
Kriteria Eksklusi	Pasien meninggal
Formula	$\frac{\text{Jumlah pemberian resume medis tidak pada saat pasien pulang}}{\text{Jumlah pasien yang pulang}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Resume Medis
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan
Penyajian Data	Run Chart
Penanggung Jawab	PIC Data

18. Ruang Paru : Penanganan Pasien TB yang Tidak Sesuai dengan Strategi TB DOTS

RUANGAN PARU : PENANGANAN PASIEN TB YANG TIDAK SESUAI DENGAN STRATEGI TB DOTS	
Judul Indikator	Ruang Paru : Penanganan Pasien TB yang Tidak Sesuai dengan Strategi TB DOTS
Dasar Pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran 2. Iseman MD. Tempus Fugit: TB and the 20 th century. Int J Tuberc Lung Dis 2010
Dimensi Mutu	<div> <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat </div> <div> <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Fokus pada pasien </div>
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dalam memberikan penanganan pada pasien TB
Definisi operasional	Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit yang disebabkan infeksi kuman Mycobacterium tuberculosis. Kuman ini masuk ke dalam tubuh melalui air borne (percikan dengan partikel yang sangat kecil) dan droplet (percikan), biasanya dari batuk penderita TB. Kuman ini dapat menyerang seluruh bagian tubuh, meskipun sering ditemukan menyerang saluran pernapasan manusia, terutama paru. TB dapat disembuhkan, dengan dilakukan pengobatan dan kontrol teratur. seseorang yang positif terinfeksi TB, maka harus dilakukan pengobatan dengan strategi DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course) , strategi pengawasan langsung pengobatan jangka pendek. Mengutamakan pengawasan minum obat selama masa perawatan, mencegah pasien putus obat, serta pencarian dan penemuan kasus baru dimasyarakat. Strategi yang sangat efektif dalam menangani pasien TB
Jenis Indikator	<div> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome </div>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien TB yang tidak sesuai dengan strategi DOTS
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien TB diruangan paru
Target Pencapaian	0%
Kriteria Inklusi	Jumlah pasien TB yang tidak sesuai dengan strategi DOTS
Kriteria Eksklusi	Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien TB yang tidak sesuai dengan strategi DOTS}}{\text{Jumlah pasien TB diruangan paru}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Sumber Data	Rekam Medik Catatan Data
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Penanganan Pasien TB yang Tidak Sesuai Strategi DOTS
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<div> <input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input type="checkbox"/> Triwulan </div>

Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulanan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>	
Penanggung Jawab	PIC Data	

19. Ruang Kelas 3 Terpadu : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap ≤24 Jam

RUANGAN KELAS 3 TERPADU : KELENGKAPAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP ≤24 JAM	
Judul Indikator	Ruangan Kelas 3 Terpadu : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap ≤24 Jam
Dasar Pemikiran	Indikator ini menggambarkan kepatuhan petugas untuk mendokumentasikan layanan rawat inap yang diberikan kepada pasien. Ketidaklengkapan rekam medis berisiko secara hukum dan evaluasi terhadap kualitas layanan yang diberikan tidak dapat dilakukan
Dimensi Mutu	<div> <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat </div> <div> <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketepatan <input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Fokus pada pasien </div>
Tujuan	Tergambarnya pemahaman dan kedisiplinan SDM Keperawatan dalam melakukan pengkajian/ asesmen pada saat pasien masuk Rumah Sakit
Definisi operasional	<p>Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan rawat inap ≤ 24 jam adalah Pengisian asesmen awal keperawatan yang dilakukan oleh Perawat secara lengkap dalam waktu ≤ 24 jam yang dimulai dari jam registrasi pasien masuk rawat inap sampai pencatatan asesmen awal keperawatan rawat inap lengkap.</p> <p>Asesmen awal keperawatan lengkap :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas pasien 2. Alergi 3. Keadaan Umum 4. Data Psikologis, sosial, ekonomi, dan spiritual 5. Skrining status fungsional 6. Skrining Gizi 7. Pengkajian risiko jatuh 8. Skrining nyeri 9. Kebutuhan aktivitas dan istirahat 10. Kebutuhan Nutrisi dan Cairan 11. Kebutuhan Eliminasi 12. Identifikasi penyakit yang membahayakan diri sendiri atau lingkungan 13. Rencana pemulangan pasien (<i>Discharge Planning</i>) 14. Daftar masalah keperawatan 15. Nama dan Tanda tangan Perawat yang melakukan pengkajian
Jenis Indikator	<div> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome </div>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat inap dengan asesmen awal keperawatan yang lengkap dalam waktu ≤24 jam
Denominator (Penyebut)	Total jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat inap
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Semua pasien baru yang dirawat inap
Kriteria Eksklusi	Tidak ada

Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat inap dengan asesmen awal keperawatan yang lengkap dalam waktu } \leq 24 \text{ jam}}{\text{Total jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat inap}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input checked="" type="checkbox"/> <i>Concurrent</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Asesmen Awal Keperawatan
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	PIC Data

20. Poliklinik : Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit

POLIKLINIK : KELENGKAPAN ASESMEN AWAL MEDIS PASIEN RAWAT JALAN ≤60 MENIT	
Judul Indikator	Poliklinik : Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit
Dasar Pemikiran	Indikator ini menggambarkan kepatuhan petugas untuk mendokumentasikan layanan rawat jalan yang diberikan kepada pasien. Ketidaklengkapan rekam medis berisiko secara hukum dan evaluasi terhadap kualitas layanan yang diberikan tidak dapat dilakukan
Dimensi Mutu	<div><div><input type="checkbox"/> Kelayakan</div><div><input type="checkbox"/> Ketersediaan</div><div><input type="checkbox"/> Kesiambungan</div><div><input type="checkbox"/> Ketepatan</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri</div><div><input type="checkbox"/> Manfaat</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi</div><div><input type="checkbox"/> Fokus pada pasien</div></div>

Instrumen Pengambilan Data	Formulir Asesmen Awal Medis
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	PIC Data

21. Poliklinik : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit

POLIKLINIK : KELENGKAPAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN PASIEN RAWAT JALAN ≤60 MENIT	
Judul Indikator	Poliklinik : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit
Dasar Pemikiran	Indikator ini menggambarkan kepatuhan petugas untuk mendokumentasikan layanan rawat jalan yang diberikan kepada pasien. Ketidaklengkapan rekam medis berisiko secara hukum dan evaluasi terhadap kualitas layanan yang diberikan tidak dapat dilakukan
Dimensi Mutu	<div> <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat </div> <div> <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketepatan <input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Fokus pada pasien </div>
Tujuan	Tergambarnya pemahaman dan kedisiplinan SDM Keperawatan dalam melakukan pengkajian/ asesmen pada saat pasien masuk Rumah Sakit
Definisi operasional	<p>Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan rawat jalan ≤ 60 menit adalah Pengisian asesmen awal keperawatan yang dilakukan oleh Perawat secara lengkap dalam waktu ≤ 60 menit yang dimulai dari jam registrasi pasien masuk rawat jalan sampai pencatatan asesmen awal keperawatan rawat jalan lengkap.</p> <p>Asesmen awal keperawatan lengkap :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas pasien 2. Alergi 3. Keadaan Umum 4. Data Psikologis, sosial, ekonomi, dan spiritual 5. Skrining Nyeri 6. Skrining status fungsional 7. Skrining Gizi 8. Pengkajian risiko jatuh 9. Kebutuhan Eliminasi 10. Daftar Masalah Keperawatan 11. Rencana Asuhan/ Terapi/ Instruksi 12. Tanggal/Jam/Perawat/Bidan yang melakukan pengkajian
Jenis Indikator	<div> <input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Outcome </div> <div> <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome </div>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat jalan dengan asesmen awal keperawatan yang lengkap dalam waktu ≤60 menit
Denominator (Penyebut)	Total jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat jalan
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Semua pasien baru yang dirawat jalan
Kriteria Eksklusi	Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat jalan dengan asesmen awal keperawatan yang lengkap dalam waktu } \leq 60 \text{ menit}}{\text{Total jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat jalan}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Sumber Data	Rekam Medik

Instrumen Pengambilan Data	Formulir Asesmen Awal Keperawatan
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	PIC Data

22. Farmasi : Kepatuhan Apoteker dalam Melakukan Asuhan Kefarmasian ≤48 Jam di CPPT

FARMASI : KEPATUHAN APOTEKER DALAM MELAKUKAN ASUHAN KEFARMASIAN ≤48 JAM DI CPPT	
Judul Indikator	Farmasi : Kepatuhan Apoteker dalam Melakukan Asuhan Kefarmasian ≤48 Jam di CPPT
Dasar Pemikiran	Seluruh PPA dapat berkoordinasi dan berkolaborasi secara interprofesional dalam memberikan asuhan pada pasien secara efektif
Dimensi Mutu	<div> <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat </div> <div> <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Ketepatan <input type="checkbox"/> Efisiensi </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Fokus pada pasien </div>
Tujuan	Meningkatkan keselamatan pasien
Definisi operasional	Kepatuhan apoteker dalam melakukan asuhan kefarmasian ≤48 jam di CPPT adalah pengisian CPPT pada saat pasien masuk dalam waktu ≤48 jam (tidak termasuk hari libur) mulai dari registrasi rawat inap sampai dengan dilakukan asuhan kefarmasian dan tercatat dalam CPPT.
Jenis Indikator	<div> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome </div> <div> <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome </div>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah asuhan kefarmasian yang dilakukan oleh apoteker ≤48 jam (dalam CPPT)
Denominator (Penyebut)	Jumlah Rekam Medis yang di evaluasi
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Semua pasien di rawat inap
Kriteria Eksklusi	1. Pasien IGD 2. Pasien rawat jalan 3. Pasien pulang meninggal 4. Pasien masuk dan pulang diluar jam dinas dan pada hari libur 5. Pasien yang belum mendapatkan terapi obat
Formula	$\frac{\text{Jumlah asuhan kefarmasian yang dilakukan oleh apoteker} \leq 48 \text{ jam (dalam CPPT)} \times 100\%}{\text{Jumlah Rekam Medis yang di evaluasi}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Apoteker dalam Melakukan Asuhan Kefarmasian ≤48 Jam di CPPT
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<div> <input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input type="checkbox"/> Triwulan </div>
Periode Pelaporan Data	<div> <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input type="checkbox"/> Triwulan </div>
Periode Analisa Data	<div> <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan </div>

Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	PIC Data

23. Laboratorium : Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium Rawat Jalan
<120 menit

LABORATORIUM : WAKTU TUNGGU HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM RAWAT JALAN	
Judul Indikator	Laboratorium : Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium Rawat Jalan
Dasar Pemikiran	Peraturan menteri Kesehatan No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, dalam lampiran sasaran 2 meningkatkan komunikasi yang efektif, seperti pelaporan hasil pemeriksaan labor dan hasil pemeriksaan segera/ <i>cito</i>
Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Efektivitas <input type="checkbox"/> Ketepatan <input type="checkbox"/> Efisiensi <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan labolatorium yang mudah dan cepat di akses oleh pasien
Definisi operasional	1. Waktu tunggu hasil laboratorium rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan sejak sampel diambil sampai hasil labor keluar 2. Standar waktu hasil laboratorium rawat jalan adalah <120 menit
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> <i>Outcome</i> <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Menit
Numerator (Pembilang)	Jumlah waktu tunggu hasil laboratorium rawat jalan yang <120 menit
Denominator (Penyebut)	Jumlah hasil laboratorium rawat jalan yang di survei
Target Pencapaian	<120 menit
Kriteria Inklusi	Pasien rawat jalan yang melakukan pemeriksaan labolatorium
Kriteria Eksklusi	Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah waktu tunggu hasil laboratorium rawat jalan yang } < 120 \text{ menit}}{\text{Jumlah hasil laboratori rawat jalan yang di survei}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> <i>Concurrent</i>
Sumber Data	Rekam Medik Pelaporan Hasil Laboratorium
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Hasil Laboratorium Rawat Jalan
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	PIC Data

24. Laboratorium : Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium IGD <60 Menit

LABORATORIUM : WAKTU TUNGGU HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM IGD <60 MENIT	
Judul Indikator	Laboratorium : Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium IGD <60 Menit
Dasar Pemikiran	Peraturan menteri Kesehatan No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, dalam lampiran sasaran 2 meningkatkan komunikasi yang efektif, seperti pelaporan hasil pemeriksaan labor dan hasil pemeriksaan segera/ <i>cito</i> .
Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Kesiambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Ketepatan <input type="checkbox"/> Efisiensi <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan labolatorium yang mudah dan cepat di akses oleh pasien
Definisi operasional	1. Waktu tunggu hasil laoratorium IGD adalah waktu yang dibutuhkan sejak sampel diambil sampai hasil labor keluar 2. Standar waktu hasil laboratorium IGD adalah <60 menit
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> <i>Outcome</i> <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Menit
Numerator (Pembilang)	Jumlah waktu tunggu hasil laboratorium IGD yang <60 menit
Denominator (Penyebut)	Jumlah hasil laboratorium IGD yang di survei
Target Pencapaian	<60 menit
Kriteria Inklusi	Pasien IGD yang melakukan pemeriksaan labolatorium
Kriteria Eksklusi	Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah waktu tunggu hasil laboratorium IGD yang <60 Menit}}{\text{Jumlah hasil laboratori rawat jalan yang di survei}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> <i>Concurrent</i>
Sumber Data	Rekam Medik Pelaporan Hasil Laboratorium
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Hasil Laboratorium IGD
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	PIC Data

25. Radiologi : Angka Kerusakan Film Radiologi (*Reject Film*)

RADIOLOGI : ANGKA KERUSAKAN FIL RADIOLOGI (<i>REJECT FILM</i>)	
Judul Indikator	Radiologi : Angka Kerusakan Film Radiologi (<i>Reject Film</i>)
Dasar Pemikiran	1. KMK nomor 375/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Radiografer 2. KMK nomor 1014/Menkes/SK/XI/2008 tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostic Di Sarana Pelayanan Kesehatan
Dimensi Mutu	<div> <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat </div> <div> <input type="checkbox"/> Kesenambungan <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketepatan <input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi </div> <div> <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien </div>
Tujuan	Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kegagalan film rontgen adalah kondisi dimana film yang dicetak rusak akibat alat <i>error</i> sehingga harus dilakukan pencetakan ulang
Jenis Indikator	<div> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> <i>Outcome</i> </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan <i>Outcome</i> </div>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah kegagalan film rontgen dalam jangka waktu 1 bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah semua pasien yang dirontgen dalam periode yang sama
Target Pencapaian	<2%
Kriteria Inklusi	Semua kejadian kegagalan film rontgen
Kriteria Eksklusi	Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah kegagalan film rontgen dalam jangka waktu 1 bulan}}{\text{Jumlah semua pasien yang dirontgen dalam periode yang sama}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input checked="" type="checkbox"/> <i>Concurrent</i>
Sumber Data	Catatan Data
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Angka Kerusakan Film Radiologi
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	PIC Data

26. Gizi : Kepatuhan Ahli Gizi dalam Memberikan Asuhan kepada Pasien Beresiko Malnutrisi (MST >2 atau *Skor Strong Kids* 4-5) dalam Waktu 2x24 Jam

GIZI : KEPATUHAN AHLI GIZI DALAM MEMBERIKAN ASUHAN KEPADA PASIEN BERESIKO MALNUTRISI (MST >2 ATAU <i>SKOR STRONG KIDS</i> 4-5)	
Judul Indikator	Gizi : Kepatuhan Ahli Gizi dalam Memberikan Asuhan kepada Pasien Beresiko Malnutrisi (MST >2 atau <i>Skor Strong Kids</i> 4-5) dalam Waktu 2x24 Jam
Dasar Pemikiran	Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit
Dimensi Mutu	<div> <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input checked="" type="checkbox"/> Manfaat </div> <div> <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien </div>
Tujuan	Memberikan Pelayanan sesuai SPO dari Instalasi Gizi
Definisi operasional	<p>Asuhan Gizi adalah : Proses yang dimulai dari pengkajian gizi ,penegakan diagnosis gizi, intervensi gizi serta monitoring dan evaluasi gizi. Beresiko malnutrisi adalah: pasien dengan MST > 2</p> <p>Kepatuhan ahli gizi dalam memberikan asuhan gizi kepada pasien beresiko malnutrisi adalah ketaatan ahli gizi dalam melengkapi pengkajian asuhan gizi di CPPT pada pasien beresiko malnutrisi dengan (MST >2 atau <i>Skor Strong Kids</i> 4-5) dalam waktu 2x24 jam dimulai dari diketahuinya hasil MST/Skor <i>Strong Kids</i> sampai dengan asuhan gizi terisi lengkap .</p>
Jenis Indikator	<div> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> <i>Outcome</i> </div> <div> <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan <i>Outcome</i> </div>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Pasien dengan MST > 2 atau <i>Skor Strong Kids</i> 4-5 yang dilakukan asuhan gizi dalam waktu 2x24 jam
Denominator (Penyebut)	Semua pasien dengan MST > 2 atau <i>Skor Strong Kids</i> 4-5
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Pasien yang dirawat dengan MST > 2 atau <i>Skor Strong Kids</i> 4-5
Kriteria Eksklusi	Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Pasien dengan MST > 2 atau Skor Strong Kids 4-5 yang dilakukan asuhan gizi dalam waktu 2x24 jam}}{\text{Semua pasien dengan MST > 2 atau Skor Strong Kids 4-5}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input checked="" type="checkbox"/> <i>Concurrent</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan ahli gizi
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<div> <input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input type="checkbox"/> Triwulan </div>
Periode Pelaporan Data	<div> <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input type="checkbox"/> Triwulan </div>
Periode Analisa Data	<div> <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan </div>

Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	PIC Data

27. Gizi : Ketepatan Cita Rasa Makanan Pasien Rawat Inap

GIZI : KETEPATAN CITA RASA MAKANAN PASIEN RAWAT INAP	
Judul Indikator	Gizi : Ketepatan Cita Rasa makanan Pasien Rawat Inap
Dasar Pemikiran	Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit
Dimensi Mutu	<div><div><input type="checkbox"/> Kelayakan</div><div><input type="checkbox"/> Ketersediaan</div><div><input type="checkbox"/> Kesinambungan</div><div><input type="checkbox"/> Ketepatan waktu</div><div><input type="checkbox"/> Keselamatan</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri</div><div><input type="checkbox"/> Manfaat</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien</div></div>

28. Gizi : Sisa Makanan yang Tidak Termakan Pasien

GIZI : SISA MAKANAN YANG TIAK TERMAKAN PASIEN	
Judul Indikator	Gizi : Sisa Makanan yang Tidak Termakan Pasien
Dasar Pemikiran	Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit
Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Keselamatan <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan unit gizi
Definisi operasional	Adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien di rawat inap dengan melihat/ observasi sisa makanan yang disediakan
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien rawat inap yang di survey dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang di survey dalam satu bulan, kecuali ruang rawat jantung, neurologi, dan ICU
Target Pencapaian	≤20%
Kriteria Inklusi	Pasien rawat inap
Kriteria Eksklusi	1. Pasien rawat jalan 2. Pasien IGD 3. Pasien hemodialisa 4. Pasien ruang rawat jantung 5. Pasien ruang rawat neurologi 6. Pasien ruang rawat ICU
Formula	$\frac{\text{Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien rawat inap yang di survey dalam satu bulan} \times 100\%}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap yang di survey dalam satu bulan, kecuali ruang rawat jantung, neurologi, dan ICU}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input checked="" type="checkbox"/> Sensus Harian
Sumber Data	Survey
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Sisa Makanan yang Tidak Termakan Pasien
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan
Penyajian Data	Run Chart
Penanggung Jawab	PIC Data

29. Gizi : Kesalahan Diet Pasien

GIZI : KESALAHAN DIET PASIEN	
Judul Indikator	Gizi : Kesalahan Diet Pasien
Dasar Pemikiran	Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit
Dimensi Mutu	<div><div><input type="checkbox"/> Kelayakan</div><div><input type="checkbox"/> Ketersediaan</div><div><input type="checkbox"/> Kesiambungan</div><div><input type="checkbox"/> Ketepatan waktu</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Manfaat</div><div><input type="checkbox"/> Efektifitas</div><div><input type="checkbox"/> Efisiensi</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien</div></div>

30. IPLRS : Kecepatan Waktu Kunjungan Tenaga IPLRS terhadap Laporan Perbaikan Ruangan dan Gangguan Jaringan Air Bersih dalam Waktu ≤24 Jam

IPLRS : KECEPATAN WAKTU KUNJUNGAN TENAGA IPLRS TERHADAP LAPORAN PERBAIKAN RUANGAN DAN GANGGUAN JARINGAN AIR BERSIH DALAM WAKTU ≤24 JAM	
Judul Indikator	IPLRS : Kecepatan Waktu Kunjungan Tenaga IPLRS terhadap Laporan Perbaikan Ruangan dan Gangguan Jaringan Air Bersih dalam Waktu ≤24 Jam
Dasar Pemikiran	IPLRS sebagai unit yang bertanggung jawab dalam pemeliharaan dan perbaikan sarana dan prasarana non medik, melakukan kegiatan preventif, korektif serta promotif, dalam hal melakukan kegiatan korektif di IPLRS menerima laporan kerusakan dari unit atau bangsal. IPLRS memberikan rentang waktu 1 x 24 untuk teknisi agar melakukan pemeriksaan terhadap laporan kerusakan
Dimensi Mutu	<div> <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input checked="" type="checkbox"/> Manfaat </div> <div> <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi </div> <div> <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien </div>
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan di unit IPLRS
Definisi operasional	Keterlambatan waktu menangani kerusakan /gangguan pada ruangan atau jaringan air bersih adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan diterima (lisan maupun tertulis) sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap gangguan yang dilaporkan, dengan standar waktu maksimal 24 jam setelah gangguan dilaporkan.
Jenis Indikator	<div> <input checked="" type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome </div> <div> <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome </div>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Laporan kerusakan/gangguan yang dilakukan pemeriksaan dalam waktu ≤24 jam
Denominator (Penyebut)	Laporan kerusakan/gangguan dari unit/bangsal
Target Pencapaian	80%
Kriteria Inklusi	Laporan kerusakan/gangguan yang bukan gangguan emergency utilitas
Kriteria Eksklusi	Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Laporan kerusakan/gangguan yang dilakukan pemeriksaan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam}}{\text{Laporan kerusakan/gangguan dari unit/bangsal}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Sumber Data	Laporan dari unit/bangsal
Instrumen Pengambilan Data	Formulir laporan kerusakan/gangguan IPLRS
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<div> <input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input type="checkbox"/> Triwulan </div>
Periode Pelaporan Data	<div> <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input type="checkbox"/> Triwulan </div>

Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulanan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	PIC Data

31. IPSRS : Kecepatan Waktu Kunjungan Teknisi terhadap laporan Pemeriksaan Kerusakan/Gangguan Sarana dalam Waktu ≤24 Jam

IPSRS : KECEPATAN WAKTU KUNJUNGAN TEKNISI TERHADAP LAPORAN PEMERIKSAAN KERUSAKAN/GANGGUAN SARANA DALAM WAKTU ≤24 JAM	
Judul Indikator	IPSRS : Kecepatan Waktu Kunjungan Teknisi terhadap Laporan Pemeriksaan Kerusakan/Gangguan Sarana dalam Waktu ≤24 Jam
Dasar Pemikiran	IPSRS sebagai unit yang bertanggung jawab dalam pemeliharaan dan perbaikan sarana dan prasarana, melakukan kegiatan preventif, korektif serta promotif, dalam hal melakukan kegiatan korektif di IPSRS menerima laporan kerusakan dari unit atau bangsal. IPSRS memberikan rentang waktu 1 x 24 untuk teknisi agar melakukan pemeriksaan terhadap laporan kerusakan
Dimensi Mutu	<div> <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input checked="" type="checkbox"/> Manfaat </div> <div> <input type="checkbox"/> Kesiambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi </div> <div> <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien </div>
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan di unit IPSRS
Definisi operasional	Keterlambatan waktu menangani kerusakan /gangguan sarana adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan diterima (lisan maupun tertulis) sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap gangguan yang dilaporkan
Jenis Indikator	<div> <input checked="" type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome </div> <div> <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome </div>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Laporan kerusakan/gangguan yang dilakukan pemeriksaan dalam waktu ≤24 jam
Denominator (Penyebut)	Laporan kerusakan/gangguan dari unit/bangsal
Target Pencapaian	80%
Kriteria Inklusi	Laporan kerusakan/gangguan yang bukan gangguan emergency utilitas
Kriteria Eksklusi	Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Laporan kerusakan/gangguan yang dilakukan pemeriksaan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam}}{\text{Laporan kerusakan/gangguan dari unit/bangsal}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Sumber Data	Laporan dari unit/bangsal
Instrumen Pengambilan Data	Formulir laporan kerusakan/gangguan sarana
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<div> <input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input type="checkbox"/> Triwulan </div>
Periode Pelaporan Data	<div> <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input type="checkbox"/> Triwulan </div>
Periode Analisa Data	<div> <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan </div>

Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	PIC Data

32. CSSD : Kualitas Produk Sterilisasi dengan *Tape* Indikator Steril

CSSD : KUALITAS PRODUK STERILISASI DENGAN <i>TAPE</i> INDIKATOR STERIL	
Judul Indikator	CSSD : Kualitas Produk Sterilisasi dengan <i>Tape</i> Indikator Steril
Dasar Pemikiran	Pedoman Instalasi Pusat Sterilisasi di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input checked="" type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien
Tujuan	Mengetahui produk steril yang berkualitas dengan indikator <i>tape</i> steril
Definisi operasional	Tape indikator steril adalah indikator eksternal, indikator ini memberikan informasi bahwa bagian luar kemasan benda yang disterilkan telah melewati proses sterilisasi dengan terjadinya perubahan warna pada <i>tape</i> (menjadi hitam)
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> <i>Outcome</i> <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah alat yang <i>tape</i> indikatornya berubah menjadi warna hitam
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh alat yang disterilkan
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Alat yang akan di sterilkan
Kriteria Eksklusi	Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah alat yang } \textit{tape} \text{ indikatornya berubah menjadi warna hitam}}{\text{Jumlah seluruh alat yang disterilkan}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> <i>Concurrent</i>
Sumber Data	Catatan Data
Instrumen Pengambilan Data	Formulir kualitas produk sterilisasi dengan <i>tape</i> indikator
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	PIC Data

33. CSSD : Kesalahan Proses *Packing* dan *Labelling* Alat Steril

CSSD : KESALAHAN PROSES <i>PACKING</i> DAN <i>LABELLING</i> ALAT STERIL	
Judul Indikator	CSSD : Kesalahan Proses <i>Packing</i> dan <i>Labelling</i> Alat Steril
Dasar Pemikiran	Pedoman Instalasi Pusat Sterilisasi di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input checked="" type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Kesyukuran <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien
Tujuan	Agar tidak terjadi kesalahan pada proses <i>packing</i> dan <i>labelling</i> alat
Definisi operasional	<i>Packing</i> adalah proses penyusunan alat steril <i>Labelling</i> adalah proses pengkodean alat, terdiri dari : 1. Nama 2. Tanggal disterilkan 3. Tanggal <i>exp</i>
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> <i>Outcome</i> <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah kesalahan <i>packing</i> dan <i>labelling</i> alat steril yang terjadi selama satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah semua alat yang digunakan dalam satu bulan
Target Pencapaian	0%
Kriteria Inklusi	Semua alat yang disterilkan
Kriteria Eksklusi	Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah kesalahan } \textit{packing} \text{ dan } \textit{labelling} \text{ alat steril yang terjadi selama satu bulan}}{\text{Jumlah semua alat yang digunakan dalam satu bulan}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> <i>Concurrent</i>
Sumber Data	Pelaporan Data
Instrumen Pengambilan Data	Formulir kesalahan proses <i>packing</i> dan <i>labelling</i> alat steril
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	PIC Data

34. Gas Medis : *Respon Time* Petugas Gas Medis

GAS MEDIS : <i>RESPON TIME</i> PETUGAS GAS MEDIS	
Judul Indikator	Gas Medis : Respon Time Petugas Gas Medis
Dasar Pemikiran	Pedoman Teknis Pelaksanaan Instalasi Gas Medis
Dimensi Mutu	<div><div><input type="checkbox"/> Kelayakan</div><div><input type="checkbox"/> Ketersediaan</div><div><input type="checkbox"/> Kesyukuran</div><div><input type="checkbox"/> Ketepatan waktu</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri</div><div><input type="checkbox"/> Manfaat</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi</div><div><input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien</div></div>

35. Laundry : Linen yang Dicuci Ulang

LAUNDRY : LINEN YANG DICUCI ULANG	
Judul Indikator	Laundry : Linen yang Dicuci Ulang
Dasar Pemikiran	Linen yang sudah dicuci masih ditemukan bekas noda dan bau pada linen tersebut dan harus dicuci ulang kembali
Dimensi Mutu	<div><div><input type="checkbox"/> Kelayakan</div><div><input type="checkbox"/> Ketersediaan</div><div><input type="checkbox"/> Kesinambungan</div><div><input type="checkbox"/> Ketepatan waktu</div><div><input type="checkbox"/> Keselamatan</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Manfaat</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas</div><div><input type="checkbox"/> Efisiensi</div><div><input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien</div></div>

36. Fisioterapi : Waktu Tunggu Pelayanan Fisioterapi

FISIOTERAPI : WAKTU TUNGGU PELAYANAN FISIOTERAPI	
Judul Indikator	Fisioterapi : Waktu Tunggu Pelayanan Fisioterapi
Dasar Pemikiran	Pedoman Pelayanan Rehabilitasi Medik (fisioterapi)
Dimensi Mutu	<div><div><input type="checkbox"/> Kelayakan</div><div><input type="checkbox"/> Ketersediaan</div><div><input type="checkbox"/> Kesinambungan</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Ketepatan waktu</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri</div><div><input type="checkbox"/> Manfaat</div><div><input type="checkbox"/> Efektifitas</div><div><input type="checkbox"/> Efisiensi</div><div><input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien</div></div>

37. Hemodialisa : Kepatuhan Pasien terhadap Jadwal Hemodialisa

HEMODIALISA : KEPATUHAN PASIEN TERHADAP JADWAL HEMODIALISA	
Judul Indikator	Hemodialisa : Kepatuhan Pasien terhadap Jadwal Hemodialisa
Dasar Pemikiran	Kepatuhan terhadap pengontrolan diet dan pelaksanaan terapi sangat menunjang dalam peningkatan kesehatan dan kesejahteraan pasien dengan hemodialisa kronis. Tahap akhir dari sikap tersebut bisa mempengaruhi kualitas hidup dari penderita <i>Cronic Kindey Disease</i> (CKD)
Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Kesiambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien
Tujuan	Tergambarnya kepatuhan pasien tentang jadwal hemodialisa nya
Definisi operasional	Kepatuhan pasien tentang jadwal hemodialisa adalah kepatuhan pasien hemodialisa dalam menjalani terapi hemodialisis sesuai dengan jadwal yang di <i>advice</i> kan dokter
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> <i>Outcome</i> <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien yang hadir Hemodialisa sesuai jadwal
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien hemodialisa
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Pasien dengan gagal ginjal yang disarankan untuk hemodialisa
Kriteria Eksklusi	Pasien dengan kondisi vital yang tidak stabil
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang hadir hemodialisa sesuai jadwal}}{\text{Jumlah seluruh pasien hemodialisa}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> <i>Concurrent</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan pasien terhadap jadwal hemodialisa
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	PIC Data

38. UTD RS : Permintaan Produk Darah yang Tidak Terpakai

UTDRS : PERMINTAAN PRODUK DARAH YANG TIDAK TERPAKAI											
Judul Indikator	UTDRS : Permintaan Produk Darah yang Tidak Terpakai										
Dasar Pemikiran	<p>Order darah dan produk darah adalah hal yang sangat penting dalam setiap prosedur pembedahan maupun kondisi lainnya. Darah dan produk darah memiliki jumlah yang terbatas sehingga sangatlah penting penggunaan darah dan produk darah dipertahankan dan digunakan ketika sangat dibutuhkan.</p> <p>Jika angka tidak terpakainya produk darah yang sudah diorder cukup tinggi maka akan menyebabkan terbuangnya biaya untuk pemeriksaan crossmatch dan golongan darah, serta terganggunya stock darah yang harusnya tersedia di bank darah</p> <p>Khosrang et.al., Blood Tranfusion, 2013</p>										
Dimensi Mutu	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kelayakan</td><td><input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ketersediaan</td><td><input type="checkbox"/> Manfaat</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kesiambungan</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas</td></tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ketepatan waktu</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Keselamatan</td><td><input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat	<input type="checkbox"/> Kesiambungan	<input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas	<input checked="" type="checkbox"/> Ketepatan waktu	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien
<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri										
<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat										
<input type="checkbox"/> Kesiambungan	<input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas										
<input checked="" type="checkbox"/> Ketepatan waktu	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi										
<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien										
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk meningkatkan mutu dan efektifitas pelayanan Unit Transfusi Darah 2. Untuk meminimalkan jumlah produk darah yang tidak terpakai 										
Definisi operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permintaan produk darah dari DPJP untuk pasien tetapi ada yang tidak terpakai oleh pasien yang bersangkutan 2. Setiap jumlah permintaan produk darah yang tidak terpakai atau dibatalkan dengan alasan pasien meninggal, pulang paksa, dan dirujuk atau darah untuk persiapan operasi yang tidak jadi terpakai 										
Jenis Indikator	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Struktur</td><td><input type="checkbox"/> Outcome</td></tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Proses</td><td><input type="checkbox"/> Proses dan Outcome</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Outcome	<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Proses dan Outcome						
<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Outcome										
<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Proses dan Outcome										
Satuan Pengukuran	Persentase										
Numerator (Pembilang)	Jumlah permintaan produk darah yang tidak terpakai										
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh permintaan darah dalam bulan yang sama										
Target Pencapaian	10%										
Kriteria Inklusi	Seluruh permintaan darah dari DPJP pada Unit Transfusi Darah.										
Kriteria Eksklusi	Tidak ada										
Formula	$\frac{\text{Jumlah permintaan produk darah yang tidak terpakai}}{\text{Jumlah seluruh permintaan darah dalam bulan yang sama}} \times 100\%$										
Metode Pengumpulan Data	<table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif</td><td><input type="checkbox"/> Concurrent</td></tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent								
<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent										
Sumber Data	Catatan Data										
Instrumen Pengambilan Data	Formulir permintaan produk darah yang tidak terpakai										
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi										
Periode Pengumpulan Data	<table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Harian</td><td><input type="checkbox"/> Semester</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bulanan</td><td><input type="checkbox"/> Tahunan</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Triwulan</td><td></td></tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> Harian	<input type="checkbox"/> Semester	<input type="checkbox"/> Bulanan	<input type="checkbox"/> Tahunan	<input type="checkbox"/> Triwulan					
<input checked="" type="checkbox"/> Harian	<input type="checkbox"/> Semester										
<input type="checkbox"/> Bulanan	<input type="checkbox"/> Tahunan										
<input type="checkbox"/> Triwulan											
Periode Pelaporan Data	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Harian</td><td><input type="checkbox"/> Semester</td></tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Bulanan</td><td><input type="checkbox"/> Tahunan</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Triwulan</td><td></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Harian	<input type="checkbox"/> Semester	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan	<input type="checkbox"/> Tahunan	<input type="checkbox"/> Triwulan					
<input type="checkbox"/> Harian	<input type="checkbox"/> Semester										
<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan	<input type="checkbox"/> Tahunan										
<input type="checkbox"/> Triwulan											

Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulanan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	PIC Data

39. UTDRS : Ketersediaan Darah dalam Waktu 60 Menit

UTDRS : KETERSEDIAAN DARAH DALAM WAKTU 60 MENIT	
Judul Indikator	UTDRS : Ketersediaan Darah dalam Waktu 60 Menit
Dasar Pemikiran	Kejadian yang dimaksud adalah keterlambatan aktu penyediaan darah lebih dari 60 menit
Dimensi Mutu	<div><div><input type="checkbox"/> Kelayakan</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Ketersediaan</div><div><input type="checkbox"/> Kesinambungan</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Ketepatan waktu</div><div><input type="checkbox"/> Keselamatan</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri</div><div><input type="checkbox"/> Manfaat</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi</div><div><input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien</div></div>

40. PKRS : Pelaksanaan Penyuluhan Kesehatan

PKRS : PELAKSANAAN PENYULUHAN KESEHATAN	
Judul Indikator	PKRS : Pelaksanaan Penyuluhan Kesehatan
Dasar Pemikiran	Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 004/MENKES/SK/II/2012 tentang Petunjuk Teknis Promosi Kesehatan Rumah Sakit
Dimensi Mutu	<div> <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input checked="" type="checkbox"/> Manfaat </div> <div> <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi </div> <div> <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien </div>
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mewujudkan Rumah Sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat memberikan informasi dan edukasi kepada Keluarga Pasien agar mampu mendampingi Pasien dalam proses penyembuhan dan mencegah Pasien tidak mengalami sakit berulang, menjaga, dan meningkatkan kesehatannya, serta menjadi agen perubahan dalam hal kesehatan 2. Mewujudkan Rumah Sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat memberikan informasi dan edukasi kepada Pengunjung Rumah Sakit agar mampu mencegah penularan penyakit dan berperilaku hidup sehat
Definisi operasional	<p>Penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan informasi-informasi pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bias melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan serta terjadi peningkatan pengetahuan, keterampilan, dan sikap</p> <p>Penyuluhan kesehatan adalah pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga maupun kepada masyarakat melalui media langsung dan tidak langsung (media sosial dan TV edukasi di rumah sakit)</p>
Jenis Indikator	<div> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome </div>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pelaksanaan kegiatan penyuluhan kelompok dalam periode evaluasi
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh kegiatan penyuluhan kelompok periode evaluasi
Target Pencapaian	80%
Kriteria Inklusi	Semua penyuluhan kesehatan yang dilakukan
Kriteria Eksklusi	Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah pelaksanaan kegiatan penyuluhan kelompok dalam periode evaluasi}}{\text{Jumlah seluruh kegiatan penyuluhan kelompok periode evaluasi}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<div> <input type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent </div>
Sumber Data	Laporan penyuluhan
Instrumen Pengambilan Data	Formulir pelaksanaan penyuluhan kesehatan
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi

Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulanan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>	
Penanggung Jawab	PIC Data	

41. Penyimpanan : Kehilangan Rekam Medis

PENYIMPANAN : KEHILANGAN REKAM MEDIS	
Judul Indikator	Penyimpanan : Kehilangan Rekam Medis
Dasar Pemikiran	Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis
Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab petugas rekam medis dalam penyimpanan dokumen rekam medis pasien
Definisi operasional	<p>Rekam medis adalah berisi catatan identitas pasien, anamnesis, pengobatan, tindakan medis serta pelayanan lainnya yang diberikan selama di rumah sakit</p> <p>Rekam medis yang hilang adalah berkas rekam medis yang tidak ditemukan pada saat sedang diperlukan, berkas rekam medis ini bisa terselip di tempat lain, dipinjam untuk keperluan lain ataupun dibawa oleh pasien</p>
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah rekam medis yang hilang dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh rekam medis
Target Pencapaian	0%
Kriteria Inklusi	Berkas rekam medis yang tidak ditemukan saat diperlukan
Kriteria Eksklusi	Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah rekam medis yang hilang saat dibutuhkan dalam satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh rekam medis}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Sumber Data	Pelaporan Data
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kehilangan Rekam Medis
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan
Penyajian Data	Run Chart
Penanggung Jawab	PIC Data

42. Casemix : Ketepatan Pengembalian Rekam Medis Lengkap 2x24 Jam Setelah Pasien Pulang

CASEMIX : KETEPATAN PENGEMBALIAN REKAM MEDIS LENGKAP 2X24 JAM SETELAH PASIEN PULANG	
Judul Indikator	Casemix : Ketepatan Pengembalian Rekam Medis Lengkap 2x24 Jam Setelah Pasien Pulang
Dasar Pemikiran	Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis
Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab pemberi pelayanan dalam pengembalian rekam medis tepat waktu (2 x 24 Jam).
Definisi operasional	<p>Kelengkapan dan Ketepatan Rekam Medik Dalam Waktu 2 x 24 Jam yang dimaksud adalah jumlah dokumen rekam medik pasien rawat inap yang diisi lengkap dan dikembalikan ke pengelola rekam medik dalam waktu 2 x 24 jam setelah pasien pulang.</p> <p>Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis</p>
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu 2 x 24 jam setelah pasien pulang
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien pulang
Target Pencapaian	>80%
Kriteria Inklusi	Seluruh dokumen rekam medis pasien pulang rawat inap
Kriteria Eksklusi	Dokumen rekam medis pasien rawat jalan
Formula	$\frac{\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu 2 x 24 jam setelah pasien pulang}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien pulang}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Sumber Data	Rekam Medis
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Ketepatan Pengembalian Rekam Medis Lengkap 2x24 Jam Setelah Pasien Pulang
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan
Penyajian Data	Run Chart
Penanggung Jawab	PIC Data

43. IT : Angka Respon Time Penanganan Trouble Hardware

IT : ANGKA RESPON TIME PENANGANAN TROUBLE HARDWARE	
Judul Indikator	IT : Angka <i>Respon Time</i> Penanganan <i>Trouble Hardware</i>
Dasar Pemikiran	Mengetahui berapa lama waktu yang dibutuhkan dari laporan <i>user</i> terhadap penanganan <i>trouble</i>
Dimensi Mutu	<div><div><input type="checkbox"/> Kelayakan</div><div><input type="checkbox"/> Ketersediaan</div><div><input type="checkbox"/> Kesiambungan</div><div><input type="checkbox"/> Ketepatan waktu</div><div><input type="checkbox"/> Keselamatan</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri</div><div><input type="checkbox"/> Manfaat</div><div><input type="checkbox"/> Efektifitas</div><div><input type="checkbox"/> Efisiensi</div><div><input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien</div></div>

44. Kepegawaian : Ketepatan Waktu Periode Proses Kenaikan Pangkat

KEPEGAWAIAN : KETEPATAN WAKTU PERIODE PROSES KENAIKAN PANGKAT	
Judul Indikator	Kepegawaian : Ketepatan Waktu Periode Proses Kenaikan Pangkat
Dasar Pemikiran	PP No 12 tahun 2002 tentang kenaikan pangkat pegawai negeri sipil
Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input checked="" type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas <input checked="" type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien
Tujuan	Untuk mengetahui ketepatan waktu proses kenaikan pangkat fungsional dan reguler
Definisi operasional	Proses kenaikan pangkat merupakan mutasi dari pangkat yang lebih rendah ke pangkat yang lebih tinggi bagi PNS dengan jabatan fungsional tertentu atau fungsional umum melalui proses verifikasi kelengkapan berkas, pembuatan usul nota D2, serta pembuatan pengantar sesuai ketentuan yang berlaku
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah usul penerbitan Surat Keputusan Kenaikan Pangkat tepat waktu pada satu periode .
Denominator (Penyebut)	Jumlah usul penerbitan kenaikan pangkat pada satu periode
Target Pencapaian	85%
Kriteria Inklusi	1. PNS yang memiliki kinerja dengan kategori baik 2. PNS dengan nilai PAK bagi JFT atau 4 tahun dari KP terakhir bagi JFU
Kriteria Eksklusi	PNS yang sedang mengikuti tugas belajar/CLTN
Formula	$\frac{\text{Jumlah usul penerbitan Surat Keputusan Kenaikan Pangkat tepat waktu pada satu periode}}{\text{Jumlah usul penerbitan kenaikan pangkat pada satu periode}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Sumber Data	Data SIMKA
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Ketepatan Waktu Periode Proses Kenaikan Pangkat
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan
Penyajian Data	Run Chart
Penanggung Jawab	PIC Data

45. Umum : Rerata Waktu Pendistribusian Surat Tepat Sasaran

UMUM : RERATA WAKTU PENDISTRIBUSIAN SURAT TEPAT SASARAN	
Judul Indikator	Umum : Rerata Waktu Pendistribusian Surat Tepat Sasaran
Dasar Pemikiran	Ketepatan pendistribusian surat mencerminkan mutu pelayanan administrasi bagian umum
Dimensi Mutu	<div><div><input type="checkbox"/> Kelayakan</div><div><input type="checkbox"/> Ketersediaan</div><div><input type="checkbox"/> Kesinambungan</div><div><input type="checkbox"/> Ketepatan waktu</div><div><input type="checkbox"/> Keselamatan</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri</div><div><input type="checkbox"/> Manfaat</div><div><input type="checkbox"/> Efektifitas</div><div><input type="checkbox"/> Efisiensi</div><div><input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien</div></div>

46. Dikontrakkan : Persentase Kebersihan Ruangan terhadap Kinerja *Cleaning Service* di Unit Kerja

DIKONTRAKKAN : PERSENTASE KEBERSIHAN RUANGAN TERHADAP KINERJA <i>CLEANING SERVICE</i> DI UNIT KERJA	
Judul Indikator	Dikontrakkan : Persentase Kebersihan Ruangan terhadap Kinerja <i>Cleaning Service</i> di Unit Kerja
Dasar Pemikiran	Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 1204/MENKES/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit
Dimensi Mutu	<input checked="" type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri <input checked="" type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat <input checked="" type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Kesiambungan <input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien
Tujuan	1. Menciptakan lingkungan RSUD Dr.M.Zein Painan yang bersih, nyaman dan sehat. 2. Mencegah terjadinya infeksi nosokomial di lingkungan RSUD Dr.M.Zein Painan.
Definisi operasional	Persentase kebersihan ruangan terhadap kinerja <i>Cleaning Service</i> di unit kerja RSUD Dr.M. Zein Painan adalah penilaian kebersihan lingkungan di setiap unit kerja oleh petugas RSUD Dr. M. Zein terhadap kinerja <i>Cleaning Service</i>
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> <i>Outcome</i> <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah skor tingkat kebersihan ruangan di unit kerja yang ada di RSUD Dr.M. Zein Painan
Denominator (Penyebut)	Jumlah skor yang harus dicapai
Target Pencapaian	≥85%
Kriteria Inklusi	
Kriteria Eksklusi	
Formula	$\frac{\text{Jumlah skor tingkat kebersihan ruangan di unit kerja yang ada di RSUD Dr.M. Zein Painan}}{\text{Jumlah skor yang harus dicapai}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input checked="" type="checkbox"/> <i>Concurrent</i>
Sumber Data	Sistem Pelaporan Catatan Data
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kebersihan Ruangan terhadap Kinerja <i>Cleaning Service</i> di Unit Kerja
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	PIC Data

47. Komite PPI : Angka Kejadian *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP)

KOMITE PPI : ANGKA KEJADIAN <i>VENTILATOR ASSOCIATED PNEUMONIA</i> (VAP)											
Judul Indikator	Komite PPI : Angka Kejadian <i>Ventilator Associated Pneumonia</i> (VAP)										
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kementerian Kesehatan RI Pedoman Surveilans Infeksi 2012 2. NSW Health Infection Control Program Quality Monitoring Indicators 2005 (www.health.nsw.gov.au) 3. Indikator Kinerja BLU Tahun 2017 4. PMK No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan 										
Dimensi Mutu	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kelayakan</td><td><input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ketersediaan</td><td><input type="checkbox"/> Manfaat</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kesiambungan</td><td><input type="checkbox"/> Efisiensi</td></tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan</td><td><input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas	<input type="checkbox"/> Kesiambungan	<input type="checkbox"/> Efisiensi	<input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien
<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri										
<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat										
<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas										
<input type="checkbox"/> Kesiambungan	<input type="checkbox"/> Efisiensi										
<input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien										
Tujuan	Terwujudnya penyelenggaraan system pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit										
Definisi operasional	<p><i>Ventilator Associated Pneumonia</i> (VAP) adalah : infeksi saluran napas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik > 48 jam, dan sebelumnya tidak ditemukan tanda-tanda infeksi saluran napas.</p> <p>Kriteria :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ditemukan minimal dari tanda dan gejala klinis Leukopenia ($<4.000 \text{ WBC/mm}^3$) atau Leukositosis ($\geq 12.000 \text{ SDP/mm}^3$). b. Untuk penderita berumur ≥ 70 tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya. c. Minimal disertai 2 dari tanda berikut <ul style="list-style-type: none"> • Timbulnya onset baru sputum purulent atau perubahan sifat sputum • Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau dyspnea (sesak napas) atau tachypnea • Ronki basah atau suara napas bronchial • Memburuknya pertukaran gas, misalnya disaturasi O_2 ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 240$), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan ventilator). <p>Dasar diagnosis :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Adanya bukti secara radiologis adalah jika ditemukan > 2 foto serial <ul style="list-style-type: none"> • Infiltrat baru atau progresif yang menetap • Konsolidasi • Kavitasi • Pneumatoceles pada bayi berumur < 1 tahun b. Atau memenuhi kriteria Clinical Pulmonary Infection Score (CPIS) ≥ 7 poin 										
Jenis Indikator	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Struktur</td><td><input type="checkbox"/> Outcome</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Proses</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Outcome	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome						
<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Outcome										
<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome										
Satuan Pengukuran	Persentase										
Numerator (Pembilang)	Jumlah Kasus Infeksi <i>Ventilator Associated Pneumonia</i> (VAP)										
Denominator (Penyebut)	Jumlah lama hari pemakaian ETT atau terpasang Ventilator										
Target Pencapaian	<5,0‰										
Kriteria Inklusi	Pasien yang menggunakan Ventilator > 48 jam										

Kriteria Eksklusi	Pasien dengan riwayat Pneumonia sebelumnya
Formula	$\frac{\text{Jumlah Kasus Infeksi Ventilator Associated Pneumonia (VAP)}}{\text{Jumlah lama hari pemakaian ETT atau terpasang Ventilator}} \times 1000\%$
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input checked="" type="checkbox"/> Concurrent
Sumber Data	Rekam Medis (Surveilans) SIM-RS
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Monitoring Angka Kejadian Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan
Penyajian Data	Run Chart
Penanggung Jawab	IPCN

48. Komite PPI : Angka Kejadian *Hospital Acquired Pneumonia* (HAP)

KOMITE PPI : ANGKA KEJADIAN <i>HOSPITAL ACQUIRED PNEUMONIA</i> (HAP)											
Judul Indikator	Komite PPI : Angka Kejadian <i>Hospital Acquired Pneumonia</i> (HAP)										
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kementerian Kesehatan RI Pedoman Surveilans Infeksi 2012 2. NSW Health Infection Control Program Quality Monitoring Indicators 2005 (www.health.nsw.gov.au) 3. Indikator Kinerja BLU Tahun 2017 4. PMK No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan 										
Dimensi Mutu	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kelayakan</td><td><input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ketersediaan</td><td><input type="checkbox"/> Manfaat</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu</td><td><input type="checkbox"/> Efektifitas</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kesinambungan</td><td><input type="checkbox"/> Efisiensi</td></tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan</td><td><input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efektifitas	<input type="checkbox"/> Kesinambungan	<input type="checkbox"/> Efisiensi	<input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien
<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri										
<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat										
<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efektifitas										
<input type="checkbox"/> Kesinambungan	<input type="checkbox"/> Efisiensi										
<input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien										
Tujuan	Menurunkan angka kejadian <i>Hospital Acquired Pneumonia</i> (HAP)										
Definisi operasional	<i>Hospital Acquired Pneumonia</i> (HAP) adalah infeksi pada parenkim paru setelah pasien dirawat di rumah sakit > 48 jam tanpa dilakukan intubasi dan sebelumnya tidak menderita infeksi saluran nafas bawah.										
Jenis Indikator	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Struktur</td><td><input type="checkbox"/> Outcome</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Proses</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Outcome	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome						
<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Outcome										
<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome										
Satuan Pengukuran	Persentase										
Numerator (Pembilang)	Jumlah Kasus <i>Hospital Acquired Pneumonia</i> (HAP)										
Denominator (Penyebut)	Jumlah hari rawat seluruh pasien total care										
Target Pencapaian	<1‰										
Kriteria Inklusi	<p>Ditemukan minimal dari tanda dan gejala kilnis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$ tanpa ditemui penyebab lainnya) • Leukopenia ($<4.000\text{WBC}/\text{mm}^3$) <p>Dan minimal disertai 2 dari tanda berikut</p> <ul style="list-style-type: none"> • Timbulnya onset baru sputum purulent atau perubahan sifat sputum • Peningkatan fraksi inspirasi Oksigen $\geq 0,2$ dari FiO_2 sebelumnya 										
Kriteria Eksklusi	Pasien yang sudah pneumonia dari rumah atau luar rumah sakit										
Formula	$\frac{\text{Jumlah Kasus } \textit{Hospital Acquired Pneumonia} \text{ (HAP)}}{\text{Jumlah hari rawat seluruh pasien total care}} \times 1000\text{‰}$										
Metode Pengumpulan Data	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Retrospektif</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Concurrent</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent								
<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent										
Sumber Data	Rekam Medis (Surveilans) SIM-RS										
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Angka Kejadian <i>Hospital Acquired Pneumonia</i> (HAP)										
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi										
Periode Pengumpulan Data	<table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Harian</td><td><input type="checkbox"/> Semester</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bulanan</td><td><input type="checkbox"/> Tahunan</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Triwulan</td><td></td></tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> Harian	<input type="checkbox"/> Semester	<input type="checkbox"/> Bulanan	<input type="checkbox"/> Tahunan	<input type="checkbox"/> Triwulan					
<input checked="" type="checkbox"/> Harian	<input type="checkbox"/> Semester										
<input type="checkbox"/> Bulanan	<input type="checkbox"/> Tahunan										
<input type="checkbox"/> Triwulan											
Periode Pelaporan Data	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Harian</td><td><input type="checkbox"/> Semester</td></tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Bulanan</td><td><input type="checkbox"/> Tahunan</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Triwulan</td><td></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Harian	<input type="checkbox"/> Semester	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan	<input type="checkbox"/> Tahunan	<input type="checkbox"/> Triwulan					
<input type="checkbox"/> Harian	<input type="checkbox"/> Semester										
<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan	<input type="checkbox"/> Tahunan										
<input type="checkbox"/> Triwulan											

Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulanan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	IPCN

49. Komite PPI : Angka Kejadian Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)

KOMITE PPI : ANGKA KEJADIAN INFEKSI ALIRAN DARAH PRIMER (IADP)											
Judul Indikator	Komite PPI : Angka Kejadian Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)										
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kementerian Kesehatan RI Pedoman Surveilans Infeksi 2012 2. NSW Health Infection Control Program Quality Monitoring Indicators 2005 (www.health.nsw.gov.au) 3. Indikator Kinerja BLU Tahun 2017 4. PMK No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan 										
Dimensi Mutu	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kelayakan</td><td><input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ketersediaan</td><td><input type="checkbox"/> Manfaat</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu</td><td><input type="checkbox"/> Efektifitas</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kesinambungan</td><td><input type="checkbox"/> Efisiensi</td></tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan</td><td><input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efektifitas	<input type="checkbox"/> Kesinambungan	<input type="checkbox"/> Efisiensi	<input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien
<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri										
<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat										
<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efektifitas										
<input type="checkbox"/> Kesinambungan	<input type="checkbox"/> Efisiensi										
<input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien										
Tujuan	Menurunkan angka kejadian infeksi aliran darah primer (IADP)										
Definisi operasional	Infeksi aliran darah terkait pemasangan infus umbilikal										
Jenis Indikator	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Struktur</td><td><input type="checkbox"/> Outcome</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Proses</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Outcome	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome						
<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Outcome										
<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome										
Satuan Pengukuran	Persentase										
Numerator (Pembilang)	Jumlah kejadian infeksi aliran darah primer pada pasien dengan pemasangan infus umbilikal										
Denominator (Penyebut)	Jumlah hari rawat pemasangan infus umbilikal										
Target Pencapaian	≤3,5‰										
Kriteria Inklusi	<p>Ditemukan salah satu ciri berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Ditemukan pathogen dari biakan specimen darah dari kateter intravaskuler dan dari darah perifer tidak berkaitan dengan infeksi di tempat lain b) Pasien dengan minimal satu gejala atau tanda sebagai berikut : demam > 38 °C, menggigil atau hipotensi tanpa penyebab lainnya dan diperoleh hasil laboratorium yang positif yang tidak berhubungan dengan infeksi di tempat lain c) Dugaan infeksi aliran darah terkait pemasangan kateter intravaskuler pada anak berusia < 1 tahun : memiliki minimal satu dari tanda-tanda berikut : <ul style="list-style-type: none"> • Demam (suhu tubuh > 38 °C per rektal) • Hipotermia (< 37 °C per rektal), apnea atau brakardia • Tidak ditemukan sumber infeksi selain pemasangan kateter vascular • Terdapat bakteri pathogen dalam biakan kuman 										
Kriteria Eksklusi	Pasien dengan IAD sebelum pemasangan CVL										
Formula	$\frac{\text{Jumlah kejadian infeksi aliran darah primer pada pasien dengan pemasangan infus umbilikal}}{\text{Jumlah hari rawat pemasangan infus umbilikal}} \times 1000\%$										
Metode Pengumpulan Data	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Retrospektif</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Concurrent</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent								
<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent										
Sumber Data	Rekam Medis (Surveilans) SIM-RS										
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Angka Kejadian Enfeksi Aliran Darah Primer (IADP)										
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi										

Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulanan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>	
Penanggung Jawab	IPCN	

50. Komite PPI : Infeksi Daerah Operasi (IDO)

KOMITE PPI : INFEKSI DAERAH OPERASI (IDO)											
Judul Indikator	Komite PPI : Infeksi Daerah Operasi (IDO)										
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kementerian Kesehatan RI Pedoman Surveilans Infeksi 2012 2. NSW Health Infection Control Program Quality Monitoring Indicators 2005 (www.health.nsw.gov.au) 3. Indikator Kinerja BLU Tahun 2017 4. PMK No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan 										
Dimensi Mutu	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kelayakan</td><td><input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ketersediaan</td><td><input type="checkbox"/> Manfaat</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kesenambungan</td><td><input type="checkbox"/> Efisiensi</td></tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan</td><td><input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas	<input type="checkbox"/> Kesenambungan	<input type="checkbox"/> Efisiensi	<input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien
<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri										
<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat										
<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas										
<input type="checkbox"/> Kesenambungan	<input type="checkbox"/> Efisiensi										
<input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien										
Tujuan	Terwujudnya kematangan proses bisnis dan organisasi Komite PPIRS secara merata di seluruh unit kerja/departemen										
Definisi operasional	Infeksi luka operasi adalah infeksi yang terjadi luka operasi atau organ/ruang yang terjadi dalam waktu 30 sampai 90 hari pasca tindakan operasi										
Jenis Indikator	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Struktur</td><td><input type="checkbox"/> Outcome</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Proses</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Outcome	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome						
<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Outcome										
<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome										
Satuan Pengukuran	Persentase										
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien yang terinfeksi IDO										
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien yang dioperasi										
Target Pencapaian	$\leq 2 \%$										
Kriteria Inklusi	<p>Infeksi luka operasi di bagi 3 yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Infeksi luka operasi superficial/<i>surgical site infection superficial incisional site (SSI)</i> adalah infeksi luka operasi yang terjadi 30 hari setelah operasi dan hanya mengenai kulit dan jaringan subkutane dengan gejala : aliran nanah purulen dari tempat insisi atau terdapat minimal salah satu gejala infeksi berikut yaitu : bengkak, kemerahan, nyeri, panas 2. Infeksi luka operasi dalam (profunda)/ <i>surgical site infection (SSI) Deep incisional</i> adalah infeksi yang terjadi 30 hari sampai 90 hari pasca tindakan operasi dengan kriteria terdapat salah satu keadaan sebagai berikut : Terdapat drainase purulen dari tempat insisi dalam, biakan positif dari specimen berupa cairan yang keluar dari luka atau jaringan insisi dalam yang diambil dengan cara aseptik. Insisin superficial yang disengaja dibuka oleh dokter dan memberikan hasil kultur dan terdapat setidaknya satu gejala atau tanda seperti bengkak, kemerahan, nyeri, demam dengan suhu 38°C. dokter yang merawat menyatakan infeksi 3. Infeksi luka operasi organ/rongga adalah infeksi yang terjadi 30 hari sampai 90 hari pasca tindakan operasi menyangkut bagian tubuh kecuali insisi kulit, fascia, lapisan otot yang dibuka atau dimanipulasi selama tindakan operasi dan terdapat paling sedikit satu keadaan berikut : terdapat drainase purulen yang berasal dari drain yang ditempatkan pada organ/rongga terkait, biakan positif dari spesimen berupa cairan yang keluar dari luka atau jaringan organ/rongga terkait, abses, atau tanda infeksi yang melibatkan organ/rongga yang dibuktikan dengan pemeriksaan langsung, prosedur invasif, pemeriksaan histologi atau pemeriksaan radiologi dan dokter yang menangani menyatakan 										

	<p>terjadi IDO</p> <p>Jenis operasi</p> <p>Bersih</p> <p>Dilakukan pada daerah/kulit yang pada kondisi pra bedah tidak terdapat peradangan dan tidak membuka Traktus respiratorius, Traktus Urinarius, Traktur Biliar. Operasi berencana dengan penutupan kulit primer, dengan atau tanpa pemakaian drain tertutup.</p> <p>Bersih Tercemar</p> <p>Luka operasi yang membuka Traktus Digestivus, Traktus Biliar, Traktus urinarius, Traktus Respiratorius sampai dengan orofaring atau Traktur reproduksi kecuali ovarium.</p>
Kriteria Eksklusi	Pasien yang dioperasi di RS luar RSUD Dr. M. Zein Painan
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang terinfeksi IDO}}{\text{Jumlah pasien yang dioperasi}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input checked="" type="checkbox"/> <i>Concurrent</i>
Sumber Data	Rekam Medis (Surveilans) SIM-RS
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Infeksi Daerah Operasi (IDO)
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	IPCN

51. Komite PPI :Angka Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK)

KOMITE PPI : ANGKA KEJADIAN INFEKSI SALURAN KEMIH (ISK)											
Judul Indikator	Komite PPI : Angka Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK)										
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kementerian Kesehatan RI Pedoman Surveilans Infeksi 2012 2. NSW Health Infection Control Program Quality Monitoring Indicators 2005 (www.health.nsw.gov.au) 3. Indikator Kinerja BLU Tahun 2017 4. PMK No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan 5. Program Quality Monitoring Indicators 2005 										
Dimensi Mutu	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kelayakan</td><td><input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ketersediaan</td><td><input type="checkbox"/> Manfaat</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu</td><td><input type="checkbox"/> Efektifitas</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kesiambungan</td><td><input type="checkbox"/> Efisiensi</td></tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan</td><td><input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efektifitas	<input type="checkbox"/> Kesiambungan	<input type="checkbox"/> Efisiensi	<input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien
<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri										
<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat										
<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efektifitas										
<input type="checkbox"/> Kesiambungan	<input type="checkbox"/> Efisiensi										
<input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien										
Tujuan	Terwujudnya kematangan proses bisnis dan organisasi Komite PPIRS secara merata di seluruh unit kerja/departemen										
Definisi operasional	Infeksi Saluran Kemih (ISK) merupakan jenis infeksi yang terjadi pada saluran kemih murni (uretra dan permukaan kandung kemih) atau melibatkan bagian yang lebih dalam dari organ-organ pendukung saluran kemih (ginjal, ureter, kandung kemih, uretra dan jaringan sekitar retroperitoneal atau rongga perinefrik), karena penggunaan kateter urine > 48 jam										
Jenis Indikator	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Struktur</td><td><input type="checkbox"/> Outcome</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Proses</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Outcome	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome						
<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Outcome										
<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome										
Satuan Pengukuran	Persentase										
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien yang terinfeksi kateter urine										
Denominator (Penyebut)	Jumlah hari terpasang kateter urine										
Target Pencapaian	≤4,7‰										
Kriteria Inklusi	<p>Ditemukan minimal dari tanda dan gejala klinis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demam (> 38⁰C) • Urgensi • Frekuensi • Disuria, atau • Nyeri Supra Pubik <p>Tanda dan gejala ISK anak ≤1 tahun</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demam > 38⁰C rektal • Hipotermi < 37⁰C rektal • Apnea • BradikardiaLetargia • Muntah-muntah <p>Tes Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tes carik celup (dipstick) positif untuk leukosit esterase dan/atau nitrit • Piuri (terdapat ± 10 leukosit per ml atau terdapat 3 leukosit per LPB (mikroskop kekuatan tinggi/1000x) dari urin tanpa dilakukan sentrifugasi) • Ditemukan kuman dengan pewarnaan Gram dari urin yang tidak disentrifugasi • Paling sedikit 2 kultur urin ulangan didapatkan uropatogen yang sama (bakteri gram negatif atau S. saprohyticus) dengan jumlah ≥10² koloni per ml dari urin yang tidak dikemihkan 										

	(kateter atau aspirasi suprapublik) <ul style="list-style-type: none"> • Kultur ditemukan $\leq 10^5$ koloni/ml kuman patogen tunggal (bakteri gram negatif atau <i>S. saprophyticus</i>) pada pasien yang dalam pengobatan antimikroba efektif untuk ISK • Dokter mendiagnosis sebagai ISK • Dokter memberikan terapi yang sesuai untuk ISK
Kriteria Eksklusi	Pasien dengan ISK sebelum pemasangan kateter urine menetap
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang terinfeksi kateter urine}}{\text{Jumlah hari terpasang kateter urine}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input checked="" type="checkbox"/> <i>Concurrent</i>
Sumber Data	Rekam Medis (Survailens) SIM-RS
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Angka Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK)
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	IPCN

52. Komite PPI : Angka Kejadian Infeksi Luka Infus (ILI)/ Phlebitis

KOMITE PPI : ANGKA KEJADIAN INFEKSI LUKA INFUS (ILI) /PHLEBITIS											
Judul Indikator	Komite PPI : Angka Kejadian Infeksi Luka Infus (ILI) / Phlebitis										
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kementerian Kesehatan RI Pedoman Surveilans Infeksi 2012 2. NSW Health Infection Control Program Quality Monitoring Indicators 2005 (www.health.nsw.gov.au) 3. Indikator Kinerja BLU Tahun 2017 4. PMK No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan 										
Dimensi Mutu	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kelayakan</td><td><input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ketersediaan</td><td><input type="checkbox"/> Manfaat</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu</td><td><input type="checkbox"/> Efektifitas</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kesinambungan</td><td><input type="checkbox"/> Efisiensi</td></tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan</td><td><input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efektifitas	<input type="checkbox"/> Kesinambungan	<input type="checkbox"/> Efisiensi	<input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien
<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri										
<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat										
<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efektifitas										
<input type="checkbox"/> Kesinambungan	<input type="checkbox"/> Efisiensi										
<input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien										
Tujuan	Terwujudnya kematangan proses bisnis dan organisasi Komite PPIRS secara merata di seluruh unit kerja/departemen										
Definisi operasional	Phlebitis adalah : pada daerah lokal tusukan infus ditemukan tanda-tanda merah, sepeh terbakar, bengkak, sakit bila ditekan, ulkus sampai eksudat purulen atau mengeluarkan cairan bila ditekan.										
Jenis Indikator	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Struktur</td><td><input type="checkbox"/> Outcome</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Proses</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Outcome	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome						
<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Outcome										
<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome										
Satuan Pengukuran	Persentasi										
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien yang terinfeksi phlebitis										
Denominator (Penyebut)	Jumlah hari pemasangan infus perifer										
Target Pencapaian	1‰										
Kriteria Inklusi	Pasien yang terpasang infus perifer										
Kriteria Eksklusi	Pasien dengan phlebitis sebelum pemasangan IVL										
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang terinfeksi phlebitis}}{\text{Jumlah hari pemasangan infus perifer}} \times 1000\%$										
Metode Pengumpulan Data	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Retrospektif</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Concurrent</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent								
<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent										
Sumber Data	Rekam Medis (Survailens) SIM-RS										
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Angka Kejadian Infeksi Luka Infus (ILI)										
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi										
Periode Pengumpulan Data	<table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Harian</td><td><input type="checkbox"/> Semester</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bulanan</td><td><input type="checkbox"/> Tahunan</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Triwulan</td><td></td></tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> Harian	<input type="checkbox"/> Semester	<input type="checkbox"/> Bulanan	<input type="checkbox"/> Tahunan	<input type="checkbox"/> Triwulan					
<input checked="" type="checkbox"/> Harian	<input type="checkbox"/> Semester										
<input type="checkbox"/> Bulanan	<input type="checkbox"/> Tahunan										
<input type="checkbox"/> Triwulan											
Periode Pelaporan Data	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Harian</td><td><input type="checkbox"/> Semester</td></tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Bulanan</td><td><input type="checkbox"/> Tahunan</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Triwulan</td><td></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Harian	<input type="checkbox"/> Semester	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan	<input type="checkbox"/> Tahunan	<input type="checkbox"/> Triwulan					
<input type="checkbox"/> Harian	<input type="checkbox"/> Semester										
<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan	<input type="checkbox"/> Tahunan										
<input type="checkbox"/> Triwulan											
Periode Analisa Data	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Harian</td><td><input type="checkbox"/> Semester</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bulanan</td><td><input type="checkbox"/> Tahunan</td></tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Triwulan</td><td></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Harian	<input type="checkbox"/> Semester	<input type="checkbox"/> Bulanan	<input type="checkbox"/> Tahunan	<input checked="" type="checkbox"/> Triwulan					
<input type="checkbox"/> Harian	<input type="checkbox"/> Semester										
<input type="checkbox"/> Bulanan	<input type="checkbox"/> Tahunan										
<input checked="" type="checkbox"/> Triwulan											
Penyajian Data	Run Chart										
Penanggung Jawab	IPCN										

53. Komite Mutu : Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Unit ke Komite Mutu

KOMITE MUTU : KETEPATAN WAKTU PENYAMPAIAN LAPORAN UNIT KE KOMITE MUTU	
Judul Indikator	Komite Mutu : Ketepatan Waktu Penyampaian laporan Unit ke Komite Mutu
Dasar Pemikiran	Untuk menciptakan efektivitas dan ketepatan waktu dalam penyampaian/pengumpulan laporan unit ke komite mutu
Dimensi Mutu	<div> <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri </div> <div> <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas </div> <div> <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Efisiensi </div> <div> <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien </div>
Tujuan	Tergambarnya ketepatan waktu penyampaian laporan dari unit/bangsai kepada komite mutu
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyampaian laporan unit ke komite mutu adalah ketepatan waktu setiap unit/bangsai dalam menyampaikan/mengirimkan laporan mutu kepada komite mutu, baik <i>hardcopy</i> maupun <i>softcopy</i> pada minggu pertama bulan selanjutnya
Jenis Indikator	<div> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome </div> <div> <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome </div>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah unit/bangsai yang mengirim laporan mutu pada minggu pertama bulan selanjutnya
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh unit/bangsai yang membuat laporan mutu
Target Pencapaian	80%
Kriteria Inklusi	Seluruh unit yang membuat laporan mutu
Kriteria Eksklusi	Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah unit/bangsai yang mengirim laporan mutu pada minggu pertama bulan selanjutnya}}{\text{Jumlah seluruh unit/bangsai yang membuat laporan mutu}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Sumber Data	Laporan pencatatan
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Ketepatan Waktu Penyampaian laporan Unit ke Komite Mutu
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<div> <input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input type="checkbox"/> Triwulan </div>
Periode Pelaporan Data	<div> <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input type="checkbox"/> Triwulan </div>
Periode Analisa Data	<div> <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester </div> <div> <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan </div>
Penyajian Data	Run Chart
Penanggung Jawab	PIC Data

54. Komite Keperawatan : Angka Kredensial dan Re Kredensial Perawat dan Bidan

KOMITE KEPERAWATAN : ANGKA KREDENSIAL DAN RE KREDENSIAL PERAWAT DAN BIDAN	
Judul Indikator	Komite Keperawatan : Angka Kredensial dan Re Kredensial Perawat dan Bidan
Dasar Pemikiran	1. Undang-undang Republik Indonesia No. 44 tentang Rumah Sakit 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 40 tahun 2017 tentang jenjang karir perawat. 3. Permenkes RI No.49/Menkes/Per/IV/2013 tentang Penyelenggaraan Komite Keperawatan di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	<input checked="" type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Kesiambungan <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien
Tujuan	Untuk meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan serta tata kelolaklinis yang baik agar mutu pelayanan keperawatan yang berorientasi pada keselamatan pasien di rumah sakit lebih terjamin dan terlindungi
Definisi operasional	Kredensial adalah proses evaluasi dan verifikasi terhadap perawat untuk menilai dan menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis sesuai kompetensinya Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (<i>clinical privilege</i>) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah petugas yang sudah dikredensial dalam satu periode pelaksanaan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh petugas yang akan di kredensial
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Seluruh Perawat dan Bidan yang memberikan pelayanan langsung ke pasien
Kriteria Eksklusi	Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah petugas yang sudah di kredensial dalam satu periode pelaksanaan}}{\text{Jumlah seluruh petugas yang akan di kredensial}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Sumber Data	Dokumen kepegawaian
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Angka Kredensial dan Re Kredensial Perawat dan Bidan
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan

Periode Analisa Data	<div><div><input type="checkbox"/> Harian</div><div><input type="checkbox"/> Bulanan</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Triwulan</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Semester</div><div><input type="checkbox"/> Tahunan</div></div>
Penyajian Data	<i>Run Chart</i>
Penanggung Jawab	PIC Data

55. Timkordik : Kelengkapan Data Peserta Didik

TIMKORDIK : KELENGKAPAN DATA PESERTA DIDIK	
Judul Indikator	Timkordik : Kelengkapan Data Peserta Didik
Dasar Pemikiran	Melakukan monitoring dan evaluasi Peserta Didik
Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Berorientasi pada pasien
Tujuan	Melengkapi persyaratan administrasi peserta didik
Definisi operasional	Kelengkapan data peserta didik adalah terpenuhinya persyaratan administrasi peserta didik yang melaksanakan pendidikan di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah peserta didik yang lengkap sesuai dengan persyaratan yang harus dipenuhi
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh peserta didik
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Seluruh peserta didik
Kriteria Eksklusi	Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah peserta didik yang lengkap sesuai dengan persyaratan yang harus dipenuhi}}{\text{Jumlah seluruh peserta didik}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input checked="" type="checkbox"/> Concurrent
Sumber Data	Data Laporan dari Bagian
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kelengkapan Data Peserta Didik
Besar Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Periode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Pelaporan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Triwulan
Periode Analisa Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan
Penyajian Data	Run Chart
Penanggung Jawab	PIC Data