



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Lampiran surat

Nomor : 1286/UN4.24.10/KP.02.00/2023
Tanggal : 01 Februari 2023
Perihal : Permohonan Penerbitan SK Profil
Indikator Mutu RS Universitas Hasanuddin
Tahun 2023

INDIKATOR MUTU TAHUN 2023
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

1. INDIKATOR MUTU NASIONAL

1. Kepatuhan kebersihan tangan :
2. Kepatuhan penggunaan APD :
3. Kepatuhan identifikasi pasien : Total
4. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi
5. Waktu tunggu rawat jalan
6. Penundaan operasi elektif
7. Kepatuhan jam visite dokter
8. Pelaporan hasil kritis laboratorium
9. Kepatuhan penggunaan formularium Nasional
10. Kepatuhan terhadap alur klinis (*Clinical Pathway*) : Hipertensi, DM , TB, HIV, Keganasan
11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
12. Kecepatan waktu tanggap komplain
13. Kepuasan pasien

2. INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT (IMP-RS)

A. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien

1. Identifikasi Pasien : Kepatuhan identifikasi pasien
2. Komunikasi Efektif : Kepatuhan pelaksanaan SBAR (Situation, Background, Asesment, Request) dalam hand over)
3. Komunikasi Efektif : Kepatuhan Perintah Lisan dengan TBAK pasien.
4. Kewaspadaan Obat yang harus Diwaspadai : Kepatuhan pelabelan obat high alert
5. Ketepatan Penandaan Lokasi Operasi, Ketepatan Jenis Operasi, Ketepatan Pasien : Kelengkapan pengisian surgical safety ceklist pasien bedah
6. Pencegahan Infeksi terkait Pelayanan Kesehatan: Kepatuhan cuci tangan berdasarkan 6 langkah dan 5 moments petugas dan peserta didik
7. Pengurangan Risiko Cedera pada Pasien Jatuh: Upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

B. Indikator pelayanan klinis prioritas Bedah

1. Kepatuhan visite DPJP Bedah
2. Kepatuhan visite DPJP anestesi
3. Kelengkapan asesmen pra bedah elektif dan CITO
4. Kelengkapan asesmen pra anestesi elektif dan CITO
5. Ketersediaan linen steril dan instrument steril untuk keperluan di kamar operasi
6. Ketersediaan BHP untuk operasi elektif
7. Pembatalan operasi elektif
8. Kepatuhan cuci tangan bedah
9. Durasi operasi sejak sign in sampai time out
10. Utilisasi kamar operasi
11. Kelengkapan persiapan pasien pre operasi
12. Kelengkapan pengisian rekam medis pasien operasi
13. Kesesuaian durasi operasi dengan durasi operasi yg direncanakan

C. Indikator sesuai tujuan strategis rumah sakit (KPI)

1. Kepatuhan Penggunaan AB Profilaksis kasus bedah
2. Ketepatan waktu pemberian AB profilaksis kasus bedah
3. Kelengkapan Sarana dan Prasarana di Ruang Rawat Inap

D. Indikator terkait perbaikan sistem

1. Ketepatan waktu pemberian hasil lab. darah rutin pasien < 30 menit
2. Respon time penyerahan hasil foto pasien < 3 Jam
3. Angka kelengkapan catatan RM pasien 24 jam setelah discharge rawat inap
4. Ketepatan waktu menanggapi kerusakan alat (<15 menit)
5. Ketersediaan Obat di Unit Apotek Sesuai dengan FORNAS

E. Indikator terkait manajemen risiko

1. Pengadaan Rutin Alkes dan Obat: Kelengkapan obat dan BHP di Trolley Emergency IGD
2. Ketepatan waktu kehadiran staf sesuai dengan jam kerja
3. Angka kejadian pasien yang harus di rujuk karena tidak ketersediaan pemeriksaan penunjang

F. Indikator terkait penelitian klinis dan program pendidikan kedokteran

1. Kepatuhan supervisi DPJP Bedah terhadap peserta didik PPDS Bedah terkait pelaksanaan tindakan operasi
2. Kepatuhan supervisi DPJP Anestesi terhadap peserta didik PPDS Anestesi terkait pelaksanaan tindakan operasi
3. Kesesuaian kompetensi peserta didik PPDS bedah dengan tindakan operasi yang dilakukan



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

-
4. Kesesuaian kompetensi peserta didik PPDS Anestesi dengan tindakan anestesi yang dilakukan di kamar operasi

3. INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT (IMP-UNIT)

NO	UNIT	INDIKATOR MUTU UNIT
1	Instalasi Rawat Jalan	1. Kehadiran Dokter Penanggung jawab (DPJP) di Instalasi rawat jalan 2. Kelengkapan CP/Algoritme/Protokol Kebutuhan Pelayanan penunjang setiap penyakit atau tindakan
2	Instalasi Gawat Darurat	Masa observasi yang memanjang di IGD > 6 jam
3	Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin	RAWAT INAP : Kepatuhan visite dokter spesialis KAMAR BERSALIN : Kepatuhan visite dokter spesialis
4	Instalasi Bedah Sentral	IBS EF : Keterlambatan waktu mulai operasi IBS A : Penundaan operasi elektif
5	Instalasi Perawatan Intensif	ICU : Ketidakpatuhan DPJP melakukan visite "on-time" NICU : Risiko Ekstravasasi pada pasien yang terpasang infus
6	Instalasi Perawatan Khusus	KEMOTERAPI : Risiko Ekstravasasi Pasien Kemoterapi HEMODIALISA : Proses hemodialisis tidak selesai sesuai perencanaan karena risiko pembekuan darah pada sirkuit ekstrakorporeal
7	Instalasi Rehabilitasi Medik	Waktu tunggu pasien < 60 Menit
8	Instalasi Gigi dan Mulut	Masa tunggu yang memanjang karena dental unit dan alat terbatas > 2 jam
9	Instalasi Radioterapi	1. Uptime Alat Linac > 90% 2. Pasien Mendapatkan terapi optimal
10	Instalasi Radiologi	Berfungsinya alat di Radiologi
11	Instalasi Laboratorium Patologi Klinik dan Bank	Kesalahan dalam pelayanan pasien



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

NO	UNIT	INDIKATOR MUTU UNIT
	Darah	
12	Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi	Ketepatan Hasil Pemeriksaan
13	Instalasi Laboratorium Mikrobiologi	Ketepatan hasil pemeriksaan
14	Instalasi Forensik dan Medikolegal	Ketepatan penjemputan Jenazah
15	Instalasi FER	Identifikasi pasien secara benar
16	Instalasi Pelayanan Mata	Kepatuhan visite dokter spesialis
17	Instalasi Farmasi	Ketepatan penulisan resep/e-resep oleh dokter penanggung jawab pasien
18	Instalasi Gizi	Kepatuhan Evaluasi Menu
19	Instalasi Rekam Medik	Waktu penyediaan berkas rekam medis pelayanan rawat inap ≤ 15 menit
20	Instalasi CSSD dan Laundry	CSSD : Form paket steril terisi dengan lengkap LAUNDRY : Ketersediaan linen bersih sesuai kebutuhan ruang pelayanan
21	Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit (IPSR)	1. Ketepatan waktu pemeliharaan alat medis 2. Ketepatan waktu menyelesaikan perbaikan alat non medis
22	Kepala Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS)	Pelaksanaan pemberian edukasi wajib bagi pasien dan keluarga oleh PPA di rawat inap
23	Instalasi Pusat Simulasi	Monitoring Suhu ruang penyimpanan manikin dalam batas toleransi
24	Instalasi K3KL	K3 : ANGKA KEPATUHAN PENGGUNAAN APD TENAGA NON MEDIS



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

NO	UNIT	INDIKATOR MUTU UNIT
		KL : ANGKA KETERSEDIAAN AIR BERSIH RUMAH SAKIT
25	Instalasi Layanan Pengadaan	1. Respon time pemesanan barang dan jasa H0 s/d H30 sejak MR diterbitkan oleh unit terkait 2. Proses dokumen LPJ maksimal 15 hari kerja sejak faktur/dokumen lengkap dari perusahaan
26	Unit Pelayanan Pengaduan dan Layanan Pelanggan	Persentase pelaksanaan pengisian kusioner survey kepuasan pelanggan (eksternal)
27	Satuan Pemeriksaan Internal	1. Angka Kesiapan Dokumen dari Auditee dan Unit yang Terkait dalam Proses Audit 2. Kejadian Kesesuaian mengaplikasikan Prosedur Audit
28	Komite Medik	Keterlambatan Pelaksanaan Rekredensial bagi Dokter yang telah habis masa berlaku SPK
29	Komite Keperawatan	1. Ketersediaan Lisensi (STR, SIPP/SIK/Surat Penugasan Klinis (SPK) Aktif Perawat dan Bidan Klinis 2. Kesesuaian Surat Penugasan Klinis Perawat dan Bidan sesuai dengan Area Praktik 3. Pelaksanaan pembinaan etik dan disiplin keperawatan dan kebidanan sesuai kebutuhan 4. Pelaksanaan Evaluasi terhadap mutu profesi keperawatan melalui survey mutu profesi keperawatan
30	Komite Mutu	1. Monitoring Kelengkapan dan Kepatuhan Pengisian IMUT di Sistem Manajemen Data RS 2.
31	Komite Tenaga Kesehatan Lainnya	Ketersediaan Regulasi (Pedoman, Panduan, dan SOP) Komite Tenaga Kesehatan Lain yang mengatur terkait Tenaga Kesehatan Lain
32	Komite Etik dan Hukum	Monitoring dan evaluasi praktik nondiskriminasi dalam pemberian pelayanan klinis dan nonklinis
33	Komite Farmasi dan Terapi Rasioal	Pengendalian Pengelolaan Obat
34	Komite Pencegahan dan	Pelaksanaan Audit bundles IDO sesuai dengan Jadwal yang



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

NO	UNIT	INDIKATOR MUTU UNIT
	Pengendalian Infeksi (PPI)	ditentukan.
35	Pusat Sistem Informasi dan Telemedicine	SISTEM INFORMASI : 1. Ketersediaan Layanan Sistem Informasi 2. Ketersediaan Layanan Jaringan TELEMEDICINE : Ketepatan Waktu pembacaan hasil pemeriksaan pasien
36	Pusat Penjaminan Pasien	1. Persentase Nilai Klaim Layak Pelayanan BPJS Kesehatan 2. Ketepatan waktu pengajuan berkas klaim pelayanan ke BPJS Kesehatan
37	Pendidikan dan Penelitian	SEKSI PENDIDIKAN : 1. Kepatuhan staf terhadap regulasi rasio pembimbingan dan peserta didik SEKSI PENELITIAN : 1. Adanya Kerusakan Sampel Penelitian 2. Jumlah Publikasi Jurnal Nasional atau Internasional Yang Terafiliasi RS Unhas
38	Pelatihan	Ketersediaan Kurikulum Dan Modul Pelatihan
39	Sumber Daya Manusia	SEKSI PERENCANAAN DAN PENGEMBANGAN SDM : Diseminasi peserta pelatihan yang terselenggara SEKSI EVALUASI DAN RETENSI SDM : Pegawai yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun
40	Pelayanan Medik	SEKSI MUTU PELAYANAN MEDIK : SEKSI PELAYANAN MEDIK :
41	Penunjang Medik	SEKSI MUTU PELAYANAN PENUNJANG MEDIK : SEKSI PELAYANAN PENUNJANG MEDIK :
42	Keperawatan	SEKSI MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN : Kepatuhan pelaksanaan monitoring mutu pelayanan keperawatan & kebidanan SEKSI PELAYANAN KEPERAWATAN : Perawat & bidan



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

NO	UNIT	INDIKATOR MUTU UNIT
		dilakukan asesmen kompetensi sesuai dengan level kompetensinya
43	Penunjang Non Medik	SEKSI MUTU PELAYANAN PENUNJANG NON MEDIK : Ketepatan waktu waktu pelaporan rutin bulanan Pelayanan Penunjang non Medik SEKSI PELAYANAN KEFARMASIAN : SEKSI PELAYANAN PENUNJANG NON MEDIK :
44	Perencanaan dan Administrasi Umum	SEKSI PERENCANAAN : Realisasi tingkat pemenuhan perencanaan unit sesuai anggaran yang diterima SEKSI ADM. UMUM : Monitoring Ketepatan Waktu Pendokumentasian UMAN Rapat Direktorat Umum, Pemasaran, dan Keuangan
45	Logistik dan Operasional	SEKSI LOGISTIK DAN BARANG MILIK UNHAS : Persentase Slow-Moving dan Dead Stock barang di Gudang Logistik rumah sakit unhas SEKSI RUMAH TANGGA : 1. Monitoring Kepatuhan bebas merokok diarea rumah sakit 2. Kecepatan waktu respon staf Rumah Tangga Rumah Sakit Unhas dalam merespon laporan kerusakan alat non medis/ non eletrikal rumah sakit
46	Pemasaran dan Inovasi	SEKSI PEMASARAN DAN KOMUNIKASI : Persentase pelaksanaan pengisian kusioner survey kepuasan pelanggan (corporate) SEKSI PENGEMBANGAN BISNIS DAN INOVASI : Terlaksananya identifikasi baseline data potensi pendapatan dari unit - unit produksi eksisting RS Unhas UNIT LAYANAN PENGADUAN : Persentase pelaksanaan pengisian kusioner survey kepuasan pelanggan (eksternal)
47	Keuangan, Akuntansi, dan Pelaporan	SEKSI PERBENDAHARAAN & MOB.DANA : SEKSI AKUNTANSI MANAJEMEN :



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Nomor : 1286/UN4.24.10/KP.02.00/2023

Tanggal : 01 Februari 2023

Perihal Permohonan Penerbitan SK Profil

Indikator Mutu RS Universitas Hasanuddin

Tahun 2023

PROFIL INDIKATOR MUTU TAHUN 2023

RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

1. INDIKATOR MUTU NASIONAL

1. Kepatuhan kebersihan tangan

Judul Indikator	Kepatuhan Kebersihan Tangan
Dasar Pemikiran	1. Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien 2. Peraturan Menteri Kesehatan No.27 Tahun 2017 mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 3. Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/MENKES/104/2020 mengenai penanggulangan penyakit yang dapat menimbulkan wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat. 4. Rumah sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai dengan ketentuan WHO Guideline 2009
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Defenisi Operasional	1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (alcohol- based handrubs) dengan kandungan alcohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor. 2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO. 3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan. 4. Lima indikasi (five moment) kebersihan tangan terdiri dari: a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien. b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien. c. Sebelum melakukan prosedur aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, contoh: pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, suctioning, pemberian suntikan dan lain-lain. d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD. e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien. 5. Peluang adalah periode di antara indikasi dimana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan. 6. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan. 7. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. 8. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. 9. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan. 10. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan di unit sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan. 11. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit). 12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi. 13. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk Input ☒ Proses ☐ Output ☐ Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan
Denominator	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

(Penyebut)	periode observasi
Target Capaian	$\geq 85\%$
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan Eksklusi : -
Formula	$\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100 \%$
Metode pengumpulan data	Observasi
Sumber data	Hasil Observasi
Instrumen Pengambilan data	Formulir Kepatuhan Kebersihan Tangan
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Besar Sampel	Minimal 200 Peluang
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non probability Sampling – Consecutive sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	1. Tabel 2. <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Instrument Pengambilan Data	Sistem Manajemen Data RS dan Microsoft Excel
Penanggung jawab	Komite PPI
Validator	Komite Mutu

2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Judul Indikator	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
Dasar Pemikiran	1. Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien. 2. Peraturan Menteri Kesehatan No.27 Tahun 2017 mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 3. Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/MENKES/104/2020



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	mengenai penanggulangan penyakit yang dapat menimbulkan wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat. 4. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 5. Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri (APD). 6. Rumah Sakit harus memperhatikan kepatuhan pemberi pelayanan dalam menggunakan APD sesuai dengan prosedur.
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	1. Mengukur kepatuhan petugas Rumah Sakit dalam menggunakan APD 2. Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi
Defenisi Operasional	1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit. 2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam me 3. nggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne). 4. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi. 5. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium. 6. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan. 7. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk Input ☒ Proses ☐ Output ☐ Outcome
Numerator	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi
Denominator	Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Semua Petugas yg terindikasi harus menggunakan APD Eksklusi : -
Formula	Jumlah petugas yang APD sesuai indikasi dalam periode observasi dibagi Jumlah



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi dikalikan 100%.
Metode Pengumpulan Data	Observasi
Sumber data	Hasil Observasi
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Observasi Kepatuhan Penggunaan APD
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan data	<i>Non Probability Sampling – Consecutive Sampling</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
Periode Analisis	Per triwulan
Cara Penyajian Data	1. Tabel 2. <i>Run chart</i>
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Sistem Manajemen Data RS dan Microsoft Excel
Penanggung jawab	PPI dan K3KL
Validator	Komite Mutu dan Manajer Logistik

3. Kepatuhan identifikasi pasien

Judul Indikator	Kepatuhan Identifikasi Pasien
Dasar Pemikiran	1. Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien. 2. Ketepatan identifikasi menjadi sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien. 3. Untuk menjamin ketepatan identifikasi pasien maka diperlukan indikator yang mengukur dan memonitor tingkat kepatuhan pemberi pelayanan dalam



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	melakukan proses identifikasi. Dengan adanya indikator tersebut diharapkan pemberi pelayanan akan menjadikan identifikasi sebagai proses rutin dalam proses pelayanan.
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan tindakan pelayanan.
Defenisi operasional	1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. 2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit. 3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan). 4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti : a. Pemberian pengobatan : pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi. b. Prosedur tindakan: tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit. c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan lain. radiologi, dan lain- lain d. Kondisi tertentu: pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar. 5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang benar. Dilakukan dengan benar.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk Input ☒ Proses ☐ Output ☐ Outcome
Numerator	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi
Denominator	Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Semua pemberi pelayanan yang memberikan pelayanan kesehatan. Eksklusi : Tidak ada
Formula	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode <u>observasi</u> dibagi Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi dikali 100%
Metode Pengumpulan	Observasi



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Data	
Sumber Data	Hasil observasi
Instrumen Pengambilan data	Formulir Observasi Kepatuhan Identifikasi Pasien
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara pengambilan sampel	<i>Non Probability Sampling – Consecutive Sampling</i>
Periode Pengumpulan data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Penyajian Data	1. Tabel 2. <i>Run chart</i>
Sampel	Total sampling
Rencana analisis	Analisa persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel, SISTEM MANAJEMEN DATA RS, SIMRS
Pengumpul Data	Kepala Ruangan unit pasien terdaftar
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi unit pasien terdaftar
Validator	Seksi Mutu Pelayanan Medik

4. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi

Judul Indikator	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi
-----------------	---



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Dasar Pemikiran	1. Undang Undang No.44 tahun 2009 mengenai Rumah Sakit 2. Berdasarkan SUPAS tahun 2015, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2015 adalah 305 per 100.000 kelahiran hidup, ini masih merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara. Kejadian kematian ibu ini terbanyak ditemukan di rumah sakit sebesar 78%. Tingginya Angka Kematian Ibu ini mengindikasikan masih perlunya dilakukan peningkatan tata kelola dan peningkatan mutu pelayanan antenatal care dan persalinan. Untuk itu diperlukan indikator untuk memantau kecepatan proses pelayanan operasi seksio sesarea.
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☒ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	Tergambarnya pelayanan kegawatdaruratan operasi seksio sesarea yang cepat dan tepat sehingga mampu mengoptimalkan upaya menyelamatkan Ibu dan Bayi
Defenisi Operasional	1. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu ≤ 30 menit. 2. Seksio sesarea emergensi adalah tindakan seksio sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya. 3. Seksio sesarea emergensi kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan di mana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin. 4. Pengukuran indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan seksio sesaria.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I (satu) yang mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi ≤ 30 menit
Denominator	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I
Target Capaian	$\geq 80\%$
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Seksio sesarea emergensi kategori I Misalnya : <i>fetal distress</i> menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/forsep, ruptur uteri imminent, ruptur uteri, perdarahan ante partum dengan perdarahan aktif, Persalinan pada Bekas Seksio Sesarea (PBS).



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	Ekslusi : Tidak ada
Formula	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I yang mendapatkan tindakan seksio sesarea ≤ 30 menit dibagi Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I dikali 100%
Sumber data	Data sekunder dari rekam medik, laporan operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling, purposive sampling (tabel sampling Kretjie and Morgan)
Besar Sampel	Total sampel
Rencana Analisis	Analisis persentase
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Instrument Pengambilan Data	Formulir Waktu Tanggap Seksio Sesarea Emergensi
Penyajian Data	1. Tabel 2. <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung jawab	Kepala Instalasi unit pasien terdaftar
Validator	Seksi Mutu Pelayanan Medik

5. Waktu tunggu pasien rawat jalan

Judul Indikator	Waktu tunggu pasien rawat jalan
Dasar Pemikiran	1. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 2. Rumah sakit harus menjamin ketepatan pelayanan kesehatan termasuk di unit rawat jalan. Walaupun tidak dalam kondisi gawat maupun darurat namun tetap harus dilayani dalam waktu yang ditetapkan. Hal ini untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan pasien akan rencana diagnosis dan pengobatan. Waktu tunggu yang lama dapat menyebabkan ketidakpuasan



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	pasien dan keterlambatan diagnosis maupun pengobatan pasien.
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☒ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☐ 2. <i>Safe</i> ☒ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	Tergambarnya waktu pasien menunggu di pelayanan sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat jalan agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien.
Defenisi Operasional	1. Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis. 2. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran online. a. pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis. b. pasien mendaftar online, maka dihitung. sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendaftaran online sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis. c. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤ 60 menit
Denominator	Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi
Target Capaian	$\geq 80\%$
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Kriteria Inklusi : Pasien yang berobat di rawat jalan Kriteria Eksklusi : a. Pasien <i>medical check up</i>, pasien poli gigi b. Pasien yang mendaftar <i>online</i> atau anjungan mandiri datang lebih dari 60 menit dari waktu yang sudah ditentukan c. Pasien yang ada tindakan pasien sebelumnya
Formula	Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤ 60 menit dibagi Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Sumber data sekunder antara lain dari:



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	1. Catatan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan 2. Rekam Medik Pasien Rawat Jalan 3. Formulir Waktu Tunggu Rawat Jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Waktu Tunggu Rawat jalan
Periode Analisis Dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengumpulan Data	Probability Sampling – Simple Random Sampling/Stratified Random sampling (berdasar poliklinik rawat jalan)
Penyajian Data	1. Tabel 2. <i>Run chart</i>
Rencana Analisis	Analisis persentase
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan
Validator	Seksi Mutu Pelayanan Medik

6. Penundaan operasi elektif

Judul Indikator	Penundaan operasi elektif
Dasar Pemikiran	1. Undang-Undang no.44 Tahun 2009 mengenai Rumah Sakit 2. Rumah sakit harus menjamin ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan termasuk pasien untuk mendapatkan hasil pelayanan seperti yang diinginkan dan menghindari komplikasi akibat keterlambatan operasi.
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☒ 3. <i>People-Centred</i> ☒ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☐ 2. <i>Safe</i> ☒ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	Tergambarnya ketepatan pelayanan bedah dan penjadwalan operasi.
Defenisi operasional	1. Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan 2. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	☐ Input ☒ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam
Denominator	Jumlah pasien operasi elektif
Target Capaian	$\leq 5\%$
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Pasien operasi elektif Eksklusi : Penundaan operasi atas indikasi medis
Formula	Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam dibagi Jumlah pasien operasi elektif dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Data sekunder dari catatan pasien yang dijadwalkan operasi dan data pelaksanaan operasi.
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penyajian Data	1. Tabel 2. <i>Run chart</i>
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Simple Random Sampling</i>
Sampel	Total sampling
Rencana analisis	Analisis Persentase
Instrument Pengambilan Data	Formulir Penundaan Operasi Elektif
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Bedah/Bedah sentral
Validator	Seksi Mutu Pelayanan Medik

7. Kepatuhan jam visite dokter

Judul Indikator	Kepatuhan jam visite dokter
Dasar Pemikiran	1. Undang-Undang No.29 Tahun 2004 mengenai Praktik Kedokteran 2. Undang-Undang No. 25 Tahun 2009 mengenai pelayanan publik 3. Pelayanan kesehatan harus berorientasi kepada kebutuhan pasien, bukan



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	kepada keinginan rumah sakit.
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☒ 3. <i>People-Centred</i> ☒ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☐ 2. <i>Safe</i> ☒ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	1. Tergambarnya kepatuhan dokter melakukan visitasi kepada pasien rawat inap sesuai waktu yang ditetapkan. 2. Waktu yang ditetapkan untuk visite adalah pukul 06.00 – 14.00.
Defenisi Operasional	Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan outcome
SatuanPengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien yang di- <i>visite</i> dokter pada pukul 06.00 – 14.00
Denominator	Jumlah pasien yang diobservasi
Target Capaian	≥ 80%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : <i>Visite</i> dokter pada pasien rawat inap Eksklusi : a. Pasien yang baru masuk rawat inap hari itu b. Pasien konsul
Formula	Jumlah pasien yang di- <i>visite</i> dokter pada pukul 06.00-14.00 dibagi Jumlah pasien yang diobservasi dikali 100%
Sumber data	Data sekunder berupa laporan <i>visite</i> rawat inap dalam rekam medic, data primer berdasarkan pengukuran petugas ruangan yg menilai langsung waktu visite dokter
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Stratified Random Sampling</i> (berdasarkan unit pelayanan)
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis Dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penyajian Data	1. Tabel 2. <i>Run chart</i>
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Waktu <i>Visite</i> Dokter
Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)
Penanggung	Kepala Instalasi Rawat Inap, Rawat Inap Khusus dan Kamar Bersalin;



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Jawab	
Validator	Seksi Mutu Pelayanan Medik

8. Pelaporan hasil kritis laboratorium

Judul Indikator	Pelaporan hasil kritis laboratorium
Dasar Pemikiran	1. Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien. 2. Kecepatan dan ketepatan pelaporan hasil laboratorium kritis sangat penting dalam kelanjutan tata laksana pasien. Hasil kritis menunjukkan kondisi pasien yang membutuhkan keputusan klinis yang segera untuk upaya pertolongan pasien dan mencegah komplikasi akibat keterlambatan.
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☒ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	1. Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium. 2. Tergambarnya sistem yang menunjukkan bagaimana nilai kritis dilaporkan dan didokumentasikan untuk menurunkan risiko keselamatan pasien.
Defenisi Operasional	1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera. 2. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analisis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan. 3. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan ≤ 30 menit.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan ≤ 30 menit
Denominator	Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	inklusi: Semua hasil pemeriksaan laboratorium memenuhi kategori hasil kritis. Eksklusi : Tidak ada
Formula	$\frac{\text{jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan} \leq 30 \text{ menit}}{\text{jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi}} \times 100\%$
Sumber data	Data sekunder dari : Catatan Data Laporan Hasil Tes Kritis Laboratorium .
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)
Cara Pengambilan	<i>Total Sample</i>



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Sampel	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penyajian Data	1. Tabel 2. <i>Run chart</i>
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Formulir Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium Patologi Klinik
Validator	Seksi Mutu Pelayanan Penunjang Medik

9. Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional

Judul Indikator	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional
Dasar Pemikiran	- Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07-MENKES-350-2020 mengenai Formularium Nasional. - Kepatuhan terhadap formularium dapat meningkatkan efisiensi dalam penggunaan obat-obatan. - Formularium rumah sakit disusun berdasarkan masukan – masukan pemberi layanan, dan pemilihannya berdasarkan berbasis bukti, efektivitas dan efisiensi. Pengadaan obat-obatan di rumah Sakit mengacu pada formularium rumah sakit.
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☒ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	Terwujudnya pelayanan obat kepada pasien yang efektif dan efisien berdasarkan daftar obat yang mengacu pada formularium nasional.
Defenisi Operasional	- Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan Digunakan sebagai acuan penulisan resep Pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program - Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah peresepan obat (R/:



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	recipe dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan outcome
Satuan pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional
Denominator	Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang diobservasi
Target Capaian	≥ 80%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Resep yang dilayani di RS Eksklusi : 1. Obat yang diresepkan di luar FORNAS tetapi dibutuhkan pasien dan telah mendapatkan persetujuan komite medik dan direktur. 2. Bila dalam resep terdapat obat di luar FORNAS karena stok obat nasional berdasarkan <i>e- katalog</i> habis/kosong.
Formula	Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional dibagi Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang diobservasi dikali 100%
Sumber data	Lembar resep di Instalasi Farmasi
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	1. Tabel 2. <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
Pengumpul Data	Koordinator Ruangan Farmasi
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi
Validator	Seksi Mutu Pelayanan Non Medik

10. Kepatuhan terhadap alur klinis (Clinical Pathway)



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Judul Indikator	Kepatuhan terhadap alur klinis <i>Clinical Pathway</i>
Dasar Pemikiran	1. Undang-Undang No.29 Tahun 2004 mengenai Praktik Kedokteran 2. Permenkes No.1438/Menkes/PER/IX/2010 mengenai Standar Pelayanan Kedokteran. Untuk menjamin kepatuhan dokter atau dokter gigi di rumah sakit terhadap standar pelayanan maka perlu dilakukan monitor kepatuhan penggunaan clinical pathway. 3. Kepatuhan terhadap alur klinis/clinical pathway adalah kepatuhan seluruh Profesional Pemberi Asuhan terhadap alur klinis/clinical pathway yang telah ditetapkan. 4. Pemilihan penyakit yang akan dilakukan pengukuran kepatuhan terhadap alur klinis/clinical pathway sesuai dengan prioritas nasional adalah: a. Hipertensi b. Diabetes mellitus c. TB d. HIV e. Keganasan 5. Pemilihan penyakit yang akan dilakukan pengukuran kepatuhan terhadap alur klinis/clinical pathway untuk RS khusus disesuaikan dengan program prioritas nasional yang ada dan pelayanan prioritas di rumah sakit tersebut.
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☒ 4. <i>Timely</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 6. <i>Equitable</i> ☐ 7. <i>integrated</i>
Tujuan	Untuk menjamin Asuhan (PPA) di kepatuhan Profesional Pemberi rumah sakit terhadap standard pelayanan dan untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis di rumah sakit.
Definisi Operasional	1. Clinical Pathway adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standard medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit. 2. Kepatuhan terhadap clinical pathway adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan clinical pathway yang ditetapkan Rumah Sakit.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Outcome ☒ Proses dan outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i>
Denominator	Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada <i>clinical pathway</i> yang diobservasi
Target Capaian	≥ 80%
Kriteria Inklusi	Inklusi : Pasien yang menderita penyakit sesuai batasan ruang lingkup <i>clinical</i>



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

dan Eksklusi	<i>pathway</i> yang diukur Eksklusi : 1. Pasien yang pulang atas permintaan sendiri selama perawatan. 2. Pasien yang meninggal 3. Variasi yang terjadi sesuai dengan indikasi klinis pasien dalam perkembangan pelayanan.
Formula	Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i> dibagi Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada <i>clinical pathway</i> yang diobservasi x 100%
Sumber Data	Data sekunder dari rekam medis pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Stratified Random Sampling</i> (berdasarkan masing-masing <i>Clinical Pathway</i>)
Penyajian Data	1. Tabel 2. <i>Run chart</i>
Periode Analisis Dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Rencana Analisis	Analisis Persentasi
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan <i>Clinical Pathway</i>
Penanggung Jawab	Komite Medik
Validator	

11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

Judul Indikator	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
Dasar Pemikiran	Permenkes No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan dalam menjalankan upaya pencegahan jatuh agar terselenggara asuhan pelayanan yang aman dan



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien
Defenisi Operasional	- Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi: - Asesment awal risiko jatuh - Assesment ulang risiko jatuh - Intervensi pencegahan risiko jatuh - Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standard yang ditetapkan rumah sakit.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh
Denominator	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh Eksklusi : Pasien yang tidak dapat dilakukan asesmen ulang maupun edukasi seperti pasien meninggal, pasien gangguan jiwa yang sudah melewati fase akut, dan pasien menolak intervensi
Formula	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh dibagi Jumlah pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh yang diobservasi kali 100%
Sumber data	Data sekunder menggunakan data dari rekam medis
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	- Tabel <i>Run chart</i>
Periode Analisis	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Besar Sampel	- Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) - Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Stratified Random Sampling</i> (berdasarkan Unit Pelayanan)
Rencana Analisis	Analisis persentasi
Instrument Pengambilan Data	Formulir Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
Penanggung	Kepala Instalasi Rawat inap dan kamar bersalin , Rawat Jalan, Rawat Khusus dan



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

jawab	Rawat Insentif
Validator	

12. Kecepatan waktu tanggap komplain

Judul Indikator	Kecepatan waktu tanggap komplain
Dasar Pemikiran	1. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 32 bahwa setiap pasien mempunyai mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan. 2. Rumah sakit berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit. Apabila selama perawatan pasien merasa bahwa rumah sakit belum menunaikan kewajiban tersebut maka pasien memiliki hak untuk mengajukan komplain. 3. Untuk itu rumah sakit perlu memiliki unit yang merespon dan menindaklanjuti keluhan tersebut dalam waktu yang telah ditetapkan agar keluhan pasien dapat segera teratasi.
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☒ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☐ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	Tergambarnya kecepatan rumah sakit dalam merespon keluhan pasien agar dapat diperbaiki dan ditingkatkan untuk sebagai bentuk pemenuhan hak pasien.
Defenisi Operasional	1. Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan grading risiko, analisis hingga tindak lanjutnya. 2. Grading risiko dan standard waktu tanggap komplain: a. Grading Merah (ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria : cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/ kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain. b. Grading Kuning (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain-lain. c. Grading Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan outcome



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Numerator	Jumlah komplain yang ditanggapi danditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan grading
Denominator	Jumlah komplain yang disurvei
Target Capaian	$\geq 80\%$
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Semua komplain (lisan, tertulis, dan media massa) Eksklusi : -
Formula	Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan sesuai dengan <i>grading</i> dibagi Jumlah komplain yang disurvei dikali 100%
Sumber data	Data sekunder dari catatan Komplain
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	1. Tabel 2. <i>Run chart</i>
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Simple Random Sampling</i>
Rencana Analisis	Persentase
Instrument Pengambilan Data	1. Formulir Komplain 2. Laporan Tindak Lanjut Komplain
Pengumpul Data	Sie Pemasaran dan Humas
Penanggung jawab	Sie Pemasaran dan Humas

13. Kepuasan pasien

Judul Indikator	Kepuasan pasien
Dasar Pemikiran	1. Undang-Undang No. 25 Tahun 2009 mengenai pelayanan public 2. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi No. 14 Tahun 2017 mengenai Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik.
Dimensi Mutu	Beri tanda ■ jika termasuk



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	☐ 1. <i>Effective</i> ☒ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☐ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	Mengukur tingkat kepuasan masyarakat sebagai dasar upaya-upaya peningkatan mutu dan terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pasien.
Defenisi Operasional	1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. 2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan. 3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Krejcie dan Morgan. 4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas Layanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien. 5. Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variabel penyusunan survey kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan. 6. Unsur survei kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi: a. Persyaratan. b. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur. c. Waktu Penyelesaian. d. Biaya/Tarif. e. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan. f. Kompetensi Pelaksana. g. Perilaku Pelaksana. h. Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan. i. Sarana dan prasarana. j. Indeks Kepuasan adalah hasil pengukuran dari kegiatan Survei Kepuasan berupa angka.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☒ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator	Tidak ada
Denominator	Tidak ada
Target Capaian	$\geq 76,61$
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Semua pasien, keluarga, pengunjung Eksklusi: Pasien yang tidak kompeten dalam mengisi kuesioner dan/atau tidak ada keluarga yang mendampingi.
Formula	Total nilai persepsi seluruh responden dibagi Total unsur yang terisi dari seluruh Responden dikali 100%
Sumber data	Hasil Survei
Periode Pengumpulan Data	Semesteran



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Periode Analisis	Semesteran, Tahunan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentasi
Instrument Pengambilan Data	Kuisisioner (terlampir)
Penanggung jawab	Customer Care
Validator	



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

2. INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT (IMP-RS)

A. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien

1) Identifikasi Pasien : Kepatuhan identifikasi pasien

Judul Indikator	Kepatuhan Identifikasi Pasien
Dasar Pemikiran	1. Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien. 2. Ketepatan identifikasi menjadi sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien. 3. Untuk menjamin ketepatan identifikasi pasien maka diperlukan indikator yang mengukur dan memonitor tingkat kepatuhan pemberi pelayanan dalam melakukan proses identifikasi. Dengan adanya indikator tersebut diharapkan pemberi pelayanan akan menjadikan identifikasi sebagai proses rutin dalam proses pelayanan.
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan tindakan pelayanan.
Defenisi operasional	6. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. 7. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit. 8. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan). 9. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti : e. Pemberian pengobatan : pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi. f. Prosedur tindakan: tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit. g. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan lain. radiologi, dan lain- lain h. Kondisi tertentu: pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar. 10. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang benar. Dilakukan dengan benar.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Output ☐ Outcome
Numerator	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Denominator	Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Semua pemberi pelayanan yang memberikan pelayanan kesehatan. Eksklusi : Tidak ada
Formula	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode <u>observasi</u> dibagi Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	Observasi
Sumber Data	Hasil observasi
Instrumen Pengambilan data	Formulir Observasi Kepatuhan Identifikasi Pasien
Besar Sampel	3. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 4. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara pengambilan sampel	<i>Non Probability Sampling – Consecutive Sampling</i>
Periode Pengumpulan data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Penyajian Data	3. Tabel 4. <i>Run chart</i>
Sampel	Total sampling
Rencana analisis	Analisa persentase
Instrument	Microsoft Excel, SISTEM MANAJEMEN DATA RS, SIMRS



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Pengambilan Data	
Pengumpul Data	Kepala Ruangan unit pasien terdaftar
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi unit pasien terdaftar
Validator	Seksi Mutu Pelayanan Medik



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

2) Komunikasi Efektif : Kepatuhan pelaksanaan SBAR (*Situation, Background, Asesment, Request*) dalam *hand over*

Judul Indikator	Kepatuhan pelaksanaan SBAR dalam <i>hand over</i>
Dasar Pemikiran	1. Permenkes No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit 3. Pedoman Keselamatan Pasien RS Unhas no. 34/UN4.24/2022
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☒ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	1. Untuk meningkatkan efektifitas proses pelaporan nilai kritis pasien dan informasi kesehatan pasien dalam shift operan 2. Untuk meningkatkan keselamatan pasien dan menghindari kesalahan dalam proses pelaporan nilai kritis dan pemberian informasi dalam shift operan 3. Untuk menjamin kesinambungan informasi kesehatan pasien antara profesional pemberi asuhan.
Defenisi operasional	Kepatuhan pelaksanaan SBAR dalam <i>hand over</i> adalah penggunaan metode SBAR (jelaskan <i>Situation, Background, Asesment dan Recommendation/Request</i>) yang dilakukan jika melaporkan nilai kritis lab/radiologi atau tanda-tanda vital pasiendan proses pemberian informasi saat shift operan dilakukan oleh staf RS. Dikatakan patuh jika telah memdokumentasikan proses pelaksanaan SBAR dan disertai validasi berupa stempel
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Outcome ☒ Proses dan outcome
Numerator	Frekuensi Pelaksanaan SBAR sesuai dengan standar
Denominator	Total frekuensi Pelaksanaan SBAR yang seharusnya dilakukan
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : terjadi pelaporan nilai kritis, shift operan Eksklusi :
Formula	Frekuensi Pelaksanaan SBAR sesuai dengan standar dibagi Total frekuensi Pelaksanaan SBAR yang seharusnya dilakukan dikali 100% ($N/D \times 100\%$)
Sumber data	Dokumentasi proses SBAR di CPPT rekam medis Buku shift operan
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan	Retrospektif



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Data	
Sampel	Total sampling
Rencana analisis	Analisa persentase
Instrument Pengambilan Data	Aplikasi excel, Buku shift operan dan Aplikasi
Pengumpul Data	Kepala Ruangan unit pasien terdaftar
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi unit pasien terdaftar
Validator	Ketua Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien

3) Kepatuhan Perintah Lisan dengan TBAK Pasien.Rawat Inap

Judul Indikator	Kepatuhan perintah lisan dengan TBAK pasien Rawat Inap
Dasar Pemikiran	1. Permenkes No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit 3. Pedoman Keselamatan Pasien RS Unhas no. 34/UN4.24/2022
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☒ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	1. Untuk meningkatkan komunikasi efektif antar petugas rumah sakit terutama dalam penyampaian perintah lisan atau verbal atau melalui telepon atau media komunikasi lainnya seperti sms, wa dan lainnya 2. Untuk menjamin keselamatan pasien agar tidak terjadi kesalahan pemberian pengobatan 3. Untuk menjaga kesinambungan informasi terkait pengobatan pasien yang terjadi antar petugas RS/PPA
Defenisi operasional	TBAK adalah metode yang digunakan saat petugas RS menerima perintah lisan atau verbal atau via telpon dari petugas lainnya atau DPJP untuk mencegah terjadinya mis komunikasi antara petugas RS/Profesional Pemberi Asuhan (PPA). Metode yang dipakai setelah menerima perintah adalah Tulis, Baca (Kembali, kalau perlu dieja) dan dikonfirmasi ke pemberi perintah agar mengisi dan menandatangani rekam medis serta member
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Output ☐ Outcome
Numerator	Jumlah perintah lisan yang melaksanakanTBAK sesua iregulasi
Denominator	Total perintah lisan dalam kurun waktu tertentu
Target Capaian	100%



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi; PPA di ruang isolasi dan PPA pelayanan penunjang
Formula	Jumlah perintah lisan yang melaksanakan TBaK sesuai regulasi dibagi Total perintah lisan dalam kurun waktu tertentu dikali 100%
Sumber data	CPPT rekam medis
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling
Rencana analisis	Analisa persentase
Instrument Pengambilan Data	Mocrosoft Excel, Aplikasi, SIMRS
Pengumpul Data	Kepala Ruangan unit pasien terdaftar
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi unit pasien terdaftar
Validator	Ketua Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien

4) Kewaspadaan Obat yang harus Diwaspadai : Kepatuhan pelabelan obat *high alert*

Judul Indikator	Kepatuhan pelabelan Obat <i>high alert</i>
Dasar Pemikiran	1. Permenkes No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit 3. Pedoman Keselamatan Pasien RS Unhas no. 34/UN4.24/2022
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	Untuk mencegah terjadinya kesalahan dalam pengambilan obat-obat yang beresiko tinggi oleh petugas farmasi/ petugas lain, yang berpotensi membahayakan keselamatan pasien
Definisi Operasional	Pelabelan obat <i>high alert</i> pada <i>trolley emergency</i> adalah pemberian label <i>high alert</i> pada obat <i>high alert</i> yang ada di RS sesuai dengan standar RS
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

	☐ Input ☒ Proses ☐ Output ☐ Outcome
Numerator	Jumlah item obat <i>high alert</i> yang dilabeli <i>high alert</i>
Denominator	Total item obat <i>high alert</i> sesuai dengan standar RS
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : semua obat <i>high alert</i> di RS
Formula	Jumlah item obat <i>high alert</i> yang dilabeli <i>high alert</i> dibagi total item obat <i>high alert</i> sesuai dengan standar RS dikali 100%
Sumber Data	Hasil Laporan Stock Opname instalasi farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total Sampling
Rencana Analisis	Analisis Persentase
Instrumen Pengumpulan Data	Microsoft Excel, Aplikasi, SIMRS
Pengumpul Data	Koordinator Ruangan Farmasi
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Farmasi
Validator	Ketua Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien

5) Ketepatan Penandaan Lokasi Operasi, Ketepatan Jenis Operasi, Ketepatan Pasien:
Kelengkapan pengisian *surgical safety checklist*

Judul Indikator	Kelengkapan pengisian <i>surgical safety checklist</i>
Dasar Pemikiran	1. Permenkes No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit 3. Pedoman Keselamatan Pasien RS Unhas no. 34/UN4.24/2022
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	Mencegah komplikasi bedah dan anastesi, mencegah kesalahan prosedur operasi
Defenisi	Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

operasional	operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi : 1. Tahapan Sign-in dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi 2. Tahapan Time-out dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator 3. Tahapan Sign-out dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/ OK, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator Kriteria : sesuai kriteria WHO
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Output ☐ Outcome
Numerator	Jumlah pasien operasi yang lengkap <i>surgical safety ceklist</i>
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Kriteri inklusi : Operasi yang dilakukan di ruang OK Kriteri eksklusi : -
Formula	Jumlah pasien operasi yang lengkap <i>surgical safety ceklist</i> dibagi jumlah pasien yang dioperasi dikali 100%
Sumber data	Sensus harian Instalasi Bedah dan RM
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling
Rencana analisis	Analisis Persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel, Aplikasi, SIMRS
Pengumpul Data	Kepala Ruangan OK
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi OK
Validator	Ketua Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien

- 6) Pencegahan Infeksi terkait Pelayanan Kesehatan: Kepatuhan cuci tangan berdasarkan 6 langkah dan 5 moments petugas dan peserta didik

Judul Indikator	Kepatuhan cuci tangan berdasarkan 6 langkah dan 5 momen petugas
-----------------	--



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	dan peserta didik
Dasar Pemikiran	1. Permenkes No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit 3. Pedoman Keselamatan Pasien RS Unhas no. 34/UN4.24/2022
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	1. Untuk mengetahui angka kepatuhan cuci tangan staf 2. Mencegah terjadinya kontaminasi silang antar pasien, pengunjung, dan petugas
Defenisi Operasional	Kebersihan tangan (<i>hand hygiene</i>) adalah segala usaha yang dilakukan untuk membersihkan kotoran yang secara kasat mata terlihat dan pengangkatan mikroorganisme yang tinggal sementara di tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir (<i>hand wash</i>) atau dengan cairan berbasis alkohol (<i>handrub</i>) dalam 6 langkah (WHO,2009) Audit kebersihan tangan adalah prosedur penilaian kepatuhan petugas melakukan kebersihan tangan sesuai 5 indikasi dari WHO yaitu sebelum kontak dengan pasien, setelah kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan invasif dan aseptik, setelah kontak dengan cairan tubuh, dan setelah kontak dengan lingkungan dengan menjalankan 6 tahap teknik melakukan kebersihan tangan. Lima indikasi kebersihan tangan: 1. Sebelum kontak dengan pasien, yaitu sebelum masuk ruangan perawatan pasien 2. Kontak dengan pasien meliputi menyentuh tubuh pasien, baju atau pakaian 3. Prosedur aseptik contoh: tindakan transfusi, perawatan luka, pemasangan kateter urin, suctioning, perawatan daerah tindakan invasif 4. Tindakan invasif contohnya pemasangan kateter intravena (vena pusat/ vena perifer), kateter arteri 5. Cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi drain, dll 6. Menyentuh lingkungan meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien, kertas/lembar untuk menulis yang ada di sekitar pasien Enam langkah teknik melakukan kebersihan tangan sesuai WHO : 1. Ratakan dan gosokkan sabun dengan kedua telapak tangan 2. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya 3. Gosok kedua telapak dan sela-sela jari 4. Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	5. Gosok ibu jari kiri berputar dalam gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya 6. Gosokkan dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya, telapak tangan kiri dan sebaliknya Petugas yang dinilai mencakup SEMUA PETUGAS yang bertugas di ruangan (dokter, perawat, peserta didik, pekaya, cleaning service)
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Output ☐ Outcome
Numerator	Jumlah staf sampling yang menerapkan 5 saat cuci tangan dan 6 langkah cuci tangan dengan baik dan benar saat monitoring
Denominator	Jumlah staf sebagai sampling saat monitoring
Target Capaian	85%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Seluruh petugas dan peserta didik Eksklusi : -
Formula	Jumlah staf sampling yang menerapkan 5 saat cuci tangan dan 6 langkah cuci tangan dengan baik dan benar saat monitoring
Sumber data	Form monitoring <i>hand hygiene</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Insidental
Sampel	Total sampling, purposive sampling (tabel sampling Kretjie and Morgan)
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Aplikasi dan Microsoft Excel
Pengumpul Data	IPCLN, IPCL dan IPCN
Penanggung jawab	Ketua Divisi PPI
Validator	Ketua Ketua Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien

7) Pengurangan Risiko Cedera pada Pasien Jatuh: Upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap, IGD dan Rawat Jalan

Judul Indikator	Upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap, IGD dan rawat jalan
Dasar Pemikiran	1. Permenkes No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit 3. Pedoman Keselamatan Pasien RS Unhas no. 34/UN4.24/2022
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	1. Memaksimalkan sumber daya dalam melakukan upaya pencegahan cedera akibat jatuh.



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	2. Pasien safety 3. Untuk meminimalisir risiko dan harm.
Defenisi operasional	Upaya pencegahan jatuh meliputi : 1. Screening di rawat jalan/ IGD 2. Asesmen awal risiko jatuh Disebut patuh apabila melaksanakan seluruh upaya pencegahan jatuh pada pasien yang berisiko sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh rs. Catatan : 1. Assessment awal hanya dilakukan pada pasien rawat inap 2. Untuk pasien rawat jalan dan IGD hanya dilakukan screening
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Output ☐ outcome
Numerator	Jumlah kasus yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan pasien jatuh
Denominator	Jumlah kasus semua pasien yang berisiko jatuh
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Semua kasus berisiko jatuh Eksklusi : Pasien yang tidak dapat dilakukan asesmen ulang maupun edukasi seperti pasien meninggal, pasien gangguan jiwa yang sudah melewati fase akut, dan pasien menolak edukasi.
Formula	Jumlah proses yang telah dilakukan identifikasi secara benar dibagi jumlah proses pelayanan yang di observasi dikali 100%
Sumber data	Rekam Medis pasien rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling
Rencana analisis	Analisa persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel, Aplikasi, SIMRS
Pengumpul Data	Kepala Ruangan Unit Pasien terdaftar
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi unit pasien terdaftar
Validator	Ketua Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

B. Indikator pelayanan klinis prioritas

1. Kepatuhan visite DPJP Bedah

Judul Indikator	Kepatuhan Visite DPJP Bedah
Dasar Pemikiran	1. Undang-Undang No.29 Tahun 2004 mengenai Praktik Kedokteran 2. Undang-Undang No. 25 Tahun 2009 mengenai pelayanan publik 3. Pelayanan kesehatan harus berorientasi kepada kebutuhan pasien, bukan kepada keinginan rumah sakit.
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☒ 3. <i>People-Centred</i> ☒ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☐ 2. <i>Safe</i> ☒ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	1. Tergambarnya kepatuhan DPJP Bedah melakukan visitasi kepada pasien operasi sesuai waktu yang ditetapkan. 2. Waktu yang ditetapkan untuk visite adalah pukul 06.00 – 14.00.
Defenisi Operasional	Kepatuhan visite DPJP bedah adalah kunjungan DPJP Bedah untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya berdasarkan waktunya, pre, dan post operasi untuk pasien yang dioperasi, termasuk visite dokter selain pasien operasi
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien yang di- <i>visite</i> DPJP Bedah
Denominator	Jumlah pasien yang diobservasi
Target Capaian	≥ 80%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : <i>Visite</i> dokter bedah pada pasien operasi dan non operasi Eksklusi : Pasien konsul
Formula	Jumlah pasien yang di- <i>visite</i> DPJP Bedah dibagi Jumlah pasien yang diobservasi dikali 100%
Sumber data	Data sekunder berupa laporan <i>visite</i> DPJP Bedah di dalam rekam medik
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Stratified Random Sampling</i> (berdasarkan unit pelayanan)
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis Dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penyajian Data	1. Tabel 2. <i>Run chart</i>
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total sampling



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Waktu <i>Visite</i> Dokter
Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap, Rawat Inap Khusus dan Kamar Bersalin;
Validator	Seksi Mutu Pelayanan Medik

2. Kepatuhan *visite* DPJP Anestesi

Judul Indikator	Kepatuhan <i>Visite</i> DPJP Anestesi
Dasar Pemikiran	1. Undang-Undang No.29 Tahun 2004 mengenai Praktik Kedokteran 2. Undang-Undang No. 25 Tahun 2009 mengenai pelayanan publik 3. Pelayanan kesehatan harus berorientasi kepada kebutuhan pasien, bukan kepada keinginan rumah sakit.
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☒ 3. <i>People-Centred</i> ☒ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☐ 2. <i>Safe</i> ☒ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	1. Tergambarnya kepatuhan DPJP Anestesi melakukan <i>visitasi</i> kepada pasien operasi sesuai waktu yang ditetapkan. 2. Waktu yang ditetapkan untuk <i>visite</i> adalah pukul 06.00 – 14.00.
Defenisi Operasional	Kepatuhan <i>visite</i> DPJP Anestesi adalah kunjungan DPJP Anestesi untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya berdasarkan waktu, pre, dan post operasi untuk pasien yang dioperasi, termasuk <i>visite</i> dokter selain pasien operasi
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien yang di- <i>visite</i> DPJP Anestesi
Denominator	Jumlah pasien yang diobservasi
Target Capaian	$\geq 80\%$
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : <i>Visite</i> dokter Anestesi pada pasien operasi dan non operasi Eksklusi : Pasien konsul
Formula	Jumlah pasien yang di- <i>visite</i> DPJP Anestesi dibagi Jumlah pasien yang diobservasi dikali 100%
Sumber data	Data sekunder berupa laporan <i>visite</i> DPJP Anestesi di dalam rekam medik
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Stratified Random Sampling</i> (berdasarkan unit pelayanan)
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Bulanan, Triwulanan, Tahunan



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Dan Pelaporan Data	
Penyajian Data	1. Tabel 2. <i>Run chart</i>
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Waktu <i>Visite</i> Dokter
Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap, Rawat Inap Khusus dan Kamar Bersalin;
Validator	Seksi Mutu Pelayanan Medik

3. Kelengkapan asesmen pra bedah elektif dan CITO

Judul Indikator	Kelengkapan Asesmen pra bedah elektif dan CITO
Dasar Pemikiran	1. Permenkes No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit 3. Pedoman Keselamatan Pasien RS Unhas no. 34/UN4.24/2022
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☒ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	1. Untuk mempercepat penegakan diagnose penyakit pasien sebelum operasi 2. meningkatkan efektifitas perencanaan perawatan pasien. 3. Meningkatkan efektifitas pelayanan 4. Menciptakan pelayanan yang integritas dan berkesinambungan
Defenisi Operasional	Kelengkapan asesmen pra bedah elektif dan CITO adalah kepatuhan melengkapi pengisian asesmen medis paling lambat 24 jam sejak pasien operasi masuk Rawat Inap
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☒ Output ☐ Outcome
Numerator	Jumlah pasien dengan diagnose operasi yang lengkap asesmen awal medis sejak pasien masuk rawat inap
Denominator	Jumlah pasien yang masuk dengan diagnose operasi di rawat inap (total shift)
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Semua Pasien masuk di rawat inap, rawat jalan dan IGD
Formula	Jumlah pasien dengan diagnose operasi yang lengkap asesmen awal medis sejak



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	pasien masuk rawat inap dibagi Jumlah pasien yang masuk dengan diagnose operasi di rawat inap (total shift) dikali 100 %
Sumber data	MR. 3 Asessmen Awal Medis dan Form Mutu Rawat Inap.
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel, Aplikasi, SIMRS
Penanggung jawab	Kepala Ruangan rawat inap dan Kamar Bersalin, Pelayanan intensif (ICU dan NICU), Pelayanan khusus (Kemoterapi, Hemodialisa),
Validator	Ketua Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien

4. Kelengkapan asesmen pra anastesi elektif dan CITO

Judul Indikator	Kelengkapan Asesmen pra anastesi elektif dan CITO
Dasar Pemikiran	1. Permenkes No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit 3. Pedoman Keselamatan Pasien RS Unhas no. 34/UN4.24/2022
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☒ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	1. Untuk mempercepat penegakan diagnose penyakit pasien sebelum operasi 2. meningkatkan efektifitas perencanaan perawatan pasien. 3. Meningkatkan efektifitas pelayanan 4. Menciptakan pelayanan yang integritas dan berkesinambungan
Defenisi Operasional	Kelengkapan asesmen pra anastesi elektif dan CITO adalah kepatuhan melengkapi pengisian asesmen medis sejak pasien operasi masuk Rawat Inap, Rawat jalan dan IGD
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☒ Output ☐ Outcome
Numerator	Jumlah pasien dengan diagnose operasi yang lengkap asesmen awal medis sejak pasien masuk rawat inap
Denominator	Jumlah pasien yang masuk dengan diagnose operasi di rawat inap (total shift)



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Semua Pasien masuk di rawat inap, rawat jalan dan IGD
Formula	Jumlah pasien dengan diagnose operasi yang lengkap asesmen awal medis sejak pasien masuk rawat inap dibagi Jumlah pasien yang masuk dengan diagnose operasi di rawat inap (total shift) dikali 100 %
Sumber data	MR. 3 Asessmen Awal Medis dan Form Mutu Rawat Inap.
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel, Aplikasi, SIMRS
Penanggung jawab	Kepala Ruangan rawat inap dan Kamar Bersalin, Pelayanan intensif (ICU dan NICU), Pelayanan khusus (Kemoterapi, Hemodialisa), Rawat jalan
Validator	Ketua Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien

5. Ketersediaan linen dan instrument steril untuk keperluan di kamar operasi

Judul Indikator	Ketersediaan linen dan instrumen steril untuk keperluan di kamar operasi
Dasar Pemikiran	- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit - Pedoman Pengorganisasian Instalasi CSSD dan Laundry - Pedoman Pelayanan CSSD - Pedoman Pelayanan Laundry
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☒ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☐ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	- Untuk mendukung efisiensi sumber daya di Instalasi Laundry sekaligus efisiensi waktu layanan kepada pasien - Untuk mendukung kelancaran pelayanan dan kepuasan pasien
Defenisi Operasional	Ketersediaan linen dan instrumen steril sesuai dengan kebutuhan dan perencanaan operasi
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☒ Output ☐ Outcome
Numerator	Jumlah Linen dan Instrumen steril yang tersedia



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Denominator	Jumlah operasi yang direncanakan
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Semua Pasien masuk di rawat inap, rawat jalan dan IGD
Formula	
Sumber data	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel, Aplikasi, SIMRS
Penanggung jawab	IBS A dan IBS EF
Validator	Ketua Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien

6. Ketersediaan BHP untuk operasi elektif

Judul Indikator	Ketersediaan BHP untuk operasi elektif
Dasar Pemikiran	1. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☒ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☐ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	1. Untuk mendukung efisiensi sumber daya sekaligus efisiensi waktu layanan kepada pasien 2. Untuk mendukung kelancaran pelayanan dan kepuasan pasien
Defenisi Operasional	Ketersediaan BHP sesuai dengan kebutuhan dan perencanaan yang disusun bersama dengan Instalasi Bedah Sentral untuk operasi elektif
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☒ Output ☐ Outcome
Numerator	Jumlah BHP yang tersedia
Denominator	Jumlah seluruh BHP yang telah disepakati
Target Capaian	100%



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Semua Pasien masuk di rawat inap, rawat jalan dan IGD
Formula	
Sumber data	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel, Aplikasi, SIMRS
Penanggung jawab	Kepala Ruangan rawat inap dan Kamar Bersalin, Pelayanan intensif (ICU dan NICU), Pelayanan khusus (Kemoterapi, Hemodialisa),
Validator	Ketua Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien

7. Pembatalan operasi elektif

Judul Indikator	Pembatalan operasi elektif
Dasar Pemikiran	1. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan 2022 2. Pedoman Keselamatan Pasien RS UNHAS 3. Pedoman Pelayanan Instalasi Pelayanan Mata
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1. <i>Effective</i> ☒ 3. <i>People-Centred</i> ☒ 5. <i>Efficient</i> ☒ 7. <i>integrated</i> ☐ 2. <i>Safe</i> ☒ 4. <i>Timely</i> ☒ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	Memperbaiki utilitas kamar operasi
Definisi Operasional	Pembatalan operasi elektif adalah perubahan jadwal operasi yang direncanakan pada hari yang direncanakan dan dijadwalkan di hari yang lain Operasi Elektif adalah operasi atau tindakan yang dijadwalkan.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Output ☒ Outcome
Satuan Pengukuran	Jumlah pasien (persentase)
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang waktu jadwal operasinya dibatalkan dan dijadwalkan ke hari yang lain
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien operasi elektif



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Target Pencapaian	5 %
Kriteria:	Kriteri inklusi : semua pasien operasi elektif yang dijadwalkan dan kemudian batal baik karena dibatalkan oleh DPJP, tidak tersedia nya sarana dan prasarana dikamar operasi dan berbagai kondisi Kriteri eksklusi : Pasien yang dibatalkan karena kondisi klinis pasien yang tidak optimal operasi
Formula	Jumlah pasien yang dilakukan pembatalan operasi elektif/jadwal operasinya berubah dalam kerangka waktu 1 bulan dibagi total pasien operasi elektif pada bulan itu dikali 100%.
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sumber Data	Data pasien yang dijadwalkan operasi dan data pelaksanaan operasi. Data kamar operasi
Instrumen Pengambilan Data	Microsoft Excel dan Sistem Manajemen Data RS
Besar Sampel	Total sampling, purposive sampling (tabel sampling Kretjie and Morgan)
Cara Pengambilan Sampel	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	Analisis persentase
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulan
Penanggung Jawab	

8. Kepatuhan cuci tangan bedah dan cuci tangan procedural

Judul Indikator	Kepatuhan cuci tangan bedah dan cuci tangan procedural
Dasar Pemikiran	1. Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien 2. Peraturan Menteri Kesehatan No.27 Tahun 2017 mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 3. Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/MENKES/104/2020 mengenai penanggulangan penyakit yang dapat menimbulkan wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat.



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

	4. Rumah sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai dengan ketentuan WHO Guideline 2009
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Defenisi Operasional	- Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (alcohol- based handrubs) dengan kandungan alcohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor. - Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO. - Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan. - Lima indikasi (five moment) kebersihan tangan terdiri dari: - Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien. - Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien. - Sebelum melakukan prosedur aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, contoh: pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, suctioning, pemberian suntikan dan lain-lain. - Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD. - Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat- alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien. - Peluang adalah periode di antara indikasi dimana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan. 6. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan. 7. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. 8. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. 9. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan. 10. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan di unit sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan. 11. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit). 12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi. 13. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.	
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk Input ☒ Proses ☐ Output ☐ Outcome	
Satuan Pengukuran	Persentase	
Numerator (Pembilang)	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan unit bedah Sentral	
Denominator (Penyebut)	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi unit bedah Sentral	
Target Capaian	≥ 85%	
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan Eksklusi : -	
Formula		$\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100 \%$
Metode pengumpulan data	Observasi	
Sumber data	Hasil Observasi	
Instrumen Pengambilan data	Formulir Kepatuhan Kebersihan Tangan	
Frekuensi	Bulanan	



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Pengumpulan Data	
Besar Sampel	Minimal 200 Peluang
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non probability Sampling – Consecutive sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	3. Tabel 4. <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Instrument Pengambilan Data	Sistem Manajemen Data RS dan Microsoft Excel
Penanggung jawab	Komite PPI
Validator	Komite Mutu

9. Durasi operasi sejak sign in sampai time out

Judul Indikator	Durasi operasi sejak sign in sampai time out
Dasar Pemikiran	1. Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien. 2. Peraturan Menteri Kesehatan No.27 Tahun 2017 mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 3. Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/MENKES/104/2020 mengenai penanggulangan penyakit yang dapat menimbulkan wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat. 4. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 5. Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri (APD). 6. Rumah Sakit harus memperhatikan kepatuhan pemberi pelayanan dalam menggunakan APD sesuai dengan prosedur.
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	
Defenisi Operasional	
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk Input ☒ Proses ☐ Output ☐ Outcome
Numerator	
Denominator	
Target Capaian	



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Kriteria Inklusi dan Eksklusi	
Formula	
Metode Pengumpulan Data	
Sumber data	
Instrumen Pengambilan Data	
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan data	
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
Periode Analisis	Per triwulan
Cara Penyajian Data	3. Tabel 4. <i>Run chart</i>
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Sistem Manajemen Data RS dan Microsoft Excel
Penanggung jawab	
Validator	

10. Utilisasi kamar operasi (65%)

Judul Indikator	Utilisasi kamar operasi (65%)
Dasar Pemikiran	
Dimensi Mutu	Beri tanda ■ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Defenisi Operasional	
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk Input ☒ Proses ☐ Output ☐ Outcome
Numerator	
Denominator	
Target Capaian	
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	
Formula	
Metode Pengumpulan Data	
Sumber data	
Instrumen Pengambilan Data	
Besar Sampel	3. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 4. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan data	
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
Periode Analisis	Per triwulan
Cara Penyajian Data	5. Tabel 6. <i>Run chart</i>
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Sistem Manajemen Data RS dan Microsoft Excel
Penanggung jawab	
Validator	

11. Kelengkapan persiapan pasien pre operasi



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Judul Indikator	Kelengkapan persiapan pasien pre operasi (salah satunya Pelaksanaan mandi/pembersihan pasien, dokumen dll)
Dasar Pemikiran	1. PMK NO 27 tahun 2017 tentang pedoman dan pengendalian infeksi di fasilitas layanan Kesehatan. 2. Laporan KTD
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☒ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	untuk meningkatkan kualitas pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan, sehingga melindungi sumber daya manusia kesehatan, pasien dan masyarakat dari penyakit infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Definisi Operasional	Kelengkapan persiapan pre operasi sebelu
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ Input ☒ Proses ☐ Output ☐ Outcome
Satuan Pengukuran	Presentase
Numerator (pembilang)	Pasien yang memenuhi seluruh item form kelengkapan persiapan pre operasi (yang diberi tanda ceklist)
Denominator (penyebut)	Total jumlah pasien yang harus terisi lengkap form kelengkapan persiapan pre operasi (yang diberi tanda ceklist)
Target Pencapaian	100%
Kriteria:	Kriteria inklusi : kategori risk , yaitu klasifikasi operasi, klasifikasi ASA jenis dan T.Time
Formula	Total jumlah pasien yang memenuhi form ceklist / total jumlah pasien yang harus memenuhi form ceklist X 100%.
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif, observasi
Sumber Data	Data primer : pencatatan form kelengkapan persiapan pre operasi Data sekunder : hasil laporan komplain, atau KPC
Instrumen Pengambilan Data	Form kelengkapan persiapan pre operasi
Besar Sampel	Total pasien operasi yang memenuhi kriteria inklusi.
Cara Pengambilan Sampel	Probability sampling
Periode Pengumpulan Data	Setiap bulan
Penyajian	Table dan grafik.



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Data																																															
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Setiap triwulan																																														
Penanggung Jawab	Kepala instalasi Bedah sentral																																														
Form	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">FORM KELENGKAPAN PERSIAPAN PASIEN PRE OPERASI</th> </tr> <tr> <th style="width: 5%;">NO</th> <th style="width: 45%;">ITEM PENILAIAN</th> <th style="width: 35%;">Item yang diusulkan</th> <th style="width: 15%;">Ceklist</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Jika ditemukan ada tanda-tanda infeksi, sembuhkan terlebih dahulu infeksi nya sebelum hari operasi elektif, dan jika perlu tunda hari operasi sampai infeksi tersebut sembuh</td> <td>Tidak ada tanda-tanda infeksi</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Jangan mencukur rambut, kecuali bila rambut terdapat pada sekitar daerah operasi dan atau akan mengganggu jalannya operasi.</td> <td>cukur rambut (bila perlu) dikamar bedah menggunakan pencukur listrik</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Bila diperlukan mencukur rambut, lakukan di kamar bedah beberapa saat sebelum operasi dan sebaiknya menggunakan pencukur listrik (Bila tidak ada pencukur listrik gunakan silet baru).</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Kendalikan kadar gula darah pada pasien diabetes dan hindari kadar gula darah yang terlalu rendah sebelum operasi.</td> <td>Gula darah terkendali (pasien DM)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Sarankan pasien untuk berhenti merokok, minimum 30 hari sebelum hari elektif operasi.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Mandikan pasien dengan zat antiseptik malam hari sebelum hari operasi.</td> <td>Pasien sudah mandi</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Cuci dan bersihkan lokasi pembedahan dan sekitarnya untuk menghilangkan kontaminasi sebelum mengadakan persiapan kulit dengan anti septik.</td> <td>lokasi pembedahan bersih</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Gunakan antiseptik kulit yang sesuai untuk persiapan kulit</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Oleskan antiseptik pada kulit dengan gerakan melingkar mulai dari bagian tengah menuju ke arah luar. Daerah yang dipersiapkan haruslah cukup luas untuk memperbesar insisi, jika diperlukan membuat insisi baru atau memasang drain bila diperlukan</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			FORM KELENGKAPAN PERSIAPAN PASIEN PRE OPERASI				NO	ITEM PENILAIAN	Item yang diusulkan	Ceklist	1	Jika ditemukan ada tanda-tanda infeksi, sembuhkan terlebih dahulu infeksi nya sebelum hari operasi elektif, dan jika perlu tunda hari operasi sampai infeksi tersebut sembuh	Tidak ada tanda-tanda infeksi		2	Jangan mencukur rambut, kecuali bila rambut terdapat pada sekitar daerah operasi dan atau akan mengganggu jalannya operasi.	cukur rambut (bila perlu) dikamar bedah menggunakan pencukur listrik		3	Bila diperlukan mencukur rambut, lakukan di kamar bedah beberapa saat sebelum operasi dan sebaiknya menggunakan pencukur listrik (Bila tidak ada pencukur listrik gunakan silet baru).			4	Kendalikan kadar gula darah pada pasien diabetes dan hindari kadar gula darah yang terlalu rendah sebelum operasi.	Gula darah terkendali (pasien DM)		5	Sarankan pasien untuk berhenti merokok, minimum 30 hari sebelum hari elektif operasi.			6	Mandikan pasien dengan zat antiseptik malam hari sebelum hari operasi.	Pasien sudah mandi		7	Cuci dan bersihkan lokasi pembedahan dan sekitarnya untuk menghilangkan kontaminasi sebelum mengadakan persiapan kulit dengan anti septik.	lokasi pembedahan bersih		8	Gunakan antiseptik kulit yang sesuai untuk persiapan kulit			9	Oleskan antiseptik pada kulit dengan gerakan melingkar mulai dari bagian tengah menuju ke arah luar. Daerah yang dipersiapkan haruslah cukup luas untuk memperbesar insisi, jika diperlukan membuat insisi baru atau memasang drain bila diperlukan		
FORM KELENGKAPAN PERSIAPAN PASIEN PRE OPERASI																																															
NO	ITEM PENILAIAN	Item yang diusulkan	Ceklist																																												
1	Jika ditemukan ada tanda-tanda infeksi, sembuhkan terlebih dahulu infeksi nya sebelum hari operasi elektif, dan jika perlu tunda hari operasi sampai infeksi tersebut sembuh	Tidak ada tanda-tanda infeksi																																													
2	Jangan mencukur rambut, kecuali bila rambut terdapat pada sekitar daerah operasi dan atau akan mengganggu jalannya operasi.	cukur rambut (bila perlu) dikamar bedah menggunakan pencukur listrik																																													
3	Bila diperlukan mencukur rambut, lakukan di kamar bedah beberapa saat sebelum operasi dan sebaiknya menggunakan pencukur listrik (Bila tidak ada pencukur listrik gunakan silet baru).																																														
4	Kendalikan kadar gula darah pada pasien diabetes dan hindari kadar gula darah yang terlalu rendah sebelum operasi.	Gula darah terkendali (pasien DM)																																													
5	Sarankan pasien untuk berhenti merokok, minimum 30 hari sebelum hari elektif operasi.																																														
6	Mandikan pasien dengan zat antiseptik malam hari sebelum hari operasi.	Pasien sudah mandi																																													
7	Cuci dan bersihkan lokasi pembedahan dan sekitarnya untuk menghilangkan kontaminasi sebelum mengadakan persiapan kulit dengan anti septik.	lokasi pembedahan bersih																																													
8	Gunakan antiseptik kulit yang sesuai untuk persiapan kulit																																														
9	Oleskan antiseptik pada kulit dengan gerakan melingkar mulai dari bagian tengah menuju ke arah luar. Daerah yang dipersiapkan haruslah cukup luas untuk memperbesar insisi, jika diperlukan membuat insisi baru atau memasang drain bila diperlukan																																														

12. Kelengkapan pengisian rekam medis pasien operasi

Judul Indikator	Kelengkapan pengisian rekam medis pasien operasi
Dasar Pemikiran	Kepmenkes 129/2008, SPM Instalasi Rekam Medis
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	1. Menilai keterlibatan PPA dalam menunjang Sasaran keselamatan pasien 2. Menilai kepatuhan PPA dalam edukasi mengenai hal-hal yang berhubungan dengan tindakan/prosedur yang akan dilakukan serta pengisian informed consent setelah pasien/keluarga mendapatkan informasi yang jelas.
Defenisi Operasional	Kelengkapan pengisian rekam medik pasien operasi adalah lengkapnya pengisian semua form RM pasien sejak pasien operasi masuk sampai pasien operasi pulang, paling lambat dilengkapi 24 jam setelah discharge.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ Input ☒ Proses ☐ Output ☐ Outcome
Numerator	Jumlah berkas RM Pasien Operasi yang lengkap setelah <i>discharge</i> 24 jam
Denominator	Total berkas RM pasien Operasi yang <i>discharge</i> pada bulan itu
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : pasien yang termasuk registrasi rawat inap, pasien yang dirawat di ruang intermediate



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

	Ekstensi: pasien one day care, pasien Kanker
Formula	Jumlah berkas RM Pasien Operasi yang lengkap setelah <i>discharge</i> 24 jam dibagi Total berkas RM pasien Operasi yang <i>discharge</i> pada bulan itu dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	
Sumber data	Laporan analisis kelengkapan Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Microsoft Excel, Aplikasi, SIMRS
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
Periode Analisis	Per triwulan
Cara Penyajian Data	1. Tabel 2. <i>Run chart</i>
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Sistem Manajemen Data RS dan Microsoft Excel
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medik
Validator	

13. Kesesuaian durasi operasi dengan durasi operasi yg direncanakan

Judul Indikator	Kesesuaian durasi operasi dengan durasi operasi yg direncanakan
Dasar Pemikiran	
Dimensi Mutu	Beri tanda ■ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Tujuan	
Defenisi Operasional	
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk Input ☒ Proses ☐ Output ☐ Outcome
Numerator	
Denominator	
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Eksklusi:
Formula	
Metode Pengumpulan Data	
Sumber data	
Instrumen Pengambilan Data	Microsoft Excel, Aplikasi, SIMRS
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan data	
Frekuensi Pengumpulan Data	
Periode Analisis	Per triwulan
Cara Penyajian Data	3. Tabel 4. <i>Run chart</i>
Rencana Analisis	
Instrument Pengambilan Data	
Penanggung jawab	
Validator	



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

14. Turn over time : waktu antar dua operasi

Judul Indikator	Turn over time : waktu antar dua operasi
Dasar Pemikiran	Kepmenkes 129/2008, SPM Instalasi Rekam Medis
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	
Defenisi Operasional	
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk Input ☒ Proses ☐ Output ☐ Outcome
Numerator	
Denominator	
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Eksklusi:
Formula	
Metode Pengumpulan Data	
Sumber data	
Instrumen Pengambilan Data	Microsoft Excel, Aplikasi, SIMRS
Besar Sampel	3. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 4. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan data	
Frekuensi Pengumpulan Data	
Periode Analisis	Per triwulan
Cara Penyajian Data	5. Tabel 6. <i>Run chart</i>
Rencana Analisis	



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Instrument Pengambilan Data	
Penanggung jawab	
Validator	

C. Indikator sesuai tujuan strategis rumah sakit (KPI)

1. Kepatuhan Penggunaan AB Profilaksis kasus Bedah

Judul Indikator	KEPATUHAN PENGGUNAAN AB PROFILAKSIS PASIEN BEDAH
Dasar Pemikiran	1. Permenkes No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit 3. Pedoman Keselamatan Pasien RS Unhas no. 34/UN4.24/2022
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☒ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	Untuk menjamin efektifitas dan efisien pelayanan pada pasien kasus bedah
Defenisi Operasional	Penggunaan antibiotik profilaksis pada kasus bedah . Patuh jika dilaksanakan sesuai ketentuan yang tercantum pada SOP pennggunaan profilaksis. Menggunakan profilaksis sebagai premedikasi sesuai kategori operasi yakni operasi bersih, bersih terkontaminasi, terkontaminasi dan operasi kotor. kepatuhan juga dikatakan jika pemilihan jenis antibiotik profilaksis sudah sesuai dengan SOP penggunaan antibiotik profilaksis berdasarkan jenis kategori operasi.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☒ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah jenis antibiotik dengan kategori operasi yang sesuai
Denominator	Semua pasien yang mendapatkan tindakan bedah di RS. Unhas dari sampel yang dianalisis
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : semua pasien yang mendapatkan tindakan pembedahan di RS. Unhas Eksklusi : pasien yang mendapatkan tindakan pembedahan namun tidak termasuk dalam sampel yang dianalisis
Formula	Jumlah jenis antibiotik dengan kategori operasi yang sesuai dibagi Semua pasien yang mendapatkan tindakan bedah di RS. Unhas dari sampel yang dianalisis dikali 100 %
Sumber data	Data dari Rekam medik pasien yang mendapatkan tindakan pembedahan pada periode tertentu
Frekuensi Pengumpulan	Bulanan



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Data	
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Rencana Analisis	Analisis persentasi
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel, Aplikasi, SIMRS
Pengumpul Data	KFTR
Penanggung jawab	KFTR
Validator	Ketua PPRA dan Ketua KFTR

2. Ketepatan waktu pemberian AB profilaksis kasus bedah

Judul Indikator	Ketepatan waktu pemberian AB Profilaksis kasus Bedah
Dasar Pemikiran	1. Permenkes No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit 3. Pedoman Keselamatan Pasien RS Unhas no. 34/UN4.24/2022
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☒ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	Untuk menjamin efektifitas dan efisien pelayanan pada pasien kasus bedah
Defenisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian antibiotik profilaksis yaitu 30-60 menit sebelum insisi pasien.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☒ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah pasien dengan waktu pemberian antibiotik profilaksis pada rentang 30-60 menit sebelum insisi
Denominator	Semua pasien yang menggunakan antibiotik profilaksis
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : pasien bedah Eksklusi : Pasien non Bedah



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Formula	Jumlah pasien dengan waktu pemberian antibiotik profilaksis pada rentang 30-60 menit sebelum insisi dibagi Semua pasien yang menggunakan antibiotik profilaksis dikali 100%
Sumber data	Dari data rekam medik pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Rencana Analisis	Analisis persentasi
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel, Aplikasi, SIMRS
Pengumpul Data	KFTR
Penanggung jawab	KFTR
Validator	Ketua PPRA dan Ketua KFTR

3. Kelengkapan Sarana dan Prasarana di kamar pasien di Rawat Inap

Judul Indikator	Kelengkapan Sarana dan Prasarana di kamar pasien di Rawat Inap (dikategorikan berdasarkan kelas perawatan termasuk VIP)
Dasar Pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem jaminan Sosial Nasional (SJSN). 2. PMK No 24 Tahun 2016 tentang persyaratan teknis bangunan dan prasarana rumah sakit 3. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit, Pasal 18. 4. Pedoman pelayanan instalasi rawat inap dan kamar bersalin RS unhas.
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1. <i>Effective</i> ☒ 3. <i>People-Centred</i> ☒ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	1. Fasilitas dan lingkungan dalam rumah sakit harus aman, berfungsi baik, dan memberikan lingkungan perawatan yang aman bagi pasien, keluarga, staf, dan pengunjung. Untuk mencapai tujuan itu maka fasilitas fisik, bangunan, prasarana dan peralatan kesehatan serta sumber daya lainnya harus dikelola secara efektif untuk



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	mengurangi dan mengendalikan bahaya, risiko, mencegah kecelakaan, cedera dan penyakit akibat kerja. 2. Memenuhi standar sarana dan prasarana RS tipe B. 3. Mengurangi complain pasien.
Definisi Operasional	Sarana : adalah segala sesuatu yang dapat dipakai sebagai alat dan bahan untuk perawatan di ruang rawat inap sesuai standar klasifikasi RS tipe B. Prasarana : adalah utilitas yang terdiri atas alat, jaringan dan sistem yang membuat suatu bangunan Rumah Sakit bisa berfungsi sesuai dengan standar klasifikasi RS tipe B.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ Input ☐ Proses ☐ Output ☒ Outcome
Satuan Pengukuran	Presentase.
Numerator (pembilang)	Jumlah Ruangan diruang rawat inap yang memenuhi standar sarana dan prasarana sesuai form ceklist
Denominator (penyebut)	Jumlah total ruangan diruang rawat inap.
Target Pencapaian	100%
Kriteria:	Kriteria inklusi : semua ruangan perawatan di rawat inap Kriteria eksklusi : ruangan selain ruang perawatan di rawat inap
Formula	$\frac{\text{Total jumlah ruangan yang memenuhi form ceklist}}{\text{total jumlah ruangan keseluruhan ruang rawat inap}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif, observasi
Sumber Data	Data primer : pencatatan form kelengkapan sarana dan prasarana diruang kamar pasien rawat inap. Data sekunder : hasil laporan complain, atau KPC
Instrumen Pengambilan Data	Form ceklist standar kebutuhan sarana dan prasarana rs sesuai kelas
Besar Sampel	Seluruh jumlah total ruangan
Cara Pengambilan Sampel	Probability sampling
Periode Pengumpulan Data	Setiap hari
Penyajian Data	Grafik
Periode Analisis dan Pelaporan	Setiap triwulan



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Data																																																																																																														
Penanggung Jawab	Kepala instalasi rawat inap dan kamar bersalin dan pelayanan medik																																																																																																													
Form kelengkapan sarana dan prasarana	<table><tr><th colspan="9">Fasilitas pada instalasi rawat inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin</th></tr><tr><th rowspan="2">No.</th><th rowspan="2">Nama Ruang</th><th rowspan="2">Fasilitas Ruang</th><th colspan="5">Ruang Instalasi Rawat Inap</th><th rowspan="2">Ket.</th></tr><tr><th>Kelas 1</th><th>Kelas 2&3</th><th>VVIP</th><th>VIP</th><th>Mata</th></tr><tr><td rowspan="12">1</td><td rowspan="12">Kamar Perawatan</td><td>Tempat tidur pasien</td><td>√</td><td>√</td><td>√</td><td>√</td><td>√</td><td></td></tr><tr><td>Bed Site Kabinet</td><td>√</td><td>√</td><td>-</td><td>√</td><td>√</td><td></td></tr><tr><td>Lemari</td><td>-</td><td>-</td><td>√</td><td>√</td><td>√</td><td></td></tr><tr><td>Nurse call</td><td>√</td><td>-</td><td>√</td><td>√</td><td>-</td><td></td></tr><tr><td>Meja Makan</td><td>-</td><td>-</td><td>√</td><td>√</td><td>√</td><td></td></tr><tr><td>Kursi</td><td>-</td><td>-</td><td>√</td><td>√</td><td>√</td><td></td></tr><tr><td>Televisi</td><td>-</td><td>-</td><td>√</td><td>√</td><td>√</td><td></td></tr><tr><td>Tirai</td><td>√</td><td>√</td><td>√</td><td>√</td><td>√</td><td></td></tr><tr><td>Sofa (Untuk ruang perawatan VIP)</td><td>-</td><td>-</td><td>√</td><td>√</td><td>√</td><td></td></tr><tr><td>AC</td><td>-</td><td>-</td><td>√</td><td>√</td><td>√</td><td></td></tr><tr><td>Kulkas</td><td>-</td><td>-</td><td>√</td><td>√</td><td>√</td><td></td></tr><tr><td>Dispenser</td><td>-</td><td>-</td><td>√</td><td>√</td><td>√</td><td></td></tr></table>	Fasilitas pada instalasi rawat inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin									No.	Nama Ruang	Fasilitas Ruang	Ruang Instalasi Rawat Inap					Ket.	Kelas 1	Kelas 2&3	VVIP	VIP	Mata	1	Kamar Perawatan	Tempat tidur pasien	√	√	√	√	√		Bed Site Kabinet	√	√	-	√	√		Lemari	-	-	√	√	√		Nurse call	√	-	√	√	-		Meja Makan	-	-	√	√	√		Kursi	-	-	√	√	√		Televisi	-	-	√	√	√		Tirai	√	√	√	√	√		Sofa (Untuk ruang perawatan VIP)	-	-	√	√	√		AC	-	-	√	√	√		Kulkas	-	-	√	√	√		Dispenser	-	-	√	√	√	
Fasilitas pada instalasi rawat inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin																																																																																																														
No.	Nama Ruang	Fasilitas Ruang	Ruang Instalasi Rawat Inap					Ket.																																																																																																						
			Kelas 1	Kelas 2&3	VVIP	VIP	Mata																																																																																																							
1	Kamar Perawatan	Tempat tidur pasien	√	√	√	√	√																																																																																																							
		Bed Site Kabinet	√	√	-	√	√																																																																																																							
		Lemari	-	-	√	√	√																																																																																																							
		Nurse call	√	-	√	√	-																																																																																																							
		Meja Makan	-	-	√	√	√																																																																																																							
		Kursi	-	-	√	√	√																																																																																																							
		Televisi	-	-	√	√	√																																																																																																							
		Tirai	√	√	√	√	√																																																																																																							
		Sofa (Untuk ruang perawatan VIP)	-	-	√	√	√																																																																																																							
		AC	-	-	√	√	√																																																																																																							
		Kulkas	-	-	√	√	√																																																																																																							
		Dispenser	-	-	√	√	√																																																																																																							



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

FORM CEKLIST KELENGKAPAN SARANA DAN PRASARANA				
NO	PERSYARATAN RUANGAN	USULAN	CEKLIST	BERFUNGSI
1	Jarak antar tempat tidur 2,4 m atau antar tepi tempat tidur minimal 1,5 m.			
2	Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi.			
3	Antar tempat tidur yang dibatasi oleh tirai maka rel harus dibenamkan/ menempel di plafon, dan sebaiknya bahan tirai non porosif.			
4	kotak kontak dan tidak boleh ada percabangan/ sambungan langsung tanpa pengamanan arus			
5	Harus disediakan outlet oksigen.			
6	Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik. Untuk ventilasi mekanik minimal total pertukaran udara 6 kali per jam, untuk ventilasi alami harus lebih dari nilai tersebut.			
7	Ruangan perawatan pasien harus memiliki bukaan jendela yang aman untuk kebutuhan pencahayaan dan ventilasi alami.			
8	Ruangan harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 250 lux untuk penerangan, dan 50 lux untuk tidur.			
9	Ruang perawatan harus menyediakan nurse call untuk masing-masing tempat tidur yang terhubung ke pos perawat (nurse station).			
10	Di setiap ruangan perawatan harus disediakan kamar mandi. Kamar mandi ini mengikuti persyaratan kamar mandi aksesibilitas.			

D. Indikator terkait perbaikan sistem

1. Pelayanan laboratorium : Ketepatan waktu pemberian hasil lab. darah rutin pasien < 30 menit

Judul Indikator	Angka ketepatan waktu Penyediaan Hasil Lab Darah Rutin Pasien < 30 Menit
Dasar Pemikiran	1. Permenkes No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit 3. Kepmenkes 129/2008, SPM Laboratorium Patologi Klinik 4. Pedoman Keselamatan Pasien RS Unhas no. 34/UN4.24/2022
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☒ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	Untuk mengetahui waktu keterlambatan penyediaan hasil lab darah rutin pasien >30 Menit
Defenisi	Waktu keterlambatan penyediaan hasil lab darah rutin pasien > 30 menit sejak



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Operasional	permintaan diterima sampai hasil diberikan ke > 30 menit
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Outcome ☒ Proses dan outcome
Numerator	Pasien yang diperiksa darah rutin dan terlambat hasilnya >30 menit
Denominator	Jumlah Pasien yang melakukan pemeriksaan darah rutin dikali 100%
Target Capaian	0%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Pasien periksa darah rutin Eksklusi : Pasien dengan pemeriksaan tambahan atau bukan pasien RS
Formula	Jumlah pasien yang periksa darah rutin dan terlambat hasilnya >30 menit dibagi jumlah pasien yang melakukan pemeriksaan darah rutin x 100%
Sumber data	Data Admisi & SPM Lab
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel, Aplikasi, SIMRS
Pengumpul Data	Kepala Ruangan Laboratorium Patologi Klinik
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium Patologi Klinik
Validator	Ketua Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien

2. Pelayanan Radiologi dan Pencitraan Diagnostik : Respon time penyerahan hasil foto pasien < 3 Jam

Judul Indikator	Respon time penyerahan hasil foto pasien < 3 Jam
Dasar Pemikiran	1. Permenkes No 129 tentang standar pelayanan radiologi 2. Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit 3. Pedoman Pengorganisasian Instalasi Radiodiagnostik 4. Pedoman Pelayanan Instalasi Radiodiagnostik 5. Pedoman Keselamatan Pasien RS Unhas no. 34/UN4.24/2022
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☒ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	1. Menjamin kelancaran pelayanan pasien Rawat jalan 2. Menjamin keselamatan pasien Rawat jalan yang akan dilakukan pelayanan radiodiagnostik 3. Menjamin kesinambungan layanan pasien Rawat Jalan dengan unit pelayanan yg menjadi dasar pengambilan keputusan pengobatan pasien Rawat Jalan
Defenisi Operasional	Pembacaan hasil oleh ekspertise termasuk peserta didik yang hasil bacanya divalidasi oleh dokter spesialis radiodiagnostik sesuai jadwal konsulen dan harus memenuhi standar SPM yaitu hasil baca foto thorax keluar kurang dari 3 jam, CT Scan kurang dari 24 jam. Cara pengukuran : Diukur sejak pemeriksaan dilakukan sampai keluar hasil validasi dokter spesialis radiodiagnostik mulai pukul 14.00 wita
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Outcome ☒ Proses dan outcome
Numerator	jumlah pemeriksaan CT Scan <24 jam dan atau Foto Thorax <3 jam pasien Rawat Jalan
Denominator	jumlah pemeriksaan CT Scan dan atau Foto Thorax pasien Rawat Jalan yang masuk di instalasi radiodiagnostik
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : 1. Semua CT Scan dan atau Foto Thorax pasien Rawat Jalan 2. Kasus emergency pasien Kanker 3. Permintaan radiodiagnostik 14.00 - 21.00 wita Eksklusi : 1. Selain alat CT Scan dan Foto Thorax
Formula	Jumlah pemeriksaan CT Scan < 24 jam dan atau Foto Thorax < 3 jam pasien rawat jalan dibagi jumlah pemeriksaan CT Scan dan atau Foto Thorax pasien rawat jalan yang masuk di instalasi radiodiagnostik dikali 100%
Sumber Data	1. Permintaan pelayanan radiologi bagi pasien Rawat Jalan dari unit layanan (SIMPEL) 2. Rekap pemeriksaan Foto Thorax dan CT Scan pasien Rawat Jalan 3. Standar respon time pemeriksaan yg di SK-kan Dirut bagi pasien Rawat Jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Rencana Analisis	Analisa persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel, Aplikasi, SIMRS
Pengumpul Data	Kepala Ruangan Radiologi
PIC Data	Kepala Instalasi Radiologi
Validator	Ketua Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien

3. Angka kelengkapan catatan RM pasien 24 jam setelah discharge rawat inap

Judul Indikator	Angka kelengkapan catatan rekam medik pasien 24 jam setelah <i>discharge</i> rawat inap
Dasar Pemikiran	1. Permenkes No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit 3. Pedoman Keselamatan Pasien RS Unhas no. 34/UN4.24/2022
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☒ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	1. Mengukur efektifitas pelayanan pasien rawat inap 2. Mengetahui tingkat aksesibilitas PPA dalam mengisi rekam medis pasien rawat inap 3. Menilai keterlibatan PPA dalam menunjang keselamatan pasien 4. Menilai kepatuhan PPA dalam pengisian rekam medis yang berfokus pada pasien rawat inap 5. Menunjang kesinambungan pencatatan yang berhubungan dengan kondisi pasien dalam pelayanan pasien rawat inap.
Defenisi Operasional	Kelengkapan catatan rekam medik pasien 24 jam setelah <i>discharge</i> adalah lengkapnya pengisian semua form RM pasien sejak pasien masuk sampai pasien pulang, paling lambat dilengkapi 24 jam setelah <i>discharge</i> .
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Outcome ☒ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah berkas RM RI yang lengkap setelah <i>discharge</i> 24 jam
Denominator	Total berkas RM pasien RI yang <i>discharge</i> pada bulan itu
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : pasien yang termasuk registrasi rawat inap, pasien yang dirawat di ruang intermediate Eksklusi: pasien one day care, pasien Kanker
Formula	Jumlah berkas RM RI yang lengkap setelah <i>discharge</i> 24 jam dibagi total berkas RM pasien RI yang <i>discharge</i> pada bulan itu dikali 100%



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Sumber data	Laporan analisis kelengkapan Rekam Medik
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel, Aplikasi, SIMRS
Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rekam Medik
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medik
Validator	Ketua Ketua Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

4. Ketepatan waktu menanggapi kerusakan alat (<15 menit)

Judul Indikator	Ketepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat (<15 menit)
Dasar Pemikiran	1. KMK 129 Tahun 2008 Tentang SPM RS 2. Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit 3. Pedoman pengorganisasian IPSRS 4. Pedoman kerja IPSRS
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☒ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	1. Meminimalkan penggunaan sumber daya (baik dari segi dan jumlah tenaga maupun alat atau sparepart yang dibutuhkan) untuk mendapatkan hasil yang optimal 2. Menindaki kerusakan sesuai dengan urgensi laporan yang diterima 3. Terlaksananya pelayanan kesehatan yang berkesinambungan
Defenisi Operasional	Ketepatan waktu menanggapi kerusakan alat adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak baik alat medis maupun non medis diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindaklanjut perbaikan < 15 menit
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Outcome ☒ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi <15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : alat medis (alat kesehatan) dan non medis (elektrikal, mekanikal, tata udara, instrument, gas medis, workshop, incenerator) Eksklusi: 1. Sparepart tidak tersedia 2. Kerusakan bangunan 3. Lingkungan dan sanitasi 4. Furniture 5. Jaringan 6. Ruang pelayanan Kanker (IGD Kanker, Poli Paru, RI Kanker, Lab Mikro, Lab BSL)
Formula	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi <15 menit dalam satu bulan dibagi jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan dikali 100%
Sumber data	1. Rekap laporan bulanan kerusakan alat 2. Bukti respon time dalam form pengaduan yg ditandatangani oleh user
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode	Triwulan



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Analisis	
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (melihat riwayat data)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentasi
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel, Aplikasi, SIMRS
Pengumpul data	Kordinator IPSRS
PIC Data	Kepala Instalasi IPSRS
Validator	Ketua Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien

5. Ketersediaan Obat di Unit Apotek Sesuai dengan FORNAS

Judul Indikator	Ketersediaan Obat di Unit Apotek Sesuai dengan FORNAS
Dasar Pemikiran	1. Permenkes No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit 3. Pedoman Keselamatan Pasien RS Unhas no. 34/UN4.24/2022
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☒ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	
Defenisi Operasional	
Jenis Indikator	
Numerator	
Denominator	
Target Capaian	
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	
Formula	
Sumber data	
Frekuensi Pengumpulan Data	
Periode Analisis	



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Cara Pengumpulan Data	
Sampel	
Rencana Analisis	
Instrument Pengambilan Data	
PIC Data	Kepala Instalasi Farmasi
Validator	Ketua Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien

E. Indikator terkait manajemen risiko

1. Pengadaan Rutin Alkes dan Obat: Kelengkapan obat dan BHP di Trolley Emergency IGD

Judul Indikator	Angka kelengkapan Obat dan BMHP di Trolley Emergency IGD
Dasar Pemikiran	Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☒ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	Untuk mengetahui kemampuan respon cepat IGD dalam memberikan pertolongan pada pasien yang harus didukung oleh ketersediaan obat dan BMHP siap pakai
Definisi Operasional	Kelengkapan obat dan BMHP di trolley emergency adalah Jumlah obat/ BMHP yang tersedia di <i>trolley emergency</i> IGD dibandingkan dengan list obat/ BMHP yang seharusnya tersedia di <i>trolley emergency</i> IGD sesuai standar RS
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah item obat/ BMHP yang tersedia di trolley emergency IGD
Denominator	Total obat dan BMHP yang seharusnya tersedia di <i>trolley emergency</i> IGD sesuai standar RS
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Semua obat dan BMHP di <i>trolley emergency</i> IGD sesuai dengan daftar standar yang telah ditetapkan RS
Formula	Jumlah item obat/ BMHP yang tersedia di <i>trolley emergency</i> IGD dibagi jumlah total obat/ BMHP yang seharusnya tersedia di <i>trolley emergency</i> IGD sesuai standar RS dikali 100%
Sumber Data	Laporan stock opname bulanan instalasi farmasi
Frekuensi Pengumpulan	Bulanan



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Data	
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrumen Pengumpulan Data	Aplikasi, microsoft excel, SIMRS
Pengumpul Data	Instalasi Farmasi
Penanggung Jawab	Instalasi Farmasi
Validator	Ketua Ketua Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien

2. Ketepatan waktu kehadiran staf sesuai dengan jam kerja

Judul Indikator	Ketepatan waktu kehadiran staf sesuai dengan jam kerja
Dasar Pemikiran	Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☒ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	langkah awal untuk menciptakan kepedulian pegawai rumah sakit terhadap ketepatan waktu hadir dirumah sakit dan mempertahankan kinerja karyawan
Defenisi Operasional	Keterlambatan pegawai hadir dirumah sakit adalah terjadinya perbedaan waktu antara waktu hadir pegawai sesuai jam kerja yang telah ditetapkan oleh direktur utama rumah sakit dengan realisasi waktu kehadiran pegawai. Kategori keterlambatan yaitu : a. Kategori ringan : keterlambatan 16 menit s/d 45 menit perhari atau 5 jam 52 menit s/d 16 jam 30 menit perbulan b. Kategori sedang : keterlambatan 46 menit s/d 75 menit perhari atau 16 jam 52 menit s/d 27 jam 30 menit perbulan c. Kategori berat : keterlambatan lebih dari 75 menit perhari atau lebih dari 27 jam 30 menit perbulan
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Output ☒ Outcome
Numerator	Jumlah staf yang terlambat hadir sesuai dengan ketentuan yang berlaku setiap bulannya



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Denominator	Jumlah pegawai yang wajib hadir tepat waktu setiap bulannya
Target Capaian	Total target capaian 30% Rincian target kategori keterlambatan yaitu : a. Kategori ringan : 15 % b. Kategori sedang : 10 % c. Kategori berat : 5 %
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : semua pegawai (PNS, NPT dan NPTT) yang wajib hadir dirumah sakit Eksklusi : semua pegawai (PNS, NPT dan NPTT) yang berhalangan hadir karena sakit, izin, cuti, dan dinas diluar rumah sakit
Formula	$\frac{\text{Jumlah staf yang terlambat hadir sesuai dengan ketentuan yang berlaku setiap bulannya}}{\text{Jumlah pegawai yang wajib hadir tepat waktu setiap bulannya}}$
Sumber data	1. Hasil perekaman kehadiran pegawai berdasarkan mesin fiface 2. Rekapitulasi evaluasi kehadiran pegawai oleh SDM berdasarkan penarikan dari mesin fiface
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Analisis persentase
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentasi
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel, Aplikasi, dan SIMRS
Pengumpul Data	Sie SDM
PIC Data	Sie SDM
Validator	Ketua Ketua Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien

3. Angka kejadian pasien yang harus di rujuk karena tidak ketersediaan pemeriksaan penunjang

Judul Indikator	Angka kejadian pasien yang harus di rujuk karena tidak ketersediaan pemeriksaan penunjang
Dasar Pemikiran	1. Permenkes No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	3. Pedoman Keselamatan Pasien RS Unhas no. 34/UN4.24/2022
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☒ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	Terlaksananya pelayanan pasien Kanker yang efektif, focus pada pasien, sesuai dengan <i>Clinical Pathway</i> terintegrasi yang telah ditetapkan.
Definisi Operasional	Angka kejadian pasien yang harus di rujuk karena tidak ketersediaan pemeriksaan penunjang adalah jumlah pasien rawat jalan atau rawat inap yang harus dirujuk ke RS lain karena ketidak sediaan pemeriksaan penunjang di RS Unhas.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Outcome ☒ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah pasien yg harus di rujuk
Denominator	-
Target Capaian	0
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Pemeriksaan penunjang yg dimaksud adalah pemeriksaan penunjang yg yang harus ada di RS Unhas sesuai dengan jenis pelayanan yg ada dan telah ditetapkan RS Eksklusi :
Formula	
Sumber Data	
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total Sampling
Rencana Analisis	Analisis Persentasi
Instrumen Pengambilan Data	Microsoft Excel, SimRS dan Aplikasi
Pengumpul Data	Staf Subkomite Mutu Profesi
Penanggung Jawab	Staf Subkomite Mutu Profesi
Validator	Ketua Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien

F. Indikator terkait penelitian klinis dan program pendidikan kedokteran

1. Kepatuhan supervisi DPJP Bedah terhadap peserta didik PPDS Bedah terkait pelaksanaan tindakan operasi



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Judul Indikator	Kepatuhan supervisi DPJP Bedah terhadap peserta didik PPDS Bedah terkait pelaksanaan tindakan operasi
Dasar Pemikiran	1. Peraturan menteri kesehatan RI tentang keselamatan pasien 2. DPJP harus melakukan supervisi dalam memberikan pelayanan termasuk tindakan operasi, sesuai dengan kebutuhan pasien untuk mendapatkan hasil pelayanan seperti yang diinginkan dan menghindari kesalahan akibat kekeliruan peserta didik PPDS
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1. <i>Effective</i> ☒ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	Peningkatan kualitas pelayanan dan proses pendidikan
Definisi Operasional	Supervisi DPJP terhadap peserta didik PPDS Bedah adalah jumlah pasien yang dilakukan tindakan operasi oleh peserta didik PPDS dan dilakukan supervisi oleh DPJP dalam bentuk pemberian instruksi terkait pelaksanaan tindakan operasi
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Output ☐ Outcome
Satuan Pengukuran	Presentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien dengan asesmen asisten DPJP yang dilakukan supervisi oleh DPJP sesuai dengan waktu supervisi
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang dilakukan asesmen oleh asisten DPJP dalam 1 bulan
Target Pencapaian	100 %
Kriteria:	Kriteria Inklusi: semua pasien yang dilakukan operasi
Formula	Jumlah pasien dengan asesmen asisten DPJP Bedah yang dilakukan supervisi oleh DPJP sesuai dengan waktu supervisi dibagi Jumlah seluruh pasien yang dilakukan asesmen oleh asisten DPJP Bedah dalam 1 bulan dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	Restrospektif
Sumber Data	Laporan Pelayanan Bulanan Instalasi Bedah Sentral
Instrumen Pengambilan Data	Rekapitulasi Harian Pelayanan Instalasi Bedah Sentral
Besar Sampel	Total Sampling
Cara Pengambilan Sampel	Probability sampling
Periode Pengumpulan	Bulanan



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Data	
Penyajian Data	Tabel, run chart
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semester
Penanggung Jawab	Bidang Pendidikan, Dirdiklatlit & SDM

2. Kepatuhan supervisi DPJP Anestesi terhadap peserta didik PPDS Anestesi terkait pelaksanaan tindakan operasi

Judul Indikator	Kepatuhan supervisi DPJP anestesi terhadap peserta didik PPDS anestesi terkait pelaksanaan tindakan anestesi
Dasar Pemikiran	1. Peraturan menteri kesehatan RI tentang keselamatan pasien 2. DPJP harus melakukan supervisi dalam memberikan pelayanan termasuk tindakan anestesi, sesuai dengan kebutuhan pasien untuk mendapatkan hasil pelayanan seperti yang diinginkan dan menghindari kesalahan akibat kekeliruan peserta didik PPDS
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1. <i>Effective</i> ☒ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	Peningkatan kualitas pelayanan dan proses pendidikan
Definisi Operasional	Supervisi DPJP terhadap peserta didik PPDS Anestesi adalah jumlah pasien yang dilakukan tindakan anestesi oleh peserta didik PPDS dan dilakukan supervisi oleh DPJP dalam bentuk pemberian instruksi terkait pelaksanaan tindakan anestesi
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Output ☐ Outcome
Satuan Pengukuran	Presentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien dengan asesmen asisten DPJP yang dilakukan supervisi oleh DPJP sesuai dengan waktu supervisi
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang dilakukan asesmen oleh asisten DPJP dalam 1 bulan
Target Pencapaian	100%
Kriteria:	Kriteria Inklusi: semua pasien yang dilakukan asesmen oleh asisten DPJP
Formula	Jumlah pasien dengan asesmen asisten DPJP anestesi yang dilakukan supervisi oleh DPJP sesuai dengan waktu supervisi dibagi Jumlah seluruh pasien yang dilakukan asesmen oleh asisten DPJP anestesi dalam 1 bulan dikali 100%



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Metode Pengumpulan Data	Restrospektif
Sumber Data	Laporan Pelayanan Bulanan Instalasi Bedah Sentral
Instrumen Pengambilan Data	Rekapitulasi Harian Pelayanan Instalasi Bedah Sentral
Besar Sampel	Total Sampling
Cara Pengambilan Sampel	Probability sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	Tabel, run chart
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semester
Penanggung Jawab	Bidang Pendidikan, Dirdiklatlit & SDM

3. Kesesuaian kompetensi peserta didik PPDS bedah dengan tindakan operasi yang dilakukan

Judul Indikator	Kesesuaian kompetensi peserta didik PPDS bedah dengan tindakan operasi yang dilakukan
Dasar Pemikiran	1. Peraturan menteri kesehatan RI tentang keselamatan pasien 2. Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia No. 73 Tahun 2020 tentang standar pendidikan profesi dokter spesialis bedah 3. Masyarakat umum akan merasa aman dan nyaman bila dilayani oleh rumah sakit yang mempekerjakan dokter spesialis bedah yang kompeten 4. Standar kompetensi yang ditandatangani oleh KPS Ilmu Bedah FK Unhas
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1. <i>Effective</i> ☒ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	Peningkatan mutu pelayanan terhadap seluruh tindakan operasi berdasarkan standar kompetensi yang diperlukan.
Definisi Operasional	1. Kesesuaian kompetensi peserta didik PPDS bedah dengan tindakan operasi yang dilakukan adalah kesesuaian tindakan operasi yang dilakukan peserta didik dengan kompetensi yang dikeluarkan oleh ketua program studi (KPS) 2. Kewenangan klinis (<i>clinical privilege</i>) adalah hak khusus seorang staf medis



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (<i>clinical appointment</i>).
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Output ☒ Outcome
Satuan Pengukuran	Presentase
Numerator (pembilang)	Kompetensi peserta didik PPDS bedah
Denominator (penyebut)	Standar kompetensi peserta didik PPDS bedah
Target Pencapaian	100%
Kriteria:	Kriteria inklusi: Seluruh peserta didik PPDS yang melakukan tindakan operasi di Instalasi Bedah Sentral (IBS)
Formula	$\frac{\text{Jumlah peserta didik yang melakukan tindakan bedah sesuai kompetensi}}{\text{Jumlah total peserta didik yang melakukan tindakan bedah di IBS}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Restrospektif
Sumber Data	Daftar nama peserta didik dan Daftar kompetensi peserta didik dari KPS
Instrumen Pengambilan Data	Laporan Pelayanan Bulanan Instalasi Bedah Sentral
Besar Sampel	Total Sampling
Cara Pengambilan Sampel	Probability sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	Tabel, run chart
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan
Penanggung Jawab	Bidang Pendidikan, Dirdiklatlit & SDM

4. Kesesuaian kompetensi peserta didik PPDS Anestesi dengan tindakan anestesi yang dilakukan di kamar operasi



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Judul Indikator	Kesesuaian kompetensi peserta didik PPDS Anestesi dengan tindakan anestesi yang dilakukan di kamar operasi
Dasar Pemikiran	1. Peraturan menteri kesehatan RI tentang keselamatan pasien 2. Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia No. 38 Tahun 2015 tentang standar pendidikan profesi dokter spesialis anestesiologi dan terapi intensif 3. Masyarakat umum akan merasa aman dan nyaman bila dilayani oleh rumah sakit yang mempekerjakan dokter spesialis anestesiologi dan terapi intensif yang kompeten 4. Standar kompetensi yang ditandatangani oleh KPS lmu nestesiologi dan terapi intensif FK Unhas
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1. <i>Effective</i> ☒ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	Peningkatan mutu pelayanan terhadap seluruh tindakan operasi berdasarkan standar kompetensi yang diperlukan.
Definisi Operasional	1. Kesesuaian kompetensi peserta didik PPDS anestesi dengan tindakan anestesi yang dilakukan adalah kesesuaian tindakan anestesi yang dilakukan peserta didik dengan kompetensi yang dikeluarkan oleh ketua program studi (KPS) 2. Kewenangan klinis (<i>clinical privilege</i>) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (<i>clinical appointment</i>).
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Output ☒ Outcome
Satuan Pengukuran	Presentase
Numerator (pembilang)	Kompetensi peserta didik PPDS anestesiologi dan terapi intensif
Denominator (penyebut)	Standar kompetensi peserta didik PPDS anestesiologi dan terapi intensif
Target Pencapaian	100%
Kriteria:	Kriteria inklusi: Seluruh peserta didik PPDS yang melakukan tindakan operasi di Instalasi Bedah Sentral (IBS)
Formula	Jumlah peserta didik yang melakukan tindakan anestesi sesuai kompetensi dibagi Jumlah total peserta didik yang melakukan tindakan anestesi di IBS dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	Restrospektif
Sumber Data	Daftar nama peserta didik dan Daftar kompetensi peserta didik dari KPS
Instrumen Pengambilan	Laporan Pelayanan Bulanan Instalasi Bedah Sentral



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Data	
Besar Sampel	Total Sampling
Cara Pengambilan Sampel	Probability sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	Tabel, run chart
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan
Penanggung Jawab	Bidang Pendidikan, Dirdiklatlit & SDM

a. INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT (IMP-UNIT)

1. Bidang Keperawatan : Kesesuaian pelaksanaan tindakan keperawatan (kewenangan klinis) dengan surat penugasan klinis (SPK)

Judul Indikator	Kesesuaian pelaksanaan tindakan keperawatan (kewenangan klinis) dengan surat penugasan klinis (SPK)
Dasar Pemikiran	1. Undang Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan 2. Peraturan Pemerintah No.47 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang PerumahaSakitan 3. Permenkes RI No 40 Tahun 2017 Tentang Pengembangan Jenjang Karir Professional Perawat Klinik 4. Pedoman Kerja Bidang Keperawatan Rumah Sakit Unhas
Dimensi Mutu	Beri tanda ceklist (√) jika termasuk ☐ 1.Efesiensi ☐ 3.Aksesibilitas ☐ 5.Fokus pada pasien ☐ 2.Efektifitas ☐ 4.Keselamatan ☐ 6.Kesinambungan
Tujuan	1. Menilai kesesuaian pelaksanaan tindakan keperawatan (kewenangan klinis) dengan penugasan klinis 2. Mengukur tingkat keberhasilan perawat melaksanakan tindakan keperawatan dengan penugasan klinis
Defenisi Operasional	<i>Evaluasi</i> pelaksanaan tindakan keperawatan (kewenangan klinis) dengan penugasan klinis <i>adalah</i> proses penilaian yang dilakukan oleh Kepala ruangan atau perawat primer yang divalidasi oleh Bidang Keperawatan secara sistematis terhadap kesesuaian Kewenangan klinis yang dilakukan oleh perawat dengan SPK yang diterbitkan oleh Direktur rumah sakit,



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	sesuai dengan jadwal monitoring yang telah ditetapkan minimal 1 unit per bulan pada semua perawat yang bertugas di unit pelayanan. Pengumpulan data dilakukan melalui: 1. Identifikasi SPK perawat di masing-masing unit 2. Menyusun jadwal evaluasi 3. Melakukan sosialisasi kepada perawat 4. Melaksanakan evaluasi sesuai jadwal Kriteria objektif: Sesuai, jika hasil penilaian kepala ruangan atau perawat primer, sesuai antara tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan yang tercantum dalam SPK. Akan divalidasi oleh staf Bidang Keperawatan sesuai jadwal dan divalidasi ulang jika ada temuan. Tidak Sesuai, jika hasil penilaian kepala ruangan atau perawat primer, tidak sesuai antara tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan yang tercantum dalam SPK. Akan divalidasi oleh staf Bidang Keperawatan sesuai jadwal dan divalidasi ulang jika ada temuan
Jenis Indikator	Beri tanda ceklist (√) jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah Perawat di unit pelayanan yang melakukan tindakan keperawatan dengan memiliki SPK
Denominator	Jumlah Perawat yang bertugas di unit dan memiliki SPK
Target Capaian	100% perawat melakukan tindakan keperawatan berdasarkan SPK
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi: Semua perawat yang memiliki SPK dan memberikan pelayanan langsung ke pasien Eksklusi: perawat yang tidak memberikan pelayanan langsung ke pasien atau perawat yang tugas utamanya bukan pelayanan langsung.
Formula	$\frac{\text{Jumlah perawat yang melakukan tindakan keperawatan sesuai SPK}}{\text{Total perawat yang memiliki SPK}} \times 100 \%$
Sumber data	Data perawat yang bertugas di unit tertentu, SPK seluruh perawat, lembar checklist observasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	3 bulan
Cara Pengumpulan Data	Prospektif
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Rekap hasil observasi kesesuaian pelaksanaan tindakan keperawatan (kewenangan klinis), rekap capaian indicator mutu dalam excel dan Aplikasi
Pengumpul Data	Staf Bidang Keperawatan,
Penanggung jawab	Bidang Keperawatan, Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan, Kepala Ruangan, Perawat Primer di seluruh Unit Pelayanan



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Validator	Kepala Bidang Keperawatan
-----------	---------------------------

2. Bidang Pelayanan Medik : Terlaksananya OPPE bagi seluruh tenaga medis (dokter)

Judul Indikator	Terlaksananya OPPE bagi seluruh tenaga medis (dokter)
Dasar Pemikiran	Pedoman Keselamatan Pasien RS Unhas Pedoman Pelayanan Medik
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1.Efesiensi ☒ 3.Aksesibilitas ☒ 5.Fokus pada pasien ☒ 2.Efektifitas ☒ 4.Keselamatan ☒ 6.Kesinambungan
Tujuan	Evaluasi kinerja klinis, evaluasi pengembangan profesi dan evaluasi perilaku etik staf kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan
Defenisi Operasional	Suatu metode yang digunakan oleh institusi pelayanan kesehatan untuk melakukan evaluasi kinerja klinis, evaluasi pengembangan profesi dan evaluasi perilaku etik staf kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan
JenisIndikator	Beri tandaji ☒ termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah Dokter yang telah dilakukan evaluasi OPPE
Denominator	Jumlah seluruh dokter yang bertugas di RS Unhas
Target Capaian	Target 100 %
KriteriaInklusi dan Eksklusi	Inklusi : Dokter yang mempunyai SIP aktif Eksklusi : Dokter yang tidak lagi melakukan praktek kedokteran di RS Unhas
Formula	Numerator / denominator
Sumber data	
FrekuensiPengumpulan Data	Dikumpul di akhir tahun
PeriodeAnalisis	Analisa dilakukan di awal tahun berikutnya
Cara Pengumpulan Data	Dikumpulkan data bulanan
Sampel	Total sampling
RencanaAnalisis	Analisis dilakukan dengan memperhatikan jumlah dokter yang tidak dilakukan evaluasi OPPE
Instrument Pengambilan Data	Form OPPE
Pengumpul Data	Staf Bidang pelayanan medik
Penanggung jawab	Kepala Bidang pelayanan medik
Validator	Kepala Bidang pelayanan medik

3. Bidang Pendidikan : Kegiatan IPE (Inter Profesional Education) dalam proses pembelajaran



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Judul Indikator	Kegiatan IPE (Inter Profesional Education) dalam proses pembelajaran
Dasar Pemikiran	1. Pedoman akreditasi pendidikan RS 2. Renstra RS Unhas 3. IKU RS UNHAS
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk: ☐ 1.Efisiensi ☐ 3.Aksesibilitas ☐ 5.Fokus pada pasien ☒ 2.Efektifitas ☐ 4.Keselamatan ☐ 6.Kesinambungan
Tujuan	Mengoptimalkan peran Rumah Sakit Universitas Hasanuddin dalam menciptakan budaya kolaborasi antar profesi kesehatan dalam proses pelayanan pasien
Defenisi Operasional	Jumlah kegiatan interprofessional education yang dimaksud adalah banyaknya kegiatan IPE antar profesi kesehatan yang dilaksanakan oleh peserta didik dalam satu tahun
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk: ☐ Input ☒ Proses ☒ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah kegiatan IPE yang terlaksana
Denominator	Jumlah kegiatan IPE yang seharusnya dilaksanakan
Target Capaian	2 kegiatan IPE dalam setahun
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	KI: Kegiatan yang dilakukan oleh 2 atau lebih bidang profesi kesehatan dalam penyelenggaraan pendidikan dan memberikan edukasi serta pelayanan pada pasien KE: Kegiatan yang hanya dilakukan oleh 1 bidang profesi Kesehatan saja dalam penyelenggaraan pendidikan dan memberikan edukasi serta pelayanan pada pasien
Formula	Jumlah kegiatan IPE yang terlaksana dalam setahun
Sumber data	Data kegiatan IPE di Bidang Pendidikan RS Unhas
Frekuensi Pengumpulan Data	Per kegiatan/Triwulan (Rata-rata)
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total Sampling
Rencana Analisis	Analisis kegiatan
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel dan Aplikasi
Pengumpul Data	Sie Pendidikan RS UNHAS
Penanggung jawab	Sie Pendidikan RS UNHAS
Validator	Kepala Bidang Pendidikan dan Pelatihan RS UNHAS

4. Bidang Pelatihan : Ketersediaan Narasumber (Fasilitator) Sesuai Standar

Judul Indikator 1	Ketersediaan Narasumber (Fasilitator) Sesuai Standar
-------------------	---



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Dasar Pemikiran	1. Pedoman Akreditasi Pelatihan Bidang Kesehatan 2. Pedoman Penyelenggaraan Pelatihan di Rumah Sakit Unhas
Dimensi Mutu	Beri tanda ceklist (√) jika termasuk 1.Efesiensi 3.Aksesibilitas 5.Fokus pada pasien 2.Efektifitas (√) 4.Keselamatan 6.Kesinambungan
Tujuan	Peningkatan kualitas pelatihan yang dilaksanakan
Defenisi Operasional	Narasumber (Fasilitator) adalah seseorang yang akan memfasilitasi sebuah pelatihan, yang memiliki peran untuk membantu memudahkan peserta dalam memahami isi atau materi pelatihan. Fasilitator yang sesuai standar dengan memenuhi kriteria: 1. Telah mengikuti Pelatihan Training of Trainer (ToT)/ Tenaga Pelatih Program Kesehatan (TPPK) atau pengalaman melatih. 2. Memiliki sertifikat pelatihan yang mendukung materi yang diberikan. Kriteria Objektif sebagai berikut: ≥ 50% : Tercapai < 50% : Tidak tercapai
Jenis Indikator	Beri tanda ceklist (√) jika termasuk Input (√) Proses (√) Outcome Proses dan outcome
Numerator	Jumlah narasumber (fasilitator) sesuai standar setiap pelatihan yang dilaksanakan
Denominator	Jumlah narasumber (fasilitator) di Rumah Sakit setiap pelatihan yang dilaksanakan
Target Capaian	50% narasumber (fasilitator) sesuai standar setiap pelatihan yang dilaksanakan
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	KI : Kegiatan pembelajaran dalam bentuk pengembangan SDM untuk staf RS Unhas maupun luar RS unhas KE : Kegiatan pembelajaran/ pengembangan SDM tetapi tidak termasuk dalam kategori pelatihan (workshop, dll)
Formula	Jumlah narasumber (fasilitator) sesuai standar setiap pelatihan yang dilaksanakan dibagi Jumlah narasumber (fasilitator) di Rumah Sakit setiap pelatihan yang dilaksanakan dikali 100 %
Sumber data	Data Narasumber (fasilitator) RS beserta kompetensinya
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Prospektif
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument	Microsoft Excel dan Aplikasi



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Pengambilan Data	
Pengumpul Data	Sie Pelatihan & PKRS
Penanggung jawab	Sie Pelatihan & PKRS → Validator: Kepala Bidang Pendidikan dan Pelatihan

5. Bidang Penelitian : Jumlah publikasi penelitian pada jurnal nasional terakreditasi

Judul Indikator	Jumlah publikasi penelitian pada jurnal nasional terakreditasi
Dasar Pemikiran	Pedoman Akreditasi Jurnal Ilmiah Ristekdikti
Dimensi Mutu	Beri tanda ceklist (√) jika termasuk 1.Efesiensi 3.Aksesibilitas 5.Fokus pada pasien √ 2.Efektifitas 4.Keselamatan 6.Kesinambungan
Tujuan	Terwujudnya peningkatan publikasi artikel ilmiah pada jurnal nasional terakreditasi yang menuliskan nama RS Unhas
Defenisi Operasional	Indikator ini dihitung dengan menjumlahkan total publikasi pada jurnal nasional terakreditasi SINTA yang menuliskan RS Unhas sebagai afiliasi. Metode penghitungan dilakukan pada bulan Januari pada tahun berjalan berikutnya dengan metode pencarian pada Google Scholar dengan penggunaan kata kunci "Rumah Sakit Universitas Hasanuddin" OR "RS Universitas Hasanuddin". Pada hasil pencarian tersebut kemudian dilakukan skrining dengan melihat jurnal yang mempublikasikan artikel tersebut apakah terdaftar pada akreditasi SINTA atau tidak. Jurnal yang terpublikasi tahun 2021 yang mencantumkan nama Rumah Sakit Unhas sebagai afiliasi yaitu sebanyak 4 artikel ilmiah. Target minimal 5 jurnal nasional terpublikasi yang mencantumkan nama Rumah Sakit Unhas sebagai afiliasi
Jenis Indikator	Beri tanda ceklist (√) jika termasuk Input Proses √ Outcome Proses dan outcome
Numerator	Jumlah artikel ilmiah pada jurnal nasional terakreditasi yang menuliskan RS Unhas pada tahun berjalan
Denominator	Jumlah artikel ilmiah pada jurnal nasional terakreditasi yang menuliskan RS Unhas pada tahun sebelumnya
Target Capaian	Peningkatan 10% dari tahun sebelumnya (minimal 5 jurnal nasional terpublikasi sebagai afiliasi)
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Kriteria Inklusi : Artikel ilmiah pada jurnal nasional terakreditasi yang menuliskan nama RS Unhas
Formula	$\frac{\text{Jumlah artikel ilmiah pada jurnal nasional terakreditasi yang menuliskan RS Unhas pada tahun berjalan}}{\text{Jumlah artikel ilmiah pada jurnal nasional terakreditasi yang menuliskan RS Unhas pada tahun sebelumnya}} \times 100\%$
Sumber data	Daftar publikasi pada jurnal nasional terakreditasi yang menuliskan nama RS



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

	Unhas
Frekuensi Pengumpulan Data	Triwulan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total Sampling
Rencana Analisis	Persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel dan Aplikasi
Pengumpul Data	Bidang Penelitian dan Inovasi
Penanggung jawab	Bidang Penelitian dan Inovasi
Validator	Kabid Penelitian dan Inovasi

6. PKRS :

a. Ketersediaan media promosi kesehatan terkait layanan unggulan (Cancer)

Judul Indikator 1 (Prioritas)	Ketersediaan media promosi kesehatan terkait layanan unggulan (Cancer)
Dasar Pemikiran	1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2018 Tentang Promosi Kesehatan Rumah Sakit 2. Pedoman Pelayanan PKRS Rumah Sakit Unhas
Dimensi Mutu	Beri tanda ceklist (√) jika termasuk 1.Efesiensi 3.Aksesibilitas (√) 5.Fokus pada pasien (√) 2.Efektifitas 4.Keselamatan 6.Kesinambungan
Tujuan	Memastikan pasien dan keluarga mendapatkan akses terhadap informasi kesehatan
Defenisi Operasional	Media promosi kesehatan selalu tersedia terkait <i>Cancer</i> di area RS, yaitu: 1. Ca Mammae 2. Ca Cerviks 3. Ca Nasofaring 4. Acute lymphocytic leukemia (ALL) 5. Kemoterapi Kriteria Objektif sebagai berikut: Terlaksana: 100% Tidak terlaksana: 0%
Jenis Indikator	Beri tanda ceklist (√) jika termasuk Input Proses Outcome Proses dan outcome (√)
Numerator	Jumlah hari kerja dengan ketersediaan media promosi kesehatan lengkap sesuai definisi operasional



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Denominator	Jumlah hari kerja setiap bulan
Target Capaian	100 %
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	-
Formula	Jumlah hari kerja dengan ketersediaan media promosi kesehatan lengkap sesuai definisi operasional dibagi dengan Jumlah hari kerja setiap bulan dibagi dengan 100%
Sumber data	Observasi ke unit-unit pelayanan di RS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari kerja
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Prospektif
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis Persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel dan Aplikasi
Pengumpul Data	Sie Pelatihan & PKRS
Penanggung jawab	Sie Pelatihan & PKRS → Validator: Kepala Bidang Pendidikan dan Pelatihan

b. Kelengkapan dokumentasi pemberian edukasi pasien dan keluarga di rawat inap

Judul Indikator 2	Kelengkapan dokumentasi pemberian edukasi pasien dan keluarga di rawat inap
Dasar Pemikiran	1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2018 Tentang Promosi Kesehatan Rumah Sakit 2. Pedoman Pelayanan PKRS Rumah Sakit Unhas
Dimensi Mutu	Beri tanda ceklist (√) jika termasuk 1.Efesiensi 3.Aksesibilitas (√) 5.Fokus pada pasien 2.Efektifitas 4.Keselamatan (√) 6.Kesinambungan
Tujuan	Memastikan kepatuhan petugas dalam mendokumentasikan pemberian informasi dan edukasi di rekam medis
Defenisi Operasional	Setiap proses pelaksanaan edukasi di rawat inap didokumentasikan dalam Lembar edukasi pasien dan keluarga terintegrasi (MR.21)
Jenis Indikator	Beri tanda ceklist (√) jika termasuk Input Proses Outcome Proses dan outcome (√)
Numerator	Jumlah dalam Lembar edukasi pasien dan keluarga terintegrasi yang terisi lengkap
Denominator	Jumlah dalam lembar edukasi pasien dan keluarga terintegrasi yang



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	dilakukan pemeriksaan
Target Capaian	100 %
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Kriteria inklusi: 1. Dokumen rekam medik 1 bulan kebelakang 2. Dokumen rekam medik dengan pasien minimal dilakukan 3 hari perawatan
Formula	Jumlah dalam Lembar edukasi pasien dan keluarga terintegrasi yang terisi lengkap dibagi dengan Jumlah dalam lembar edukasi pasien dan keluarga terintegrasi yang dilakukan pemeriksaan dibagi dengan 100%
Sumber data	Data Rekam medis
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (1 bulan ke belakang)
Sampel	Purposive sampling
Rencana Analisis	Analisis Persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel dan Aplikasi
Pengumpul Data	Sie Pelatihan & PKRS
Penanggung jawab	Sie Pelatihan & PKRS → Validator: Kepala Bidang Pendidikan dan Pelatihan

7. Bidang Pelayanan Penunjang Sarana Medik : Ketepatan waktu pelaporan rutin bulanan
Bidang pelayanan penunjang dan sarana medis

Judul Indikator	Ketepatan waktu pelaporan rutin bulanan Bidang pelayanan penunjang dan sarana medis
Dasar Pemikiran	1. Rencana Strategis RS Unhas 2020-2024 2. SNARS 1.1. (cek pokja TKP) pelaporan unit
Dimensi Mutu	Efektivitas dan kesinambungan
Tujuan	1. Sebagai dasar pengambilan keputusan oleh pimpinan 2. Untuk meningkatkan kualitas layanan Bidang Pelayanan Penunjang dan Sarana Medis secara berkesinambungan
Defenisi Operasional	Pelaporan rutin Bidang penunjang adalah laporan capaian kegiatan dan produktivitas yang berasal dari unit-unit yang dibawah oleh Diryanjang seperti laporan produktivitas; SPM; capaian indikator mutu laporan; capaian program kerja berdasarkan renstra yang dilakukan secara rutin bulanan setiap pekan pertama bulan berikutnya
Jenis Indikator	Proses dan outcome
Numerator	Jumlah laporan yang tepat waktu terselesaikan pekan pertama bulan berikutnya



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	yang mematuhi isi PKS dalam kurun waktu 6 bulan
Denominator	Jumlah PKS institusi pendidikan yang mengirimkan peserta didiknya dalam kurun waktu 6 bulan
Target Capaian	100 %
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : semua PKS institusi pendidikan yang mengirimkan peserta didiknya ke RS Unhas Eksklusi : institusi pendidikan yang menarik peserta didiknya sebelum habis masa praktiknya di RS Unhas
Formula	Jumlah PKS institusi pendidikan yang mengirimkan peserta didiknya yang mematuhi isi PKS dalam kurun waktu 6 bulan dibagi Jumlah PKS institusi pendidikan yang mengirimkan peserta didiknya dalam kurun waktu 6 bulan dikali 100%
Sumber data	1. Daftar PKS institusi pendidikan 2. Laporan evaluasi isi PKS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (melihat riwayat data)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis Persentase
Instrument Pengambilan Data	SIMpel; Microsoft Excel ; Aplikasi
Pengumpul Data	Staf Sie Kerjasama
Penanggung jawab	Staf Sie Kerjasama
Validator	Kepala Bidang Pemasaran dan Kerjasama

9. Costumer Care : Kecepatan waktu tanggap complain

Judul Indikator	Kecepatan waktu tanggap komplain
Dasar Pemikiran	- Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 32 bahwa setiap pasien mempunyai mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan. - Rumah sakit berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit. Apabila selama perawatan pasien merasa bahwa rumah sakit belum menunaikan kewajiban tersebut maka pasien memiliki hak untuk mengajukan komplain. - Untuk itu rumah sakit perlu memiliki unit yang merespon dan menindaklanjuti keluhan tersebut dalam waktu yang telah ditetapkan agar keluhan pasien dapat segera teratasi.
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1.Efesiensi ☐ 3.Aksesibilitas ☒ 5.Fokus pada pasien



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	2.Efektifitas	4.Keselamatan	6.Kesinambungan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan rumah sakit dalam merespon keluhan pasien agar dapat diperbaiki dan ditingkatkan untuk sebagai bentuk pemenuhan hak pasien.		
Defenisi Operasional	1. Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan grading risiko, analisis hingga tindak lanjutnya. 2. Grading risiko dan standard waktu tanggap komplain: a. Grading Merah (ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria : cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/ kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain. b. Grading Kuning (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain-lain. c. Grading Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.		
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan outcome		
Numerator	Jumlah komplain yang ditanggapi danditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan grading		
Denominator	Jumlah komplain yang disurvei		
Target Capaian	≥ 80%		
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Semua komplain (lisan, tertulis, dan media massa) Eksklusi : -		
Formula	Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan sesuai dengan <i>grading</i> dibagi Jumlah komplain yang disurvei dikali 100%		
Sumber data	Data sekunder dari catatan Komplain		
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan		
Penyajian Data	☐ Tabel ☐ <i>Run chart</i>		
Periode Analisis	Triwulan		
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif		



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Besar Sampel	3. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 4. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Simple Random Sampling</i>
Rencana Analisis	Persentase
Instrument Pengambilan Data	1. Formulir Komplain 2. Laporan Tindak Lanjut Komplain
Pengumpul Data	Sie Pemasaran dan Humas
Penanggung jawab	Sie Pemasaran dan Humas
Validator	Kepala Bidang Pemasaran dan Kerjasama

10. Bidang Adm. Umum : Kepatuhan Monitoring Ketepatan dalam Membuat Surat Dinas
oleh Staf Unit RS Unhas

Judul Indikator	Kepatuhan Monitoring Ketepatan dalam Membuat Surat Dinas oleh Staf Unit RS Unhas
Dasar Pemikiran	SNARS 1.1 Pedoman Tata Naskah Rumah Sakit Unhas
Dimensi Mutu	Beri tanda ceklist (☐) jika termasuk ☐ 1. Efisiensi ☒ 2. Efektifitas ☐ 3. Aksesibilitas ☐ 4. Keselamatan ☐ 5. Fokus pada pasien ☒ 6. Kesiambungan
Tujuan	1. Untuk meningkatkan efektivitas dan keseragaman penulisan surat dinas. 2. Meningkatkan pembelajaran organisasi di unit kerja dalam hal tertib administrasi.
Defenisi Operasional	Monitoring ketepatan dalam membuat surat dinas adalah sejauh mana kegiatan memonitor staf unit RS Unhas dalam ketepatan membuat surat dinas berdasarkan pedoman tata naskah yang masuk ke PMS Adm Umum setelah suratdi disposisi melalui PMS Kabid SDM dan Adm Umum Supervisi dilakukan oleh staf seksi Adm Umum. Dilakukan setiap bulan sesuai dengan surat dinas yang masuk ke PMS seksi Adm Umum melalui disposisi dari PMS Kabid SDM dan Adm Umum di hari kerja. Dilakukan dengan cara menyesuaikan pembuatan surat dinas oleh staf unit RS Unhas berdasarkan pedoman tata naskah.
Jenis Indikator	Beri tanda ceklist (☐) jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Outcome



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	☒ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah surat dinas sesuai pedoman tata naskah yang masuk ke PMS Adm. Umum yang telah terlaksana
Denominator	Jumlah total surat dinas yang masuk ke PMS Adm. Umum
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Surat dinas internal Eksklusi : Surat dinas eksternal dari instansi di luar RSUH.
Formula	Jumlah surat dinas sesuai format tata naskah yang dikelola oleh Seksi Adm.Umum dan yang masuk di PMS Seksi Adm.Umum dibagi Jumlah total surat dinas yang dikelola oleh Seksi Adm.Umum dikali seratus persen (N/Dx100%)
Sumber Data	1. Rekapitulasi surat dinas yang masuk ke PMS seksi Adm. Umum 2. Form Check list ketepatan dalam membuat surat dinas berdasarkan pedoman tata naskah
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis Persentase
Instrumen Pengambilan Data	Aplikasi <i>Paperless Mailing System</i> (PMS) dan Aplikasi
Pengumpul Data	Staf Seksi Adm.Umum
PIC Data	Staf Seksi Adm.Umum
Validator	Kabid SDM dan Adm.Umum

11. Bidang SDM

a. Diseminasi peserta pelatihan yang terselenggara

Judul Indikator	Diseminasi peserta pelatihan yang terselenggara
Dasar Pemikiran	Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit
Dimensi Mutu	Beri tanda ☐ jika termasuk ☐ 1.Efesiensi ☐ 3.Aksesibilitas ☐ 5.Fokus pada ☐ 2.Efektifitas ☐ 4.Keselamatan ☐ 6.Kesinambungan ☐ pasien
Tujuan	1. Pegawai yang belum mendapat kesempatan mengikuti pelatihan di luar rumah sakit memiliki kemampuan/ kompetensi yang sama dengan pegawai yang telah dilatih 2. Pemenuhan pengembangan kompetensi pegawai minimal 20 jam



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	pertahun
Defenisi Operasional	Diseminasi pelatihan adalah upaya penyebarluasan pengetahuan/ pemahaman (transfer knowledge) atas materi pelatihan dan inovasi yang diperoleh pada suatu pelatihan yang telah diikuti oleh pegawai rumah sakit untuk kemudian pengetahuan tersebut ditansfer kepada pegawai lain yang terkait sesuai dengan sasaran peserta pelatihan.
Jenis Indikator	Proses
Numerator	Jumlah pegawai yang telah melakukan diseminasi pelatihan
Denominator	Jumlah pegawai yang telah mengikuti pelatihan dan wajib untuk melakukan diseminasi
Target Capaian	80 %
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Pelatihan yang diikuti pegawai (PNS, NPT dan NPTT) dengan menggunakan biaya dari rumah sakit Eksklusi : Pelatihan yang diikuti pegawai (PNS, NPT dan NPTT) tidak menggunakan biaya dari rumah sakit
Formula	$\frac{\text{Jumlah pegawai yang telah melakukan diseminasi pelatihan}}{\text{Jumlah pegawai yang telah mengikuti pelatihan dan wajib untuk melakukan diseminasi}} \times 100\%$
Sumber data	SDM
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (melihat riwayat data)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis Persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel ; Aplikasi
Pengumpul Data	Kepala Seksi SDM
Penanggung jawab	Kepala Seksi SDM
Validator	Kepala Bidang SDM dan Adm. Umum

b. Laporan pengaduan yang ditangani dalam jangka waktu 3 bulan

Judul Indikator	Laporan pengaduan yang ditangani dalam jangka waktu 3 bulan
Dasar Pemikiran	SNARS 1,1
Dimensi Mutu	Beri tanda ☐ jika termasuk ☐ 1.Efesiensi ☐ 3.Aksesibilitas ☐ 5.Fokus pada ☐ 2.Efektifitas ☐ 4.Keselamatan ☐ 6.Kesinambungan pasien
Tujuan	Untuk merespon pengaduan baik internal maupun eksternal, agar citra dan kepercayaan costumers terhadap Seksi SDM tetap terjaga
Defenisi Operasional	Laporan pengaduan adalah penyampaian aduan kepada Seksi SDM yang dianggap sebagai pihak yang berwenang untuk menindak atas



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	aduan yang dapat merugikan individu, unit dan organisasi.
Jenis Indikator	Proses
Numerator	Jumlah pengaduan pegawai yang telah ditindaklanjuti berdasarkan laporan kronologi pengaduan ke Sie SDM secara formalitas
Denominator	Jumlah pengaduan pegawai yang masuk secara formalitas dibuktikan dengan laporan pengaduan ke Sie SDM
Target Capaian	100 %
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : pengaduan yang masuk secara tertulis yang di lengkap dengan kronologi, bukti kejadian, dan upaya pembinaan yang telah dilakukan oleh atasan langsung (jika ada) Eksklusi : Pengaduan yang disampaikan secara lisan dan tanpa disertai dengan kronologi dan bukti kejadian
Formula	Jumlah pengaduan pegawai yang telah ditindaklanjuti berdasarkan laporan kronologi pengaduan ke Sie SDM secara formalitas dibagi Jumlah pengaduan pegawai yang masuk secara formalitas dibuktikan dengan laporan pengaduan ke Sie SDM dikali 100%
Sumber data	SDM
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (melihat riwayat data)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis Persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel ; Aplikasi
Pengumpul Data	Kepala Seksi SDM
Penanggung jawab	Kepala Seksi SDM
Validator	Kepala Bidang SDM dan Adm. Umum

12. Bidang Keuangan : Ketepatan waktu pembayaran LPJ LS Obat dan BHP

Judul Indikator	Ketepatan waktu pembayaran LPJ LS Obat dan BHP
Dasar Pemikiran	RENSTRA poin 5.3 : Meningkatnya efektivitas dan efisiensi pengelolaan rumah sakit
Dimensi Mutu	Beri tanda ceklis (✓) jika termasuk ☐ 1. Efisiensi ☐ 3. Aksesibilitas ☐ 5. fokus pada pasien ☐ 2. Efektivitas ☐ 4. Keselamatan ☐ 6. Kesiambungan
Tujuan	3. Untuk mendukung efektivitas waktu pembayaran LPJ LS Obat dan BHP 4. Untuk mendukung kesiambungan ketersediaan obat BHP untuk



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	pasien dan kelancaran pengadaan obat dan BHP.
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pembayaran LPJ LS Obat dan BHP adalah Pembayaran LPJ LS Obat dan BHP maksimal 6 hari kerja terhitung setelah masuknya LPJ LS Obat dari ULP ke Bidang Keuangan (dikecualikan Alokasi anggaran untuk Obat tidak mencukupi) dengan grading : a. 0 LPJ yang terbayar diatas 6 hari kerja = 100 % b. 1-5 LPJ yang terbayar diatas 6 hari kerja = 90 % c. 6-10 LPJ yang terbayar diatas 6 hari kerja = 80 % d. 11-15 yang terbayar diatas 6 hari kerja = 70 % e. 16-20 yang terbayar diatas 6 hari kerja = 60% f. > 20 yang terbayar diatas 6 hari kerja = 0% 6 hari kerja ini terhitung selain hari libur, sabtu dan ahad Dokumen LPJ LS Obat dan BHP terdiri atas kuitansi, lembar persetujuan anggaran, HPS, spesifikasi barang, berita acara pembayaran, SPK, tanda terima barang, BAPPB, berita acara evaluasi dan negoisasi harga, penawaran teknis, lembar data pemilihan, BAHPL, penetapan penyedia barang/jasa, pakta integritas, formulir isian kualifikasi badan usaha, PO, faktur pajak, dan Kartu kendali LPJ RSUH.
Jenis Indikator	Beri tanda ceklis (√) jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Outcome ☐ √ Proses dan Outcome
Nemurator	Periode waktu terbayarnya sesuai batas waktu LPJ LS Obat dan BHP
Denominator	Ketepatan waktu pembayaran LPJ LS Obat dan BHP poin a
Target Capaian	100 %
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : LPJ LS Obat dan BHP Eksklusi : : selain LPJ LS Obat dan BHP
Formula	a. 0 LPJ yang terbayar diatas 6 hari kerja = 100 % b. 1-5 LPJ yang terbayar diatas 6 hari kerja = 90 %



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	c. 6-10 LPJ yang terbayar diatas 6 hari kerja = 80 % d. 11-15 yang terbayar diatas 6 hari kerja = 70 % e. 16-20 yang terbayar diatas 6 hari kerja = 60% f. > 20 yang terbayar diatas 6 hari kerja = 0%
Sumber Data	Paket Dokumen LPJ obat dan BHP, Bukti rekapan di mikrosoft Excel mulai dari tanggal masuknya LPJ dari ULP ke Bidang Keuangan sampai tanggal terbawanya dokumen SP2D ke Bank untuk diproses pembayarannya.
Frekuensi Pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (melihat riwayat data)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisa persentase
Instrument Pengambilan Data	Rekap LPJ obat dan BHP, Rekap indicator mutu pada aplikasi Microsoft Excel dan Aplikasi
Pengumpul Data	Staf Keuangan (bendahara)
Penanggung Jawab	Staf Keuangan (bendahara)
Validator	Kepala Bidang Keuangan

13. Bidang Perencanaan dan Evaluasi

a. Realisasi tingkat pemenuhan perencanaan unit sesuai anggaran yang diterima

Judul Indikator	Realisasi tingkat pemenuhan perencanaan unit sesuai anggaran yang diterima
Dasar Pemikiran	Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1.Efisiensi ☐ 3.Aksesibilitas ☐ 5.Fokus pada pasien ☒ 2.Efektifitas ☐ 4.Keselamatan ☐ 6.Kesinambungan
Tujuan	Tergambarnya tingkat pemenuhan perencanaan unit sesuai anggaran yang diterima
Defenisi Operasional	Realisasi anggaran berdasarkan perencanaan yang sesuai dengan dana yang tersedia melalui pendapatan anggaran pada bulan berjalan. Monitoring



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	kebutuhan anggaran dan realisasi anggaran berdasarkan tingkat direktorat dan tingkat komite
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah realisasi anggaran yang terbayarkan pada bulan berjalan
Denominator	Total penerimaan anggaran yang dapat digunakan untuk kebutuhan unit pada bulan berjalan
Target Capaian	95%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi: Ketersediaan anggaran untuk perencanaan prioritas pada bulan berjalan (termasuk hasil piutang dari bulan sebelumnya) dan saldo dari tahun atau bulan sebelumnya Eksklusi: Anggaran diluar perencanaan, anggaran yang tidak diterima, dan biaya pengeluaran rutin
Formula	$N/D \times 100\%$
Sumber data	Rekapitulasi realisasi anggaran pada bulan berjalan, penerimaan anggaran dan pemetaan kebutuhan permintaan per unit
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total Sampling
Rencana Analisis	Analisis presentasi
Instrument Pengambilan Data	Excel, Aplikasi, SIMKEU (Aplikasi Belanja dan Aplikasi Penerimaan)
Pengumpul Data	Staf Analis Perencanaan dan Anggaran
Penanggung jawab	Staf Analis Perencanaan dan Anggaran
Validator	Kepala Bidang Perencanaan dan Evaluasi

b. Ketepatan waktu pelaksanaan Rakor setiap triwulan

Judul Indikator	Ketepatan waktu pelaksanaan Rakor setiap triwulan
Dasar Pemikiran	Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1.Efisiensi ☐ 3.Aksesibilitas ☐ 5.Fokus pada pasien ☒ 2.Efektifitas ☐ 4.Keselamatan ☒ 6.Kesinambungan
Tujuan	
Defenisi Operasional	
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator	



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Denominator	
Target Capaian	
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	
Formula	$N/D \times 100\%$
Sumber data	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	
Sampel	
Rencana Analisis	Analisis presentasi
Instrument Pengambilan Data	Excel, SiMonev
Pengumpul Data	Staf Evaluasi
Penanggung jawab	Kepala Bidang Perencanaan dan Evaluasi
Validator	Kepala Bidang Perencanaan dan Evaluasi

14. Rumah Tangga dan Aset :

Kecepatan waktu respon staf Rumah Tangga Rumah Sakit Unhas dalam merespon laporan kerusakan alat non medis/ non eletrikal rumah sakit

Judul Indikator	Kecepatan waktu respon staf Rumah Tangga Rumah Sakit Unhas dalam merespon laporan kerusakan alat non medis/ non eletrikal rumah sakit
Dasar Pemikiran	1. Pedoman kerja unit rumah tangga dan aset Nomor 143/UN4.24/2019 2. Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit
Dimensi Mutu	Beri tanda (√) jika termasuk 1.Efesiensi 3.Aksesibilitas √5.Fokus pada pasien 2.Efektifitas √4.Keselamatan 6.Kesinambungan
Tujuan	Untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien, staf dan pengunjung RS serta peningkatan kinerja staf rumah tangga dan aset
Defenisi Operasional	Kecepatan waktu petugas RT dalam merespon laporan kerusakan alat dan fasilitas non medis/ non eletrikal dan melakukan perbaikan Tidak tersedia form ceklist = 0% Ketersediaan form ceklist = 70% Ketersediaan form ceklist yang telah diisi lengkap setiap bulan = 90%
Jenis Indikator	Beri tanda (√) jika termasuk



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

	Input (√) Proses Outcome Proses dan outcome
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 60 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Target Capaian	90%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Kriteria Inklusi: monitoring yang dilakukan oleh staf RT
Formula	Jumlah form pengaduan kerusakan alat (non medis/ non eletrikal) dibagi Jumlah total form pengaduan yang harus terisi dikali 100%
Sumber data	Rekap kelengkapan form monitoring
Frekuensi Pengumpulan Data	Harian
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Persentase
Instrument Pengambilan Data	Excel dan SISTEM MANAJEMEN DATA RS
Pengumpul Data	Sie RT dan Aset RS Unhas (Staf Teknis/Lapangan)
Penanggung jawab	Sie RT dan Aset RS Unhas (Staf Teknis/Lapangan)
Validator	Kepala Bidang SDM dan Administrasi Umum

15. Case Mix :

a. Persentase Nilai Klaim Layak Pelayanan BPJS Kesehatan

Judul Indikator	Persentase Nilai Klaim Layak Pelayanan BPJS Kesehatan
Dasar Pemikiran	Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit
Dimensi Mutu	Beri tanda jika termasuk ■ 1.Efesiensi ■ 3.Aksesibilitas ■ 5.Fokus pada pasien ■ 2.Efektifitas ■ 4.Keselamatan ■ 6.Kesinambungan
Tujuan	Efisiensi: Tercapainya nilai klaim yang sesuai/ layak pada pengajuan klaim pelayanan BPJS Kesehatan Efektifitas: Terpenuhinya kelengkapan dokumen berkas klaim Pelayanan BPJS Kesehatan
Defenisi Operasional	Persentasi nilai klaim layak dari total pengajuan klaim pelayanan BPJS Kesehatan
Jenis Indikator	Beri tandajikatermasuk ☐ Input ☐ Proses ☒ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah klaim layak pada pengajuan awal pelayanan BPJS Kesehatan



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Denominator	Total pengajuan klaim pelayanan BPJS Kesehatan
Target Capaian	84%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi: Semua klaim pasien BPJS Kesehatan yang terdaftar dan diserahkan berkasnya ke Unit Casemix Eksklusi: Pasien BPJS Kesehatan batal pelayanan, pasien Umum, pasien asuransi lainnya
Formula	Jumlah klaim layak pengajuan awal pelayanan BPJS Kesehatan/Total pengajuan klaim pelayanan BPJS Kesehatan x 100%
Sumber data	1. Laporan Klaim BPJS (E-Klaim) 2. Data pasien BPJS perbulan (SIMPEL) 3. Berita Acara Hasil Verifikasi BPJS Kesehatan
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	
Rencana Analisis	Analisa persentase
Instrument Pengambilan Data	Excel (SIMPEL dan E-Klaim) dan Aplikasi
Pengumpul Data	Ketua Casemix
Penanggung jawab	Ketua Casemix
Validator	Dirkeusda

b. Persentase Nilai Klaim Layak Pelayanan Kasus Cancer

Judul Indikator	Persentase Nilai Klaim Layak Pelayanan Kasus Cancer
Dasar Pemikiran	Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit
Dimensi Mutu	Beri tandajikatermasuk ■ 1.Efisiensi ■ 3.Aksesibilitas ■ 5.Fokus pada pasien ■ 2.Efektifitas ■ 4.Keselamatan ■ 6.Kesinambungan
Tujuan	Efisiensi: Tercapainya nilai klaim yang sesuai/ layak pada pengajuan klaim pelayanan kasus Cancer Efektifitas: Terpenuhinya kelengkapan dokumen berkas klaim pelayanan kasus Cancer
Defenisi Operasional	Persentasi nilai klaim layak dari total pengajuan klaim pelayanan kasus Cancer
Jenis Indikator	Beri tanda jika termasuk



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	☐ Input ☐ Proses ☒ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah klaim layak pada pengajuan awal pelayanan kasus Cancer
Denominator	Total pengajuan klaim pelayanan kasus Cancer
Target Capaian	90%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi: Semua pasien Cancer yang terdaftar dan mendapat pelayanan Cancer Eksklusi: Pasien dengan kasus Non Cancer
Formula	$\text{Jumlah klaim layak pengajuan awal pelayanan kasus Cancer} / \text{Total pengajuan klaim pelayanan kasus Cancer} \times 100\%$
Sumber data	1. Laporan Klaim BPJS (E-Klaim) 2. Data pasien pelayanan kasus Cancer perbulan (SIMPEL) 3. Berita Acara Hasil Verifikasi BPJS Kesehatan
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	
Rencana Analisis	Analisa persentase
Instrument Pengambilan Data	Excel (SIMPEL dan E-Klaim) dan Aplikasi
Pengumpul Data	Ketua Casemix
Penanggungjawab	Ketua Casemix
Validator	Dirkeusda

16. PLP : Respon time pengadaan Obat dan BMHP Farmasi kebutuhan Sesuai Perencanaan Instalasi Farmasi

Judul Indikator	Respon time pengadaan Perbekalan Farmasi Sesuai Perencanaan Instalasi Farmasi
Dasar Pemikiran	1. Indikator Mutu SPM 2. Renstra 3. Pedoman pengorganisasian PLP 4. Pedoman kerja PLP
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1.Efesiensi ☒ 3.Aksesibilitas ☒ 5.Fokus pada pasien ☒ 2.Efektifitas √ ☒ 4.Keselamatan √ ☒ 6.Kesinambungan√
Tujuan	Tergambarnya realisasi pengadaan Perbekalan Farmasi untuk keperluan pelayanan pasien RS Unhas yang sesuai standar waktu pengadaan.
Defenisi Operasional	Respon time adalah kecepatan waktu realisasi pengadaan Perbekalan Farmasi dari Instalasi Farmasi yang dinilai sejak material request dibuat



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	sampai barang masuk ke gudang Farmasi paling lambat 30 hari
Jenis Indikator	Beri tand ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☒ Outcome ✓ ☐ Proses dan outcom
Numerator	Jumlah item Perbekalan Farmasi yang direalisasikan oleh PLP sesuai dengan kurun waktu yang telah ditentukan
Denominator	Total item perbekalan farmasi yang dibuatkan material request oleh Instalasi Farmasi
Target Capaian	≥ 80% (consensus rapat)
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Kriteria Inklusi: 1. Perbekalan Farmasi yang masuk dalam Perencanaan Triwulan yang dibuatkan <i>Material Request</i> ; Kriteria Eksklusi : 1. Perbekalan Farmasi yang masuk dalam Perencanaan Triwulan namun tidak dibuatkan <i>Material Request</i> ; 2. Perbekalan Farmasi yang di minta <i>discontinue</i> , stok kosong pabrikan/distributor; Obat dan BMHP Farmasi cito (tidak ada dalam perencanaan reguler)
Formula	Jumlah item Perbekalan Farmasi yang direalisasikan oleh PLP sesuai dengan kurun waktu yang telah ditentukan dibagi total item Perbekalan Farmasi yang dibuatkan material request oleh Instalasi Farmasi dikali 100%
Sumber data	1. Surat Permintaan Pengadaan Perbekalan Farmasi per periode; 2. Data laporan barang masuk (<i>Delivery Order</i>) dengan indikator kuantitas dan waktu; 3. Data laporan realisasi <i>Material Request</i> dengan indikator kuantitas dan waktu; 4. Data laporan realisasi <i>Purchasing Order</i> dengan indikator kuantitas dan waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Triwulan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Purposive sampling
Rencana Analisis	Analisa persentase
Instrument Pengambilan Data	SIMPEL, Microsoft Excel dan Aplikasi
Pengumpul Data	Kepala Pusat Layanan Pengadaan
Penanggung jawab	Kepala Pusat Layanan Pengadaan
Validator	Dirkeusda



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

17. SIMRS :

a. Ketersediaan Layanan Sistem Informasi

Judul Indikator	Ketersediaan Layanan Sistem Informasi
Dasar Pemikiran	Rencana Strategis RSUH, Pedoman Pengorganisasian Seksi SIMRS, Pedoman Kerja Seksi SIMRS
Dimensi Mutu	Beri tanda ceklis (√) jika termasuk ☐ 1. Efisiensi ☒ 3. Aksesibilitas ☐ 5. fokus pada pasien ☐ 2. Efektivitas ☐ 4. Keselamatan ☒ 6. Kesiambungan
Tujuan	5. Untuk mendukung efektifitas kerja pengguna layanan sistem informasi 6. Untuk mendukung kelancaran pelayanan dan kepuasan pasien
Definisi Operasional	Ketersediaan layanan sistem informasi adalah jumlah waktu tersedianya layanan sistem informasi dalam sebulan
Jenis Indikator	Beri tanda ceklis (√) jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☒ Outcome ☐ Proses dan Outcome
Nemurator	Total waktu (jam) tersedianya layanan sistem informasi dalam sebulan
Denominator	Total waktu (jam) dalam sebulan
Target Capaian	95 %
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Ketersediaan layanan sistem informasi yang dikelola oleh Seksi SIMRS Eksklusi : 1. Tidak tersedianya layanan sistem informasi karena gangguan jaringan. 2. Layanan sistem informasi yang tidak dikelola oleh Seksi SIMRS
Formula	Total waktu (jam) tersedianya layanan sistem informasi dalam sebulan dibagi Total waktu (jam) dalam sebulan dikali 100%
Sumber Data	1. Laporan supervisi trouble SIMRS 2. Software Monitoring server
Frekuensi Pengumpulan data	Bulanan



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisa persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel dan Aplikasi
Pengumpul Data	Kepala Seksi SIMRS
Penanggung Jawab	Kepala Seksi SIMRS Validator : Kabid Perencanaan dan Evaluasi

b. Ketersediaan Layanan Jaringan/Internet

Judul Indikator	Ketersediaan Layanan Jaringan/Internet
Dasar Pemikiran	Rencana Strategis RSUH, Pedoman Pengorganisasian Seksi SIMRS, Pedoman Kerja Seksi SIMRS
Dimensi Mutu	Beri tanda ceklis (√) jika termasuk ☐ 1. Efisiensi ☐ 3. Aksesibilitas ☐ 5. fokus pada pasien ☐ 2. Efektivitas ☐ 4. Keselamatan ☐ 6. Kesiambungan
Tujuan	1. Untuk mendukung efektifitas kerja pengguna layanan jaringan/internet 2. Untuk mendukung kelancaran pelayanan dan kepuasan pasien
Definisi Operasional	Ketersediaan layanan jaringan/internet adalah jumlah waktu tersedianya layanan jaringan/internet dalam sebulan
Jenis Indikator	Beri tanda ceklis (√) jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan Outcome
Nemurator	Total waktu (jam) tersedianya layanan jaringan/internet dalam sebulan
Denominator	Total waktu (jam) dalam sebulan
Target Capaian	95 %
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Ketersediaan layanan jaringan/internet yang dikelola oleh Seksi SIMRS



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	Eksklusi : 1. Tidak tersedianya layanan jaringan/komputer karena gangguan jaringan pada sisi provider (ISP) 2. Layanan jaringan/internet yang tidak dikelola oleh Seksi SIMRS
Formula	$\frac{\text{Total waktu (jam) tersedianya layanan jaringan/internet dalam sebulan}}{\text{Total waktu (jam) dalam sebulan}} \times 100\%$
Sumber Data	1. Laporan supervisi trouble SIMRS 2. Software Monitoring Jaringan
Frekuensi Pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisa persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel dan Aplikasi
Pengumpul Data	Kepala Seksi SIMRS
Penanggung Jawab	Kepala Seksi SIMRS Validator : Kabid Perencanaan dan Evaluasi

18. Komite Medik : Keterlambatan Pelaksanaan Rekredensial bagi Dokter yang telah habis masa berlaku SPK

Judul Indikator	Keterlambatan Pelaksanaan Rekredensial bagi Dokter yang telah habis masa berlaku SPK.
Dasar Pemikiran	Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit dan Permenkes No. 755 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di RS
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Kesiambungan
Tujuan	Terlaksananya Proses Rekredensial dokter yang telah habis masa berlaku SPK sesuai target



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Definisi Operasional	Keterlambatan pelaksanaan rekredensial bagi Dokter yang telah habis masa berlaku SPK nya adalah pelaksanaan rekredensial yang dilakukan paling lambat 2 minggu (10 hari kerja) sebelum masa berlaku SPK dokter habis.
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Numerator	Jumlah pelaksanaan rekredensial bagi dokter yang telah habis masa berlaku SPK
Denominator	Jumlah Dokter yang akan habis masa berlaku SPK
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Pelaksanaan Rekredensial yang akan habis masa berlaku SPK. Eksklusi : Pelaksanaan Rekredensial yang dilakukan untuk penambahan kewenangan klinis (bukan berdasarkan yang akan habis masa berlaku SPK)
Formula	$\text{Jumlah pelaksanaan rekredensial bagi dokter yang telah habis masa berlaku SPK} / \text{Jumlah Dokter yang akan habis masa berlaku SPK} \times 100\%$
Sumber Data	Data Rekapitulasi Pelaksanaan Kredensial dan Rekredensial
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
Periode Analisis	Setiap Tiga Bulan (triwulan)
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (Melihat Riwayat Data Pelaksanaan Rekredensial berdasarkan masa berlaku SPK)
Sampel	Total Sampling
Rencana Analisis	Analisis Persentasi
Instrumen Pengambilan Data	Data Excel
Pengumpul Data	Staf Ketua Subkomite Kredensial
Penanggung Jawab	Staf Ketua Subkomite Kredensial → Validator : Ketua Subkomite Kredensial

19. Komite Keperawatan

- a. Ketepatan waktu pengajuan perpanjangan Surat Penugasan Klinis (SPK) Perawat dan bidan

Judul Indikator	Ketersediaan Surat Penugasan Klinis (SPK) Aktif Perawat dan Bidan Klinis
Dasar Pemikiran	1. PMK No.49 Tahun 2013 menetapkan tentang komite keperawatan 2. Pedoman pengorganisasian komite keperawatan 3. Panduan kredensial perawat dan bidan
Dimensi Mutu	Beri tanda ■ jika termasuk



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	☐ 1.Efesiensi ☐ 3.Aksesibilitas ☐ 5.Fokus pada pasien ☒ 2.Efektivitas ☒ 4.Keselamatan ☐ 6.Kesinambungan
Tujuan	1. Untuk memberikan jaminan kualitas SDM Perawat dan bidan RS Unhas melalui proses kredensial berkesinambungan 2. Untuk menjamin asuhan yang berkualitas dari Perawat dan bidan memiliki kompeten
Definisi Operasional	Ketersediaan Surat Penugasan Klinis (SPK) aktif perawat dan bidan klinis pada bulan berjalan. Kriteria Objektif: Tersedia: Bila perawat/bidan klinis yang memiliki SPK <i>update</i> . Tidak tersedia: Bila perawat/bidan klinis yang memiliki SPK <i>expired</i> . Peringatan pengurusan perpanjangan diberikan 3 bln sebelum expired SPK
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Outcome ☒ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah perawat/bidan memiliki SPK aktif pada bulan berjalan
Denominator	Jumlah total perawat /bidan pada bulan berjalan
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	KI: Perawat/bidan yang mengajukan perpanjangan SPK melalui kredensial/rekredensial sesuai alur yang telah ditetapkan dan telah memenuhi dokumen yang dipersyaratkan. KE: Perawat/bidan membatalkan/mengalami penundaan pelaksanaan kredensial/rekredensial dengan alasan wajar dan tidak dengan kesengajaan seperti sakit, musibah
Formula	$\left(\frac{\text{Jumlah perawat/bidan memiliki SPK aktif pada bulan berjalan}}{\text{Jumlah total perawat /bidan pada bulan berjalan}} \right) \times 100\%$
Sumber data	Mapping data profil perawat dan bidan, Rekapitulasi pelaksanaan kredensial/rekredensial, surat pengajuan kredensial/rekredensial, jadwal dan berita acara kredensial/rekredensial, surat rekomendasi penugasan klinis ke dirut
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentasi
Instrumen Pengambilan Data	Lembar observasi dalam bentuk dummy tabel, rekap capaian indikator mutu dengan Microsoft Excel dan Aplikasi
Pengumpul Data	Ketua Sub Komite Kredensial



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Penanggung jawab	Ketua Sub Komite Kredensial
Validator	Ketua Komite Keperawatan

b. Ketepatan waktu perawat dan bidan memperbaharui Surat Tanda Registrasi (STR)

Judul Indikator 2	Ketersediaan Surat Tanda Registrasi (STR) Aktif Perawat dan Bidan Klinis
Dasar Pemikiran	PMK No.83 Tahun 2019 menetapkan tentang registrasi tenaga kesehatan
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1.Efisiensi ☐ 3.Aksesibilitas ☐ 5.Fokus pada pasien ☒ 2.Efektivitas ☒ 4.Keselamatan ☐ 6.Kesinambungan
Tujuan	1. Memberikan jaminan kualitas SDM Perawat dan bidan RS Unhas melalui pengawasan mutu pelayanan kesehatan dengan adanya registrasi tenaga kesehatan 2. Untuk menjamin asuhan yang berkualitas dari perawat dan bidan memiliki kompetensi dan lisensi
Defenisi Operasional	Ketersediaan Surat Tanda Registrasi (STR) aktif perawat dan bidan klinis pada bulan berjalan. <u>Kriteria Objektif:</u> Tersedia: Bila perawat/bidan klinis yang memiliki STR <i>update</i> dan telah di <i>update</i> di Nurseportal. Tidak tersedia: Bila perawat/bidan klinis yang memiliki SPK <i>expired</i> . Peringatan pengurusan perpanjangan diberikan 3 bulan sebelum expired STR
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Outcome ☒ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah perawat/bidan memiliki STR aktif pada bulan berjalan
Denominator	Jumlah total perawat /bidan pada bulan berjalan
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	KI: Perawat dan bidan yang memiliki STR aktif di bulan berjalan. KE: Perawat/bidan tidak terdaftar lagi sebagai perawat RS Unhas di bulan berjalan yang tertera di surat pengajuan resign
Formula	$\text{Capaian} = (\text{Jumlah perawat/bidan memiliki STR aktif pada bulan berjalan} / \text{Jumlah total perawat /bidan pada bulan berjalan}) \times 100\%$
Sumber data	Surat Tanda Registrasi yang diupload di Nurseportal, Perawat dan bidan yang bersangkutan, rekap masa berlaku STR perawat/bidan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Lembar observasi dalam bentuk dummy tabel, rekap capaian indikator mutu dengan Microsoft Excel dan Aplikasi
Pengumpul Data	Ketua Sub Komite Kredensial
Penanggung jawab	Ketua Sub Komite Kredensial
Validator	Ketua Komite Keperawatan

c. Kesesuaian Surat Penugasan Klinis Perawat dan Bidan sesuai dengan Area Praktik

Judul Indikator	Kesesuaian Surat Penugasan Klinis Perawat dan Bidan sesuai dengan Area Praktik
Dasar Pemikiran	- PMK No.49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan - Pedoman pengorganisasian komite keperawatan
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1.Efisiensi ☐ 3.Aksesibilitas ☐ 5.Fokus pada pasien ☒ 2.Efektivitas ☒ 4.Keselamatan ☐ 6.Kesinambungan
Tujuan	- Memberikan jaminan kualitas dan keamanan pemberian asuhan keperawatan dan kebidanan oleh perawat dan bidan RS Unhas - Untuk menjamin keselamatan pasien karena dilayani oleh perawat/bidan yang sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya
Defenisi Operasional	Kesesuaian area dan level PK dalam surat penugasan klinis (SPK) perawat dan bidan yang sesuai dengan area praktik/unit kerja yang menjadi tanggung jawabnya. Kriteria Objektif: Sesuai: Jika Area dan Level Jenjang Karir perawat/bidan dalam Surat Penugasan Klinis yang berlaku sesuai dengan Syarat level dan area pada SK penempatan area praktik. Tidak Sesuai: Jika Area dan Level PK dalam Surat Penugasan Klinis perawat/bidan yang berlaku tidak sesuai dengan Syarat level dan area pada SK penempatan area praktik.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Outcome ☒ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah perawat dan bidan yang surat penugasan klinisnya sesuai dengan SK penempatan area praktiknya.
Denominator	Jumlah perawat klinik dan bidan RS Unhas.
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	KI: Perawat/bidan di tatanan pelayanan klinik RS Unhas, termasuk relawan



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	& OJT (<i>On Job Training</i>) KE: Perawat/bidan yang tidak memberikan asuhan keperawatan/kebidanan (manajer)
Formula	Jumlah perawat dan bidan yang surat penugasan klinisnya sesuai dengan penempatan areanya / Jumlah perawat dan bidan RS Unhas) $\times 100\%$
Sumber data	Surat Penugasan Klinis dan surat penempatan kerja saat ini
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrumen Pengambilan Data	Lembar monitoring status kesesuaian Area dan Level PK dengan Microsoft Excel, Lembar rekap capaian indikator mutu dan Aplikasi
Pengumpul Data	Ketua Sub Komite Kredensial
Penanggung jawab	Ketua Sub Komite Kredensial
Validator	Ketua Komite Keperawatan

- d. Kepatuhan Perawat/Bidan dalam menerapkan perilaku penjabaran kode etik berdasarkan hasil roadshow etik

Judul Indikator 4	Kepatuhan Perawat/Bidan dalam menerapkan perilaku penjabaran kode etik berdasarkan hasil <i>roadshow</i> etik
Dasar Pemikiran	- PMK No.49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan - Pedoman pengorganisasian komite keperawatan - Panduan Penerapan dan Penegakan Etik & disiplin profesi staf keperawatan
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1.Efisiensi ☐ 3.Aksesibilitas ☒ 5.Fokus pada pasien ☐ 2.Efektivitas ☒ 4.Keselamatan ☐ 6.Kesinambungan
Tujuan	- Memberikan masukan untuk peningkatan pembinaan perilaku etik dan disiplin profesi perawat dan bidan. - Memberikan masukan untuk peningkatan mutu asuhan keperawatan dan kebidanan. - Meningkatkan jaminan keselamatan pasien dalam pemberian asuhan keperawatan dan kebidanan.
Defenisi Operasional	Kepatuhan perawat/ bidan dalam menerapkan perilaku sebagai penjabaran kode etik keperawatan yang dinilai melalui kegiatan <i>roadshow</i> etik dengan



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	menggunakan instrumen yang dilakukan dengan metode observasi langsung secara <i>accidental</i>. <u>Kriteria Objektif:</u> Tercapai: Jika hasil analisis penerapan perilaku rata-rata 100% Tidak Tercapai: Jika hasil analisis penerapan perilaku rata-rata dibawah 100%
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Outcome ☒ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah Persentase Capaian penerapan perilaku pada saat observasi seluruh perawat/ bidan yang menjadi sampel observasi roadshow di bulan berjalan
Denominator	Jumlah perawat/ bidan yang menjadi sampel observasi roadshow di bulan berjalan.
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	KI: Perawat/ bidan yang sementara dinas saat <i>roadshow</i> etik dilaksanakan. KE: Perawat/ bidan berstatus OJT (<i>On Job Training</i>)
Formula	1. Persentase capaian perilaku yang diterapkan per individu sampel = Jumlah item perilaku yang diterapkan / jumlah item perilaku yang diobservasi saat roadshow (10 item) x 100% 2. Persentase kepatuhan penerapan perilaku penjabaran kode etik perawat dan bidan = Jumlah Persentase Capaian penerapan perilaku pada saat observasi seluruh sampel roadshow di bulan berjalan / Jumlah sampel observasi roadshow di bulan berjalan.
Sumber data	Hasil analisis observasi (<i>roadshow</i> etik)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrumen Pengambilan Data	Lembar observasi penilaian insidentil perilaku perawat dan bidan saat <i>roadshow</i> , Lembar rekap capaian indikator mutu dan Aplikasi
Pengumpul Data	Ketua Sub Komite Kredensial
Penanggung jawab	Ketua Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi
Validator	Ketua Komite Keperawatan

20. Komite Farmasi dan Terapi Rasional : Kepatuhan pelaksanaan audit kualitatif dan kuantitatif penggunaan antibiotic



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Judul Indikator	Kepatuhan pelaksanaan audit kualitatif dan kuantitatif penggunaan antibiotik
Dasar Pemikiran	1. Pedoman Pengorganisasian Komite Farmasi dan Terapi 2. Pedoman Kerja Komite Farmasi dan Terapi
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1.Efisiensi ☐ 3.Aksesibilitas ☐ 5.Fokus pada ☒ 2.Efektifitas ☐ 4.Keselamatan ☒ 6.Kesinambungan pasien
Tujuan	1. Untuk meningkatkan efektifitas pemberian antibiotic kepada pasien sesuai standard terapi 2. Untuk meningkatkan keselamatan pasien dan menghindari terjadinya resistensi terhadap antibiotic tertentu 3. Untuk menjamin kesinambungan pemberian obat antibiotic atau obat lainnya
Defenisi Operasional	Kepatuhan pelaksanaan audit kualitatif dan kuantitatif penggunaan antibiotic adalah pelaksanaan audit kualitatif dan kuantitatif dalam penilaian penggunaan antibiotik yang diberikan kepada pasien. Audit dilakukan pertriwulan oleh komite farmasi dan terapi
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Outcome ☒ Proses dan outcome
Numerator	Frekuensi audit kualitatif dan kuantitatif
Denominator	Total frekuensi audit kualitatif dan kuantitatif yang seharusnya dilakukan pertriwulan
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : audit antibiotik, ruang rawa tinap, IGD, IBS, ruang intensif Eksklusi :
Formula	Kepatuhan pelaksanaan audit kualitatif dan kuantitatif penggunaan antibiotic dibagi Total frekuensi audit kualitatif dan kuantitatif yang seharusnya dilakukan pertriwulan dikali 100% ($N/D \times 100\%$)
Sumber Data	Laporan hasil audit kuantitatif dan kualitatif
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Rencana Analisis	Analisa persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel dan Aplikasi
Pengumpul Data	Staf Komite Farmasi dan Terapi
PIC Data	Staf Komite Farmasi dan Terapi
Validator	Ketua Komite Farmasi dan Terapi

**21. Komite Etik dan Hukum: Kepatuhan monitoring implementasi CoC pada staf/
outsourcing/ didik oleh staf KEH**

Judul Indikator	Kepatuhan monitoring implementasi CoC pada staf/ outsourcing/ didik oleh staf KEH
Dasar Pemikiran	1. Permenkes 42 Tahun 2018 tentang Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit, pasal 12,point a. Yakni pengelolaan data dan informasi terkait etika Rumah Sakit. 2.
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1.Efesiensi ☐ 3.Aksesibilitas ☐ 5.Fokus pada pasien ☒ 2.Efektifitas ☐ 4.Keselamatan ☒ 6.Kesinambungan
Tujuan	Untuk menjamin tercapainya Sumber Daya Manusia yang berkomitmen dalam memberikan pelayanan dengan bersikap jujur, empati dan kepedulian tinggi.
Defenisi Operasional	- Code Of Conduct adalah sekumpulan prinsip kerja serta komitmen yang terdiri dari etika kerja dan etika bisnis Pegawai yang disusun untuk mempengaruhi, membentuk, mengatur dan melakukan kesesuaian tingkah laku sehingga tercapai keluaran yang konsisten yang sesuai dengan budaya kerja dalam mencapai visi dan misi RS Unhas. '-Staf adalah seluruh stakeholder rumah sakit Universitas Hasanuddin "Tenaga Outsourcing adalah tenaga kerja yang dipekerjakan oleh pihak ketiga yang bertugas di lingkungan rumah sakit Unhas (security, cleaning service ataupun tenaga lain dari pihak ketiga) 'Peserta Didik adalah peserta didik yang terdaftar di bidang pendidikan dan sedang menjalankan stase di Rumah Sakit Unhas. ,- Jika dalam pelayanan maupun penyelenggaraan aktivitasnya tidak mematuhi aturan yang berlaku maka capaiannya 100% grading penilaian: 0 = semua kriteris penilaian tdk terpenuhi 1-25%=jikahanya 1-25% dari item penilaian dipatuhi yang bermakna perlu pengawasan ketat dari atasan langsung 26-50%= jika hanya 26-50% dari item penilaian dipatuhi yang bermakna perlu pembinaan oleh atasan langsung 51-75%= jika hanya 51-75% dari item penilaian dipatuhi yang bermakna



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	perlu motivasi oleh atasan langsung 75-100%= jika hanya 75-100% dari item penilaian dipatuhi yang bermakna perlu motivator bagi temannya
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Outcome ☒ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah sampel (mewakili dari target observasi) yang patuh terhadap Code Of Conduct
Denominator	Total populasi yang mewakili target observasi
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Eksklusi : peserta didik yang tidak menjadi sample observasi, peneliti
Formula	Jumlah sampel yang patuh/menjalankan tugas sesuai panduan dibagi jumlah seluruh point instrumen dikali seratus persen (100%)
Sumber Data	Regulasi Monitoring Code Of Conduct, instrumen observasi CoC
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Surveillance (Observasi dan wawancara)
Sampel	random sampling
Rencana Analisis	Analisa persentasi
Instrument Pengambilan Data	Ms Excel, Aplikasi
Pengumpul Data	Staff KEH
PIC Data	Ketua KEH
Validator	Ketua KEH

22. SPI: Kejadian Kesesuaian mengaplikasikan Prosedur Audit

Judul Indikator	Kejadian Kesesuaian mengaplikasikan Prosedur Audit
-----------------	--



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Dasar Pemikiran	1. <i>Enterprise Risk Management (ERM) by Committee of Sponsoring Organizations of Treadway Commission (COSO)</i> 2. <i>ISO 31000 by International Organization for Standardization</i> 3. <i>International Professional Practice Framework (IPPF) by The Institute of Internal Auditor's</i> 4. PSA No.22 (SA 329.11) Prosedur Analitis Standar Audit 5. Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit
Dimensi Mutu	Beri tanda ceklist (✓) jika termasuk ☒ 1. Efisiensi ☐ 3. Aksesibilitas ☐ 5. Fokus pada Pasien ☒ 2. Efektifitas ☐ 4. Keselamatan ☒ 6. Kesiambungan
Tujuan	Untuk mengetahui sampai pada tingkat mana seorang auditor mampu menerapkan/ mengaplikasikan Prosedur Audit dengan benar melalui minimalisasi kesalahan implementasi sehingga : 1. Sumber daya audit yang digunakan seminimal mungkin 2. Pelaksanaan audit sesuai jadwal dan mencapai target mutu audit 6. Peningkatan kompetensi auditor untuk pelaksanaan audit berikutnya
Defenisi Operasional	- Kesesuaian mengaplikasikan Prosedur Audit adalah kesesuaian pelaksanaan prosedur audit baik dari sisi teknis audit maupun analitikal yang terkonsep dalam Alur Proses Audit oleh auditor pelaksana (Ketua Tim/ Anggota Tim Audit) sebelum terbitnya Laporan Hasil Audit Sementara berdasarkan Program Audit yang sementara berjalan maupun yang telah selesai. - Jika dalam 1 bulan tidak ada program audit maka capaiannya 100%
Jenis Indikator	Beri tanda ceklist (✓) jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Outcome ☒ Proses dan Outcome
Numerator	Jumlah/ frekuensi kejadian kesesuaian dalam mengaplikasikan prosedur audit/ alur proses audit.
Denominator	Total prosedur audit/ alur proses audit berdasarkan program audit yang sementara berjalan maupun yang telah selesai.
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : tahapan prosedur audit/ alur poses audit Eksklusi : prosedur Penyusunan Laporan Hasil Akhir Audit (LHA)



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Formula	Jumlah prosedur audit/ alur proses audit yang sesuai implementasi dibagi total prosedur audit/ alur proses audit dikali seratus persen (100%)
Sumber Data	- Dokumen Form Supervisi Pengendali Teknis/ Pengendali Mutu - Bukti koordinasi melalui Chat Sosial Media (WhatsApp, Telegram)
Frekuensi Pengumpulan Data	Perbulan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total Sampling
Rencana Analisis	Analisa persentasi
Instrumen Pengambilan Data	Ms Excel, Aplikasi
Pengumpul Data	Pengendali Mutu Unit SPI
Penanggung Jawab	Pengendali Teknis/ Pengendali Mutu Unit SPI Validator : Ketua SPI

23. Ketua Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien : Monitoring kelengkapan dan kepatuhan pengisian IMUT di Aplikasi

Judul Indikator	Monitoring kelengkapan dan kepatuhan pengisian IMUT di Aplikasi
Dasar Pemikiran	Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1.Efisiensi ☐ 3.Aksesibilitas ☒ 5.Fokus pada pasien ☐ 2.Efektifitas ☒ 4.Keselamatan ☐ 6.Kesinambungan
Tujuan	Untuk mengetahui angka kepatuhan dan kelengkapan pengisian IMUT Nasional, Prioritas RS, dan Prioritas Unit
Defenisi Operasional	pengisian IMUT dari setiap unit kerja secara lengkap dan tepat waktu. lengkap jika, terisi indikator mutu sesuai dengan profil dari setiap unit tanggal pengisian. tepat waktu dalam pengisian yaitu setiap pekan diisi dan di evaluasi setiap hari kamis setiap pekannya dievaluasi oleh divisi mutu setiap hari jumat. jadwal pengisian juga tergantung dari profil mutu. apakah diisi harian, bulanan, atau semester
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☒ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah Unit kerja yang dimonitoring dalam mengisi lengkap dan tepat waktu
Denominator	Jumlah Seluruh Unit kerja
Target Capaian	100%



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Kriteria Inklusi dan Eksklusi	-
Formula	Jumlah Unit kerja yang dimonitoring dalam mengisi lengkap dan tepat waktu dibagi Jumlah Seluruh Unit kerja dikali 100%
Sumber data	Sistem Manajemen Data RS dan Microsoft Excel
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Minggu
Periode Analisis	Setiap Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total Sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Aplikasi dan microsoft excel
Pengumpul Data	Ketua Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien
Penanggung jawab	Ketua Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien
Validator	Ketua Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien

24. Divisi PPI : Kepatuhan monitoring cuci tangan dan APD petugas (dokter dan perawat)

Judul Indikator	Kepatuhan monitoring cuci tangan dan APD petugas (dokter dan perawat)
Dasar Pemikiran	1. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya. Permemenkes 27 Tahun 2017 2. Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1.Efesiensi ☐ 3.Aksesibilitas ☒ 5.Fokus pada pasien ☐ 2.Efektifitas ☒ 4.Keselamatan ☐ 6.Kesinambungan
Tujuan	Untuk mengetahui angka kepatuhan petugas pelayanan cancer dalam menerapkan 5 moment cuci tangan sehingga dapat mencegah terjadinya transmisi penyakit infeksi dan kontaminasi silang
Defenisi Operasional	<i>Five Moment</i> atau 5 saat yaitu : a. Sebelum kontak dengan pasien b. Sebelum melakukan tindakan aseptik c. Setelah terkena cairan tubuh pasien d. Setelah kontak dengan pasien e. Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien Monitoring ini dilakukan kepada petugas saat melakukan cuci tangan menerapkan 5 moment.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☒ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah petugas yang patuh menerapkan 5 moment cuci tangan



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Denominator	Jumlah petugas yang di monitoring dalam penerapan 5 moment cuci tangan
Target Capaian	$\geq 85\%$
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Petugas di pelayanan Kemoterapi, ruang peracikan obat, poli onkologi, dan radioterapi Eksklusi : Petugas di pelayanan rawat inap dan insentive care
Formula	Jumlah petugas yang patuh menerapkan 5 moment cuci tangan dibagi jumlah petugas yang di monitoring dalam penerapan 5 moment cuci tangan dikali 100%
Sumber data	Form <i>Hand Hygiene</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
Periode Analisis	Setiap Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Stratified Random Sampling
Sampel	Stratified Random Sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Aplikasi dan microsoft excel
Pengumpul Data	IPCN dan link PPI (Tim PPI)
Penanggung jawab	Ketua divisi PPI
Validator	Ketua divisi PPI

25. Instalasi K3KL : Angka kepatuhan monitoring jalur evakuasi secara berkala

Judul Indikator	Angka kepatuhan monitoring jalur evakuasi secara berkala
Dasar Pemikiran	Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1.Efisiensi ☒ 3.Aksesibilitas ☒ 5.Fokus pada pasien ☒ 2.Efektifitas ☒ 4.Keselamatan ☐ 6.Kesinambungan
Tujuan	1.
Defenisi Operasional	Kepatuhan monitoring jalur evakuasi adalah upaya monitoring pada seluruh jalur evakuasi si RS Unhas baik Gedung A maupun Gedung EF yang dilakukan oleh Staf Divisi K3KL minimal 1 kali per bulan.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah jalur evakuasi yang dimonitoring
Denominator	Jumlah jalur evakuasi yang seharusnya dimonitoring (6)
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Jalur evakuasi Gedung A dan Gedung EF Eksklusi : Jalur evakuasi Gedung A lantai 2 daerah PSC
Formula	Jumlah staf jalur evakuasi yang dimonitoring dibagi Jumlah jalur evakuasi



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

	yang seharusnya dimonitoring (6) dikali 100%
Sumber data	1. Form ceklist Monitoring jalur evakuasi 2. Laporan unit RT
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel dan Aplikasi
Pengumpul Data	Staf K3
Penanggung jawab	Ketua Divisi K3KL
Validator	Ketua Divisi K3KL

26. Instalasi Rawat Inap dan Bersalin : Kepatuhan petugas dalam pemasangan sign risiko jatuh

Judul Indikator	Kepatuhan petugas dalam pemasangan sign risiko jatuh
Dasar Pemikiran	1. Standar indikator mutu wajib untuk pencegahan risiko jatuh. 2. Standar Keselamatan Pasien.
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1.Efisiensi ☐ 3.Aksesibilitas ☒ 5.Fokus pada pasien ☐ 2.Efektifitas ☒ 4.Keselamatan ☐ 6.Kesinambungan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien.
Defenisi Operasional	Pasien yang telah dilakukan pengkajian risiko jatuh oleh petugas, setelah dilakukan pengkajian maka petugas menetapkan kriteria risiko jatuh pasien dan petugas memasang sign risiko jatuh pada gelang pasien, dan juga pada pintu masuk pasien dan bed pasien.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator	Semua pasien yang mendapatkan sign risiko jatuh.
Denominator	Semua pasien yang dirawat yang telah dilakukan pengkajian risiko jatuh
Target Capaian	100% kepatuhan petugas dalam pemasangan sign risiko jatuh
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Kriteria inklusi : semua pasien yang dirawat di instalasi rawat inap dan kamar bersalin.
Formula	
Sumber data	1. Laporan Kejadian jatuh di Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin. 2. Laporan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari.



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Periode Analisis	Setiap 3 bulan.
Cara Pengumpulan Data	Pengisian diform mutu, excel, dan Aplikasi
Sampel	Semua pasien rawat inap dan kamar bersalin
Rencana Analisis	
Instrument Pengambilan Data	Sign risiko jatuh
Pengumpul Data	Kepala Ruangan RI
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap dan kamar Bersalin
Validator	Kepala Instalasi Rawat Inap dan kamar Bersalin

27. NICU : Risiko Ekstravasasi pada pasien yang terpasang infus

Judul Indikator	Risiko Ekstravasasi pada pasien yang terpasang infus
Dasar Pemikiran	1. Standar indikator mutu wajib 2. Standar keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Beri tanda ■ jika termasuk ☐ 1.Efesiensi ☐ 3.Aksesibilitas ■ 5.Fokus pada pasien ☒ 2.Efektifitas ☒ 4.Keselamatan ☐ 6.Kesinambungan
Tujuan	Untuk mengetahui efektifitas pelayanan yang diberikan berdasarkan kejadian ekstravasasi bagi pasien terpasang infus di ruang NICU
Defenisi Operasional	Kejadian ekstravasasi pembuluh darah yang terjadi pada pasien neonatus yang terpasang infus di ruang NICU
Jenis Indikator	Beri tanda ■ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☒ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah pasien terpasang infus yang mengalami kejadian ekstravasasi pembuluh darah di NICU
Denominator	Jumlah pasien yang terpasang infus di NICU
Target Capaian	< 2%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Kriteria Inklusi : semua pasien NICU yang terpasang infus
Formula	Jumlah kejadian ekstravasasi dibagi dengan jumlah pasien yang terpasang infus dikali dengan 100%
Sumber data	1. Laporan surveilans 2. Rekam medik
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap shift direkap tiap bulan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Pengisian di form mutu, excel
Sampel	semua pasien NICU yang terpasang infus
Rencana Analisis	Analisis persentase



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Instrument Pengambilan Data	Form surveilans harian infeksi NICU
Pengumpul Data	Kepala ruangan perawatan intensif
Penanggung jawab	Kepala instalasi perawatan intensif
Validator	Kepala instalasi perawatan intensif



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

28. ICU : Kepatuhan Visite Dokter Spesialis di ICU

Judul Indikator	Ketidakpatuhan DPJP melakukan visite on-time
Dasar Pemikiran	Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit
Tujuan	1. Sebagai upaya untuk menilai efektifitas pelayanan ICU
	2. Untuk menjamin keselamatan pasien selama perawatan di ICU
	3. Untuk monitoring perkembangan pasien selama perawatan di ICU
Defenisi Operasional	Kunjungan dokter spesialis untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggungjawabnya setiap hari sebelum pukul 14.00 setiap hari termasuk hari libur. Apabila dokter spesialis yang bersangkutan belum melakukan visite setelah pukul 14.00, maka kepala ruangan akan mengingatkan dokter spesialis yang bersangkutan via telepon atau menggunakan aplikasi <i>whatsapp</i> , tapi apabila dalam rentang waktu 1 jam dokter spesialis belum visite, akan dilakukan koordinasi dengan kepala instalasi untuk menghubungi dokter spesialis yang bersangkutan.
Numerator	Jumlah DPJP ICU yang tepat waktu visite pkl 14.00 WITA pada hari berjalan
Denominator	Jumlah seluruh DPJP pasien ICU pada hari berjalan
Target Capaian	80%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Semua DPJP pasien ICU
Formula	Jumlah DPJP ICU yang tepat waktu visite pkl 14.00 WITA pada hari berjalan dibagi Jumlah seluruh DPJP pasien ICU pada hari berjalan dikali 100%
Sumber data	Absen DPJP, Laporan Visite dalam Rekam Medik
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel dan SISTEM MANAJEMEN DATA RS
Pengumpul Data	Kepala Ruangan Perawatan Intensif
PJ	Kepala Instalasi Perawatan Intensif, Validator : Kepala Bidang Yanmed



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

29. Kemoterapi : Kejadian Ekstravasasi Pasien Kemoterapi

Judul Indikator	Kejadian Ekstravasasi Pasien Kemoterapi
Dasar Pemikiran	Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit
Dimensi Mutu	➤ Efektifitas ➤ Keselamatan ➤ Fokus kepada pasien
Tujuan	Untuk menentukan efektifitas pelayanan kemoterapi
Defenisi Operasional	Kejadian ekstravasasi pasien kemoterapi adalah terjadinya infiltrasi obat kemoterapi yang vesikan atau iritan dari vena ke jaringan sekitarnya
Jenis Indikator	Proses
Numerator	Pasien kemoterapi yang mengalami ekstravasasi
Denominator	Pasien kemoterapi yang sementara menjalani kemoterapi
Target Capaian	0 %
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi = kejadian ekstravasasi, pasien kemoterapi Eksklusi = pasien unit lainnya
Formula	$\frac{\text{Pasien kemoterapi yang mengalami kejadian ekstravasasi dalam satu bulan}}{\text{dibagi dengan pasien kemoterapi yang sementara dirawat atau discharge}} \times 100 \%$
Sumber Data	Rekam medis
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Aplikasi dan Microsoft Exel
Pengumpul Data	Kepala Ruangan Perawatan Khusus (Kemoterapi)



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Penanggung Jawab	Kepala Ruangan Perawatan Khusus (Kemoterapi)
Validator	Kepala Instalasi Pelayanan Khusus (Kemoterapi)

30. Hemodialisa : Proses hemodialisis tidak selesai sesuai perencanaan karena risiko pembekuan darah pada sirkuit ekstrakorporeal

Judul Indikator	Proses hemodialisis tidak selesai sesuai perencanaan karena risiko pembekuan darah pada sirkuit ekstrakorporeal
Dasar Pemikiran	Pasien hemodialisis seharusnya menjalani hemodialisis minimal 10-12 jam setiap minggu. Proses pembekuan darah pada sirkuit ekstrakorporeal dapat menyebabkan terjadinya penghentian proses hemodialisis. Hal ini menyebabkan tidak tercapainya kecukupan proses hemodialisis pada pasien yang bias berdampak terhadap penurunan adekuasi pasien hemodialisis (KDOQI, 2015)
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1.Efisiensi ☒ 3.Aksesibilitas ☒ 5.Fokus pada pasien√ ☒ 2.Efektifitas ☒ 4.Keselamatan √ ☒ 6.Kesinambungan
Tujuan	1. Untuk meminimalkan jumlah poses hemodialisis yang tidak selesai sesuai perencanaan karena risiko pembekuan darah pada sirkuit ekstrakorporeal 2. Untuk mempertahankan adekuasi pasien hemodialisis
Defenisi Operasional	Semua kejadian pembekuan darah pada sirkuit ekstrakorporeal baik disebabkan oleh faktor dari vaskuler akses, pasien, darah, dializer dan <i>blood tubing</i> . Pembekuan darah pada sirkuit ekstrakorporeal dapat dilihat dengan terdapatnya darah berwarna kehitaman pada <i>drip chamber</i> dan semua sirkuit ekstrakorporeal, meningkatnya tekanan vena dan dialisat, serta adanya alarm dari mesin hemodialisis yang akan dimonitor oleh perawat hemodialisis setiap jamnya atau disesuaikan dengan adanya alarm peringatan dari mesin hemodialisis
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah kejadian pembekuan darah pada sirkuit ekstrakorporeal dari tindakan HD
Denominator	jumlah total tindakan hemodialisis
Target Capaian	≤5%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Kriteria Inklusi: Semua kejadian pembekuan darah pada sirkuit ekstrakorporeal berdasarkan hasil monitoring Kriteria eksklusi: Kejadian terjadinya penghentian proses hemodialisis karena kondisi pasien yang tidak memungkinkan untuk menjalani



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	hemodialisis selama 4-5 jam
Formula	Jumlah kejadian pembekuan darah pada sirkuit ekstrakorporeal selama sebulan dibagi jumlah total tindakan hemodialisis selama sebulan
Sumber data	Buku kejadian unit hemodialisis, laporan insiden Ke SPM, CPPT BRM
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total Sampling
Rencana Analisis	Analisis Presentasi
Instrument Pengambilan Data	Rekap Kejadian, laporan insiden Ke SPM, Rekap capaian indikator mutu dalam aplikasi excel, Aplikasi
Pengumpul Data	Kepala Ruangan Perawatan Khusus
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Perawatan Khusus
Validator	Kepala Bidang Pelayanan Medik

31. Instalasi Bedah Sentral :

a. **Kedisiplinan waktu pelaksanaan operasi IBS EF**

Judul Indikator	Kedisiplinan waktu pelaksanaan operasi IBS EF
Dasar Pemikiran	
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1.Efesiensi ☐ 3.Aksesibilitas ☒ 5.Fokus pada pasien ☒ 2.Efektifitas ☒ 4.Keselamatan ☐ 6.Kesinambungan
Tujuan	
Defenisi Operasional	Kedisiplinan waktu pelaksanaan operasi IBS EF adalah
Jenis Indikator	☐ Input ☒ Proses ☒ Outcome ☒ Proses dan outcome
Numerator	
Denominator	
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Eksklusi :
Formula	
Sumber data	Sensus harian Instalasi Bedah
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Rencana Analisis	Analisis presentasi
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excell, SIM-RS
Pengumpul Data	Kepala Ruangan Bedah Sentral
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral
Validator	Kepala Bidang Pelayanan Medik

b. Kejadian Komplikasi Anestesi karena Overdosis, Reaksi Anestesi dan Salah Penempatan ETT

Judul Indikator	Kejadian Komplikasi Anestesi karena Overdosis, Reaksi Anestesi dan Salah Penempatan ETT
Dasar Pemikiran	Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1.Efisiensi ☐ 3.Aksesibilitas ☒ 5.Fokus pada pasien ☒ 2.Efektifitas ☒ 4.Keselamatan ☐ 6.Kesinambungan
Tujuan	
Defenisi Operasional	komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan anestesi endotracheal tube adalah komplikasi anestesi yang terjadi pada saat pasien dalam keadaan di bawah pengaruh obat anestesi
Jenis Indikator	☐ Input ☒ Proses ☒ Outcome ☒ Proses dan outcome
Numerator	Semua pasien yang mengalami komplikasi anestesi
Denominator	Semua pasien yg yang diberi tindakan anestesi
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Semua pasien yang mengalami komplikasi anestesi Eksklusi : Semua pasien yang diberi tindakan anestesi
Formula	Semua pasien yang mengalami komplikasi anestesi dibagi Semua pasien yg yang diberi tindakan anestesi dikali 100%
Sumber data	Sensus harian Instalasi Bedah
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis presentasi
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excell, SIM-RS
Pengumpul Data	Kepala Ruangan Bedah Sentral
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Validator	Kepala Bidang Pelayanan Medik
-----------	-------------------------------

32. Instalasi Rawat Jalan

a. Kehadiran dokter penanggung jawab (DPJP) di Instalasi Rawat Jalan/Poliklinik

Judul Indikator	Kehadiran dokter penanggung jawab (DPJP) di Instalasi Rawat Jalan/Poliklinik
Dasar Pemikiran	Penanganan pasien langsung oleh dokter penanggung jawab (DPJP) penting dalam pemberian pelayanan pasien baik berupa konsultasi ataupun pemberian tindakan, pengambilan keputusan yang cepat (tanpa melalui pelaporan berjenjang peserta didik) atas rencana pengobatan pasien. Selain itu, menunjukkan komitmen DPJP dalam pemberian pelayanan terhadap pasien RS Unhas, serta mempercepat proses klaim dan administrasi lainnya.
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1.Efisiensi ☐ 3.Aksesibilitas ☒ 5.Fokus pada pasien ☒ 2.Efektifitas ☒ 4.Keselamatan ☐ 6.Kesinambungan
Tujuan	Untuk mengendalikan jumlah pasien rujukan dan memaksimalkan pelayanan yang dapat dilakukan di RS Unhas
Defenisi Operasional	Jumlah Kehadiran dokter penanggung jawab (DPJP) di Instalasi Rawat Jalan/Poliklinik sesuai jadwal yang telah ditetapkan oleh tiap KSM
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☒ Outcome ☒ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah Kehadiran dokter penanggung jawab (DPJP) di Instalasi Rawat Jalan/Poliklinik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah jadwal jaga dokter penanggung jawab (DPJP) yang seharusnya (yang ditetapkan oleh KSM) dalam 1 bulan
Target Capaian	≥ 80%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Kriteria inklusi: 1) Jumlah kehadiran DPJP di Instalasi Rawat Jalan/Poliklinik sesuai SOP absensi DPJP RS Unhas 2) Jumlah jadwal jaga dokter penanggung jawab (DPJP) yang seharusnya (yang ditetapkan oleh KSM) Kriteria eksklusi : 1) Jumlah kehadiran DPJP yang tidak sesuai dengan jadwal jaganya
Formula	Jumlah Kehadiran dokter penanggung jawab (DPJP) di Instalasi Rawat Jalan/Poliklinik 1 bulan dibagi Jumlah jadwal jaga dokter penanggung jawab (DPJP) yang seharusnya (yang ditetapkan oleh KSM) dalam 1 bulan
Sumber data	Data kehadiran DPJP melalui <i>fiface/finger print</i> ditarik dari SIM-RS dan data absensi manual DPJP di tiap poliklinik. Data jumlah jadwal jaga DPJP diambil dari daftar jaga DPJP yang dikeluarkan oleh tiap KSM
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis presentasi
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excell, SIM-RS, dan data absen manual
Pengumpul Data	Kepala Ruangan Rawat Jalan
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan
Validator	Kepala Bidang Pelayanan Medik

b. Persentase jumlah rujukan eksternal Instalasi Rawat jalan/ Poliklinik

Judul Indikator	Persentase jumlah rujukan eksternal Instalasi Rawat jalan/ Poliklinik
Dasar Pemikiran	Rujukan eksternal merupakan pasien RS Unhas yang dirujuk/diarahkan ke RS lain dengan alasan tertentu misalnya pelayanan tidak tersedia, pemeriksaan penunjang tidak ada dll. Dengan menjadikannya sebagai indikator mutu, maka rumah sakit bisa mengidentifikasi penyebab rujukan dan mencari solusi untuk memaksimalkan pelayanan di RS Unhas
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1.Efisiensi ☐ 3.Aksesibilitas ☐ 5.Fokus pada pasien ☐ 2.Efektifitas ☐ 4.Keselamatan ☐ 6.Kesinambungan
Tujuan	Untuk mengendalikan jumlah pasien rujukan dan memaksimalkan pelayanan yang dapat dilakukan di RS Unhas
Defenisi Operasional	Jumlah pasien yang dirujuk ke rumah sakit lain baik ke RS tipe A maupun RS Tipe B
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☒ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah pasien poliklinik yang dirujuk eksternal dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien poliklinik keseluruhan dalam 1 bulan
Target Capaian	
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Kriteria inklusi: 1) Pasien terdaftar sebagai pasien poliklinik RS Unhas. 2) pasien poliklinik RS Unhas yang dirujuk ke RS lain sesuai dengan SOP rujukan eksternal pasien. Kriteria eksklusi : 1) Pasien poliklinik RS Unhas namun karena kondisinya maka pasien dialihkan ke Instalasi Gawat Darurat
Formula	Jumlah pasien poliklinik RS Unhas yang dirujuk ke RS lain selama 1 bulan dibagi Jumlah pasien poliklinik keseluruhan dalam 1 bulan
Sumber data	Data jumlah pasien poliklinik RS Unhas ditarik dari SIM-RS, sedangkan data jumlah pasien yang dirujuk diambil dari pencatatan manual pasien rujukan eksternal dari tiap poliklinik
Frekuensi	Bulanan



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Pengumpulan Data	
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis presentasi
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excell, SIM-RS, dan data manual
Pengumpul Data	Kepala Ruangan Rawat Jalan
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan
Validator	Kepala Bidang Pelayanan Medik

33. IGD : Keterlambatan hasil pemeriksaan penunjang pasien IGD

Judul Indikator	Keterlambatan hasil pemeriksaan penunjang pasien IGD
Dasar Pemikiran	SNARS 1.1, Pedoman Pelayanan Pasien IGD , Panduan Pelayanan Pasien Transit
Tujuan	1. Untuk mengurangi waktu tunggu tindakan atau perawatan selanjutnya 2. Untuk meningkatkan optimalisasi percepatan pelayanan IGD 3. Untuk mempercepat akses ruang perawatan sesuai kebutuhan pasien 4. Untuk mencegah kontaminasi silang pasien IGD 5. Untuk meningkatkan kepuasan pasien 6. Untuk mencegah terjadinya ketidakjelasan pelayanan berikutnya
Defenisi Operasional	Keterlambatan hasil pemeriksaan penunjang pasien IGD adalah keterlambatan keluarnya hasil pemeriksaan penunjang yang diukur sejak permintaan sampling diterima oleh petugas pelayanan penunjang seperti darah rutin > 30 menit, kimia darah > 1 jam, rontgen > 3 jam, PCR > 1 jam (sesuai SK Dirut tentang respon time pemeriksaan Penunjang pelayanan pasien IGD),
Numerator	Rerata permintaan pemeriksaan penunjang mengalami keterlambatan
Denominator	Jumlah pemeriksaan penunjang dikirim oleh IGD
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	inklusi: pasien IGD non covid dan pasien covid
Formula	$\frac{\text{Rerata permintaan pemeriksaan penunjang mengalami keterlambatan}}{\text{Jumlah pemeriksaan penunjang dikirim oleh IGD}} \times 100\%$
Sumber data	SK respon time pemeriksaan penunjang untuk pasien IGD, Rekam Medik, Form Supervisi, dll
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Checklist pemeriksaan penunjang, Rekap capaian mutu pada aplikasi Microsoft Excel dan Aplikasi
Pengumpul Data	Kepala Ruangan IGD
Penanggung jawab	Kepala Ruangan IGD
Validator	Ka instalasi IGD

34. Instalasi Radioterapi : Ketepatan waktu perawat Radioterapi

Judul Indikator	Ketepatan waktu perawat radioterapi
Dasar Pemikiran	1. Pedoman Pelayanan Instalasi Radioterapi 2. Pasien safety
Dimensi Mutu	Beri tanda ceklist (✓) jika termasuk ☒ 1. Efisiensi ☒ 2. Efektifitas ☐ 3. Aksesibilitas ☒ 4. Keselamatan ☒ 5. Fokus pada pasien ☒ 6. Kesiambungan
Tujuan	3. Meminimalisir risiko dan harm 4. Meminimalisir waktu tunggu pasien 5. Untuk menilai utilitas alat radioterapi dan kepuasan pasien.
Defenisi operasional	Ketepatan waktu perawat radioterapi adalah ketepatan waktu dimana perawat memberikan pelayanan di poli radioterapi tidak lebih dari 15 menit setelah pasien datang.
Jenis Indikator	Beri tanda ceklist (✓) jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Outcome ☒ Proses dan Outcome
Numerator	Waktu tanggap perawat memberikan pelayanan di poli radioterapi tidak lebih dari 15 menit
Denominator	Waktu tanggap perawat memberikan pelayanan di poli radioterapi saat itu.
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Kriteria Inklusi : jumlah pasien yang mendaftar saat itu. Kriteria Eksklusi : jumlah pasien yang tidak konsul poli radioterapi.
Formula	Data pasien yang mendaftar pada jam pelayanan
Sumber data	Waktu pelayanan
Frekuensi pengumpulan data	1x24 jam



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Periode Analisis	1x24 jam
Cara Pengumpulan Data	Analisis data
Sampel	Data pasien per hari pelayanan
Rencana analisis	Pertiga bulan
Instrument Pengambilan Data	Laporan pasien yang berkunjung ke poli radioterapi per hari pelayanan
Pengumpul Data	Kepala Ruangan Radioterapi
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Radioterapi Validator : Kepala Instalasi Radioterapi

35. CSSD : Kelengkapan Pengisian form paket steril

Judul Indikator	Kelengkapan Pengisian form paket steril
Dasar Pemikiran	Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit, Pedoman Pengorganisasian Instalasi CSSD dan Laundry, Pedoman Pelayanan CSSD
Dimensi Mutu	Beri tanda ceklis (√) jika termasuk ☐ √ 1. Efisiensi ☐ 3. Aksesibilitas ☐ 5. fokus pada pasien ☐ √ 2. Efektivitas ☐ 4. Keselamatan√ ☐ 6. Kestinambungan
Tujuan	1. Untuk meningkatkan ketetapan waktu penyelesaian kegiatan staf 2. Untuk menilai kinerja staf dalam pelaksanaan kegiatan staf 3. Untuk memudahkan tracer jika terjadi kesalahan kegiatan
Definisi Operasional	Kelengkapan Pengisian form paket steril adalah terisi lengkapnya dua form yaitu form pertama paket steril penerimaan alat kotor, dekontaminasi, penyimpanan dan form kedua yaitu form distribusi baik tanggal,nama unit,nama barang,jumlah barang,lengkap/tidak lengkap, serta tanda tangan staf unit pengguna dan staf CSSD saat menerima dan mendistribusi bahan/alat steril, kecuali keterangan complain dari unit user (option) tidak menjadi penilaian kelengkapan Dengan ketentuan jumlah paket per hari disesuaikan dengan paket kotor yang masuk. Dikatakan tidak lengkap jika ada item dalam salah satu/kedua



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

	form tidak lengkap terisi.
Jenis Indikator	Beri tanda ceklis (√) jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Outcome ☐ √ Proses dan Outcome
Nemurator	Jumlah paket steril (form penerimaan alat kotor dan form distribusi) yang terisi lengkap
Denominator	Jumlah seluruh paket penerimaan kotor yang masuk di CSSD
Target Capaian	85 % (dasar pemilihan → UMAN rapat)
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : seluruh item checklist dalam form steril Eksklusi : keterangan complain menjadi opsi pengisian
Formula	Jumlah paket steril (form penerimaan alat kotor dan form distribusi) yang terisi lengkap dibagi Jumlah seluruh paket penerimaan kotor yang masuk di CSSD Dikali 100%
Sumber Data	Form paket steril (form penerimaan + form distribusi, Rekap paket steril
Frekuensi Pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisa persentase
Instrument Pengambilan Data	Form Paket steril, rekap paket setril dalam aplikasi Microsoft Excel dan Aplikasi
Pengumpul Data	Kepala Ruangan CSSD dan Laundry
Penanggung Jawab	Kepala Ruangan CSSD dan Laundry
Validator	Kepala Instalasi CSSD dan Laundry

36. Laundry : Ketersediaan linen bersih sesuai kebutuhan ruang pelayanan

Judul Indikator	Ketersediaan linen bersih sesuai kebutuhan ruang pelayanan
-----------------	---



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Dasar Pemikiran	Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit, Pedoman Pengorganisasian Instalasi CSSD dan Laundry, Pedoman Pelayanan Laundry
Dimensi Mutu	Beri tanda ceklis (√) jika termasuk ☐ √ 1. Efisiensi ☐ 3. Aksesibilitas ☐ 5. fokus pada pasien ☐ √ 2. Efektivitas ☐ 4. Keselamatan ☐ 6. Kestinambungan
Tujuan	1. Untuk mendukung efisiensi sumber daya di Instalasi Laundry sekaligus efisiensi waktu layanan kepada pasien 2. Untuk mendukung kelancaran pelayanan dan kepuasan pasien
Definisi Operasional	Ketersediaan linen bersih sesuai dengan kebutuhan dan perencanaan yang disusun bersama dengan seluruh unit pelayanan yang menjadi standar stok dengan tiga kali pengantaran (pershift), standar stok 4 set pertempat tidur pasien
Jenis Indikator	Beri tanda ceklis (√) jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Outcome ☐ √ Proses dan Outcome
Nemurator	Jumlah unit layanan yang tersedia stok sesuai standar
Denominator	Jumlah total unit layanan yang seharusnya dilayani
Target Capaian	100 %
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Ketersediaan linen layak pakai, pasien covid dan non covid Eksklusi : Linen yang tidak memenuhi standar kualifikasi , stok yang tersedia tidak memenuhi standar 4 set pertempat tidur pasien, Linen yang tidak layak pakai
Formula	Jumlah unit layanan yang tersedia stok sesuai standar dibagi Jumlah total unit layanan yang seharusnya dilayani dikali 100%
Sumber Data	Bukti serah terima linen bersih dengan unit layanan, Rekap bulanan stok linen, Laporan komplain dari unit layanan
Frekuensi Pengumpulan data	Bulanan



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisa persentase
Instrument Pengambilan Data	Rekap bulanan stok linen pada aplikasi Microsoft Excel dan Aplikasi
Pengumpul Data	Kepala Ruangan CSSD dan Laundry
Penanggung Jawab	Kepala Ruangan CSSD dan Laundry
Validator	Kepala Instalasi CSSD dan Laundry

37. Instalasi Farmasi : Waktu tunggu pelayanan obat racikan kurang dari atau sama dengan 60 menit

Judul Indikator	Waktu tunggu pelayanan obat racikan kurang dari atau sama dengan 60 menit
Dasar Pemikiran	SPM, Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit
Dimensi Mutu	Beri tanda ceklist (√) jika termasuk √1.Efisiensi □3.Aksesibilitas □5.Fokus pada pasien √2.Efektifitas □4.Keselamatan √6.Kesinambungan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan standar adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan, kurang dari atau sama dengan 60 menit
Jenis Indikator	Beri tanda ceklist (√) jika termasuk □Input √Proses □Outcome □Proses dan outcome
Numerator	Jumlah Lembar resep obat racikan yang dilayani dengan waktu tunggu kurang dari atau sama dengan 60 menit di apotek rawat jalan
Denominator	Jumlah seluruh lembar resep obat racikan yang dilayani di apotek rawat jalan dalam hari yang sama
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : resep obat racikan apotek rawat jalan Eksklusi : resep obat jadi pasien rawat jalan, resep pasien rawat inap, resep pasien kemoterapi, HD, ICU dan mata
Formula	Jumlah lembar resep obat racikan yang dilayani dengan waktu tunggu kurang dari atau sama dengan 60 menit di apotek rawat jalan dibagi seluruh jumlah resep obat racikan yang dilayani di apotek rawat jalan dalam hari



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

	yang sama dikali 100%
Sumber Data	Sensus harian
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrumen Pengumpulan Data	Aplikasi dan microsoft excel
Pengumpul Data	Koordinator Ruangan Farmasi
Penanggung Jawab	Koordinator Ruangan Farmasi
Validator	Kepala Instalasi Farmasi

38. Lab Patologi Klinik :

a. Waktu Tunggu Hasil Lab Darah Rutin/Kimia Darah pada Pasien

JudulIndikator	Waktu Tunggu Hasil Lab Darah Rutin/Kimia Darah pada Pasien Kanker
DasarPemikiran	Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit
DimensiMutu	Beritandaji ☒ termasuk ☒ 1.Efesiensi ☒ 3.Aksesibilitas ☒ 5.Fokus padapasien ☒ 2.Efektifitas ☒ 4.Keselamatan ☒ 6.Kesinambungan
Tujuan	Untukmenjamin efektifitas danefisien pelayanan laboratorium pada pasien kanker
DefenisiOperasional	Pasien IGD Pasien RJ PasienRawatInap
JenisIndikator	Beritandaji ☒ termasuk ☐ Input ☐ Proses ☒ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah pasien kanker yang melakukan pemeriksaan Lab Darah yang sesuai dengan <i>Turn Around Time (TAT)</i>
Denominator	Jumlah semua pasien kanker yang melakukan pemeriksaan Lab Darah
Target Capaian	100%
KriteriaInklusidanEksklusi	Jumlah seluruh pasien kanker di IRD, poli dan rawat inap
Formula	Jumlah pasien kanker yang melakukan pemeriksaan Lab Darah yang sesuai dengan <i>Turn Around Time (TAT)</i> dibagi Jumlah semua pasien kanker yang melakukan pemeriksaan Lab Darah



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Sumber data	TAT
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Lembar pangantar laboratorium, lembar hasil laboratorium
Pengumpul Data	Ka. Ruangan Laboratorium PK
Penanggungjawab	Ka. Ruangan Laboratorium PK
Validator	Instalasi Laboratorium PK

b. Kejadian Reaksi transfusi darah

Judul Indikator	Kejadian Reaksi transfusi darah Pasien
Dasar Pemikiran	Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit
Dimensi Mutu	Beritandaji ☒ termasuk ☒ 1. Efisiensi ☒ 2. Efektifitas ☒ 3. Aksesibilitas ☒ 4. Keselamatan ☒ 5. Fokus pada pasien ☒ 6. Kesiambungan
Tujuan	1. Meningkatkan keselamatan pasien 2. Meningkatkan efisiensi pelayanan dalam pemberian transfuse darah
Defenisi Operasional	Reaksi yang timbul akibat dilakukannya transfusi yang tidak sesuai dengan golongan darah pasien (Reaksi Incompatibilitas)
Jenis Indikator	Beritandaji ☒ termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi darah
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang transfusi darah
Target Capaian	0%
Kriteria Inklusi	Transfusi darah yang diberikan tidak cocok dengan golongan darah pasien
Kriteria Eksklusi	Kelainan pada darah atau sepsis yang bukan disebabkan oleh transfusi darah
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang mengalami reaksi transfusi darah}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang mendapatkan transfusi darah (ditotal untuk keseluruhan shift)}} \times 100\%$
Sumber data	Form reaksi transfusi (dari ruangan)
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan	Retrospektif



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Data	
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis presentase
Instrument Pengambilan Data	Rekapan capaian indikator mutu (Ms.Excel) dan Aplikasi, form reaksi transfusi yang di tanda tangani DPJP
Pengumpul Data	Ka. Ruangan BDRS
Penanggungjawab	BDRS
Validator	Instalasi Laboratorium PK

39. Lab Patologi Anatomi : Respon time Hasil Pemeriksaan Laboratorium Patologi Anatomi

Judul Indikator	Ketepatan Waktu Diagnosa Hasil Pemeriksaan Laboratorium Patologi Anatomi.
Dasar Pemikiran	1. Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit 2. Surat edaran Direktur Utama terkait respon time pemeriksaan Laboratorium Patologi Anatomi. 3. Pedoman Pengorganisasian Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi. 4. Pedoman Pelayanan Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi.
Dimensi Mutu	Beri tanda checklist (√) jika termasuk 1. Efisiensi (√) 2. Efektifitas (√) 3. Aksesibilitas () 4. Keselamatan (√) 5. Fokus pada pasien () 6. Kesiambungan (√)
Tujuan	1. Untuk efisiensi waktu lama pelayanan dan lama rawat pasien. 2. Meningkatkan pelayanan laboratorium Patologi Anatomi. 3. Menjamin keamanan dan keselamatan pasien dan spesimen. 4. Meningkatkan kesiambungan pelayanan dan dasar perencanaan pelayanan berikutnya.
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan pemeriksaan Lab PA yang diukur sejak permintaan diterima sampai hasil baca divalidasi oleh dokter spesialis PA sesuai jadwal pembacaan hasil. Dimungkinkan 1 pasien memiliki lebih dari 1 pemeriksaan. Standar pemeriksaan : Sitologi : 3 – 4 hari. Histopatologi : 6 – 7 hari. Imunohistokimia : 9 – 10 hari. Jika permintaan pemeriksaan pasien lebih dari 1 pemeriksaan maka pemberian hasil mengikuti respon time yang lebih lama.



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	Tidak dilakukan pengukuran indikator pada kasus sulit karena tidak dapat langsung didiagnosa dan membutuhkan konsultasi (baik dengan ahli patologi yang lain atau dengan klinisi) dan pemeriksaan tambahan (pemotongan ulang/potong susul jaringan, potong lebih dalam blok paraffin, atau pun pewarnaan khusus Imunohistokimia).
Jenis Indikator	Beri tanda checklist (√) jika termasuk 1. Input () 2. Proses () 3. Outcome () 4. Proses dan outcome (√)
Numerator	Jumlah hasil pemeriksaan laboratorium PA dari 3 pemeriksaa yang memenuhi standar waktu yang telah ditentukan
Denominator	Total hasil pemeriksaan laboratorium PA yang dilakukan
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Kriteria Inklusi : 1. Seluruh pengerjaan sampel pasien diluar kasus sulit. 2. Semua unit pelayanan 3. Pasien rujukan parsial 4. 1 Pasien dengan lebih dari 1 pmeriksanaan dengan waktu permintaan yang berbeda (setelah hasil pertama keluar) Kriteria Eksklusi : 1. Kasus sulit 2. Pasien yang memiliki lebih dari 1 jenis pemeriksaan dalam 1 waktu bersamaan
Formula	Jumlah hasil pemeriksaan laboratorium PA yang memenuhi standar waktu yang telah ditentukan dibagi Total hasil pemeriksaan laboratorium PA yang dilakukan (1 pasien, 1 pemeriksaan) dikali 100%
Sumber Data	1. Buku registrasi spesimen 2. Rekam medic dalam SIMPEL 3. Arsip Hasil Sitologi, Histopatologi dan Imunohistokimia
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisa Persentase
Instrument Pengambilan Data	Rekap hasil pemeriksaan Sitologi, Histopatologi dan Imunohistokimia , Excel, Aplikasi dan SIMPEL
Pengumpul Data	Ka. Ruangan Laboratorium Patologi Anatomi
Penanggung Jawab	Ka. Ruangan Laboratorium Patologi Anatomi
Validator	Kepala Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

40. Lab Mikrobiologi: Ketepatan waktu penyerahan hasil RT-PCR pasien Covid-19

Judul Indikator	Ketepatan Waktu penjemputan jenazah
Dasar Pemikiran	1. UU atau Permenkes terkait pemeriksaan PCR pasien Covid (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/214/2020 Tahun 2020 Tentang Jejaring Laboratorium Pemeriksaan Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) 2. SNARS Edisi 1.1 3. Pedoman Pelayanan Covid RS 4. Pedoman pengorganisasian Instalasi Laboratorium Mikrobiologi 5. Pedoman kerja Instalasi Laboratorium Mikrobiologi 6. Surat Edaran terkait pemeriksaan PCR (Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Unhas Nomor 59/UN4.24/BU.01/2021 Tentang Kebijakan Pemeriksaan Swab PCR, Swab Antigen dan Swab TCM)
Dimensi Mutu	Beri tanda ceklist (√) jika termasuk √ 1. Efisiensi □ 3. Aksesibilitas □ 5. Fokus pada pasien √ 2. Efektifitas √ 4. Keselamatan √ 6. Kesiambungan
Tujuan	1. Untuk efisiensi waktu lama pelayanan dan lama rawat pasien 2. Meningkatkan pelayanan Laboratorium Mikrobiologi 3. Menjamin keamanan dan keselamatan specimen 4. Meningkatkan kesiambungan pelayanan dan dasar perencanaan pelayanan berikutnya
Defenisi Operasional	Ketepatan waktu penyerahan hasil RT-PCR pasien Covid-19 diukur sejak specimen diterima oleh Staf Laboratorium Mikrobiologi sampai keluar hasil pemeriksaan dalam SIMPEL/NAR (diakses oleh petugas pelayanan RS Unhas dan yang terhubung Peduli Lindungi) dan dalam website (diakses oleh pasien) yaitu ≤ 2 hari (kecuali hari Minggu)
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Outcome ☒ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah hasil specimen RT-PCR Covid-19 yang tepat waktu ≤ 2 hari
Denominator	Total specimen RT-PCR Covid-19 yang diterima Laboratorium Mikrobiologi
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : 1. RT-PCR pasien Covid-19 2. Pemeriksaan TCM 3. Seluruh pasien yang terdaftar di RS dan Swab 4. Termasuk hasil pemeriksaan yang di Swab ulang (inkonklusif/



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

	invalid) 5. Spesimen rujukan dari instansi/ Fasyankes lain Ekslusi : PCR Konvensional
Formula	Jumlah hasil specimen RT-PCR Covid-19 yang tepat waktu ≤ 2 hari dibagi Total specimen RT-PCR Covid-19 yang diterima Laboratorium Mikrobiologi dikali 100%
Sumber data	1. Buku register penerimaan specimen 2. Rekapitulasi hasil pemeriksaan RT-PCR 3. Rekapitulasi pengkodean sampel 4. Rekam medik dalam SIMPEL
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (melihat riwayat data)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentasi
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel dan Aplikasi
Pengumpul Data	Kord Instalasi Lab. Mikro
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium Mikrobiologi
Validator	Kepala Instalasi Laboratorium Mikrobiologi

41. Rekam Medik

a. Waktu penyediaan berkas rekam medis pelayanan rawat inap ≤ 15 menit

Judul Indikator	Waktu penyediaan berkas rekam medis pelayanan rawat inap ≤ 15 menit
Dasar Pemikiran	Kepmenkes 129/2008, SPM Instalasi Rekam Medis
Dimensi Mutu	Beri tanda ceklist (✓) jika termasuk ☐ 1.Efisiensi ☐ 3.Aksesibilitas ☒ 5.Fokus pada pasien ☒ 2.Efektifitas ☐ 4.Keselamatan ☐ 6.Kesinambungan
Tujuan	1. Mengukur efektifitas waktu penyediaan rekam medis pasien rawat inap 2. Mengukur waktu tunggu pasien dalam penyediaan rekam medis rawat inap
Defenisi Operasional	Waktu yang dibutuhkan untuk penyediaan berkas rekam medis pelayanan rawat inap
Jenis Indikator	Beri tanda ceklist (✓) jika termasuk



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	☐ Input ☐ Proses ☐ Outcome ☒ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah pasien yang dibuatkan berkas rekam medis rawat inap yang waktu penyediaannya ≤ 15 menit
Denominator	Total pasien rawat inap yang dibuatkan berkas rekam medis rawat inap
Target Capaian	100% (Seratus persen)
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	inklusi: Pasien titipan rawat inap IGD eksklusi: Pasien batal rawat inap karena dirujuk/APS
Formula	$\text{jumlah pasien yang dibuatkan berkas rekam medis rawat inap} \leq 15 \text{ menit}$ $\text{dibagi total pasien rawat inap} \times 100\%$
Sumber data	Data Admisi & Rekam Medis
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel dan Aplikasi
Pengumpul Data	Kordinator Rekam Medik
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medik
Validator	Kepala Instalasi Rekam Medik

b. Kelengkapan pengisian Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas

Judul Indikator	Kelengkapan pengisian Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas
Dasar Pemikiran	Kepmenkes 129/2008, SPM Instalasi Rekam Medik
Dimensi Mutu	Beri tanda ceklist (✓) jika termasuk ☐ 1.Efisien ☐ 3.Aksesibilitas ☒ 5.Fokus pada pasien ☐ 2.Efektifitas ☒ 4.Keselamatan ☐ 6.Kesinambungan
Tujuan	3. Menilai keterlibatan PPA dalam menunjang Sasaran keselamatan pasien 4. Menilai kepatuhan PPA dalam edukasi mengenai hal-hal yang berhubungan dengan tindakan/prosedur yang akan dilakukan serta pengisian informed consent setelah pasien/keluarga mendapatkan informasi yang jelas.
Defenisi Operasional	Informed concent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Jenis Indikator	Beri tanda ceklist (✓) jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Outcome ☒ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah formulir informed consent yang diisi lengkap setelah pasien/keluarga pasien mendapatkan informasi yang jelas tentang



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

	tindakan/prosedur medis yang akan dilakukan
Denominator	Total pasien rawat inap yang mendapatkan tindakan/prosedur medis
Target Capaian	100% (Seratus persen)
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	inklusi: pasien rawat inap yang mendapatkan tindakan/prosedur, pasien Hemodialisa, pasien kemoterapi, pasien operasi eksklusi:
Formula	Jumlah formulir informed consent yang diisi lengkap setelah pasien/keluarga pasien mendapatkan informasi yang jelas dibagi total pasien rawat inap yang mendapatkan tindakan/prosedur medis dikali 100%
Sumber data	Laporan Analisis Kelengkapan Rekam Medik
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel dan Aplikasi
Pengumpul Data	Kordinator Rekam Medik
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medik
Validator	Kepala Bidang Pelayanan Penunjang

42. Instalasi Radiologi : Pelaksana ekspertise hasil Pemeriksaan radiologi

Judul Indikator	Pelaksana ekspertise hasil pemeriksaan radiologi
Dasar Pemikiran	1. Permenkes no 129 tentang standar pelayanan radiologi 2. Pedoman Pelayanan radiologi Instalasi Radiodiagnostik
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1.Efisiensi ☐ 3.Aksesibilitas ☐ 5.Fokus pada pasien ☒ 2.Efektifitas ☐ 4.Keselamatan ☒ 6.Kesinambungan
Tujuan	1. menjamin kelancaran pelayanan pasien 2. Menjamin kesinambungan layanan dengan unit pelayanan yg menjadi dasar pengambilan keputusan pengobatan pasien
Defenisi Operasional	Pelaksana ekspertise adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto . Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan radiologi.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☐ Outcome ☒ Proses dan outcome



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Numerator	Jumlah foto yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang melakukan pemeriksaan di instalasi radiologi
Target Capaian	100 %
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Dokter spesialis radiologi yang telah dikredensial oleh Komite Medik Eksklusi : dokter tamu, dokter spesialis radiodiagnostik yang expired SPK nya di RS Unhas
Formula	$\frac{\text{Jumlah foto yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang melakukan pemeriksaan di instalasi radiologi}} \times 100\%$
Sumber data	1. Daftar dokter spesialis radiodiagnostik yang telah tebit SPK di RS Unhas 2. jadwal pembacaan hasil oleh spesialis radiodiagnostik
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisa persentase
Instrument Pengambilan Data	Pelayanan Radiodiagnostik SIMPEL, Microsoft Excel dan Aplikasi
Pengumpul Data	Kepala ruangan radiologi
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi
Validator	Kepala bidang pelayanan penunjang

43. Instalasi Gizi : Ketepatan waktu pemberian makan (diet) kepada pasien

Judul Indikator	Ketepatan waktu pemberian makan (diet) kepada pasien
Dasar Pemikiran	Ketepatan pemberian makanan kepada pasien merupakan salah satu factor utama penentu kepuasan pasien
Dimensi Mutu	Beri tanda ■ jika termasuk ■ 1.Efisiensi ■ 3.Aksesibilitas ■ 5.Fokus pada pasien ■ 2.Efektifitas ■ 4.Keselamatan ■ 6.Kesinambungan
Tujuan	Pemberian makanan ke pasien tidak melwati waktu pengantaran yang telah ditetapkan
Defenisi Operasional	Waktu saat makanan diantar keluar dari instalasi gizi menuju pasien sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☐ Proses ☒ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator	Jumlah pramusaji yang mengantar makanan tepat waktu sesuai definisi operasional (TW) saat survey/observasi impromptu
Denominator	Jumlah pramusaji pengantar yang bertugas saat survey/observasi impromptu (NP)
Target Capaian	100 %
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	-
Formula	$TW/NP \times 100$
Sumber data	3.
Frekuensi Pengumpulan Data	Sekali sebulan
Periode Analisis	
Cara Pengumpulan Data	
Sampel	
Rencana Analisis	
Instrument Pengambilan Data	Survey/Observasi langsung
Pengumpul Data	Kord. Ruangan Gizi
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi
Validator	Kepala Instalasi Gizi

44. IPSRS : Berfungsinya Alat Dengan Normal Setelah Dilakukan Pemeliharaan

Judul Indikator	Berfungsinya Alat Dengan Normal Setelah Dilakukan Pemeliharaan
Dasar Pemikiran	1. KMK 129 Tahun 2008 Tentang SPM RS 2. SNARS 1.1 3. Pedoman pengorganisasian IPSRS Pedoman kerja IPSRS
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1.Efesiensi ☐ 3.Aksesibilitas ☐ 5.Fokus pada pasien ☒ 2.Efektifitas ☒ 4.Keselamatan ☒ 6.Kesinambungan
Tujuan	1. Meminimalkan penggunaan sumber daya (baik dari jenis dan jumlah tenaga maupun alat atau sparepart yang dibutuhkan) untuk mendapatkan hasil yang optimal 2. Mengurangi kejadian kerusakan alat sebagai hasil dari pemeliharaan yang rutin 3. Terlaksananya pelayanan kesehatan yang berkesinambungan
Defenisi Operasional	Peralatan medis dan non medis berfungsi dengan baik sesuai fungsinya setelah dilakukan pemeliharaan.
Jenis Indikator	☐ Input ☐ Proses ☒ Outcome ☐ Proses dan outcome



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Numerator	Jumlah alat yang berfungsi normal
Denominator	Jumlah alat yang dijadwalkan maintenance
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : alat medis (alat kesehatan) dan non medis (elektrikal, mekanikal, tata udara, instrument, gas medis, workshop) Eksklusi: 1. Sparepart tidak tersedia 2. Kerusakan bangunan 3. Lingkungan dan sanitasi 4. Furniture 5. Jaringan
Formula	Jumlah alat yang berfungsi normal setelah di- <i>maintenance</i> dibagi jumlah alat yang dijadwalkan untuk <i>maintenance</i> dalam satu bulan dikali 100%
Sumber data	1. Rekap laporan <i>maintenance</i> alat dalam satu bulan 2. Jadwal <i>maintenance</i> alat dalam satu bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (melihat riwayat data)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentasi
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel dan Aplikasi
Pengumpul Data	Kord Instalasi IPSRS
Penanggung jawab	Ka. Instalasi IPSRS
Validator	Ka. Instalasi IPSRS

45. Instalasi Forensik dan Medikolegal : Ketepatan Waktu penjemputan jenazah

Judul Indikator	Ketepatan Waktu penjemputan jenazah
Dasar Pemikiran	SNARS 1.1
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1.Efesiensi ☐ 3.Aksesibilitas ☐ 5.Fokus pada pasien ☒ 2.Efektifitas ☒ 4.Keselamatan ☒ 6.Kesinambungan



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

Tujuan	
Defenisi Operasional	ketepatan waktu penjemputan jenazah adalah tepat waktu penjemputan jenazah sejak adanya panggilan dari ruang perawatan sampai petugas jenazah tiba di ruang perawatan maximal 15 menit
Jenis Indikator	☐ Input ☐ Proses ☒ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator	jumlah jenazah yang tepat waktu dijemput < 15 menit
Denominator	jumlah jenazah yang harus dijemput (pangglan dari ruang perawatan)
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : petugas jenazah Eksklusi : petugas lainnya
Formula	jumlah jenazah yang tepat waktu dijemput < 15 menit dibagi jumlah jenazah yang harus dijemput (pangglan dari ruang perawatan) dikali 100%
Sumber data	daftar jenazah yang dilayani
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (melihat riwayat data)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentasi
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel dan Aplikasi
Pengumpul Data	Kord Instalasi forensic dan Medikolegal
Penanggung jawab	Ka. Instalasi Forensik dan Medikolegal
Validator	Ka. Instalasi Forensik dan Medikolegal