

KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
NOMOR HK.02.02/D/45263/2024
TENTANG
INDIKATOR KINERJA DIREKTUR UTAMA BADAN LAYANAN UMUM RUMAH
SAKIT DI LINGKUNGAN KEMENTERIAN KESEHATAN DALAM RANGKA
PEMBERIAN INSENTIF KINERJA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka penilaian pemberian insentif kinerja kepada direktur utama badan layanan umum rumah sakit di lingkungan Kementerian Kesehatan, perlu disusun indikator kinerja;
 - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan tentang Indikator Kinerja Direktur Utama Badan Layanan Umum Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan dalam Rangka Pemberian Insentif Kinerja;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
 2. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012

- tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
3. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1046) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Keuangan 202/PMK.05/2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 1300);
 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 63 Tahun 2016 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1876);
 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 156);
 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 964) sebagaimana yang telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2024 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementrian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 304);
 7. Keputusan Menteri Keuangan Nomor 335 Tahun 2024 tentang Penetapan Remunerasi bagi Pejabat Pengelola, Pegawai, dan Dewan Pengawas Badan Layanan Umum

Rumah Sakit pada Kementerian Kesehatan;

8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2580/2024 tentang Tata Kelola Remuenrasi Bagi Pejabat Pengelola, Pegawai, dan Dewan Pengawas Badan Layanan Umum Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN TENTANG INDIKATOR KINERJA DIREKTUR UTAMA BADAN LAYANAN UMUM RUMAH SAKIT DI LINGKUNGAN KEMENTERIAN KESEHATAN DALAM RANGKA PEMBERIAN INSENTIF KINERJA.

KESATU : Menetapkan Indikator Kinerja Direktur Utama Badan Layanan Umum Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan dalam Rangka Pemberian Insentif Kinerja sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Direktur Jenderal ini.

KEDUA : Indikator Kinerja Direktur Utama sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU terdiri atas 15 (lima belas), yaitu:

1. Waktu Tunggu Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang;
2. Persentase Pengguna Pendaftaran Online;
3. Integrasi Rekam Medis Elektronik dan Kesesuaian Pengiriman Data ke SATUSEHAT;
4. Implementasi Pola Remunerasi;
5. Implementasi Pola Tarif;
6. Kualitas Klaim Jaminan Kesehatan Nasional ke BPJS Kesehatan;
7. Porsi Pendapatan Non Jaminan Kesehatan Nasional terhadap Pendapatan Operasional;
8. Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan Operasional;
9. Rasio Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) terhadap Beban Operasional;

10. *Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization* (EBITDA) Margin;
 11. Rasio Beban Persediaan Farmasi terhadap Pendapatan Operasional;
 12. Jangka Waktu Penerimaan Pembayaran Piutang (*Days Receivable Turnover*);
 13. Akurasi Proyeksi Pendapatan Badan Layanan Umum; dan
 14. 2 (dua) Indikator Klinis sesuai layanan unggulan;
- KETIGA : Indikator Kinerja Direktur Utama sebagaimana dimaksud Diktum KEDUA, bertujuan untuk menilai kinerja direktur utama yang akan dijadikan acuan dalam pemberian insentif kinerja di badan layanan umum rumah sakit di lingkungan Kementerian Kesehatan.
- KEEMPAT : Kementerian Kesehatan melalui Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan target indikator kinerja direktur utama, dan dapat melibatkan Direktorat Jenderal Pembendaharaan Kementerian Keuangan.
- KELIMA : Keputusan Direktur Jenderal ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 30 September 2024

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,

ttd.

AZHAR JAYA

Salinan sesuai dengan aslinya
Ketua Tim Kerja Hukum
Sekretariat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan



Rico Mardiansyah, SH, MH
NIP. 198603192010121004

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL
PELAYANAN KESEHATAN
NOMOR HK.02.02/D/45263/2024
TENTANG INDIKATOR KINERJA
DIREKTUR UTAMA BADAN LAYANAN
UMUM RUMAH SAKIT DI LINGKUNGAN
KEMENTERIAN KESEHATAN DALAM
RANGKA PEMBERIAN REMUNERASI

INDIKATOR KINERJA DIREKTUR UTAMA BADAN LAYANAN UMUM RUMAH
SAKIT DI LINGKUNGAN KEMENTERIAN KESEHATAN DALAM RANGKA
PEMBERIAN INSENTIF KINERJA

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 2005 tentang Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan dan Peraturan Kementerian Keuangan Nomor 202 tahun 2022 tentang perubahan atas Peraturan Kementerian Keuangan Nomor 129 tahun 2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum yang menyatakan bahwa Badan Layanan Umum (BLU) rumah sakit dapat memberikan remunerasi kepada pejabat pengelola, dewan pengawas dan pegawai BLU untuk mendorong dan meningkatkan motivasi kinerja. Adapun salah satu remunerasi yang diberikan yaitu insentif kinerja.

Dalam pemberian insentif kinerja, diperlukan adanya indikator kinerja direktur utama (*Key performance indicators/KPI*) sebagai acuan untuk menilai keberhasilan pelaksanaan tugas dan tanggung jawab direktur utama rumah sakit. Adapun proses penetapan indikator kinerja direktur utama telah dilakukan melalui beberapa tahapan, salah satunya dengan melakukan *brainstorming* dengan pihak internal Kementerian Kesehatan ataupun dengan Kementerian Keuangan serta menentukan aspek penilaian indikator, meliputi:

1. Keselarasan dengan indikator keuangan dan operasional rumah sakit vertikal
Indikator penilaian yang dipilih memberikan daya ungkit terhadap target indikator keuangan dan operasional rumah sakit vertikal
2. Besaran dampak
Ruang lingkup dampak dari indikator yang diukur.
3. Berbasis bukti
Adanya bukti yang kredibel dari indikator yang dipilih.
4. *Defensibility*
Indikator yang terpilih dapat dipertanggungjawabkan secara keilmuan dan juga merupakan indikator yang penting bagi pemerintah.
5. *Feasibilitas*
Indikator yang terpilih dapat dilakukan oleh seluruh rumah sakit vertikal
6. Akurasi
Indikator yang dipilih dapat menggambarkan kinerja direktur utama sesuai dengan keadaan sesungguhnya.
7. *Actionability*
Perubahan perilaku maupun sistem dapat memperbaiki indikator.
8. Dapat diperbandingkan
Indikator harus dapat diperbandingkan dengan standar
9. Kredibel
Indikator harus kredibel bagi pemangku kebijakan maupun bagi rumah sakit yang melakukan pengukuran.
10. Kejelasan indikator
Indikator harus jelas dan mudah dipahami bagi seluruh stakeholder.
Berdasarkan aspek penilaian diatas, telah dilakukan pemilihan indikator kinerja direktur utama sejumlah 15 (lima belas) indikator.

B. Tujuan

Indikator Kinerja Direktur Utama Badan Layanan Umum Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan ini digunakan sebagai acuan bagi Rumah Sakit dan Kementerian Kesehatan dalam melakukan evaluasi kinerja dan pemberian insentif kinerja direktur utama.

C. Sasaran

1. Badan layanan umum Rumah Sakit di lingkungan Kementerian Kesehatan.
2. Kementerian Kesehatan

BAB II
INDIKATOR KINERJA DIREKTUR UTAMA

A. Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang

Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none">1. Rumah sakit harus menjamin ketepatan pelayanan kesehatan termasuk di unit rawat jalan, walaupun tidak dalam kondisi gawat/darurat namun tetap harus dilayani dalam waktu yang ditetapkan. Hal ini untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan tindakan diagnosis dan atau pengobatan/perawatan pasien.2. Waktu tunggu yang lama dapat menyebabkan ketidakpuasan pasien dan keterlambatan diagnosis maupun pengobatan pasien.
Dimensi Mutu	Berorientasi kepada pasien dan ketepatan waktu pelayanan.
Tujuan	Untuk memastikan ketepatan waktu pelayanan pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat jalan agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none">1. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien <i>check in</i> di Poliklinik sampai dengan Obat selesai disiapkan oleh Farmasi.2. <i>Check in</i> adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas di Poliklinik tujuan.3. Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah ≤ 120 menit, kecuali:<ol style="list-style-type: none">a. Rumah Sakit Khusus Poliklinik Mata ≤ 180 menitb. Rumah Sakit Khusus Orthopedi ≤ 180 menitc. Pelayanan Poliklinik Psikiatri dengan Psikoterapi ≤ 180 menit
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan Waktu pelayanan sesuai target
Denominator	Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang
Target Pencapaian	$\geq 80\%$
Kriteria:	<ol style="list-style-type: none">1. Kriteria inklusi: Pasien yang berobat di rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang

	<p>2. Kriteria eksklusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien yang mendapatkan tindakan yang membutuhkan waktu ≥ 30 menit, misal: perawatan luka pasca operasi, terapi inhalasi b. Pasien <i>Medical Ceck Up</i> (MCU) c. Pasien yang batal berobat d. Mendapatkan resep racikan e. Dilakukan pemeriksaan pada 2 (dua) atau lebih Poliklinik
Formula	Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan sesuai target dibagi jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Sumber data sekunder antara lain dari: <ul style="list-style-type: none"> 1. Catatan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan 2. Rekam Medik Pasien Rawat Jalan 3. Catatan waktu penyerahan obat
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Perhitungan Waktu Pelayanan Rawat jalan
Besar Sampel	Seluruh pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang memenuhi kriteria
Pengambilan Sampel	<i>Total Sampling</i>
Pengumpulan Data	Bulanan
Sumber Data	Integrasi data Antrian BPJS Online dengan SIRS Online

B. Persentase Pengguna Pendaftaran Online Pasien Rawat Jalan

Dasar Pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> 1. Untuk meningkatkan pengalaman pasien yang menggunakan layanan kesehatan di BLU rumah sakit vertikal melalui pengaturan jam kedatangan sehingga dapat mengurangi waktu pelayanan <i>end to end</i>. 2. Pengaturan kedatangan pasien dapat dicapai melalui pendaftaran online
Tujuan	Meningkatkan jumlah pengguna pendaftaran online di rumah sakit vertikal.
Definisi Operasional	Pendaftaran online adalah pendaftaran pasien rawat jalan melalui sistem pendaftaran online yang dikembangkan oleh rumah sakit, sistem pendaftaran online milik BPJS Kesehatan, atau SATUSEHAT.
Target	$\geq 70\%$

Pencapaian	
Formula	$(\text{Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang melakukan pendaftaran online} \div \text{pasien rawat jalan}) \times 100\%$
Pengumpulan Data	Bulanan
Sumber Data	SIMRS

C. Integrasi Rekam Medis Elektronik dan Kesesuaian Pengiriman Data ke-SATUSEHAT

Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyelenggaraan rekam medis elektronik (RME) sebagai basis pengolahan data kesehatan nasional merupakan salah satu implementasi transformasi kesehatan pilar keenam yaitu Transformasi Teknologi Kesehatan 2. Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN) bertujuan untuk mengintegrasikan dan menstandarisasi seluruh Sistem Informasi Kesehatan (SIK) sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
Sasaran Strategis	Terintegrasinya SIMRS dengan SATUSEHAT sesuai dengan tahapan Integrasi yang ditetapkan Kementerian Kesehatan.
Tujuan	Terselenggaranya integrasi antara SIMRS dengan SATUSEHAT di rumah sakit dan pengiriman data.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Usecase</i> SATUSEHAT sesuai Modul <i>Playbook</i> yang dilakukan integrasi dan pengiriman data adalah <i>Usecase</i> Rawat Jalan <i>end to end</i>. 2. Data kunjungan rawat jalan adalah data sesuai dengan Modul <i>Playbook</i> Rawat Jalan minimal meliputi: Identitas Pasien, Ruang/Kelas/Poli, Tanggal dan Waktu Masuk, Anamnesis, Pemeriksaan Fisik, Instruksi Medik dan Keperawatan, Diagnosis, dan Peresepan Obat.
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kuantitas $(\text{Jumlah data kunjungan rawat jalan yang terkirim ke SATUSEHAT}) \div \text{jumlah kunjungan rawat jalan pada SIMRS}) \times 100\%$ 2. Kualitas $(\text{Jumlah data yang lengkap} \div \text{Jumlah data yang terkirim}) \times 100\%$ 3. Hasil = $(\text{Kuantitas} + \text{Kualitas}) \div 2$
Target	<ol style="list-style-type: none"> 1. Khusus untuk Tahun 2024 <ol style="list-style-type: none"> a. Triwulan III (Juli, Agustus, September): >75%

	b. Triwulan IV (Oktober, November, Desember): 100% 2. Setelah Tahun 2024: 100%
Sumber Data	SIMRS, Rekam Medis Elektronik, dan SATUSEHAT.

D. Implementasi Pola Remunerasi

Dasar Pemikiran	Peningkatan pengelolaan keuangan BLU yang akuntabel, transparan dan profesional didukung pola remunerasi yang berbasis kinerja akan mendorong peningkatan layanan dan pendapatan rumah sakit sehingga meningkatkan kesejahteraan pegawai BLU
Tujuan	Memastikan implementasi pola remunerasi di BLU rumah sakit vertikal
Definisi Operasional	1. Sistem Informasi Remunerasi Terdapat sistem informasi remunerasi yang dapat diakses oleh setiap dokter/ dokter gigi pemberi layanan yang menampilkan pasien dan layanan medis yang diberikan, serta besaran insentif yang diterima. Jeda antara pelayanan dengan tampilan data pada sistem informasi maksimal 3x24 jam. Jika jeda layanan dan tampilan data: a. $\leq 3x24$ jam = nilai 1 b. $3x24$ jam – $7x24$ jam = nilai 0,75 c. $7x24$ jam – $14x24$ jam = nilai 0,5 d. $>14x24$ jam = nilai 0,25 e. Tidak memiliki = nilai 0 2. Kesesuaian jumlah pembayaran Kesesuaian antara jumlah insentif yang tertera pada sistem informasi remunerasi dengan jumlah yang diterima oleh dokter/dokter gigi pemberi layanan. Jika sesuai = nilai 1 Tidak sesuai = nilai 0
Target Pencapaian	100%
Formula	$[(\text{nilai Sistem Informasi Remunerasi} + \text{Kesesuaian jumlah pembayaran}) \div 2] \times 100\%$
Pengumpulan Data	Bulanan
Sumber data	1. Sistem Informasi Remunerasi; dan 2. Uji petik ke Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

E. Implementasi Pola Tarif

Dasar Pemikiran	Dalam rangka meningkatkan tata Kelola BLU yang akuntabel, professional, efektif, dan efisien, telah disusun pola tarif di seluruh rumah sakit vertikal dan Kode Pembiayaan Tarif Layanan
Tujuan	Memastikan Implementasi Pola Tarif dan Kode Pembiayaan Tarif

	Layanan di Rumah Sakit Vertikal
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Telah menerapkan nomenklatur tindakan sesuai dengan Kode Pola Tarif Layanan (KPTL) 2. Pola tarif non-JKN dengan besaran tarif sesuai dengan regulasi
Target Pencapaian	100%
Formula	(Jumlah pelayanan non-JKN sesuai dengan range tarif yang telah ditetapkan ÷ jumlah seluruh pelayanan non-JKN yang telah diberikan) x 100%
Pengumpulan Data	Bulanan
Sumber Data	SK Direktur tentang tarif rumah sakit dan SIMRS

F. Kualitas Klaim JKN ke BPJS Kesehatan

Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS setiap bulannya. 2. RS melakukan verifikasi berkas klaim dengan menguji kebenaran dan kelengkapan administrasi serta pertanggung jawaban pelayanan yang telah diberikan kepada pasien, berkas klaim yang mengalami pending disebabkan oleh ketidaklengkapan berkas rekam medis dan ketidaktepatan penulisan kode diagnosis maupun tindakan. 3. Klaim yang berkualitas akan mengurangi risiko terjadinya pending klaim yang pada akhirnya dapat menimbulkan kerugian finansial dan akan berdampak pada kualitas pelayanan kesehatan di RS
Area	Manajerial
Perspektif	<i>Stakeholder Perspective</i>
Sasaran Strategis	Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai <i>Universal Health Coverage (UHC)</i>
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektivitas
Tujuan	Memastikan kodifikasi INACBG's pada pengajuan klaim BPJS sesuai dengan informasi diagnosa yang ditegaskan Dokter Penanggung Jawab Pasien dan sesuai dengan tindakan yang diterima pasien sebagaimana terdapat pada rekam medis elektronik, dan/atau hasil konfirmasi kepada Dokter Penanggung Jawab Pasien.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Tarif Indonesian-Case Based Groups</i> yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG adalah besaran pembayaran klaim

	<p>oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur, meliputi seluruh sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun nonmedis.</p> <p>2. Untuk layanan yang telah diberikan Rumah sakit kepada peserta BPJS, Rumah Sakit dapat mengajukan klaim kepada BPJS kesehatan sesuai dengan Tarif INA-CBG's. Tagihan klaim dari Rumah Sakit ke BPJS dilakukan secara kolektif setiap bulan dimana Rumah Sakit berkewajiban dalam menyerahkan dokumen-dokumen pendukung, Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan grouper INA CBG'S dalam skema casemix.</p> <p>Beberapa Faktor yang mempengaruhi Ketepatan Klaim BPJS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kelengkapan pengisian rekam medis elektronik sesuai dengan ketentuan. Grouper INA CBGS's yang sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan Dokter Penanggung Jawab Pasien dan sesuai dengan tindakan yang diterima pasien sebagaimana terdapat pada rekam medis elektronik. Adanya proses konfirmasi kepada Dokter Penanggung Jawab Pasien dalam hal perbedaan antara Grouper INA CBG's dengan diagnosa yang ditegakkan dan tidak sesuai dengan tindakan yang diterima pasien. Dokumen klaim diterima lengkap (BAHV) untuk pengajuan klaim reguler tiap bulan Penghitungan klaim sesuai periode. Kualitas Klaim JKN ke BPJS Kesehatan adalah Porsi klaim pasien JKN BPJS Kesehatan yang lolos verifikasi dan disahkan dalam Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) pada pengajuan pertama.
Target	≥90%
Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	(Jumlah klaim dalam Rupiah yang disetujui oleh BPJS dalam BAHV pertama ÷ Jumlah klaim dalam rupiah seluruhnya) x 100%
Sumber data	Berita acara hasil verifikasi BPJS Kesehatan

G. Porsi Pendapatan non-JKN terhadap Pendapatan Operasional

Dasar Pemikiran	Dalam rangka meningkatkan kualitas layanan rumah sakit agar dapat mencapai standar level asia dan mampu bersaing dengan rumah sakit non pemerintah.
-----------------	---

Tujuan	Meningkatkan porsi pendapatan non-JKN terhadap Pendapatan Operasional.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendapatan non-JKN adalah pendapatan yang didapatkan dari layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien selain dari pasien dengan pembiayaan JKN. 2. Dalam hal terdapat pasien JKN yang naik kelas, maka selisih pendapatan yang tidak berasal dari JKN dihitung menjadi pendapatan non-JKN.
Target Pencapaian	$\geq 15\%$
Formula	$(\text{Jumlah pendapatan non-JKN} \div \text{Pendapatan Operasional}) \times 100\%$
Pengumpulan Data	Bulanan
Sumber Data	Laporan operasional bisnis rumah sakit vertikal.

H. Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan Operasional

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mendorong peningkatan produktivitas dari pegawai rumah sakit didalam memberikan layanan dan berinovasi serta bekerja secara profesional
Area	Manajerial
Perspektif	<i>Stakeholder Perspective</i>
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendapatan operasional adalah pendapatan yang diperoleh dari pemberian layanan kepada pasien dalam bentuk rawat jalan maupun rawat inap serta manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas layanan medis rumah sakit vertikal selama 1 (satu) periode. Pendapatan non operasional/lain-lain serta pendapatan yang berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) atau Rupiah Murni (RM) tidak diperhitungkan. 2. Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan Operasional adalah perbandingan beban seluruh pegawai, termasuk di dalamnya beban gaji Pegawai Negeri Sipil (PNS), beban gaji Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK), dan beban gaji dan tunjangan pegawai rumah sakit vertikal (beban PKWT, honor PPDS, beban <i>Fee For Service</i> (FFS) Dokter Mitra dan beban tenaga kerja lainnya) tetapi beban remunerasi kinerja Direksi dan Dewan bulan berjalan tidak termasuk
Catatan	Dalam penetapan KPI untuk remunerasi Direksi dan Dewan pengawas, beban Remunerasi kinerja Direksi dan Dewan Pengawas bulan berjalan tidak termasuk sebagai yang diperhitungkan.
Formula	Formula Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan Operasional = $(\text{Beban Pegawai} \div \text{Pendapatan Operasional}) \times 100\%$

Target	≤ 50%
Pengumpulan Data	Bulanan
Sumber Data	Laporan operasional bisnis rumah sakit vertikal.

I. Rasio PNBPN terhadap Beban Operasional (POBO)

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mendorong tingkat kemandirian rumah sakit di dalam membiayai operasionalnya dengan peningkatan layanan dan pendapatan rumah sakit secara efektif dan efisien.
Area	Manajerial
Kategori Indikator	Rasio PNBPN Terhadap Beban Operasional (PB)
Perspektif	<i>Stakeholder Perspective</i>
Sasaran Strategis	Pengelolaan keuangan BLU yang optimal, inovatif, prudent dan akuntabel
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Mewujudkan pengelolaan keuangan BLU yang optimal, inovatif, prudent, dan akuntabel
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendapatan PNBPN merupakan seluruh pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain. 2. Beban Operasional: Seluruh beban yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan, sumber dana berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBPN Satker BLU, tidak termasuk beban penyusutan, amortisasi dan beban remunerasi kinerja Direksi dan Dewas bulan berjalan
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Pendapatan PNBPN
Denominator	Beban Operasional
Formula	$\text{Pendapatan PNBPN} \div \text{Beban Operasional} \times 100\%$
Sumber Data	Laporan Operasional Tingkat Satuan Kerja BLU, yang dihasilkan Aplikasi SAKTI setelah diverifikasi oleh SPI dan disahkan oleh Pemimpin BLU.
Standar	<ol style="list-style-type: none"> 1. 35% untuk RS Ketergantungan Obat, RSUP Rivai Abdullah 2. 45% untuk RS Jiwa, RS Pusat Infeksi Sulianti Saroso, RS Otak Dr. Drs. M. Hatta, RS Mata Makassar, RSUP Sitanala, RSUP Tadjuddin Chalid, dan RSUP Surakarta 3. 65% untuk RS Paru 4. 75% untuk RS selain yang disebutkan diatas

Formula	$(\text{Pendapatan PNBPN} \div \text{Biaya Operasional}) \times 100\%$
Sumber Data	Laporan operasional bisnis rumah sakit vertikal.

J. EBITDA Margin

Dasar Pemikiran	Dalam rangka meningkatkan tata kelola BLU yang akuntabel, professional, efektif, dan efisien dan mandiri
Tujuan	EBITDA margin merupakan salah satu indikator kinerja keuangan yang dipergunakan untuk mengetahui seberapa baik rumah sakit vertikal menghasilkan rasio surplus dari kegiatan operasional dan non operasional/lain-lain, yang berpotensi menjadi kas, sehingga dapat diketahui apakah rumah sakit vertikal telah atau belum mampu mandiri dengan standar margin yang ditetapkan
Definisi Operasional	<p>EBITDA margin adalah Rasio Surplus atau Defisit Sebelum Pendapatan (Beban) Keuangan dan Pajak ditambah beban penyusutan, amortisasi dan cadangan penyisihan piutang dibandingkan dengan Pendapatan Operasional <i>Netto</i> rumah sakit vertikal.</p> <p>Pendapatan Operasional <i>Netto</i> adalah pendapatan operasional dikurangi dengan <i>Fee For Service</i> (biaya yang dikeluarkan rumah sakit vertikal untuk para dokter yang telah memberikan layanan jasa medis).</p> <p>EBITDA Margin ini, untuk total beban operasionalnya tidak termasuk beban remunerasi kinerja Direksi dan Dewan bulan berjalan</p> <p>Khusus pada kegiatan non operasional/lain-lain yang bersifat insidental dan berdampak sangat material (contoh: kegiatan <i>demolish</i> gedung, dan lain-lain), maka kegiatan non operasional tersebut tidak dimasukkan dalam perhitungan EBIT</p>
Catatan	<p>Dalam penentuan EBITDA Margin untuk penetapan Remunerasi Direksi dan Dewan Pengawas, digunakan EBITDA Awal, dimana EBITDA Awal ialah EBITDA sebelum Beban Remunerasi Direksi dan Dewan Pengawas.</p> <p>Kemudian setelah didapatkan nilai Remunerasi Direksi dan Dewan Pengawas, selanjutnya dicatat sebagai Beban Remunerasi Direksi dan Dewan Pengawas untuk mendapatkan EBITDA final yang akan menjadi nilai EBITDA dalam indikator MKKO</p> <p>EBITDA Awal = EBITDA tanpa biaya Remunerasi Direksi dan Dewan Pengawas</p> <p>EBITDA final = EBITDA setelah mencatatkan biaya Remunerasi Direksi dan Dewan Pengawas</p>
Target	≥10%

Pencapaian	
Formula	$(EBITDA \div \text{pendapatan operasional } netto) \times 100\%$.
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Sumber Data	Laporan operasional bisnis rumah sakit vertikal.

K. Rasio Beban Persediaan Farmasi terhadap Pendapatan Operasional

Dasar Pemikiran	Dalam rangka meningkatkan tata kelola BLU yang akuntabel, professional, efektif, dan efisien dan mandiri
Tujuan	Mengetahui porsi beban persediaan farmasi atas pendapatan operasional rumah sakit vertikal, sehingga persediaan farmasi dapat dikelola secara efektif dan efisien.
Definisi Operasional	Rasio Beban Persediaan Farmasi terhadap Pendapatan Operasional adalah perbandingan seluruh beban persediaan farmasi (obat, alat kesehatan habis pakai, reagen laboratorium dan radiologi, serta persediaan farmasi lainnya) yang harus ditanggung terhadap Pendapatan Operasional
Target Pencapaian	$\leq 25\%$
Formula	$(\text{Beban Persediaan Farmasi} \div \text{Pendapatan Operasional}) \times 100\%$
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Sumber data	Laporan operasional bisnis rumah sakit vertikal.

L. Jangka waktu penerimaan pembayaran piutang (*Days Receivable Turnover*)

Dasar Pemikiran	Dalam rangka meningkatkan tata kelola BLU yang akuntabel, professional, efektif, dan efisien dan mandiri
Tujuan	Untuk mengetahui jumlah hari yang diperlukan rumah sakit vertikal untuk memperoleh pembayaran piutang, sehingga rumah sakit vertikal dapat meningkatkan pengelolaan <i>aging schedule</i> (daftar umur piutang) secara efektif dan efisien
Definisi Operasional	<i>Days Receivable Turnover</i> (Perputaran Piutang) adalah ukuran hari yang digunakan untuk mengukur seberapa efektif rumah sakit vertikal dalam menagih piutang rumah sakit (menerima pembayaran piutang).
Formula	$(\text{Piutang} \div (\text{Pendapatan Operasional sampai dengan bulan jalan} \div \text{jumlah bulan jalan} \times 12)) \times 365$

Target	≤40 hari
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Sumber data	Laporan operasional bisnis rumah sakit vertikal dan Laporan Neraca Bisnis

M. Akurasi Proyeksi Pendapatan BLU

Dasar Pemikiran	Dalam rangka meningkatkan tata kelola BLU yang akuntabel, professional, efektif, dan efisien dan mandiri
Area	Manajerial
Kategori Indikator	Indeks Akurasi Proyeksi Pendapatan BLU
Perspektif	Keuangan
Sasaran Strategis	Perencanaan dan pelaksanaan anggaran yang berkualitas
Dimensi Mutu	Ketepatan Proyeksi Pendapatan BLU
Tujuan	Meningkatan akurasi proyeksi pendapatan BLU untuk mendukung analisis likuiditas keuangan negara.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Akurasi proyeksi pendapatan BLU mendukung pengelolaan keuangan yang baik, dan penyusunan perencanaan yang lebih akurat. Proyeksi pendapatan dapat dilakukan dengan cara mengidentifikasi sumber pendapatan, melakukan analisis historis dan pasar, estimasi volume layanan, serta perkiraan pertumbuhan. 2. Perhitungan capaian dilakukan dengan cara membandingkan angka rencana pengesahan atas pendapatan yang dilakukan setiap awal bulan dengan pendapatan yang disahkan sampai dengan akhir bulan berkenaan. 3. Angka rencana pengesahan atas pendapatan dikirimkan tiap bulan pada media yang disediakan oleh Direktorat PPK BLU
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	<p>Indeks akurasi proyeksi pendapatan memperhitungkan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketepatan Waktu Penyampaian (KWP) (40%) 2. Akurasi Proyeksi Pengesahan Pendapatan (APP) (60%) $\sum [Indeks\ KWP\ x\ 40\%] + [Indeks\ APP\ x\ 60\%]$

	<p>Indeks KWP (40%)</p> <table border="1"> <tr> <td>Indeks</td> <td>Waktu Pengiriman Data Proyeksi kepada PPK BLU</td> </tr> <tr> <td>Indeks 5</td> <td>s.d tanggal 3 bulan berkeanaan</td> </tr> <tr> <td>Indeks 4,5</td> <td>tanggal 4 bulan berkeanaan</td> </tr> <tr> <td>Indeks 4</td> <td>tanggal 5 bulan berkeanaan</td> </tr> <tr> <td>Indeks 3,5</td> <td>tanggal 6 bulan berkeanaan</td> </tr> <tr> <td>Indeks 3</td> <td>tanggal 7 bulan berkeanaan</td> </tr> <tr> <td>Indeks 2,5</td> <td>tanggal 8 bulan berkeanaan</td> </tr> <tr> <td>Indeks 2</td> <td>tanggal 9 bulan berkeanaan</td> </tr> <tr> <td>Indeks 1,5</td> <td>tanggal 10 bulan berkeanaan</td> </tr> <tr> <td>Indeks 1</td> <td>tanggal 11 bulan berkeanaan</td> </tr> </table>	Indeks	Waktu Pengiriman Data Proyeksi kepada PPK BLU	Indeks 5	s.d tanggal 3 bulan berkeanaan	Indeks 4,5	tanggal 4 bulan berkeanaan	Indeks 4	tanggal 5 bulan berkeanaan	Indeks 3,5	tanggal 6 bulan berkeanaan	Indeks 3	tanggal 7 bulan berkeanaan	Indeks 2,5	tanggal 8 bulan berkeanaan	Indeks 2	tanggal 9 bulan berkeanaan	Indeks 1,5	tanggal 10 bulan berkeanaan	Indeks 1	tanggal 11 bulan berkeanaan
Indeks	Waktu Pengiriman Data Proyeksi kepada PPK BLU																				
Indeks 5	s.d tanggal 3 bulan berkeanaan																				
Indeks 4,5	tanggal 4 bulan berkeanaan																				
Indeks 4	tanggal 5 bulan berkeanaan																				
Indeks 3,5	tanggal 6 bulan berkeanaan																				
Indeks 3	tanggal 7 bulan berkeanaan																				
Indeks 2,5	tanggal 8 bulan berkeanaan																				
Indeks 2	tanggal 9 bulan berkeanaan																				
Indeks 1,5	tanggal 10 bulan berkeanaan																				
Indeks 1	tanggal 11 bulan berkeanaan																				
	<p>Indeks APP (60%)</p> <table border="1"> <tr> <td>Indeks</td> <td>% Deviasi antara Rencana dan Realisasi Pengesahan</td> </tr> <tr> <td>Indeks 5</td> <td>0% s.d 3%</td> </tr> <tr> <td>Indeks 4,5</td> <td>3,01% s.d 5%</td> </tr> <tr> <td>Indeks 4</td> <td>5,01% s.d 7%</td> </tr> <tr> <td>Indeks 3,5</td> <td>7,01% s.d 10%</td> </tr> <tr> <td>Indeks 3</td> <td>10,01% s.d 12,5%</td> </tr> <tr> <td>Indeks 2,5</td> <td>12,51% s.d 15%</td> </tr> <tr> <td>Indeks 2</td> <td>15,01 s.d % 17,5%</td> </tr> <tr> <td>Indeks 1,5</td> <td>17,51% s.d 20%</td> </tr> <tr> <td>Indeks 1</td> <td>% deviasi antara rencana dan realisasi pengesahan lebih dari 20%</td> </tr> </table>	Indeks	% Deviasi antara Rencana dan Realisasi Pengesahan	Indeks 5	0% s.d 3%	Indeks 4,5	3,01% s.d 5%	Indeks 4	5,01% s.d 7%	Indeks 3,5	7,01% s.d 10%	Indeks 3	10,01% s.d 12,5%	Indeks 2,5	12,51% s.d 15%	Indeks 2	15,01 s.d % 17,5%	Indeks 1,5	17,51% s.d 20%	Indeks 1	% deviasi antara rencana dan realisasi pengesahan lebih dari 20%
Indeks	% Deviasi antara Rencana dan Realisasi Pengesahan																				
Indeks 5	0% s.d 3%																				
Indeks 4,5	3,01% s.d 5%																				
Indeks 4	5,01% s.d 7%																				
Indeks 3,5	7,01% s.d 10%																				
Indeks 3	10,01% s.d 12,5%																				
Indeks 2,5	12,51% s.d 15%																				
Indeks 2	15,01 s.d % 17,5%																				
Indeks 1,5	17,51% s.d 20%																				
Indeks 1	% deviasi antara rencana dan realisasi pengesahan lebih dari 20%																				
Satuan Pengukuran	Indeks																				
Jenis Konsolidasi Periode	<i>Average</i>																				
Target	Indeks 3,5																				
Polarisasi	Maximize (semakin tinggi capaian semakin baik)																				
Periode Pelaporan	Bulanan																				
Sumber Data	Monitoring Penyampaian Proyeksi OMSPAN																				
Inklusif	-																				
Eksklusif	Deviasi yang terjadi karena BLU tidak dapat melakukan pengesahan SP3B pada aplikasi SAKTI (BLU melampirkan dokumen pendukung gagalnya pengesahan SP3B)																				

N. 2 (dua) Indikator Klinis (sesuai layanan unggulan)

Rumah sakit memilih 2 (dua) indikator klinis dari 52 (lima puluh dua) indikator klinis sesuai dengan layanan unggulan yang dimiliki, diantaranya kanker, jantung, stroke, uronefrologi, diabetes mellitus, KIA, gastrohepatologi, TBC, ortopedi, PINERE, mata, dan psikiatri.

STROKE

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

Dasar Pemikiran	Indikator ini krusial karena deteksi dini stroke hiperakut dapat menyelamatkan nyawa. CT scan kepala non-kontras dalam waktu 30 menit memungkinkan penanganan cepat dan akurat, mengurangi risiko kerusakan otak permanen. Pemantauan ketat terhadap waktu pelaksanaan pemeriksaan ini memastikan peningkatan kualitas perawatan pasien dan efisiensi sistem kesehatan.
Dimensi Mutu	<i>Safety, Timely</i>
Tujuan	a. Mengukur komitmen dan kepatuhan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien, salah satunya penanganan Pasien Stroke Hiperakut sesuaistandar. b. Terselenggaranya pelayanan cepat dan responsi serta mampu menyelamatkan pasien stroke Hiperakut
Definisi Operasional	Pasien stroke adalah pasien dengan defisit neurologis dilakukan pemeriksaan CT scan kepala non kontras kurang atau sama dengan 30 menit setelah masuk rumah sakit melalui Instalasi Gawat Darurat
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien stroke hiperakut (≤4,5 jam) yang dilakukan CT scan kepala non kontras kurang atau samadengan 30 menit
Denominator	Seluruh pasien stroke Iskemik Akut
Target Pencapaian	≥ 80%
Kriteria:	a. Kriteria Inklusi: Pasien stroke Iskemik hiperakut (≤ 4,5 jam) yang masukRS melalui IGD b. Kriteria Eksklusi: Pasien datang dengan kejang, Pasien yang sudah dilakukan CT Scan di luar RS, pasien dengan gangguan <i>airway, breathing, circulation</i> .
Formula	(Jumlah pasien stroke hiperakut (≤ 4,5 jam) yang dilakukan CT scan kepala non kontras kurang atausama dengan 30 menit ÷ Seluruh pasien stroke) x 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medis
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
Besar Sampel	Total sampling
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

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

Dasar Pemikiran	Indikator ini penting karena terapi rTPA intravena pada pasien stroke iskemik dengan onset kurang dari 4,5 jam dapat secara signifikan meningkatkan hasil klinis. Terapi cepat ini membantu melarutkan bekuan darah, memulihkan aliran darah ke otak, dan mengurangi risiko kerusakan otak permanen. Pemantauan ketat terhadap waktu pelaksanaan terapi ini memastikan kualitas perawatan dan efisiensi sistem kesehatan.
Dimensi Mutu	<i>Safety, Timely</i>
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan cepat dan responsif serta mampu menyelamatkan pasien stroke
Definisi Operasional	Pasien stroke iskemik yang telah dilakukan CT scan dengan indikasi trombolisis dan onset <4,5 jam mendapatkan terapi trombolisis intravena dengan rTPA
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien stroke iskemik dengan onset < 4,5 jam mendapatkan terapi rTPA intravena
Denominator	Pasien stroke iskemik dengan indikasi trombolisis dan onset <4,5 jam
Target Pencapaian	≥ 80%
Kriteria:	Kriteria inklusi dan eksklusi mengacu pada PNPk TataLaksana Stroke NOMOR HK.01.07/MENKES/394/2019
Formula	$(\text{Pasien stroke iskemik dengan indikasi trombolisis dan onset <4,5 jam yang mendapatkan terapi trombolisis} \div \text{Seluruh pasien stroke iskemik dengan indikasi trombolisis dan onset <4,5 jam}) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medis
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
Besar Sampel	Total sampling
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

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

Dasar Pemikiran	Indikator ini vital untuk evaluasi efisiensi perawatan medis. Pasien stroke iskemik dengan Length of Stay (LOS) kurang dari 7 hari menunjukkan penanganan yang cepat dan efektif, mengurangi risiko komplikasi sekunder. Pengurangan durasi rawat inap juga mencerminkan optimalisasi sumber daya rumah sakit dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.
Dimensi Mutu	<i>Safety, Timely</i>
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan cepat dan responsive serta mampu menyelamatkan pasien stroke

Definisi Operasional	a. Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari adalah proporsi pasien Stroke Iskemik yang dirawat inap kurang dari 7 hari terhadap seluruh pasien stroke iskemik yang dirawat inap b. LOS adalah jumlah hari perawatan pasien stroke iskemik
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien stroke iskemik dengan LOS <7 hari
Denominator	Seluruh pasien stroke iskemik
Target Pencapaian	≥ 80%
Kriteria:	a. Kriteria Inklusi: Pasien stroke iskemik yang dirawat inap b. Kriteria Eksklusi: Pasien stroke iskemik yang meninggal, pulang atas permintaan sendiri, pulang rujuk, pasien dengan komplikasi, pasien dengan komorbid berat
Formula	(Jumlah pasien stroke iskemik dengan LOS <7 hari ÷ Seluruh pasien stroke iskemik) x 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medis
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
Besar Sampel	Total sampling
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

4. Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup

Dasar Pemikiran	Indikator ini sangat penting karena mencerminkan efektivitas perawatan akut dan rehabilitasi pada pasien stroke iskemik. Tingkat kepulangan pasien dalam kondisi hidup menunjukkan keberhasilan intervensi medis yang tepat waktu dan berkualitas, serta kemampuan sistem kesehatan dalam mengelola kondisi kritis dengan baik. Hal ini juga menjadi tolok ukur kualitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	<i>Safety, Timely</i>
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan cepat dan responsif serta mampu menyelamatkan pasien stroke
Definisi Operasional	Pasien stroke iskemik yang pulang setelah fase akut teratasi dengan tanda-tanda vital stabil
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien stroke iskemik yang pulang rawat inap dengan status hidup
Denominator	Seluruh pasien stroke iskemik
Target Pencapaian	≥ 90%
Kriteria:	a. Kriteria Inklusi: Pasien stroke iskemik yang pulang rawat

	<p>inap dengan status hidup</p> <p>b. Kriteria Eksklusi: Pasien Stroke Iskemik yang Pulang Atas Permintaan Sendiri, Pulang Rujuk, Pasien Dengan Komorbid Berat, Pasien Dengan Komplikasi, Pasien meninggal yang disebabkan bukan karena stroke</p>
Formula	$(\text{Jumlah pasien stroke iskemik yang pulang rawat inap dengan status hidup} \div \text{Seluruh pasien stroke iskemik}) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medis
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
Besar Sampel	Total sampling
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

KANKER

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

Dasar Pemikiran	Kemoterapi merupakan salah satu terapi kanker payudara yang diberikan secara sistemik. Persiapan yang baik akan membuat pelaksanaan kemoterapi sesuai jadwal dan waktu perawatan tidak memanjang.
Dimensi Mutu	Efektif (<i>effective</i>), Tepat waktu (<i>timely</i>), Efisien (<i>efficient</i>)
Tujuan	Perawatan pasien kanker payudara yang diberikan kemoterapi sesuai dengan yang direncanakan.
Definisi Operasional	Lama rawat pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi <i>taxan based</i> atau <i>anthracycline based</i> di ruang rawat inap
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di rawat inap dengan lama rawat maksimal 3 hari
Denominator	Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di rawat inap
Target Pencapaian	$\geq 80\%$
Kriteria:	<p>a. Kriteria Inklusi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di rawat inap 2) Pasien mendapatkan regimen <i>taxan based</i> atau <i>anthracycline based</i> <p>b. Kriteria Eksklusi: Pasien dengan komplikasi atau komorbid berat yang membutuhkan terapi rawat inap lanjutan</p>
Formula	$(\text{Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di rawat inap dengan lama rawat maksimal 3 hari} \div \text{Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di rawat inap}) \times 100\%$

Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Data sekunder (rekam medis, <i>clinical pathway</i>)
Instrumen Pengambilan Data	Formulir pemantauan pasien kanker payudara yangdirawat untuk kemoterapi
Besar Sampel	Total sampling
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

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

Dasar Pemikiran	<p>a. Kemoterapi merupakan salah satu terapi kanker payudara yang diberikan secara sistemik. Persiapan yang baik akan membuat pelaksanaan kemoterapi sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.</p> <p>b. <i>Clinical pathway</i> (CP) adalah proses multidisiplin terkait perawatan pasien secara tepat waktu dengan sumber daya dan tata laksana sesuai.</p>
Dimensi Mutu	Efektif (<i>effective</i>), Tepat waktu (<i>timely</i>), Efisien (<i>efficient</i>)
Tujuan	Perawatan pasien kanker payudara yang diberikan kemoterapi sesuai dengan yang direncanakan padaCP.
Definisi Operasional	Pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi <i>taxan based</i> atau <i>anthracycline based</i> di ruang rawat jalan (rawat sehari atau <i>one day care</i>) dan sesuai dengan CP rumah sakit.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di ruang rawat jalan (rawat sehari atau <i>oneday care</i>) dan sesuai dengan CP rumah sakit.
Denominator	Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi ruang rawat jalan (rawat sehari atau <i>oneday care</i>).
Target Pencapaian	≥ 80%
Kriteria:	<p>a. Kriteria Inklusi: Pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi ruang rawat jalan (rawat sehari atau <i>one day care</i>)</p> <p>b. Kriteria Eksklusi: tidak ada</p>
Formula	$(\text{Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di ruang rawat jalan dan sesuai dengan CP yang tersedia di RS} \div \text{Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi ruang rawat jalan}) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Data sekunder (rekam medis, <i>clinical pathway</i>)
Instrumen Pengambilan Data	Formulir pemantauan pasien kanker payudara yangdirawat untuk kemoterapi
Besar Sampel	Total sampling

Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

7. Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Tanpa Komplikasi 5 Hari

Dasar Pemikiran	Operasi mastektomi merupakan salah satu terapi kanker payudara dan dilakukan untuk membuang massa tumor. Persiapan operasi yang baik akan membuat pelaksanaan operasi sesuai jadwal dan waktu perawatan tidak memanjang.
Dimensi Mutu	Efektif (<i>effective</i>), Tepat waktu (<i>timely</i>), Efisien (<i>efficient</i>)
Tujuan	Perawatan pasien kanker payudara yang dirawat untuk operasi mastektomi sesuai dengan yang direncanakan.
Definisi Operasional	Lama rawat pasien kanker payudara dengan mastektomi (semua jenis mastektomi)
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk dengan mastektomi dengan lama rawat maksimal 5hari
Denominator	Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk dengan mastektomi di rawat inap
Target Pencapaian	$\geq 80\%$
Kriteria:	<p>a. Inklusi: Pasien kanker payudara yang dirawat untuk mastektomi di rawat inap.</p> <p>b. Eksklusi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mastektomi dengan rekonstruksi. 2) Pasien dengan komplikasi atau komorbid berat yang membutuhkan terapi rawat inap lanjutan.
Formula	$(\text{Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk dengan Mastektomi Tanpa Komplikasi di rawat inap maksimal 5 hari} \div \text{Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk dengan Mastektomi Tanpa Komplikasi di rawat inap}) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Data sekunder (rekam medis, <i>clinical pathway</i>)
Instrumen Pengambilan Data	Formulir pemantauan pasien kanker payudara yang dirawat untuk operasi mastektomi
Besar Sampel	Total sampling
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

8. *Overall Treatment Time* Pasien Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dengan Radiasi Eksterna (tanpa Booster) 40 hari

Dasar Pemikiran	Radiasi eksterna merupakan salah satu terapi kanker payudara. Persiapan sebelum radiasi dan pemantauan pasien selama radiasi yang baik akan membuat pelaksanaan radiasi sesuai jadwal dan tidak memanjang.
Dimensi Mutu	Efektif (<i>effective</i>), Tepat waktu (<i>timely</i>), Efisien (<i>efficient</i>)
Tujuan	Pasien kanker payudara menerima radiasi eksterna sesuai dengan yang direncanakan.
Definisi Operasional	<p>a. <i>Overall treatment time (OTT)</i> atau waktu yang diperlukan bagi pasien kanker payudara pasca- mastektomi yang menyelesaikan radiasi eksterna (tanpa <i>booster</i>) tidak lebih dari 40 hari kalender.</p> <p>b. <i>Booster</i> adalah radiasi eksterna tambahan setelah</p> <p>c. DPJP melakukan evaluasi rutin kondisi pasien selama radiasi.</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien kanker payudara pasca-mastektomi yang menjalani radiasi eksterna (tanpa <i>booster</i>) selesai dalam 40 hari
Denominator	Jumlah pasien kanker payudara pasca-mastektomi yang menjalani radiasi eksterna (tanpa <i>booster</i>)
Target Pencapaian	≥ 80%
Kriteria:	<p>a. Kriteria Inklusi: pasien kanker payudara pasca-mastektomi yang menjalani radiasi eksterna (tanpa booster)</p> <p>b. Kriteria Eksklusi: Pasien yang mengalami masalah administrasi, pasien yang menjalani rawat inap untuk program perbaikan keadaan umum (PKU)</p>
Formula	$\left(\frac{\text{Jumlah pasien kanker payudara pasca-mastektomi yang menjalani radiasi eksterna (tanpa booster) selesaidalam 40 hari}}{\text{Jumlah pasien kanker payudara pasca- mastektomi yang menjalani radiasi eksterna (tanpa booster)}} \times 100\% \right)$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Data sekunder (rekam medis, kartu kontrol pasien, <i>clinical pathway</i>)
Instrumen Pengambilan Data	Formulir pemantauan pasien kanker payudara
Besar Sampel	Total sampling
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

JANTUNG

9. “Door to Balloon” Time ≤ 90 menit pada kasus STEMI

Dasar Pemikiran	<p>a. <i>High risk</i>: Keterlambatan penanganan pasien <i>STelevation myocardial infarction</i> (STEMI) menjadi penyebab tingginya mortalitas dan kejadian MACE (Major Adverse Cardiac Events).</p> <p>b. <i>High volume</i>: Prevalensi infark miokard akut dengan ST-elevasi saat ini meningkat dari 25% ke 40%.</p> <p>c. <i>High cost</i>: Pasien STEMI yang tidak ditangani secara tepat memiliki potensi komplikasi yang akan mengakibatkan biaya pengobatan yang dikeluarkan lebih besar.</p>
Dimensi Mutu	<i>Safety, Effective</i>
Tujuan	<p>a. Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat dan responsif.</p> <p>b. Menjamin keselamatan pasien dan mutu pelayanan.</p>
Definisi Operasional	Terapi reperfusi PCI Primer, Door to balloon time/ door to device time adalah waktu yang diperlukan dari saat pasien masuk ke pintu IGD hingga device melalui lesi penyebab utama pada pasien Sindrom Koroner Akut dengan ST Elevasi. Waktu Door to Balloon yang ditargetkan oleh RS adalah ≤ 90 menit.
Jenis Indikator	Proses dan outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien SKA tipe STEMI dengan Door to Balloon Time ≤ 90 menit
Denominator	Total pasien IGD yang menjalani angioplasti koroner primer (Primary PCI) sesuai indikasi.
Target Pencapaian	≥ 80%
Kriteria:	<p>a. Kriteria inklusi: Pasien IGD dengan Sindrom Koroner Akut (SKA) dengan ST Elevasi (STEMI)</p> <p>b. Kriteria eksklusi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Diagnosa SKA dengan ST Elevasi belum dapat ditegakkan pada pembacaan EKG pertama 2) Diagnosa SKA dengan ST Elevasi terjadi saat perawatan 3) Pasien yang direncanakan tindakan trombolitik tetapi pasien atau keluarga menolak dan tetap memilih untuk dilakukan tindakan angioplasti koroner primer. Persetujuan tindakan tidak didapatkan dari pasien/keluarga dalam waktu 30 menit setelah didiagnosis dan rencana tindakan sudah diinformasikan 4) Diperlukan tindakan penyelamatan lain sebelum dilakukan angioplasti koroner primer 5) Kondisi pasien yang disertai dengan penyulit seperti : syok, gagal jantung akut, respiratory failure, aritmia maligna (VT-VF) 6) STEMI yang disertai dengan COVID baik suspek terkonfirmasi maupun probable
Formula	$(\text{Jumlah pasien SKA tipe STEMI dengan Door to Balloon Time} \leq 90 \text{ menit} \div \text{Total pasien IGD yang menjalani angioplasti koroner primer sesuai indikasi}) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif

Sumber Data	Rekam Medis
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
Besar Sampel	Total sampling
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

10. Terapi Fibrinolitik : “*door to needle*” \leq 30 menit pada pasien STEMI

Dasar Pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> a. High risk: Keterlambatan penanganan pasien <i>STelevation myocardial infarction</i> (STEMI) menjadi penyebab tingginya mortalitas dan kejadian MACE (Major Adverse Cardiac Events). b. <i>High volume</i>: Prevalensi infark miokard akut dengan ST-elevasi saat ini meningkat dari 25% ke 40%. c. High cost: Pasien STEMI yang tidak ditangani secara tepat memiliki potensi komplikasi yang akan mengakibatkan biaya pengobatan yang dikeluarkan lebih besar.
Dimensi Mutu	<i>Safety, Effective</i>
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> a. Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat dan responsif. b. Menjamin keselamatan pasien dan mutu pelayanan.
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> a. Terapi reperfusi dengan farmakokinetik/ <i>door toneedle time</i> adalah waktu yang diperlukan dari saat pasien masuk IGD hingga dilakukan tindakan trombolitik. b. Waktu <i>door to needle</i> yang ditargetkan oleh RS adalah \leq 30 menit
Jenis Indikator	Proses dan outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien SKA tipe STEMI dengan Door to NeedleTime \leq 30 menit.
Denominator	Total pasien IGD yang mendapatkan terapi thrombolitik.
Target Pencapaian	\geq 80 %
Kriteria:	<ul style="list-style-type: none"> a. Kriteria inklusi: Pasien IGD dengan Sindrom Koroner Akut (SKA) dengan ST Elevasi (STEMI). b. Kriteria eksklusi: <ul style="list-style-type: none"> 1) Diagnosa SKA dengan ST Elevasi belum dapat ditegakkan pada pembacaan EKG pertama 2) Diagnosa SKA dengan ST Elevasi terjadi saat perawatan 3) Pasien yang direncanakan untuk dilakukan tindakan angioplasti koroner primer. 4) Persetujuan tindakan tidak didapatkan dari pasien/keluarga dalam waktu 30 menit setelah didiagnosis dan rencana tindakan sudah diinformasikan. 5) Diperlukan tindakan penyelamatan lain sebelum dilakukan trombolitik 6) Kondisi pasien yang disertai dengan penyulit seperti : syok, gagal jantung akut, resiko perdarahan akut.

Formula	(Jumlah pasien SKA tipe STEMI dengan Door to NeedleTime \leq 30 menit \div Total pasien IGD yang mendapatkan terapi trombolitik) x 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medis
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

11. Mortalitas CABG/Bedah pintas arteri koroner severitas 1

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Safety, Effective</i>
Tujuan	Meningkatkan mutu asuhan bedah jantung dewasa.
Definisi Operasional	Angka kematian dalam perawatan di rumah sakit untuk pasien yang menjalani Bedah Pintas Koroner Elektif dengan Ejection Fraction \geq 60% (Isolated; hanya ada kelainan koroner tanpa kelainan katup) (Severitas 1)
Jenis Indikator	Proses dan outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah kematian pasien Bedah Pintas Koroner elektif dengan EF \geq 60% saat perawatan di rumah sakit
Denominator	Jumlah pasien Bedah Pintas Koroner elektif dengan EF \geq 60%
Target Pencapaian	\leq 10 %
Kriteria:	<p>a. Kriteria inklusi: Semua pasien yang menjalani Bedah Pintas Koroner Elektif dengan ejection fraction \geq 60%.</p> <p>b. Kriteria eksklusi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien yang sudah pernah menjalani Bedah Pintas Koroner sebelumnya (re-CABG). 2) Tindakan dilakukan urgent atau cito. 3) Operasi CABG disertai operasi lain (katup, vaskular). 4) Operasi CABG yang disertai dengan COVID baik suspek terkonfirmasi maupun probable. 5) Pasien dengan riwayat PCI. Pasien tidak sedang menggunakan alat bantu hidup lainnya (IABP, Ventilator). Pasien tidak memiliki komorbid lainnya seperti DM tidak terkontrol, GGA
Formula	(Jumlah kematian pasien Bedah Pintas Koroner elektif dengan EF \geq 60% saat perawatan di rumah sakit \div Jumlah pasien Bedah Pintas Koroner elektif dengan EF \geq 60%) x 100%
Metode	Retrospektif

Pengumpulan Data	
Sumber Data	Rekam Medis
Instrumen Pengambilan Data	
Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

12. Lama rawat \leq 5 hari pada kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Safety, Effective</i>
Tujuan	Tergambarnya pemanfaatan pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Lama perawatan kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1 (tanpa disertai dengan tanda gagal jantung, dan kelainan lainnya seperti edema paru dan syokkardiogenik) \leq 5 hari dan keluar hidup
Jenis Indikator	Proses dan outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien dengan STEMI klasifikasi KILLIP I keluarhidup \leq 5 hari
Denominator	Jumlah pasien dengan STEMI klasifikasi KILLIP I keluarhidup
Target Pencapaian	\geq 95%
Kriteria:	a. Kriteria inklusi: pasien dengan STEMI klasifikasi KILLIP I b. Kriteria eksklusi: Dengan penyakit penyerta atau disertai kondisi medislainnya
Formula	$(\text{Jumlah pasien dengan STEMI klasifikasi KILLIP I keluar hidup} \leq 5 \text{ hari} \div \text{Jumlah pasien dengan STEMI keluar hidup}) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medis
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

13. Keberhasilan Operasi Isolated CABG Berdasarkan Stratifikasi Risiko menggunakan EUROSCORE II

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan (<i>Continium of Care</i>), integrasi pelayanan dan keselamatan pasien (<i>patient safety</i>)
Tujuan	Meningkatkan mutu pelayanan kardiovaskular setara Asia yang berorientasi pasien
Definisi Operasional	Persentase aktual pasien keluar hidup pasca operasi isolated CABG pada pasien dengan stratifikasi risiko EUROSCORE II ringan-sedang (<5%) EuroSCORE II (European System for Cardiac Operative Risk Evaluation) adalah <i>tools</i> yang digunakan untuk mengevaluasi risiko mortalitas perioperatif setelah operasi jantung
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase (%)
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien keluar hidup perawatan rumah sakit pasca operasi isolated CABG dengan stratifikasi risiko EUROSCORE II < 5%
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi isolated CABG dengan stratifikasi risiko EUROSCORE II < 5%
Target Pencapaian	≥ 95%
Kriteria	Kriteria Inklusi : Semua pasien operasi isolated CABG dengan stratifikasi risiko EUROSCORE II < 5% Kriteria Eksklusi : -
Formula	(Jumlah pasien keluar hidup perawatan rumah sakit pasca operasi isolated CABG dengan stratifikasi risiko EUROSCORE II < 5% dibagi Jumlah seluruh pasien yang dioperasi isolated CABG dengan stratifikasi risiko EUROSCORE II < 5%) dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Rekam Medis
Instrumen Pengumpulan Data	Alat atau <i>tools</i> atau formulir yang digunakan untuk mengumpulkan data. (<i>tools</i> perhitungan data dari Medical Record)
Besar Sampel	Total sampling
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

14. Mortalitas Pasien STEMI selama perawatan di RS

Dasar Pemikiran	Kasus penyakit kardiovaskular yang banyak terjadi di masyarakat adalah kasus PJK dimana sering tidak disadari oleh pasien apabila masih belum terasa pada gejala yang ringan, hal ini karena pola hidup yang tidak baik dan tingkat stresor yang tinggi di masyarakat. Kegawatan PJK yaitu infark miokard akut STEMI merupakan kegawatan yang sering datang ke IGD RS, mengancam nyawa dan harus ditatalaksana dengan segera karena risiko mortalitas yang tinggi.
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan (Continium of Care) dan keselamatan pasien dan tepat waktu pemberian layanan (Timely)
Tujuan	Meningkatkan mutu pelayanan kardiovaskular setara Asia yang berorientasi pasien
Definisi Operasional	Angka kematian dalam perawatan RS pasien dengan ST Elevasi Miokard Infark (STEMI)
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase (%)
Numerator (Pembilang)	Jumlah kematian pasien dengan ST Elevasi Miokard Infark (STEMI) selama perawatan di RS
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien dengan ST Elevasi Miokard Infark (STEMI) yang dirawat di RS
Target Pencapaian	≤ 5%
Kriteria	Kriteria Inklusi : Pasien dengan diagnosis STEMI Kriteria Eksklusi: a. Syok Kardiogenik b. Komplikasi mekanik selama tindakan dan perawatan seperti : ruptur septum interventrikular, regurgitasi katup mitral akut.
Formula	$(\text{Jumlah kematian pasien perawatan di RS dengan ST Elevasi Miokard Infark (STEMI)} / \text{Jumlah seluruh pasien yang dirawat dengan ST Elevasi Miokard Infark (STEMI)}) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Rekam Medis
Instrumen Pengumpulan Data	Alat atau tools atau formulir yang digunakan untuk mengumpulkan data. (tools perhitungan data dari Medical Record)
Besar Sampel	Total sampling
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	Tabel dan Grafik

Periode Analisis Data dan Pelaporan Data	Bulanan
Penanggung Jawab	Direktur Medik dan Keperawatan

URONEFROLOGI

15. Pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1x24 jam

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Safety</i>
Tujuan	Peningkatan pelayanan pasien PGK
Definisi Operasional	Persentase pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1x24 jam
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien PGK stadium 5 dengan indikasi dialisis CITO yang mendapatkan intervensi dialisis dalam 1x24jam
Denominator	Jumlah pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO
Target Pencapaian	≥ 80%
Kriteria:	a. Kriteria Inklusi: Pasien PGK stadium 5 dengan indikasi dialisis CITO b. Kriteria Eksklusi: Pasien dengan Gangguan Ginjal Akut, pasien Acute onCKD
Formula	$\left(\frac{\text{Jumlah pasien PGK stadium 5 dengan indikasi dialisis CITO yang mendapatkan intervensi dialisis dalam 1x24 jam}}{\text{Jumlah pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO}} \right) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medis
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

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

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Safety</i>
Tujuan	Peningkatan kualitas layanan Terapi Pengganti Ginjal (TPG)
Definisi Operasional	Target Adekuasi: a. spKt/V > 1,8 untuk 2x seminggu b. spKt/V > 1,2 untuk 3x seminggu c. stdKt/V mingguan > 2,1 untuk frekuensi selain diatas
Jenis Indikator	<i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien hemodialisis kronik yang mencapai target adekuasi
Denominator	Jumlah pasien hemodialisi kronik
Target Pencapaian	60%
Kriteria:	a. Kriteria Inklusi: Pasien PGTA yang menjalani hemodialisis kronik b. Kriteria Eksklusi: Tidak ada
Formula	(Jumlah pasien hemodialisis kronik yang mencapai target adekuasi ÷ Jumlah pasien hemodialisi kronik) × 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

17. Pencapaian Pasien CAPD Dibandingkan Seluruh Pasien Yang Menjalani Dialisis

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Safety</i>
Tujuan	Meningkatkan layanan CAPD di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Persentase pasien yang menjalani CAPD dari keseluruhan pasien PGTA yang menjalani dialisis
Jenis Indikator	Outcome
Satuan	Persentase

Pengukuran	
Numerator	Jumlah pasien PGTA yang menjalani CAPD
Denominator	Jumlah pasien PGTA yang menjalani dialisis
Target Pencapaian	$\leq 3\%$ dalam satu tahun pertama
Kriteria:	a. Kriteria Inklusi: Pasien PGTA yang menjalani CAPD b. Kriteria Eksklusi: Tidak ada
Formula	$(\text{Jumlah pasien PGTA yang menjalani CAPD} \div \text{Jumlah pasien PGTA yang menjalani dialisis}) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

18. Stone Free Rate Tindakan PCNL batu non-staghorn

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Safety</i>
Tujuan	Terwujudnya sistem layanan dan penelitian yang komprehensif, terintegrasi, bermutu dan berkesinambungan
Definisi Operasional	Stone free rate paska PCNL diartikan sebagai: Fragmen batu sisa dengan diameter kurang 4 mm atau tidak dideteksinya fragmen batu yang terdeteksi pada ultrasound, foto polos abdomen (BNO), ataupun CT-Scan Batu Staghorn batu ginjal yang mengisi bagian pyelum (pinggang) ginjal dan minimal satu kaliks (ruang ginjal) ginjal"
Jenis Indikator	Proses dan <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah kasus dengan hasil stone free paska PCNL pada kasus batu non-staghorn
Denominator	Jumlah total keseluruhan pasien dengan kasus batu non-staghorn yang ditangani dengan PCNL
Target Pencapaian	80%
Kriteria:	a. Kriteria Inklusi: Pasien dengan diagnosis batu non-staghorn yang ditangani menggunakan PCNL b. Kriteria Eksklusi: Pasien batu non-staghorn tanpa PCNL
Formula	$(\text{Jumlah kasus dengan hasil stone free paska PCNL pada kasus batu non-staghorn} \div \text{Jumlah total keseluruhan pasien dengan kasus batu non-staghorn yang ditangani dengan PCNL}) \times 100\%$
Metode	Retrospektif

Pengumpulan Data	
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medik
Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

19. Stone Free Rate Tindakan ESWL batu ginjal < 2cm

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Safety</i>
Tujuan	Peningkatan Stone Free Rate pasien yang mendapatkan tindakan ESWL
Definisi Operasional	Stone free rate pasca ESWL diartikan sebagai: Fragmen batu sisa dengan diameter kurang 4 mm atau tidak dideteksinya fragmen batu yang terdeteksi pada ultrasound, foto polos abdomen (BNO), ataupun CT- Scan yang dilakukan minimal 2 minggu pasca ESWL
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien dengan hasil stone free pasca ESWL pada kasus batu ginjal < 2 cm
Denominator	Jumlah total keseluruhan pasien dengan kasus batu ginjal < 2 cm yang menjalani ESWL
Target Pencapaian	≥ 60%
Kriteria:	<p>a. Kriteria Inklusi: Pasien batu ginjal berukuran < 2 cm yang menjalani terapi ESWL</p> <p>b. Kriteria Eksklusi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien batu ginjal berukuran ≥ 2 cm yang menjalani terapi ESWL 2) Pasien batu saluran kemih selain batu ginjal yang menjalani terapi ESWL
Formula	$\left(\frac{\text{Jumlah pasien dengan hasil stone free pasca ESWL pada kasus batu ginjal } < 2 \text{ cm}}{\text{Jumlah total keseluruhan pasien dengan kasus batu ginjal } < 2 \text{ cm yang menjalani ESWL}} \right) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medis
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)

Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

20. Lama Perawatan Pasca Operasi Percutaneous Nephrolitotomy (PCNL) Tanpa Penyulit Dan Tanpa Komorbid Kurang Dari 3 Hari

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Safety</i>
Tujuan	Penurunan lama perawatan pasca operasi PCNL pada pasien tanpa penyulit dan tanpa kormobid
Definisi Operasional	<p>a. Durasi rawat inap pasien pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid</p> <p>b. Kriteria penyulit:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Batu berada pada calyceal diverticula 2) Pasien dengan kelainan anatomis ginjal (contoh horshoe kidney dan sudut infundibulum yang sempit) 3) Batu staghorn 4) Obesitas (BMI > 30) 5) Pasien dengan kriteria ASA ≥ 3
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah kasus dengan hasil stone free paska PCNL pada kasus batu non-staghorn
Denominator	Jumlah total keseluruhan pasien dengan kasus batu non-staghorn yang ditangani dengan PCNL
Target Pencapaian	≥80%
Kriteria:	<p>a. Kriteria Inklusi: Pasien yang menjalani operasi PCNL tanpa komorbid dan penyulit</p> <p>b. Kriteria Eksklusi: Pasien dengan penyakit komorbid</p>
Formula	(Jumlah pasien pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid dengan lama rawat ≤ 3 hari ÷ Semua pasien pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid) x 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medik
Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

KESEHATAN IBU DAN ANAK

21. Kemampuan menangani BLSR 1000 gr - < 1500 gr

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Safety</i>
Tujuan	Terselenggaranya layanan subspecialisasi ibu dan anak
Definisi Operasional	a. Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BLSR) adalah bayi yang lahir dengan berat badan sangat rendah 1000-<1500 gram b. Kemampuan menangani BLSR adalah keberhasilan menangani bayi dengan berat badan lahir sangat rendah yang berhasil pulang hidup pada periode perhitungan (dalam persentase)
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah BLSR 1000 - <1500 gram yang berhasil pulang hidup pada periode perhitungan
Denominator	Jumlah seluruh BLSR 1000 - <1500 gram yang dirawat pada periode perhitungan
Target Pencapaian	≥ 80%
Kriteria:	a. Kriteria Inklusi: BLSR 1000 - 1500 gr b. Kriteria Eksklusi: BLSR 1000 - 1500 gr dengan kelainan bawaan dan/atau asfiksia
Formula	$(\text{Jumlah BLSR 1000-}<1500 \text{ gram yang berhasil pulang hidup pada periode perhitungan} \div \text{Jumlah seluruh BLSR 1000-}<1500 \text{ gram yang dirawat pada periode perhitungan}) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medik
Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

22. Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gr

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Safety</i>
Tujuan	Terselenggaranya layanan subspecialisasi ibu dan anak
Definisi	Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah :bayi yang lahir dengan

Operasional	berat badan 1500- 2500 gram Kemampuan menangani BBLR adalah : Keberhasilan menangani bayi dengan berat badan lahir 1500- 2500 gram yang berhasil pulang hidup pada periode perhitungan (dalam persentase)
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah BBLR 1500- 2500 gram yang berhasil pulang hidup pada periode perhitungan
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500- 2500 gram yang dirawat pada periode perhitungan
Target Pencapaian	90%
Kriteria:	a. Kriteria Inklusi: BBSLR murni 1500- 2500 gram lahir di Rumah Sakit b. Kriteria Eksklusi: BBLR 1500- 2500 gram dengan kelainan bawaan dan asfiksia
Formula	$(\text{Jumlah BBLR 1500- 2500 gram yang berhasil pulang hidup pada periode perhitungan} \div \text{Jumlah seluruh 1500- 2500 gram yang dirawat pada periode perhitungan}) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medik
Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

23. Kejadian kematian ibu karena pre eklampsia /eklampsia di RS

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Safety</i>
Tujuan	Terselenggaranya layanan pre eklampsia/eklampsia untuk mencegah kematian ibu di RS
Definisi Operasional	Kematian ibu saat persalinan yang disebabkan karena Pre eklampsia/eklampsia pada periode perhitungan (dalam persentase)
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Kematian ibu saat persalinan yang disebabkan karena pre eklampsia/eklampsia pada periode perhitungan
Denominator	Jumlah ibu bersalin dengan pre eklampsia/eklampsia pada periode perhitungan

Target Pencapaian	<10%
Kriteria:	a. Kriteria Inklusi: Ibu dengan pre eklampsia/eklampsia di Rumah Sakit b. Kriteria Eksklusi: Ibu dengan penyakit dan komorbid selain preeklampsia/eklampsia
Formula	(Kematian ibu saat persalinan yang disebabkan karena pre eklampsia/eklampsia pada periode perhitungan) ÷ (Jumlah ibu bersalin dengan pre eklampsia/eklampsia pada periode perhitungan) x 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medik
Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

24. Kejadian kematian ibu saat persalinan karena perdarahan

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Safety</i>
Definisi Operasional	Kejadian kematian ibu saat persalinan karena perdarahan adalah jumlah kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan yang terjadi pada saat persalinan dan nifas
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan
Denominator	Jumlah pasien persalinan dengan perdarahan
Target Pencapaian	≤1%
Kriteria:	a. Kriteria Inklusi: Ibu dengan kematian saat persalinan karena perdarahan b. Kriteria Eksklusi: -
Formula	(Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan ÷ Jumlah pasien persalinan dengan perdarahan) X 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medik
Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Cara	Total sampling

Pengambilan Sampel	
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

DIABETES MELLITUS

25. Peningkatan proporsi pasien diabetes yg mencapai target HbA1C

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Effectiveness, Integration</i>
Tujuan	Tercapainya target kendali glikemik pasien DM sebagai upaya pencegahan primer atau sekunder komplikasi DM
Definisi Operasional	Pemeriksaan HbA1C adalah tes hemoglobin terglukosilasi, merupakan cara yang digunakan untuk menilai efek perubahan terapi 8-12 minggu. Target HbA1C adalah 6,5-7,5%. Sampel menggunakan darah vena.
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien DM yang mencapai HbA1C ≥ 7 % pada periode penilaian
Denominator	Seluruh pasien diabetes yang diperiksa HbA1C pada periode penilaian
Target Pencapaian	a. Peningkatan proporsi sebesar 20% setelah 6 bulan dibandingkan proporsi baseline atau semester sebelumnya (bulan ke-1 layanan Diabetes Center). b. Untuk pemeriksaan baseline semester 1, dilakukan di awal operasional diabetes centre
Kriteria:	a. Kriteria Inklusi: Pasien DM yang berobat ke Diabetes Center dan memiliki data HbA1C b. Kriteria Eksklusi: Pasien yang diketahui memiliki kondisi medik tertentu yang menyebabkan data HbA1C tidak dapat diinterpretasi
Formula	$(\text{Jumlah pasien DM yang mencapai HbA1C} \leq 7 \text{ pada periode penilaian} \div \text{Jumlah seluruh pasien DM yang diperiksa HbA1C pada periode penilaian}) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Prospektif
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Check list
Besar Sampel	Total sampling
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	6 bulan

26. Peningkatan Proporsi Pasien Diabetes Yang Mencapai Target Kolesterol LDL

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target kolesterol LDL
Tujuan	<i>Effectiveness, Integration</i>
Definisi Operasional	Tercapainya target kolesterol LDL pasien DM sebagai upaya pencegahan primer atau sekunder komplikasi DM Target Kolesterol LDL adalah ≤ 100 mg/dl untuk pasien DM yang tidak memiliki penyakit Aterosklerosis Kardiovaskular dan ≤ 70 mg/dl untuk pasien yang memiliki penyakit Aterosklerosis Kardiovaskular. Pemeriksaan kolesterol LDL menggunakan darah vena.
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien DM yang mencapai target Kolesterol LDL pada periode penilaian
Denominator (penyebut)	Semua pasien DM di Diabetes Center yang menjalani pemeriksaan kolesterol LDL pada periode penilaian
Target Pencapaian	Peningkatan proporsi sebesar 20% setelah 6 bulan dibandingkan proporsi baseline atau semester sebelumnya (bulan ke-1 layanan Diabetes Center) Untuk pemeriksaan baseline semester 1, dilakukan di awal operasional diabetes centre
Kriteria:	a. Kriteria Inklusi: Pasien DM yang berobat ke Diabetes Center yang memiliki data pemeriksaan LDL b. Kriteria Eksklusi: Tidak ada data kolesterol
Formula	$(\text{Jumlah pasien DM yang mencapai target kolesterol-LDL} \div \text{Semua pasien DM yang berobat ke Diabetes Center yang menjalani pemeriksaan kolesterol pada periode penilaian}) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Prospektif
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Total sampling
Cara Pengambilan	Total sampling
Sampel	
Periode Pengumpulan Data	6 bulan

27. Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target tekanan darah

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Effectiveness, Integration</i>
Tujuan	Tercapainya target tekanan darah pasien DM sebagai upaya pencegahan primer atau sekunder komplikasi DM
Definisi Operasional	Target tekanan darah pada pasien DM adalah sistolik <130 mmHg dan diastolik <80 mmHg. Nilai tekanan darah yang diambil adalah rerata tekanan darah yang diukur 3 kali dalam satu waktu setelah istirahat 15-30 menit sebelum pengukuran.
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien DM yang mencapai target tekanan darah selama periode penilaian
Denominator	Semua pasien DM yang berobat ke Diabetes Center
	Peningkatan proporsi sebesar 20% setelah 6 bulan dibandingkan proporsi baseline atau semester sebelumnya (bulan ke-1 layanan Diabetes Center) Untuk pemeriksaan baseline semester 1, dilakukan di awal operasional diabetes centre
Target Pencapaian	20%
Kriteria	a) Kriteria Inklusi: Pasien DM yang berobat ke Diabetes Center b) Kriteria Eksklusi: Tidak ada (Tekanan darah sistolik <130 mmHg dan tekanan darah diastolik <80 mmHg ÷ Semua pasien DM yang berobat ke Diabetes Center) x 100%
Formula	(Jumlah pasien DM yang mencapai target kolesterol-LDL ÷ Semua pasien DM yang berobat ke Diabetes Center yang menjalani pemeriksaan kolesterol pada periode penilaian) x100%
Metode Pengumpulan Data	Prospektif
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Check list
Besar Sampel	Total sampling
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	6 bulan

28. Skrining Komplikasi Mikrovaskular (Diabetes Mellitus)

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Effectiveness, Integration</i>
Tujuan	Tercapainya target kendali glikemik pasien DM sebagai upaya pencegahan primer atau sekunder komplikasi DM
Definisi Operasional	Skrining komplikasi mikrovaskular pada pasien DM meliputi: a. skrining komplikasi retinopati menggunakan pemeriksaan Funduskopi b. skrining komplikasi neuropati menggunakan test Monofilament dan Garputala c. skrining komplikasi Nefropati DM menggunakan pemeriksaan Albumin Creatinine Ratio (ACR) urin sewaktu
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	a. Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi retinopati menggunakan funduskopi pada periode penilaian b. Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi neuropati menggunakan test monofilament dan Garputala c. Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi Nefropati DM menggunakan pemeriksaan Albumin Creatinine Ratio (ACR) urin sewaktu
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien DM yang berobat ke Diabetes Center pada periode penilaian
Target Pencapaian	Peningkatan proporsi sebesar 50% setelah 1 tahun dibandingkan proporsi baseline (bulan ke-1 layanan Diabetes Center) atau tahun sebelumnya.
Kriteria:	a. Kriteria Inklusi: Pasien DM yang berobat ke Diabetes Center b. Kriteria Eksklusi: Tidak ada
Formula	$(\text{Jumlah pasien yang menjalani skrining komplikasi microvascular (retinopati, neuropati, dan nefropati)}) \div (\text{jumlah semua pasien DM yang berobat ke Diabetes Centre pada periode penilaian}) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Prospektif
Sumber Data	Rekam Medik / Registry DM
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
Besar Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	6 bulan

29. Skrining Komplikasi Makrovaskular (Diabetes Mellitus)

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	Skrining Komplikasi Makrovaskular pada pasien DM
Tujuan	<i>Effectiveness, Integration</i>
Definisi Operasional	Tercapainya peningkatan proporsi pemeriksaan skrining komplikasi makrovaskular
Jenis Indikator	Skrining komplikasi makrovaskular pada pasien DM meliputi: a. skrining Peripheral Arterial Disease menggunakan Ankle Brachial Index (ABI) dan USG Doppler sesuai indikasi b. skrining Penyakit Jantung Koroner menggunakan EKG dan Treadmill Test sesuai indikasi
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi Peripheral Arterial Disease menggunakan Ankle Brachial Index (ABI) dan USG Doppler sesuai indikasi
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi Penyakit Jantung Koroner menggunakan EKG dan Treadmill Test sesuai indikasi
Target Pencapaian	Jumlah pasien DM yang berobat ke Diabetes Center pada periode penilaian
Kriteria:	a. Kriteria Inklusi: Pasien DM yang berobat ke Diabetes Center b. Kriteria Eksklusi: Tidak ada
Formula	Jumlah pasien yang menjalani skrining komplikasi macrovascular (Peripheral Arterial Disease dan Penyakit Jantung Koroner) ÷ Jumlah semua pasien DM yang berobat ke Diabetes Centre pada periode penilaian x100%
Metode Pengumpulan Data	Prospektif
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medik
Besar Sampel	Total sampling
Cara Pengambilan sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	6 bulan

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

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Effectiveness, Integration</i>
Tujuan	Tercapainya peningkatan proporsi pemeriksaan skrining berkala komplikasi DM anak dan remaja

Definisi Operasional	<p>Pemeriksaan skrining berkala komplikasi DM anak dan remaja meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Retinopati diabetikum: Skrining komplikasi retinopati diabetikum menggunakan pemeriksaan funduskopi Nefropati diabetikum: Skrining komplikasi nefropati diabetikum menggunakan pemeriksaan Albumin Creatinine Ratio (ACR) urin sewaktu Neuropati diabetikum: Skrining komplikasi neuropati diabetikum menggunakan tes monofilamen dan garputala <p>Pemeriksaan skrining berkala komplikasi dimulai pada usia 11 tahun dan sudah terdiagnosis diabetes minimal 2 tahun</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	<ol style="list-style-type: none"> Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi retinopati menggunakan funduskopi Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi nefropati menggunakan pemeriksaan Albumin Creatinine Ratio (ACR) urin sewaktu Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi neuropati menggunakan tes monofilamen dan garputala Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM yang berusia minimal 11 tahun dan sudah terdiagnosis diabetes minimal 2 tahun
Denominator (penyebut)	Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM yang berusia minimal 11 tahun dan sudah terdiagnosis diabetes minimal 2 tahun
Target Pencapaian	Peningkatan > 20%
Kriteria:	<ol style="list-style-type: none"> Kriteria Inklusi: Pasien anak dan remaja dengan DM yang berusia minimal 11 tahun dan yang sudah terdiagnosis dengan diabetes minimal 2 tahun Kriteria Eksklusi: Pasien anak dan remaja yang sudah mengalami gangguan mata/ginjal/saraf sebelum terdiagnosis DM
Formula	<ol style="list-style-type: none"> Retinopati diabetikum (Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi retinopati menggunakan funduskopi dalam 1 tahun terakhir ÷ Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM yang berusia minimal 11 tahun dan sudah terdiagnosis minimal 2 tahun dalam 1 tahun) x 100% Nefropati diabetikum (Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi nefropati menggunakan pemeriksaan Albumin Creatinine Ratio (ACR) urin sewaktu dalam 1 tahun terakhir ÷ Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM yang berusia minimal 11 tahun dan sudah terdiagnosis minimal 2 tahun dalam 1 tahun) x 100% Neuropati diabetikum (Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi neuropati menggunakan tes monofilamen dan garputala dalam 1 tahun terakhir ÷ Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM yang berusia minimal 11 tahun dan sudah terdiagnosis minimal 2 tahun dalam 1 tahun) x 100%
Metode	Prospektif

Pengumpulan Data	
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Check list
Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Cara Pengambilan sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	6 bulan

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

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Safety, Effectiveness</i>
Tujuan	Tercapainya peningkatan proporsi pasien anak dan remaja dengan DM yang melakukan pemantauan gula darah mandiri
Definisi Operasional	Pemantauan gula darah dilakukan dengan menggunakan alat strip glukometer sekurang kurangnya 2 kali/hari untuk anak dan remaja dengan DM Tipe-1 *Penilaian peningkatan proporsi dilakukan setelah 1 tahun dari data awal
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah kasus anak dan remaja dengan DM tipe-1 yang melakukan pengukuran gula darah dengan menggunakan alat strip glukometer sekurang kurangnya 2 kali/hari.
Denominator (penyebut)	Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM Tipe-1
Target Pencapaian	Peningkatan proporsi sebesar 20% setelah 1 tahun dibandingkan proporsi <i>baseline</i> atau semester sebelumnya (bulan ke-1 layanan <i>Diabetes Center</i>) Untuk pemeriksaan <i>baseline</i> semester 1, dilakukan di awal operasional <i>Diabetes Center</i>
Kriteria:	a. Kriteria Inklusi: Pasien anak dan remaja (< 18 tahun) dengan DM Tipe-1 b. Kriteria Eksklusi: Tidak ada
Formula	$\frac{\text{(Jumlah kasus anak dan remaja dengan DM tipe-1 yang melakukan pengukuran gula darah dengan menggunakan alat strip glukometer sekurang kurangnya 2 kali/hari)}}{\text{Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM Tipe-1}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan	Total sampling

Data	
Cara Pengambilan sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	6 bulan

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

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Safety, Effectiveness</i>
Tujuan	Tercapainya target kejadian ketoasidosis diabetikum berulang pada anak dan remaja dengan diabetes khususnya DM tipe-1
Definisi Operasional	Pasien anak dan remaja (usia < 18 tahun) yang sudah terdiagnosis sebagai DM tipe-1 dan mengalami KAD lebih dari 1 kali episode per tahun Ketoasidosis diabetikum Kriteria klinis ketoasidosis diabetikum pada anak dan remaja a. Hiperglikemia (kadar glukosa darah > 200 mg/dL) b. Kadar pH < 7,3 atau HCO ₃ < 15 mmol/L 3. Ketonemia (beta-hidroksibutirat > 3 mmol/L) atau ketonuria sedang-berat
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah kasus anak dan remaja dengan DM tipe-1 yang mengalami KAD lebih dari 1 kali episode per tahun dalam 1 tahun terakhir
Denominator (penyebut)	Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM tipe-1
Target Pencapaian	< 20%
Kriteria:	a. Kriteria Inklusi: Pasien anak dan remaja (< 18 tahun) yang sudah terdiagnosis dengan DM tipe-1 b. Kriteria Eksklusi: Tidak ada
Formula	(Jumlah kasus anak dan remaja dengan DM tipe-1 yang mengalami KAD lebih dari 1 kali episode per tahun dalam 1 tahun terakhir ÷ Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM tipe-1) x 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Check list
Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Cara Pengambilan sampel	Total sampling
Periode	6 bulan

Pengumpulan Data	
------------------	--

33. Angka mortalitas ketoasidosis diabetikum anak dan remaja < 5%

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Safety, Effectiveness</i>
Tujuan	Tercapainya penurunan mortalitas KAD pada anak dan remaja dengan diabetes
Definisi Operasional	Kasus meninggal pada KAD: Pasien anak dan remaja (usia < 18 tahun) yang masuk perawatan dengan diagnosis ketoasidosis diabetikum dan dinyatakan meninggal dunia tanpa disertai penyakit penyerta atau komorbiditas berat lainnya (keganasan, autoimun, gagal ginjal yang terjadi sebelum episode KAD) atau riwayat mendapat pengobatan tertentu sebelumnya (kemoterapi, terapi steroid). Ketoasidosis diabetikum Kriteria klinis ketoasidosis diabetikum pada anak dan remaja a. Hiperglikemia (kadar glukosa darah > 200 mg/dL) b. Kadar pH < 7,3 atau HCO ₃ < 15 mmol/L 3. Ketonemia (beta-hidroksibutirat > 3 mmol/L) atau ketonuria sedang-berat
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah kasus meninggal pada anak dan remaja dengan ketoasidosis diabetikum
Denominator (penyebut)	Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja yang dirawat dengan ketoasidosis diabetikum
Target Pencapaian	< 5 %
Kriteria:	a. Kriteria Inklusi: Pasien anak dan remaja (< 18 tahun) dengan DM yang masuk perawatan dengan ketoasidosis diabetikum b. Kriteria Eksklusi: 1) Keganasan 2) Autoimun 3) Gagal ginjal yang terjadi sebelum episode KAD 4) Riwayat mendapat kemoterapi 5) Riwayat terapi steroid
Formula	(Jumlah kasus meninggal pada anak dan remaja dengan ketoasidosis diabetikum ÷ Jumlah total kasus pasien anak dan remaja yang dirawat dengan ketoasidosis diabetikum) x 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Check list
Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Cara	Total sampling

Pengambilan sampel	
Periode Pengumpulan Data	6 bulan

TUBERCULOSIS

34. Keberhasilan pengobatan TB Paru Sensitif Obat (SO)

Dasar Pemikiran	Keberhasilan pengobatan TB SO dipengaruhi beberapa faktor, seperti: <ol style="list-style-type: none"> a. Faktor Pasien: pasien tidak patuh minum obat anti TB, pasien pindah fasilitas pelayanan kesehatan (tanpa konfirmasi hasil pengobatan ke fasyankes awal), serta komorbid pada pasien b. Faktor mikroorganisme: resisten terhadap OAT c. Faktor pengawas menelan obat (PMO): PMO tidak ada, PMO ada akan tetapi kurang memantau d. Faktor obat: suplai obat terganggu sehingga pasien menunda atau penyimpanan tidak sesuai dengan standar
Dimensi Mutu	Efektif (effective), Keselamatan (safe), Berorientasi kepada pasien/pengguna layanan (patient-centered), Efisien (efficient)
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> a. Mengetahui angka keberhasilan pengobatan TBC SO di Rumah Sakit rujukan b. Pengobatan TBC SO diberikan sesuai pedoman dapat berupa pemberian kombinasi dosis tepat (KDT) atau OAT lepasan sesuai dengan indikasi. Diutamakan penggunaan dengan Kombinasi Dosis Tetap (KDT) untuk meningkatkan kepatuhan minum obat
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> a. Diagnosis Tuberkulosis dengan pemeriksaan tes cepat molecular (TCM) atau pemeriksaan bakteri tahan asam (BTA) tersedia di semua fasilitas kesehatan. b. Pengobatan kombinasi dosis tepat (KDT) atau lepasan ditentukan berdasarkan kondisi pasien masing-masing. c. Keberhasilan pengobatan adalah pasien yang memenuhi kriteria sembuh dan pengobatan lengkap. d. Kriteria sembuh adalah pasien TB paru dengan konfirmasi bakteriologi positif di awal pengobatan dan BTA sputum negatif atau biakan negatif pada akhir pengobatan dan memiliki hasil pemeriksaan negatif pada salah satu pemeriksaan sebelumnya e. Pengobatan lengkap adalah pasien TB yang sudah menyelesaikan pengobatan secara lengkap dan tidak memiliki bukti gagal pengobatan tetapi juga tidak memiliki hasil BTA sputum atau biakan negatif pada akhir pengobatan dan satu pemeriksaan sebelumnya, baik karena tidak dilakukan atau karena hasilnya tidak ada
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah semua kasus sembuh dan pengobatan lengkap (yang diobati di RS tersebut) kurun waktu 1 (satu) tahun sebelumnya, tidak termasuk pasien yang sudah dirujuk balik ke Fasyankes
Denominator	Jumlah kasus TB yang diobati (yang diobati di RS tersebut) kurun waktu 1 (satu) tahun sebelumnya tidak termasuk pasien yang sudah dirujuk balik ke Fasyankes

Target Pencapaian	≥ 60%
Kriteria	<p>a. Kriteria Inklusi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien terduga TBC yang diperiksa mikroskopik baik sputum TCM atau BTA atau kultur M.Tb 2) Pasien TBC yang terkonfirmasi bakteriologis dan terdiagnosis klinis 3) pasien tuberkulosis yang memulai pengobatan OAT Kombinasi Dosis Tetap/lepasan 4) Pasien tuberkulosis yang memulai pengobatan OAT Kombinasi Dosis Tetap/lepasan <p>b. Kriteria Eksklusi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien TB ekstraparu 2) Pasien yang tidak dilakukan pemeriksaan mikroskopik maupun sputum TCM 3) Pasien yang telah pindah Faskes dan atau mangkir
Formula	(Jumlah pasien yang sembuh dan pengobatan lengkap ÷ Jumlah semua pasien yang ikut pengobatan) x 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medis
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

35. Keberhasilan pengobatan TBC RO Jangka Panjang

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Efektif (effective), Keselamatan (safe), Tepat waktu (timely)</i>
Tujuan	Pengobatan pasien tuberkulosis resisten obat diberikan OAT sesuai dengan hasil uji resistensi
Definisi Operasional	<p>a. TBC RO adalah kuman TB yang resisten terhadap obat anti tuberkulosis, dengan jenis resistensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monoresistensi: resistensi terhadap salah satu OAT lini pertama, misalnya resistensi terhadap isoniazid (H) 2) Poliresistensi: resistensi terhadap lebih dari satu OAT lini pertama selain dari kombinasi obat isoniazid dan rifampisin (HR), misalnya resisten isoniazid dan etambutol (HE), rifampisin etambutol (RE), isoniazid etambutol dan streptomisin (HES), atau rifampisin, etambutol dan streptomisin (RES) 3) Multidrug resistance (MDR): resistensi terhadap isoniazid dan rifampisin (HR), dengan atau tanpa

	<p>OAT lini pertama yang lain, misalnya resistan HR, HRE, HRES</p> <p>4) Pre-XDR: TB MDR yang disertai resistansi terhadap salah satu obat golongan fluorokuinolon atau salah satu dari OAT injeksi lini kedua (kapreomisin, kanamisin dan amikasin)</p> <p>5) Extensively Drug Resistance (XDR): TB MDR disertai resistansi terhadap salah satu obat golongan fluorokuinolon dan salah satu dari OAT injeksi lini kedua (kapreomisin, kanamisin dan amikasin)</p> <p>6) TB resistan rifampisin (TB RR): Resistan terhadap rifampisin (dalam bentuk monoresistan, poliresistan, TB MDR, TB XDR) yang terdeteksi menggunakan metode fenotipik ataupun genotipik, dengan atau tanpa resistansi terhadap obat antituberkulosis lain.</p> <p>b. Pengobatan pasien TBC RO adalah pasien TBC yang mendapatkan pengobatan berdasarkan hasil uji Line Probe Assay (uji kepekaan) lini 2 dan atau hasil kultur atau TCM.</p> <p>c. Kriteria sembuh adalah pasien yang telah menyelesaikan pengobatan sesuai pedoman pengobatan TB MDR tanpa bukti kegagalan dan hasil biakan selama tahap lanjutan menunjukkan hasil negatif minimal 3 kali berturut dengan jarak pemeriksaan antar biakan minimal 30 hari dan pemeriksaan BTA pada akhir pengobatan hasilnya negatif.</p> <p>d. Pengobatan lengkap adalah pasien yang telah menyelesaikan pengobatan sesuai pedoman pengobatan TB RO tetapi tidak memiliki definisi sembuh maupun gagal.</p>
Jenis Indikator	Output
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien TBC RO (mendapatkan regimen jangka panjang) yang dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap
Denominator	Jumlah pasien TBC RO (mendapatkan regimen jangka panjang) yang diobati di Rumah Sakit tersebut
Target Pencapaian	50%
Kriteria:	<p>a. Kriteria Inklusi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien terduga TBC RO yang diperiksa TCM dan uji kepekaan 2) Pasien TBC RO yang memulai pengobatan OAT • Pasien TBC RO yang dirujuk untuk berobat di RS Tersebut 3) Pasien TBC RO yang sudah dirujuk balik ke Fasyankes lain <p>b. Kriteria Eksklusi: Pasien TBC RO yang tidak melakukan enrolment • Pasien TBC RO Ekstraparu</p>
Formula	$(\text{Jumlah pasien TBC RO yang diobati yaitu memenuhi kriteria sembuh dan pengobatan lengkap dengan regimen jangka panjang} \div \text{Jumlah pasien TBC RO yang diobati}) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	SITB
Instrumen	Checklist

Pengambilan Data	
Besar Sampel	Total sampling
Cara Pengambilan sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

36. Keberhasilan pengobatan TBC RO Jangka Pendek

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Efektif (effective), Keselamatan (safe), Tepat waktu (timely)</i>
Jenis Indikator	Output
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien TBC RO (mendapatkan regimen jangka pendek) yang dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap
Denominator	Jumlah pasien TBC RO (mendapatkan regimen jangka pendek) yang diobati di Rumah Sakit tersebut
Target Pencapaian	50%
Kriteria:	<p>a. Kriteria Inklusi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien terduga TBC RO yang diperiksa TCM dan uji kepekaan 2) Pasien TBC RO yang memulai pengobatan OAT • Pasien TBC RO yang dirujuk untuk berobat di RS Tersebut 3) Pasien TBC RO yang sudah dirujuk balik ke Fasyankes lain <p>b. Kriteria Eksklusi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien TBC RO yang tidak melakukan enrolment 2) Pasien TBC RO Ekstraparu
Formula	$(\text{Jumlah pasien TBC RO yang diobati yaitu memenuhi kriteria sembuh dan pengobatan lengkap dengan regimen jangka pendek} \div \text{Jumlah pasien TBC RO yang diobati}) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	SITB
Instrumen Pengambilan Data	Checklist
Besar Sampel	Total sampling
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

37. Inisiasi pengobatan TBC Resisten Obat (RO)

Dasar Pemikiran	Keberhasilan pengobatan TB RO dipengaruhi beberapa faktor, seperti: a. Faktor Pasien: pasien tidak patuh minum obat anti TB, pasien pindah fasilitas pelayanan kesehatan (tanpa konfirmasi hasil pengobatan ke fasyankes awal) dan kasus TB Resisten Obat b. Faktor pengawas menelan obat (PMO): PMO tidak ada, PMO ada akan tetapi kurang memantau c. Faktor obat: suplai obat terganggu sehingga pasien menunda atau penyimpanan tidak sesuai dengan standar
Dimensi Mutu	Efektif (effective), Keselamatan (safe), Tepat waktu (timely)
Tujuan	Mengetahui jumlah atau persentase kasus TB RO yang mulai pengobatan
Definisi Operasional	a. Angka inisiasi pengobatan: adalah jumlah kasus TB RO yang terdaftar dan memulai pengobatan TB RO di antara jumlah kasus TB RO yang ditemukan. b. Pasien yang memulai pengobatan TB RO adalah adalah pasien yang telah mendapatkan dosis pertama c. Kasus TB RO yang ditemukan adalah kasus TB RO yang terdiagnosis dari hasil TCM dan atau kultur resistensi M.Tb
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah kasus TB RO yang terdaftar dan memulai pengobatan TB RO di RS tersebut
Denominator	Jumlah pasien TB RO yang ditemukan di RS tersebut
Target Pencapaian	≥ 60%
Kriteria:	Kriteria Inklusi: a. Pasien terduga TBC RO yang diperiksa TCM dan atau uji kepekaan (paru dan ekstra paru) b. Pasien TBC RO yang memulai pengobatan OATLini-2 Kriteria Eksklusi: Pasien terdiagnosis TBC RO yang meninggal atau mangkir sebelum memulai pengobatan atau pasien tdk bisa diobati karena adanya kontra indikasi/komorbid/penyulit lainnya
Formula	$(\text{Jumlah kasus TB RO yang terdaftar dan memulai pengobatan TB RO di RS tersebut} \div \text{jumlah kasus TB RO yang ditemukan}) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	SITB
Instrumen Pengambilan Data	SITB
Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Cara Pengambilan Sampel	Total Sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

GASTROHEPATOLOGI

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

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Efektif (effective), Keselamatan (safe), Tepat waktu (timely)</i>
Tujuan	Peningkatan kualitas pelayanan pada pasien dengan sirosis hepatis
Definisi Operasional	Kesintasan pasien sirosis hati dekomensata (stadium lanjut) > 12 bulan setelah pertama kali didiagnosis.
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien sirosis hati dekomensata dengan kesintasan > 12 bulan.
Denominator	Jumlah pasien sirosis hati dekomensata yang dilayani RS
Target Pencapaian	>20%
Kriteria:	a. Kriteria Inklusi: Pasien sirosis hati dekomensata b. Kriteria Eksklusi: tidak ada
Formula	$(\text{Jumlah pasien sirosis hati dekomensata dengan kesintasan > 12 bulan} \div \text{Jumlah pasien sirosis hati dekomensata yang dilayani RS}) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Kohort retrospektif, prospektif
Sumber Data	Rekam Medis
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
Besar Sampel	Total sampling
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

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

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Efektif (effective), Keselamatan (safe), Tepat waktu (timely)</i>
Tujuan	Peningkatan kualitas pelayanan pada pasien dengan sirosis hepatis
Definisi Operasional	Early rebleeding adalah a. Terjadinya perdarahan episode baru hematemesis yang

	aktif dalam kurun waktu 24 jam setelah dilakukan terapi medikamentosa dan ligasi varises esofagus. b. Terjadinya penurunan kadar hemoglobin > 2 gram/dL atau hematokrit > 6% tanpa adanya riwayat transfusi setelah tindakan ligasi varises esofagus.
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien sirosis hati dengan pecah varises esofagus paska ligasi varises esofagus yang tidak mengalami early rebleeding
Denominator	Seluruh pasien sirosis hati dengan pecah varises esofagus paska ligasi varises esofagus
Target Pencapaian	>80%
Kriteria:	a. KriteriaInklusi: Pasien sirosis hati dengan pecah varises esofagus paska ligasi varises b. KriteriaEksklusi: tidak ada
Formula	$(\text{Jumlah pasien sirosis hati dengan pecah varises esofagus paska ligasi varises esofagus yang tidak mengalami early rebleeding} \div \text{Jumlah pasien sirosis hati dengan pecah varises esofagus paska ligasi varises esofagus}) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Kohort retrospektif, prospektif
Sumber Data	Rekam Medis
Instrumen Pengambilan Data	Pasien Sirosis Hepatis dengan pecah varises esofagus yang tidak mengalami early rebleeding (24 jam) paska endoskopi hemostatic
Besar Sampel	Total sampling
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

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

Dasar Pemikiran	Atresia bilier adalah penyakit kuning pada bayi yang paling banyak menyebabkan transplantasi hati. Salah satu cara untuk meningkatkan <i>survival</i> dari penyakit ini dan menurunkan angka kebutuhan transplantasi hati adalah melakukan deteksi dini atresia bilier dan melakukan operasi Kasai sebelum pasien berusia 3 bulan.
Dimensi Mutu	Efektif (effective), Keselamatan (safe), Tepat waktu (timely)
Tujuan	Peningkatan kualitas pelayanan pada pasien dengan atresia bilier
Definisi Operasional	a. Atresia bilier dicurigai pada bayi kuning (kolestasis) yang: 1) Warna BAB berwarna dempul 2) Kadar GGT >250 mg/dL 3) Hasil USG menunjukkan tanda khas atresiabilier b. Diagnosis pasti atresia bilier menggunakan metode kolangiografi intraoperatif (IOC) yang bila positif atresia bilier akan dilanjutkan dengan operasi Kasai.
Jenis Indikator	a. <i>Outcome</i> utama:

	<p>Dilakukan IOC operasi Kasai pada bayi berusia 3bulan yang dicurigai menderita atresia bilier</p> <p>b. <i>Outcome</i> tambahan: Bayi bebas kuning dalam 3 bulan (<i>3 monthjaundice-free</i>) pasca operasi Kasai</p>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	<p>a. <i>Outcome</i> utama: Jumlah bayi curiga atresia bilier berusia <3 bulanyang dilakukan IOC operasi Kasai</p> <p>b. <i>Outcome</i> tambahan: Jumlah bayi yang dilakukan operasi Kasai dan <i>jaundice-free</i> di 3 bulan pasca operasi</p>
Denominator	<p>a. <i>Outcome</i> utama: Jumlah bayi berusia <3 bulan yang dicurigai atresiabilier berdasarkan klinis</p> <p>b. <i>Outcome</i> tambahan: Jumlah bayi yang dilakukan operasi Kasai</p>
Target Pencapaian	<p>a. <i>Outcome</i> utama: >80%</p> <p>b. <i>Outcome</i> tambahan: >50%</p>
Kriteria:	<p>a. Kriteria Inklusi: Pasien bayi kolestasis (bilirubin direk >1 mg/dL) berusia <3 bulan yang memiliki minimal 2 tanda berikut: 1) Warna BAB berwarna dempul 2) Kadar GGT >250 mg/dL 3) Hasil USG menunjukkan tanda khas atresia bilier</p> <p>b. Kriteria Eksklusi: Hasil USG menunjukkan kecurigaan kista duktus koledokus</p>
Formula	<p>a) <i>Outcome</i> utama: Jumlah bayi curiga atresia bilier berusia <3 bulan yang dilakukan IOC operasi Kasai ÷ jumlah bayi berusia <3 bulan yang dicurigai atresia bilier berdasarkan klinis x 100%</p> <p>b) <i>Outcome</i> tambahan: Jumlah bayi yang dilakukan operasi Kasai dan <i>jaundice-free</i> di 3 bulan pasca operasi ÷ jumlah bayi yang dilakukan operasi Kasai x 100%</p>
Metode Pengumpulan Data	Kohort Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medis
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

PSIKIATRI

41. Optimalisasi perawatan pasien Skizofrenia

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Patient Centred, effectiveness, efficiency</i>
Tujuan	Terwujudnya tata kelola klinis yang baik (<i>good clinical governance</i>)
Definisi Operasional	<p>a. Optimalisasi perawatan pasien Skizofrenia adalah perawatan pasien Skizofrenia sesuai standar yang menghasilkan output perbaikan gejala klinis dan optimalisasi lama rawat.</p> <p>b. Perbaikan Gejala Klinis Skizofrenia adalah perbaikan gejala pada pasien Skizofrenia yang dirawat inap, diukur menggunakan instrumen <i>Positive and Negative Syndrom Scale</i> (PANSS) Remisi yang dilakukan saat pasien masuk atau secepatnya sebelum 1 x 24 jam dan 1x24 jam sebelum pasien pulang.</p> <p>c. PANSS Remisi merupakan instrumen penilaian cepat (<i>quickscore</i>) yang digunakan untuk mengukur perbaikan gejala klinis yang dilihat dari dua dimensi yaitu gejala positif dan gejala negatif. Terdiri dari 8 Item dengan skala likert 1-7</p> <p>d. Pasien dianggap mengalami perbaikan gejala klinis bila mengalami perbaikan berupa penurunan skor $\geq 20\%$ dari skor awal.</p> <p>e. Perhitungan Perbaikan Gejala Klinis: $\frac{\text{Total Skor PANSS Remisi saat pasien masuk} - \text{Total Skor PANSS Remisi saat pasien pulang}}{\text{Total Skor PANSS Remisi saat pasien masuk}} \times 100\%$ </p> <p>f. Optimalisasi lama rawat pasien Skizofrenia adalah kesesuaian lama perawatan terhadap standar lama perawatan pasien Skizofrenia dalam satu episode rawat inap mulai dari fase akut sampai dengan fase stabil yang ditandai adanya perbaikan gejala klinis pasien (diukur menggunakan instrument PANSS Remisi terjadi penurunan skor sebesar $\geq 20\%$).</p> <p>g. Standar lama perawatan pasien Skizofrenia: 18 hari</p>
Jenis Indikator	<i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah Pasien Skizofrenia yang pulang dan mengalami perbaikan gejala klinis dengan lama rawat ≤ 18 hari
Denominator	Jumlah Pasien Skizofrenia yang pulang
Target Pencapaian	$\geq 70\%$
Kriteria:	<p>a. Kriteria Inklusi: Pasien Skizofrenia yang pulang dan mengalami perbaikan gejala klinis (penurunan skor PANSS Remisi sebesar $\geq 20\%$)</p> <p>b. Kriteria Eksklusi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien Skizofrenia tanpa keluarga, Pasien Skizofrenia dengan komorbid dan komplikasi 2) Pasien Skizofrenia dengan Dominansi Gejala negatif (skor 7 pada 3 sindrom negatif), Pasien Skizofrenia

	dengan riwayat penyalahgunaan zat atau ketergantungan alkohol dalam 6 bulan terakhir, pasien Skizofrenia yang resisten terhadap pengobatan, pasien Skizofrenia yang mendapatkan terapi elektrokonvulsif.
Formula	$(\text{Jumlah Pasien Skizofrenia yang pulang dan mengalami perbaikan gejala klinis dengan lama rawat} \leq 18 \text{ hari} \div \text{Jumlah Pasien Skizofrenia yang pulang}) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medis Pasien Skizofrenia
Instrumen Pengambilan Data	Form PANNS Remisi, Aplikasi SIMRS
Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

42. Pasien adiksi NAPZA yang mengalami perbaikan kualitas hidup

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Patient Centered care</i>
Tujuan	Terwujudnya tatakelola klinis yang baik (<i>good clinical governance</i>)
Definisi Operasional	<p>a. Perbaikan Kualitas Hidup Pasien Ketergantungan NAPZA adalah adanya perbaikan kualitas hidup yang dirasakan oleh pasien meliputi 4 Domain yaitu: Kesehatan Fisik, Psikologis, Hubungan Sosial serta Lingkungan yang dirasakan oleh pasien</p> <p>b. Kualitas hidup merupakan tingkat kesejahteraan yang dirasakan oleh individu atau sekelompok orang (Molnar, 2009). Kualitas hidup merupakan konsep multidimensional yang kompleks (RADF, 2009). WHO mendefinisikan kualitas hidup sebagai konsep yang subjektif dan menekankan pada persepsi individu mengenai kehidupannya saat ini dan persepsi individu tersebut dapat dipengaruhi oleh budaya dan sistem nilai dimana individu tinggal, dan berhubungan.</p> <p>c. Pengukuran Kualitas Hidup dilakukan menggunakan instrumen WHO QoL-BREF yang merupakan versi pendek dari WHO QoL 100, terdiri 26 item dengan skala likert 1-5 dan 4 domain (kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, serta lingkungan).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kesehatan Fisik : Item no 3, 4, 10, 15, 16, 17, dan 18 2) Psikologis : Item no 5, 6, 7, 11, 19, and 26 3) Hubungan Sosial : Item no 20, 21, and 22 4) Lingkungan : Item no 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, and

	<p>25</p> <p>d. Pengukuran dilakukan pada minggu pertama saat pasien masuk dan diukur ulang dalam satu minggu sebelum pasien selesai mengikuti program. Dibandingkan skor awal dengan skor akhir dan diukur prosentase peningkatannya.</p> <p>e. Pasien dianggap mengalami perbaikan kualitas hidup apabila mengalami peningkatan skor $\geq 20\%$.</p> <p>f. Perhitungan Perbaikan Kualitas Hidup: $(\text{Total Skor WHO QoL saat pasien selesai program} - \text{Total Skor WHO QoL saat pasien masuk}) \div (\text{Total Skor WHO QoL saat pasien masuk}) \times 100\%$</p>
Jenis Indikator	<i>Proses & Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	<p>a. Jumlah Pasien Ketergantungan NAPZA yang selesai program dengan peningkatan skor</p> <p>b. WHO QoL $\geq 20\%$</p>
Denominator	Jumlah Pasien Ketergantungan NAPZA yang selesai program.
Target Pencapaian	$\geq 70\%$
Kriteria:	<p>a. Kriteria Inklusi: Pasien ketergantungan NAPZA yang mengikuti Rehabilitasi Residensial (≥ 1 Bulan)</p> <p>b. Kriteria Eksklusi: Pasien Ketergantungan NAPZA yang disertai Gangguan Mental Organik</p>
Formula	$(\text{Jumlah Pasien Ketergantungan NAPZA yang menyelesaikan program dengan peningkatan skor WHO QoL} \geq 20\% \div \text{Jumlah Pasien Ketergantungan NAPZA yang menyelesaikan program}) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medis Pasien Ketergantungan NAPZA
Instrumen Pengambilan Data	Form WHO QoL, Aplikasi SIMRS
Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

43. Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa berbasis Safewards dan WHO-Quality Right

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi mutu	<i>Patient Centeredness</i> (Pelayanan Berfokus pasien) <i>Effectiveness , Efficiency</i> (Efektif Effisien)
Tujuan	Terwujudnya implementasi <i>Pemenuhan WHO Quality Right</i> Standar Sarana Prasarana dan Model Intervensi <i>Safewards</i> di

	layanan rawat inap
Definisi operasional	<p>a. Implementasi Pemenuhan <i>WHO QR</i> dan <i>safewards</i> dalam Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa adalah standarisasi sarana prasarana Pelayanan mengacu pada Tema 1 <i>WHO QR</i> yaitu Hak untuk mendapatkan standar kehidupan yang adekuat dinilai menggunakan standar sarpras KRIS JKN dan Intervensi <i>Safewards</i> yang bertujuan untuk :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Memberikan perawatan yang aman dan nyaman pada pasien di rawat inap 2) Mengurangi angka pengekangan/ restrain 3) Mengurangi angka seklusi 4) Meningkatkan kualitas perawatan pasien di rawat inap psikiatri, lama rawat memendek (LOS menurun), terjadi penurunan angka gaduh gelisah 5) Mengurangi pelanggaran hak asasi pasien 6) Mengurangi konflik antara staf dan pasien 7) Mengurangi Stigma 8) Standarisasi Sarana Prasarana mengacu <i>WHO QR</i> (KRIS JKN) <p>b. Intervensi <i>Safewards</i> dilaksanakan oleh semua Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dalam proses pemberian asuhan dengan menerapkan 10 intervensi <i>safewards</i> yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ekspektasi yang jelas (<i>clear mutual expectations</i>) 2) kata-kata lembut (<i>soft words</i>) 3) bicara nada rendah (<i>talk down</i>) 4) kata-kata positif (<i>positive words</i>) 5) mitigasi berita buruk (<i>Bad News Mitigation</i>) 6) saling mengenal (<i>know each other</i>) 7) saling membantu (<i>mutual help meeting</i>) 8) metode tenang (<i>calm down methods</i>) 9) memberikan penghiburan (<i>reassurance</i>) 10) pesan-pesan pemulangan (<i>discharge messages</i>). <p>c. Parameter yang akan dinilai dalam indikator Implementasi <i>WHO QR</i> – Pemenuhan Standar Sarpras KRIS JKN dan <i>safewards</i> dalam Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa meliputi parameter untuk mengevaluasi Output yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Penurunan angka Restrain (Output) 2) Penurunan angka Seklusi (Output) 3) Penanganan konflik 1x24 Jam (Output) 4) Standarisasi Sarana Prasarana mengacu <i>WHO QR</i>/KRIS JKN (Output)
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	<ol style="list-style-type: none"> a. Jumlah pasien yang tidak dilakukan restrain b. Jumlah pasien yang tidak dilakukan seklusi c. Penanganan Konflik 1x24 jam d. Implementasi <i>WHO QR</i> – Pemenuhan Standar Sarpras KRIS JKN
Denominator	<ol style="list-style-type: none"> a. Jumlah Pasien b. Jumlah Pasien c. Jumlah Pasien
Target	≥ 80 %

Kriteria	a. Kriteria Inklusi: Seluruh pasien psikiatri yang dirawat inap b. Kriteria Eksklusi: Pasien Komorbid, pasien yang meninggal pasien melarikan diri dan pasien pulang APK utk sub indikator a,b,c
Formula	$\frac{\text{tidak restrain} + \text{tidak seklusi} + \text{penanganan konflik 1x24 jam} + \text{standar sarpras kris}}{4}$ <u>Keterangan:</u> a. tidak <i>Restrain</i> dihitung dengan formula : $\frac{\text{Pasien yang tidak direstrain}}{\text{Pasien yang dirawat}} \times 100\%$ b. tidak <i>Seklusi</i> dihitung dengan formula : $\frac{\text{Pasien yang tidak diseklusi}}{\text{Pasien yang dirawat}} \times 100\%$ c. Penanganan konflik 1x24 jam dihitung dengan formula: (Konflik yang ditangani 1x24 jam ÷ Jumlah konflik)x 100% d. Pemenuhan Standar Sarpras KRIS- JKN dihitung dengan formula: (Skor Sarana Prasarana yang sudah terpenuhi sesuai standar ÷ Total Skor Sarana Prasarana) x 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif, Observasi Pemenuhan Sarpras
Sumber data	Laporan implementasi safewards di layanan Rawat Inap
Instrumen Pengambilan Data	a. Laporan Implementasi safewards b. Laporan Observasi Pemenuhan Standar Sarpras KRIS- JKN
Besar Sampel	Total Sampling
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan data	Bulanan

44. Penyelenggaraan Layanan NAPZA berbasis Safewards dan WHO-Quality Right

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi mutu	<i>Patient Centeredness</i> (Pelayanan Berfokus pasien) <i>Effectiveness , Efficiency</i> (Efektif Effisien)
Kategori Indikator	a. Kepatuhan terhadap standar Mutu dan Keselamatan Pasien b. Kepatuhan pasien terhadap program c. Kepuasan dan kenyamanan pelanggan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran strategis	Terwujudnya layanan napza yang menjunjung tinggi mutu dan kenyamanan pasien

Dimensi mutu	Patiet Centeredness (berfokus pasien), Effectiveness, Efficiency (Efektif Effisien), Penerapan Kendali mutu dan kendali biaya
Definisi operasional	<p>Layanan napza berbasis <i>Safewards dan WHO- Quality Right</i> adalah metode layanan yang bertujuan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberikan perawatan yang aman dan nyaman pada pasien di rawat inap Mengurangi angka pengekangan/ restrain Mengurangi angka seklusi/ isolasi Meningkatkan kualitas perawatan pasien dirawat inap napza <p>Parameter yang akan dinilai dalam indikator Penyelenggaraan Pelayanan berbasis <i>Safewards dan WHO-Quality Right</i> meliputi parameter untuk mengevaluasi proses, Output dan Outcome yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> penurunan angka isolasi (Output) kepatuhan terhadap Standar Terapi / PPK (CP) (Proses) kepatuhan pasien terhadap program (Proses) kepuasan pasien terhadap sarana layanan umum di rawat inap (Outcome) kenyamanan pasien meliputi: <ol style="list-style-type: none"> ruang tidur yang memenuhi standar luas per orang (8.25m perorang) tersedia ruang terpisah bagi perempuan, laki-laki, anak dan usia lanjut penerangan ruangan yang memenuhi standar rawat inap 300-500 lux hygiene dan sanitasi kamar mandi dan toilet dibersihkan 2x/minggu
Numerator	<ol style="list-style-type: none"> jumlah pasien yang tidak dilakukan isolasi jumlah pasien yang diberikan terapi sesuai standar (<i>Clinical Pathways</i>) jumlah pasien yang mengikuti program jumlah keluhan pasien yang ditindak lanjut hasil penilaian kenyamanan pasien meliputi : <ol style="list-style-type: none"> jumlah kamar tidur yang memenuhi standar luas jumlah ketersediaan ruang terpisah untuk perempuan, laki-laki, anak dan usia lanjut jumlah ruangan yang memenuhi standar penerangan jumlah kamar mandi dan toilet yang memenuhi standar hygiene
Denominator	<ol style="list-style-type: none"> jumlah pasien yang dirawat jumlah pasien yang dirawat jumlah pasien yang dirawat jumlah keluhan pasien hasil penilaian kenyamanan: <ol style="list-style-type: none"> jumlah kamar tidur yang diukur jumlah ruangan yang diukur jumlah seluruh kamar mandi dan toilet
Inklusi	Seluruh pasien napza yang dirawat inap
Eksklusi	Pasien napza dengan komorbid
Formula	$\frac{\text{isolasi} + \text{CP} + \text{kepatuhan program} + \text{kepuasan} + \text{kenyamanan}}{5}$ <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Isolasi (pasien yang tidak diisolasi ÷ pasien yang dirawat) x 100% Kepatuhan terhadap standar terapi (Clinical pathways Pasien yang mendapat Terapi sesuai

	<p>$standar \div Pasien\ yang\ dirawat) \times x\ 100\%$</p> <p>c. Kepatuhan terhadap program dihitung dengan formula: (<i>pasien yang mengikuti program x Pasien yang dirawat</i>) x 100%</p> <p>d. Kepuasan dihitung dengan formula: (<i>Jumlah keluhan pasien yang ditindaklanjuti x Jumlah keluhan pasien</i>) x 100%</p> <p style="text-align: center;"><i>Nilai a+Nilai b+Nilai c+Nilai d</i></p> <p>Kenyamanan: 4 Hasil penilaian kenyamanan pasien meliputi :</p> <p>a. Kamar tidur yang memenuhi standar luas (<i>kamar tidur yang memenuhi standar luas x Jumlah kamar tidur yang diukur</i>) x 100%</p> <p>b. Jumlah ketersediaan ruang terpisah untuk perempuan, laki- laki, anak dan usia lanjut: 1) terpenuhi 1 ruang terpisah nilai 25 2) terpenuhi 2 ruang terpisah nilai 50 3) terpenuhi 3 ruang terpisah nilai 75 4) terpenuhi 4 ruang terpisah nilai 100</p> <p>c. Jumlah ruangan yang memenuhi standar penerangan (<i>Jumlah ruangan yang memenuhi standar penerangan x Jumlah ruangan yang diukur</i>) x 100%</p> <p>d. Jumlah kamar mandi dan toilet yang memenuhi standar hygiene (<i>Jumlah kamar mandi dan toilet yang memenuhi standar hygiene x Jumlah seluruh kamar mandi dan toilet</i>) x 100%</p>
Sumber Data	<p>a. Laporan implementasi <i>Safewards dan WHO- Quality Right</i> di layananRawat Inap</p> <p>b. Laporan keluhan pasien</p> <p>c. Laporan pengujian pencahayaan ruangan</p> <p>d. Daftar cek list kebersihan kamar mandi dan toilet</p>
Standar	$\geq 80\%$
Periode pengumpulan Data	6 bulan

PENYAKIT INFEKSI EMERGING DAN RE-EMERGING (PINERE)

45. Kecepatan penanganan gawat darurat (Emergency Respond Time) Severe Acute Respiratory Infection (SARI) <15 menit

Dasar Pemikiran	<p>a. Undang-Undang nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan</p> <p>b. KMK nomor NOMOR HK.01.07/MENKES/1491/2023 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Penyakit Infeksi</p> <p>c. International Health Regulation Tahun 2005.</p> <p>d. SARI merupakan gejala pada sebagian besar penyakit infeksi emerging (PIE) dengan angka kesakitan (morbiditas), angka kematian (mortalitas), dan pembiayaan yang tinggi.</p>
Dimensi Mutu	<i>Timely, Efectivity, Safety</i>
Tujuan	<p>a. Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinik (Good Clinical Governance) berbasis mutu dan keselamatan pasien.</p> <p>b. Terlaksananya skrining cepat pasien dengan SARI di IGD</p>

Definisi Operasional	<p>a. Persentase pasien dengan Severe Acute Respiratory Infection (SARI) yang mendapatkan penanganan gawat darurat kurang dari 15 menit.sejak pasien tiba di IGD sampai mulai ditangani oleh tenaga medis dan atau perawat</p> <p>b. Severe Acute Respiratory Infection (SARI) adalah Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) berat yang memenuhi kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Riwayat Demam atau demam $\geq 38^{\circ}\text{C}$; 2) Batuk; 3) Tanggal mulai gejala (demam atau batuk) tidak lebih dari 10 hari; dan 4) Memerlukan perawatan rumah sakit
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Presentase
Numerator	Jumlah pasien dengan Severe Acute Respiratory Infection (SARI) yang mendapatkan penanganan gawat darurat kurang dari 15 menit sejak pasien tiba di IGD sampai mulai ditangani oleh tenaga medis dan atau perawat
Denominator	Seluruh pasien yang memenuhi kriteria SARI yang ditangani di IGD.
Target Pencapaian	$\geq 80\%$
Kriteria:	<p>a) Kriteria Inklusi: Pasien yang memenuhi kriteria SARI dengan diagnosis kerja ISPA, Influenza, COVID-19, dan atau Pneumonia di IGD</p> <p>b) Kriteria Eksklusi: Pasien yang memenuhi kriteria SARI di IGD dengan diagnosis kerja di luar dari ISPA, Influenza, Covid-19, dan atau pneumonia.</p>
Formula	$(\text{Jumlah pasien dengan Severe Acute Respiratory Infection (SARI) yang mendapatkan penanganan gawat darurat kurang dari 15 menit sejak pasien tiba di IGD sampai mulai ditangani oleh tenaga medis dan atau perawat} \div \text{seluruh pasien yang memenuhi kriteria SARI yang ditangani di IGD}) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medis
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
Besar Sampel	Total Sampling
Cara Pengambilan Sampel	Total Sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

46. Pelayanan Pasien Difteri Sesuai Dengan Alur Klinis (Clinical Pathway)

Dasar Pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> a. Permenkes Nomor 1438/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran b. Permenkes Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah. c. Difteri merupakan salah satu penyakit infeksi emerging yang sangat menular dan dapat terjadi komplikasi jika tidak dilakukan manajemen klinik yang adekuat.
Dimensi Mutu	<i>Efektif (effective), Tepat waktu (timely), Efisien (efficient)</i>
Tujuan	Terwujudnya penyelenggaraan sistem Manajemen Klinik (Good clinical Governance) berbasis mutu dan keselamatan pasien
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> a. Kesesuaian pelayanan pasien Difteri dengan alur klinis (clinical pathway) adalah penatalaksanaan pasien difteri anak dan dewasa tanpa komplikasi yang sesuai dengan alur klinis Difteri b. Pasien difteri adalah pasien anak dan dewasa dengan gejala faringitis, tonsillitis, laryngitis, trakeitis, atau kombinasinya disertai demam tidak tinggi dan adanya pseudomembran putih keabu-abuan yang sulit lepas, mudah berdarah apabila dilepas/dilakukan manipulasi. c. Alur klinis (Clinical pathway) adalah panduan yang digunakan untuk melakukan tindakan klinis dalam penatalaksanaan pasien Difteri yang diintegrasikan pada berkas rekam medis.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Presentase
Numerator	Jumlah pasien difteri anak dan dewasa tanpa komplikasi yang ditangani sesuai dengan alur klinis (CP)
Denominator	Jumlah seluruh pasien difteri anak dan dewasa tanpa komplikasi yang dirawat
Target Pencapaian	≥ 80%
Kriteria:	<ul style="list-style-type: none"> a. Kriteria Inklusi: Pasien difteri anak dan dewasa tanpa komplikasi b. Kriteria Eksklusi: <ul style="list-style-type: none"> 1) Pasien difteri anak dan dewasa dengan komplikasi 2) Pasien difteri yang tidak mendapatkan ADS tepat waktu karena kekosongan logistik dari Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota dan keterlambatan proses persetujuan Komite Ahli.
Formula	$(\text{Jumlah pasien difteri anak dan dewasa tanpa komplikasi yang ditangani sesuai dengan alur klinis (CP)} \div \text{Jumlah seluruh pasien difteri anak dan dewasa tanpa komplikasi yang dirawat}) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medis
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
Besar Sampel	Total Sampling

Cara Pengambilan Sampel	Total Sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

MATA

47. Endoftalmitis Pasca Operasi Katarak

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Effective, safety</i>
Tujuan	Meningkatkan kualitas pelayanan Operasi Katarak
Definisi Operasional	Endoftalmitis Pasca Operasi katarak adalah peradangan berat yang melibatkan segmen anterior dan segmen posterior bola mata dalam satu minggu setelah operasi katarak yang disebabkan masuknya organisme mikroba kedalam mata selama berjalannya operasi
Jenis Indikator	Proses & Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah kejadian endophthalmitis pasca operasikatarak
Denominator	Jumlah total operasi katarak
Target Pencapaian	$\leq 1,2 \%$
Kriteria:	<p>a. Kriteria Inklusi: Semua pasien dengan diagnosis endoftalmitis pasca operasi katarak (baik phacoemusifikasi atau SICS), baik kultur hasil positif maupun negatif, katarak yang diangkat semuanya murni karena usia</p> <p>b. Kriteria Eksklusi: Pasien yang menjalani prosedur bedah katarakkombinasi dengan bedah glaukoma, katarak akibat trauma, operasi katarak pada anak (Batasan yang tidak termasuk dalam cakupan pengukuran indikator)</p>
Formula	$(\text{Jumlah kejadian endoftalmitis pasca operasi katarak} \div \text{Jumlah total operasi katarak}) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medis
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

48. Angka kejadian endoftalmitis paska injeksi anti-VEGF Intravitreal

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Keselamatan Pasien
Tujuan	Tercapainya angka kejadian endoftalmitis paska injeksi anti VEGF intravitreal
Definisi Operasional	a. Angka kejadian endoftalmitis paska injeksi anti VEGF intravitreal dibawah 1,1% b. Persentase angka kejadian endoftalmitis paska injeksi anti VEGF intravitreal adalah jumlah kejadian endoftalmitis paska injeksi anti VEGF intravitreal dibagi jumlah tindakan injeksi anti VEGF intra vitreal
Jenis Indikator	Proses & Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	jumlah kejadian endoftalmitis paska injeksi anti VEGF intravitreal
Denominator	jumlah tindakan injeksi anti VEGF intra vitreal
Target Pencapaian	$\leq 1,1 \%$
Kriteria:	a. Kriteria Inklusi Seluruh tindakan injeksi intra vitreal b. Kriteria Eksklusi Tindakan injeksi intra vitreal selain anti VEGF
Formula	$(\text{jumlah kejadian endoftalmitis paska injeksi anti VEGF intravitreal} \div \text{jumlah tindakan injeksi anti VEGF intra vitreal}) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medis
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

49. Penurunan Tekanan Intraokular 1 bulan pasca Trabekulektomi pada POAG dan PACG

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Keselamatan Pasien
Tujuan	Menyelenggarakan pelayanan bermutu menuju RS Unggulan Rujukan Regional

Definisi Operasional	a. Penurunan TIO adalah selisih TIO 1 bulan paska trabekulektomi dikurangi TIO sebelum dilakukan trabekulektomi (sebelum pemberian mannitol) b. Persentase penurunan TIO adalah selisih penurunan TIO 1 bulan paska trabekulektomi dikurangi TIO sebelum trabekulektomi, kemudian dibagi TIO sebelum trabekulektomi x 100%
Jenis Indikator	Proses & Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Pasien dengan TIO < 21 mmHg atau penurunan TIO >30% 1 bulan pasca Trabekulektomi
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dilakukan trabekulektomi
Target Pencapaian	≥ 80%
Kriteria:	a. Kriteria Inklusi Semua pasien POAG dan PACG yang belum pernah menjalani operasi glaukoma sebelumnya b. Kriteria Eksklusi Pasien dengan data tidak lengkap/ tidak kontrol 1 bulan
Formula	(Pasien dengan TIO < 21 mmHg atau penurunan TIO >30% 1 bulan pasca Trabekulektomi ÷ Jumlah seluruh pasien yang dilakukan trabekulektomi) x 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medis
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

ORTOPEDI

50. Pasien fraktur terbuka dengan emergency respon time 2 < 120 menit

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	<i>Safety, Effective, Timely, People-Centred, Efficient</i>
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	a. <i>Emergency Respon Time 2 (ERT 2)</i> adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito. Dimulai sejak diputuskannya operasi oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien/ DPJP (termasuk inform consent pasien/keluarga & konsultasi anestesi/ bidang terkait) sampai dimulainya insisi di kamar operasi (<i>from decision to incision</i>) yaitu ≤ 120 menit (pada RS Khusus Ortopedi) atau ≤ 240 menit (pada RS Umum)

	b. Persentase capaian pasien dengan <i>emergency respon time</i> $2 \leq 120$ menit (pada RS Khusus Ortopedi) atau ≤ 240 menit (pada RS Umum) adalah jumlah pasien yang dilakukan operasi cito dengan waktu ≤ 120 menit (pada RS Khusus Ortopedi) atau ≤ 240 menit (pada RS Umum) dibagi jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi cito dalam bentuk persentase
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien dengan ERT $2 \leq 120$ menit (pada RS Khusus Ortopedi) atau ≤ 240 menit (pada RS Umum)
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi cito
Target Pencapaian	$\geq 80\%$ pada RS Khusus Ortopedi dan $\geq 60\%$ pada RS Umum
Kriteria:	a. Kriteria Inklusi: Pasien IGD yang diputuskan operasi cito pada fraktur terbuka b. Kriteria Eksklusi: 1) Operasi cito yang membutuhkan puasa > 2 jam sejak diputuskan harus operasi 2) Pasien memerlukan perbaikan kondisi umum 3) Terdapat kondisi lain yang mengancam nyawa 4) Kasus open fraktur yang melewati <i>golden periode</i> > 8 jam
Formula	Jumlah pasien dengan ERT $2 \leq 120$ menit (pada RS Khusus Ortopedi) atau ≤ 240 menit (pada RS Umum) \div Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi cito $\times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Observasi
Sumber Data	Rekam medis : jam inform consent (decision) s/d jam iris (incisi) di laporan operasi Catatan : Survey observasi langsung bila jumlah pasien ≤ 50 pasien per bulan
Instrumen Pengambilan Data	Formulir ERT 2
Besar Sampel	Total sampling
Cara Pengambilan Sampel	Observasi Langsung
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

51. Infeksi Luka Operasi pada Fraktur Tertutup

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Judul Indikator	Infeksi Luka Operasi pada Fraktur Tertutup
Dasar Pemikiran	Standar Pelayanan Minimal Kementerian Kesehatan
Dimensi Mutu	<i>Efektivitas dan Keselamatan pasien operasi fraktur tertutup</i>

Tujuan	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi luka operasi pada fraktur tertutup adalah infeksi yang terjadi pada daerah insisi luka operasi pada fraktur tertutup dalam waktu 30 hari tanpa implan dan 90 hari dengan implan pasca bedah Kriteria memenuhi salah satu sebagai berikut: a. Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang di atas fascia b. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik c. DPJP menyatakan terjadi infeksi luka operasi dengan tanda sebagai berikut ini: nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah kasus infeksi luka operasi (ILO) fraktur tertutup
Denominator	Jumlah seluruh tindakan operasi fraktur tertutup
Target Pencapaian	$\leq 2\%$
Kriteria:	a. Kriteria Inklusi: Kasus operasi tertutup baik urgent maupun elektif b. Kriteria Eksklusi: Fraktur terbuka Fraktur yg sdh dilakukan operasi di RS sebelumnya
Formula	$(\text{Jumlah kasus infeksi fraktur tertutup}) \div (\text{Jumlah seluruh tindakan operasi fraktur tertutup}) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Observasi
Sumber Data	Rekam medik
Instrumen Pengambilan Data	Rekam medik
Besar Sampel	Total sampling (non Random Sampling)
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

52. Waktu tunggu operasi urgent

Dasar Pemikiran	Dalam rangka mewujudkan pelayanan bermutu setara World Class Hospital dan meningkatkan tata Kelola klinis di rumah sakit vertikal kementerian kesehatan, perlu disusun suatu standar klinis sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan bedah ortopedi dan penjadwalan operasi
Definisi Operasional	Waktu Tunggu Operasi Urgan adalah Rata-rata tenggang waktu sejak pasien masuk rawat inap dengan rencana operasi sampai dengan operasi dilaksanakan, dengan kriteria pada operasi fraktur tertutup tanpa komorbid dan tanpa <i>multiple injury</i>

	(cedera kepala, thorax, abdomen/perut, ginjal dan kandung kemih)
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien dengan waktu tunggu operasi urgen ≤ 24 jam
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien dengan operasi urgen
Target	$\geq 80\%$
Kriteria	<p>a. Kriteria Inklusi: Pasien yang masuk rawat inap melalui Instalasi Gawat Darurat (IGD) dengan rencana operasi</p> <p>b. Kriteria Eksklusi: Operasi dibatalkan karena kondisi pasien yang tidak memungkinkan dilakukan operasi (fraktur disertai komorbid dan atau <i>multiple injury</i>), ditunda/dibatalkan atas permintaan keluarga, fasilitas (ruangan atau peralatan tidak dapat dipakai disebabkan kondisi diluar kendali manajemen).</p>
Formula	$(\text{Jumlah pasien dengan waktu tunggu operasi urgen} \leq 24 \text{ jam} \div \text{Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien dengan operasi urgen}) \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Observasi
Sumber Data	Rekam Medis: Jam Inform concent (decision) s/d Jam iris (incisi) dilaporan operasi Catatan: Survey observasi langsung bila jumlah pasien ≤ 50 pasien per bulan
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Waktu Tunggu Operasi Urgen
Besar Sampel	Total sampling (non Random Sampling)
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

BAB III
MEKANISME PELAPORAN DAN PERHITUNGAN
CAPAIAN INDIKATOR KINERJA DIREKTUR UTAMA

A. *Timeline* Penyampaian Pelaporan

Keterangan	Waktu
Peyampaian data capaian Indikator Kinerja Direktur Utama kepada Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	Paling lambat tanggal 15 pada bulan berikutnya
Verifikasi data oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	Paling lambat tanggal 22 pada bulan berikutnya
Peyampaian hasil perhitungan	Paling lambat tanggal 24 pada bulan berikutnya
Pembayaran Insentif Kinerja	Setelah menerima hasil perhitungan capaian kinerja

B. Perhitungan Capaian

Capaian kinerja dihitung berdasarkan kumulatif dari seluruh indikator kinerja direktur utama dengan nilai maksimal 100% (seratus persen). Dengan perhitungan sebagai berikut:

1. Konversi capaian setiap indikator

Masing-masing indikator memiliki bobot yang sama. Hasil konversi memiliki rentang antara 0% - 150%. Dalam hal persentase capaian terhadap target bernilai negatif, maka akan dibulatkan ke 0% dan dalam hal persentase capaian terhadap target bernilai >150%, maka dibulatkan menjadi 150%. Konversi capaian setiap indikator dihitung dengan cara sebagai berikut:

a. Indikator dengan tipe *minimize*

$$\text{Rumus konversi} = (\text{Target} \div \text{Capaian}) \div \text{jumlah indikator}$$

b. Indikator dengan tipe *maximize*

$$\text{Rumus konversi} = (\text{Capaian} \div \text{Target}) \div \text{jumlah indikator}$$

2. Hasil capaian kinerja

Setelah dilakukan konversi capaian setiap indikator, dilakukan penjumlahan dari persentase capaian seluruh indikator. Matriks perhitungan capaian kinerja dapat dilihat pada tabel berikut:

No	Indikator	Target	Capaian	Konversi Capaian
[c]	[b]	[c]	[d]	[e]
1	Waktu Tunggu Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	≥80%		$((d) \div [c])$
2	Persentase Pengguna Pendaftaran Online	≥70%		$((d) \div [c])$
3	Integrasi Rekam Medis Elektronik dan Kesesuaian Pengiriman Data ke SATUSEHAT	≥75%		$((d) \div [c])$
5	Implementasi Pola Remunerasi	100%		$((d) \div [c])$
5	Implementasi Pola Tarif	100%		$((d) \div [c])$
6	Kualitas Klaim Jaminan Kesehatan Nasional ke BPJS Kesehatan	≥90%		$((d) \div [c])$
7	Porsi Pendapatan Non Jaminan Kesehatan Nasional terhadap Pendapatan Operasional	≥15%		$((d) \div [c])$
8	Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan Operasional	≤50%		$((c) \div [d])$
9	Rasio Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) terhadap Beban Operasional	≥65%		$((d) \div [c])$
10	Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA) Margin	≥10%		$((d) \div [c])$
11	Rasio Beban Persediaan Farmasi terhadap Pendapatan Operasional	≤25%		$((c) \div [d])$
12	Jangka Waktu Penerimaan Pembayaran Piutang (Days Receivable Turnover)	≤40 hari		$((c) \div [d]) \times 100\%$
13	Akurasi Proyeksi Pendapatan Badan Layanan Umum dan	3,5		$([d] \div [c]) \times 100\%$
14	Indikator Klinis sesuai layanan unggulan	Sesuai indikator		Indikator maximize:
15	Indikator Klinis sesuai layanan unggulan	Sesuai indikator		$((d) \div [c])$ Indikator minimize: $((c) \div [d])$
Capaian Indikator Kinerja Direktur Utama				$(\text{Jumlah 1-15}) : 15$
Kelebihan Capaian = $\text{Capaian Indikator Kinerja} - 100\%$				

BAB IV MONITORING DAN EVALUASI

Evaluasi terhadap Indikator kinerja Direktur Utama dilakukan oleh Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun dengan mengkaji/meneliti capaian Indikator Kinerja Direktur Utama, dan mengevaluasi dari efektifitas Indikator kinerja Direktur Utama di Rumah Sakit Kementerian Kesehatan.

Monitoring dan evaluasi kinerja Direktur Utama rumah sakit vertikal dilakukan dalam rangka memantau capaian target dan kendala pencapaian indikator kinerja direktur utama. Maka dari itu diharapkan hasil monitoring dan evaluasi menjadi bahan pembinaan rumah sakit dan pertimbangan dalam menentukan arah dan strategi kebijakan kinerja direktur utama pada tahun berikutnya.

BAB V
PENUTUP

Pemberian insentif kinerja diberikan dengan dasar hasil penilaian terhadap indikator yang telah disusun oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan melibatkan Kementerian Keuangan.

Pemberian insentif diharapkan dapat memberikan motivasi bagi direktur utama pegawai dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, profesional dan bertanggung jawab serta menunjukkan kinerja yang tinggi sehingga rumah sakit dapat bersaing baik ditingkat nasional maupun internasional dalam memberikan pelayanan kesehatan.

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,

ttd.

AZHAR JAYA

Salinan sesuai dengan aslinya
Ketua Tim Kerja Hukum
Sekretariat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan



Rico Mardiansyah, SH, MH
NIP. 198603192010121004