



"MELAYANI DENGAN SENYUM"

RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

**KEPUTUSAN DIREKTUR RSU. MITRA MEDIKA MEDAN
NOMOR : 029/SK/DIR/RSMM/IX/2016
TENTANG
PENETAPAN INDIKATOR AREA MANAJERIAL
RSU. MITRA MEDIKA MEDAN**

- Menimbang : 1. bahwa dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu dan aman kepada pasien di RSU. Mitra Medika Medan diperlukan upaya-upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
2. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada point (1) diatas, dipandang perlu menetapkan Keputusan Direktur tentang Penetapan Indikator Area Manajerial di RSU. Mitra Medika Medan.
- Mengingat : 1. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
2. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien RS;
4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/2008 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **KEPUTUSAN DIREKTUR RSU. MITRA MEDIKA MEDAN
TENTANG PENETAPAN INDIKATOR AREA MANAJERIAL
RSU. MITRA MEDIKA MEDAN.**
- KESATU : Judul indikator dan profil indikator sebagaimana dimaksud (terlampir);
- KEDUA : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan maka akan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Medan
Pada Tanggal : 19 September 2016

Direktur

dr. Arifah Deyi Fitriani, M.Kes

Tembusan :

1. Arsip



"MELAYANI DENGAN SENYUM"

RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

Lampiran
Penetapan Indikator Area Manajerial RSU.
Mitra Medika Medan
Nomor : 029/SK/DIR/RSM/IX/2016
Tanggal : 19 September 2016

INDIKATOR AREA MANAJERIAL RSU. MITRA MEDIKA MEDAN

No	JUDUL INDIKATOR	STANDAR
1	Ketersediaan obat di rumah sakit	100% Tersedia
2	Ketepatan waktu pelaporan insiden ke Sub KPRS	2 x 24 jam
3	Kejadian tertusuk jarum suntik di rawat inap	0
4	Utilisasi ruang VIP	80%
5	Kepuasan pasien rawat inap	90%
6	Kepuasan staf RS	80%
7	Demografi pasien dengan diagnosis klinik DHF	100%
8	<i>Cost Recovery Rate</i>	40%
9	Ketaatan penggunaan alat pelindung diri bagi perawat dan dokter di ruangan rawat inap.	80%



"MELAYANI DENGAN SENYUM"

RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

PROFIL KAMUS INDIKATOR AREA MANAJERIAL

a. Pengadaan rutin alkes dan obat penting untuk memenuhi kebutuhan pasien

INDIKATOR : AREA MANAJEMEN	
Judul Indikator	Ketersediaan obat di rumah sakit
Definisi Operasional	Ketersediaan obat di rumah sakit adalah tersedianya kebutuhan obat sesuai dengan formularium rumah sakit.
Tujuan peningkatan mutu	Tergambarnya mutu manajemen obat dengan ketersediaan stok obat sesuai formularium rumah sakit
Numerator	Tersedianya obat sesuai kebutuhan pasien dan sesuai dengan formularium
Denominator	-
Sumber data	Farmasi
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi
Alasan pemilihan indikator	Ketersediaan obat sesuai formularium ini merupakan alat ukur untuk mengetahui manajemen obat yang dilaksanakan di rumah sakit . Apabila obat telah dipenuhi oleh rumah sakit maka kekosongan pelayanan obat tidak akan terjadi.
Type indikator	<input checked="" type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome
JANGKA WAKTU LAPORAN	
Frekuensi penilaian data	Setiap bulan
Metodologi pengumpulan data	<i>Retrospective</i>
Target sampel dan sample size	Jumlah sampel per bulan 100% populasi
Area monitoring	Instalasi farmasi
Standar	100% Tersedia
Pengumpulan data dan analisis data	Pengumpulan data oleh Instalasi Farmasi kemudian setiap bulannya data akan dilaporkan kepada Sub Peningkatan Mutu dan dilanjutkan dengan pelaporan data ke Direktur. Secara umum setiap 3 bulan data akan dianalisa dan dilaporkan ke Dewan Pengawas dan Yayasan serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah sakit bulan yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP.
Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi, media elektronik (<i>TV Display</i>), mading dan <i>website</i> RS.
Nama alat audit	-



"MELAYANI DENGAN SENYUM"

RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

b. Pelaporan aktivitas yang diwajibkan oleh peraturan perundang – undangan

INDIKATOR : AREA MANAJEMEN																																																																			
Judul Indikator	Ketepatan waktu pelaporan insiden ke Sub KPRS																																																																		
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pelaporan insiden adalah pelaporan insiden yang dilakukan maksimal 2 x 24 jam setelah terjadi insiden.																																																																		
Tujuan peningkatan mutu	Tergambarnya mutu rumah sakit dengan adanya pelaporan setiap insiden yang terjadi maksimal 2 x 24 jam, sehingga setiap insiden dapat ditindaklanjuti dengan cepat demi terciptanya lingkungan rumah sakit yang berkualitas dan <i>safety</i> .																																																																		
Numerator	Seluruh Insiden yang dilaporkan 2 x 24 jam																																																																		
Denominator	Seluruh insiden yang dilaporkan																																																																		
Sumber data	Form Pelaporan Insiden																																																																		
Penanggung jawab	Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit																																																																		
Alasan pemilihan indikator	Insiden merupakan suatu keadaan, perubahan atau tindakan yang dapat meningkatkan resiko pada pasien, pengunjung maupun staf RS. Pelaporan ini bertujuan sebagai pembelajaran dari insiden dan tindaklanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang diakibatkan melakukan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.																																																																		
Type indikator	Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses Outcome																																																																		
JANGKA WAKTU LAPORAN																																																																			
Frekuensi penilaian data	Setiap bulan																																																																		
Metodologi pengumpulan data	<i>Retrospective</i>																																																																		
Target sampel dan sample size	Jumlah sampel per bulan 100% populasi																																																																		
Area monitoring	Rawat inap																																																																		
Standar	2 x 24 jam																																																																		
Pengumpulan data dan analisis data	Pengumpulan data dilaksanakan oleh Bagian Pelaporan Sub-KPRS kemudian setiap bulannya, data akan dilaporkan kepada Ketua Sub KPRS dan dilanjutkan dengan pelaporan data ke Direktur. Secara umum data akan dianalisa dan dilaporkan ke Dewan Pengawas dan Yayasan serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah sakit setiap 3 bulan yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP.																																																																		
Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi, media elektronik (<i>TV Display</i>), mading dan <i>website</i> RS.																																																																		
Nama alat audit	<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Tgl Insiden</th> <th>Tgl Pelaporan</th> <th>Jenis Insiden</th> <th>Ruangan</th> <th>Keterangan Tepat waktu / Tidak</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	No	Tgl Insiden	Tgl Pelaporan	Jenis Insiden	Ruangan	Keterangan Tepat waktu / Tidak																																																												
No	Tgl Insiden	Tgl Pelaporan	Jenis Insiden	Ruangan	Keterangan Tepat waktu / Tidak																																																														



"MELAYANI DENGAN SENYUM"

RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

c. Manajemen Risiko

INDIKATOR : AREA MANAJEMEN																																				
Judul Indikator	Kejadian tertusuk jarum suntik di rawat inap																																			
Definisi Operasional	Kejadian tertusuk jarum suntik adalah keadaan dimana petugas kesehatan terpajan jarum bekas pakai sesaat setelah melakukan tindakan invasif.																																			
Tujuan peningkatan mutu	Mengetahui peran manajemen rumah sakit dalam mengidentifikasi insiden tertusuk jarum serta kualitas manajemen dalam perlindungan petugas																																			
Numerator	Jumlah insiden tertusuk jarum (orang)																																			
Denominator	-																																			
Sumber data	Laporan Sub Manajemen Risiko dan Komite PPI																																			
Penanggung jawab	Komite PPI RS																																			
Alasan pemilihan indikator	Manajemen ini perlu dilaksanakan untuk mencegah terjadinya insiden yang terus menerus. Pencegahan ini dapat terlaksana jika insiden ini dapat teridentifikasi secara rutin melalui manajemen risiko																																			
Type indikator	Struktur Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome																																			
JANGKA WAKTU LAPORAN																																				
Frekuensi penilaian data	1 bulan																																			
Metodologi pengumpulan data	<i>Retrospective</i>																																			
Target sampel dan sample size	Jumlah sampel per bulan 100% populasi																																			
Area monitoring	Rawat Inap																																			
Standar	0																																			
Pengumpulan data dan analisis data	Pengumpulan data dilaksanakan oleh IPCN, kemudian setiap bulan data akan dilaporkan kepada Sub Manajemen Risiko dan Direktur. Secara umum setiap 3 bulan data akan dianalisa dan dilaporkan ke Dewan Pengawas dan Yayasan serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah sakit yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP.																																			
Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi, media elektronik (<i>TV Display</i>), mading dan <i>website</i> RS.																																			
Nama alat audit	<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Tanggal</th> <th>Ruangan</th> <th>Nama petugas yang tertusuk jarum suntik</th> <th>Keterangan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	No	Tanggal	Ruangan	Nama petugas yang tertusuk jarum suntik	Keterangan																														
No	Tanggal	Ruangan	Nama petugas yang tertusuk jarum suntik	Keterangan																																



"MELAYANI DENGAN SENYUM"

RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

d. Manajemen Penggunaan Sumber Daya

INDIKATOR : AREA MANAJEMEN																							
Judul Indikator	Utilisasi ruang VIP																						
Definisi Operasional	Hitungan hari pemakaian ruang VIP adalah pemanfaatan ruang VIP sesuai dengan peruntukannya.																						
Tujuan peningkatan mutu	Mengetahui persentase penggunaan ruangan VIP																						
Numerator	Jumlah penggunaan ruangan VIP sesuai dengan peruntukannya dalam 1 bulan																						
Denominator	Jumlah penggunaan ruang VIP dalam satu bulan																						
Sumber data	Register rawat inap RSU. Mitra Medika																						
Penanggung jawab	Kepala Ruangan VIP																						
Alasan pemilihan indikator	Untuk mengetahui penggunaan ruangan VIP setiap harinya sesuai dengan penggunaan seharusnya																						
Type indikator	<input checked="" type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome																						
JANGKA WAKTU LAPORAN																							
Frekuensi penilaian data	Setiap bulan																						
Metodologi pengumpulan data	<i>Retrospective</i>																						
Target sampel dan sample size	Jumlah sampel per bulan 100% populasi																						
Area monitoring	Rawat Inap																						
Standar	80%																						
Pengumpulan data dan analisis data	Pengumpulan data dilaksanakan oleh Kepala Ruangan sebagai informasi awal untuk unit masing – masing, kemudian data akan dilaporkan kepada Sub Peningkatan Mutu, dilanjutkan dengan pelaporan data ke Direksi. Secara Umum setiap 3 bulan data akan dianalisa dan dilaporkan ke Dewan Pengawas dan Yayasan serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah sakit yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP																						
Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi dan <i>banner</i>																						
Nama alat audit	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">Tanggal</th> <th colspan="2">Penggunaan Ruang VIP</th> </tr> <tr> <th>Ada</th> <th>Tidak ada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	No	Tanggal	Penggunaan Ruang VIP		Ada	Tidak ada																
No	Tanggal			Penggunaan Ruang VIP																			
		Ada	Tidak ada																				



"MELAYANI DENGAN SENYUM"

RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

e. Harapan dan Kepuasan Pasien

INDIKATOR : AREA MANAJEMEN																													
Judul indikator	Kepuasan pasien rawat inap																												
Definisi Operasional	Kepuasan pasien rawat inap adalah persepsi pasien terhadap mutu pelayanan berdasarkan elemen – elemen tingkat kepuasan pelanggan yang ditetapkan.																												
Tujuan peningkatan mutu	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan berdasarkan elemen-elemen tingkat kepuasan pelanggan yang ditetapkan.																												
Numerator	Jumlah pasien yang menyatakan puas terhadap pelayanan rumah sakit dalam satu bulan																												
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disurvei dalam bulan yang sama																												
Sumber data	Kuesioner kepuasan pasien																												
Penanggung jawab	<i>Customer Service</i>																												
Alasan pemilihan indikator	Kepuasan pelanggan menggambarkan kualitas pelayanan yang diberikan. Hal ini berarti bahwa citra kualitas yang baik bukanlah berdasar sudut pandang atau persepsi pihak penyedia jasa, melainkan berdasarkan sudut pandang dan persepsi pelanggan.																												
Type indikator	Struktur Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome																												
JANGKA WAKTU LAPORAN																													
Frekuensi penilaian data	Setiap Bulan																												
Metodologi pengumpulan data	<i>Retrospective</i>																												
Target sampel dan sample size	Target sampel perbulan 100% populasi																												
Area monitoring	Rawat Inap																												
Standar	90%																												
Pengumpulan data dan analisis data	Pengumpulan data dilaksanakan oleh Kepala Ruang Rawat Inap kemudian di berikan ke <i>Customer Service</i> untuk menginput data dan dilaporkan ke Sub Peningkatan Mutu kemudian dilaporkan kepada Direktur RS. Secara umum setiap 3 bulan data akan dianalisa dan dilaporkan ke Dewan Pengawas dan Yayasan serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah sakit yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP.																												
Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi, media elektronik (<i>TV Display</i>), mading dan <i>website</i> RS.																												
Nama alat audit	<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Ruangan / Lantai</th> <th>Jumlah pasien yang menyatakan puas</th> <th>Jumlah pasien yang menyatakan tidak puas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	No	Ruangan / Lantai	Jumlah pasien yang menyatakan puas	Jumlah pasien yang menyatakan tidak puas																								
No	Ruangan / Lantai	Jumlah pasien yang menyatakan puas	Jumlah pasien yang menyatakan tidak puas																										



"MELAYANI DENGAN SENYUM"

RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

f. Harapan dan Kepuasan Staf

INDIKATOR : AREA MANAJEMEN																				
Judul indikator	Kepuasan staf RS																			
Definisi Operasional	Kepuasan staf RS adalah persepsi staf terhadap perihal kebijakan yang berlaku di perusahaan. Kebijakan tersebut akan ditetapkan oleh pihak manajemen sebagai upaya agar tercapai suatu tingkat kesesuaian antara harapan staf dengan harapan manajemen rumah sakit.																			
Tujuan peningkatan mutu	Tergambarnya persepsi pegawai terhadap elemen – elemen kepuasan pegawai yang ditetapkan rumah sakit																			
Numerator	Jumlah pegawai yang menyatakan puas terhadap elemen – elemen kepuasan pegawai yang ditetapkan rumah sakit dalam 1 tahun																			
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang disurvei dalam periode yang sama																			
Sumber data	Kepegawaian RS																			
Penanggung jawab	Kepala Bagian Kepegawaian RS																			
Alasan pemilihan indikator	Kepuasan kerja karyawan adalah terpenuhi atau tidaknya keinginan mereka terhadap pekerjaan. Apabila dalam lingkungan kerja seorang karyawan tidak mendapatkan apa yang diharapkan diantaranya peluang promosi yang adil, pendapatan yang baik, rekan kerja dan atasan yang menyenangkan serta kepuasan terhadap pekerjaan itu sendiri maka dapat dipastikan kinerja karyawan akan buruk																			
Type indikator	Struktur Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome																			
JANGKA WAKTU LAPORAN																				
Frekuensi penilaian data	Setiap tahun																			
Metodologi pengumpulan data	<i>Retrospective</i>																			
Target sampel dan sample size	Jumlah sampel pertahun 100% populasi																			
Area monitoring	Seluruh area RS																			
Standar	80%																			
Pengumpulan data dan analisis data	Pengumpulan data dilaksanakan oleh Kepegawaian RS dan dilaporkan kepada Sub Peningkatan Mutu dilanjutkan dengan pelaporan data ke Direksi. Secara umum setiap 3 bulan data akan dianalisis dan dilaporkan ke Dewan Pengawas dan Direktur RS serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah sakit yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP.																			
Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi, media elektronik (<i>TV Display</i>), mading dan <i>website</i> RS.																			
Nama alat audit	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th colspan="3">Kepuasan staf RSU. Mitra Medika</th> </tr> <tr> <th>Sangat Puas</th> <th>Puas</th> <th>Tidak Puas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	No	Kepuasan staf RSU. Mitra Medika			Sangat Puas	Puas	Tidak Puas												
No	Kepuasan staf RSU. Mitra Medika																			
	Sangat Puas	Puas	Tidak Puas																	



"MELAYANI DENGAN SENYUM"

RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

g. Demografi Pasien dan Diagnosis Klinis

INDIKATOR : AREA MANAJEMEN																																			
Judul indikator	Demografi pasien dengan diagnosis klinik DHF																																		
Definisi Operasional	Demografi pasien dengan diagnosis klinik DHF yang dimaksud : 1. Tempat tinggal 2. Pendidikan 3. Umur 4. Jenis Kelamin																																		
Tujuan peningkatan mutu	Tergambarnya demografi pasien dengan diagnosis klinik DHF untuk dapat dilaksanakan pelaporan dengan cepat dan tindak lanjutnya																																		
Numerator	Jumlah seluruh pasien dengan diagnosa DHF di rawat inap																																		
Denominator	-																																		
Sumber data	Rekam Medis																																		
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medis																																		
Alasan pemilihan indikator	Pencatatan yang regular sangat diperlukan untuk memberikan informasi kepada unit kesehatan masyarakat dalam rangka kegiatan preventif untuk mengurangi penyebaran penyakit yang dapat terjadi																																		
Type indikator	Struktur Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome																																		
JANGKA WAKTU LAPORAN																																			
Frekuensi penilaian data	Setiap bulan																																		
Metodologi pengumpulan data	<i>Retrospective</i>																																		
Target sampel dan sample size	Jumlah sampel perbulan 100% populasi																																		
Area monitoring	Instalasi Rekam Medis																																		
Standar	100%																																		
Pengumpulan data dan analisis data	Pengumpulan data dilaksanakan oleh Kepala Instalasi Rekam Medis kemudian setiap bulannya data akan dilaporkan kepada Sub Peningkatan Mutu dilanjutkan dengan pelaporan data ke Direktur. Secara umum setiap 3 bulan data akan dianalisa dan dilaporkan ke Dewan Pengawas dan Direktur RS serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah sakit yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP.																																		
Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi, media elektronik (<i>TV Display</i>), mading dan <i>website</i> RS.																																		
Nama alat audit	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">Nama Diagnosa</th> <th rowspan="2">Kode Diagnosa</th> <th rowspan="2">Umur</th> <th colspan="2">JK</th> <th rowspan="2">Tmpt Tinggal</th> <th rowspan="2">Pendidikan</th> </tr> <tr> <th>L</th> <th>P</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	No	Nama Diagnosa	Kode Diagnosa	Umur	JK		Tmpt Tinggal	Pendidikan	L	P																								
No	Nama Diagnosa					Kode Diagnosa	Umur			JK		Tmpt Tinggal	Pendidikan																						
		L	P																																



"MELAYANI DENGAN SENYUM"

RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

h. Manajemen Keuangan

INDIKATOR : AREA MANAJEMEN													
Judul indikator	<i>Cost Recovery Rate</i>												
Definisi Operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu												
Tujuan peningkatan mutu	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit												
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan												
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan												
Sumber data	Bagian Keuangan RS												
Penanggung jawab	Kepala Bagian Keuangan RS												
Alasan pemilihan indikator	<i>Cost recovery</i> adalah nilai dalam persen yang menunjukkan seberapa besar kemampuan rumah sakit menutup biayanya dengan penghasilan yang mereka dapatkan (<i>revenue</i>)												
Type indikator	Struktur Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome												
JANGKA WAKTU LAPORAN													
Frekuensi penilaian data	Setiap Bulan												
Metodologi pengumpulan data	<i>Retrospective</i>												
Target sampel dan sample size	Jumlah sampel perbulan 100% populasi												
Area monitoring	Bagian Keuangan												
Standar	$\geq 40 \%$												
Pengumpulan data dan analisis data	Pengumpulan data dilaksanakan oleh Kepala Bagian Keuangan kemudian setiap bulannya data akan dilaporkan kepada Sub Peningkatan Mutu dilanjutkan dengan pelaporan data ke Direktur. Secara umum setiap 3 bulan data akan dianalisa dan dilaporkan ke Dewan Pengawas dan Yayasan serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah sakit yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP.												
Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi, media elektronik (<i>TV Display</i>), mading dan <i>website</i> RS.												
Nama alat audit	<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Bulan</th> <th><i>Cost Recovery Rate</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	No	Bulan	<i>Cost Recovery Rate</i>									
No	Bulan	<i>Cost Recovery Rate</i>											



"MELAYANI DENGAN SENYUM"

RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

- i. Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga dan staf

INDIKATOR : AREA MANAJEMEN	
Judul indikator	Ketaatan penggunaan alat pelindung diri bagi perawat dan dokter di ruangan rawat inap.
Definisi Operasional	Ketaatan penggunaan alat pelindung diri ialah kepatuhan petugas kesehatan (perawat dan dokter) dalam menggunakan alat pelindung diri sesuai dengan indikasi (sesuai standar PPI) di ruangan rawat inap.
Tujuan peningkatan mutu	Tergambarnya kepatuhan petugas dalam menjalankan program pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga dan staf rumah sakit.
Numerator	Jumlah petugas kesehatan yang memakai alat pelindung diri (APD) sesuai indikasi (sesuai standar PPI)
Denominator	Jumlah seluruh petugas kesehatan yang diamati dalam 1 bulan
Sumber data	Laporan Komite PPI
Penanggung jawab	Komite PPI
Alasan pemilihan indikator	Keselamatan pasien adalah prioritas utama untuk dilaksanakan di rumah sakit, keselamatan petugas pelayanan kesehatan pun sangatlah penting dalam menjamin semua petugas kesehatan terhindar dari bahaya penyakit akibat kerja dengan kondisi seperti ini layak bagi petugas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien juga memerlukan perlindungan terhadap infeksi dengan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD).
Type indikator	Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses Outcome
JANGKA WAKTU LAPORAN	
Frekuensi penilaian data	Setiap Bulan
Metodologi pengumpulan data	Surveilans (observasi langsung) dengan <i>purposive sampling</i> ketika ada kegiatan yang seharusnya menggunakan APD. Dilakukan oleh Komite PPIRS dengan dimungkinkan melakukan sampling. Dilakukan 5 hari dengan sampling, setiap hari ada 10 orang yang diukur oleh setiap surveyor.
Target sampel dan sample size	Jumlah sampel 100% populasi
Area monitoring	Rawat Inap
Standar	80%
Pengumpulan data dan analisis data	Pengumpulan data dilaksanakan oleh Komite PPI dilanjutkan dengan pelaporan data ke Sub peningkatan Mutu dan dilanjutkan dengan pelaporan data Direktur. Secara umum setiap 3 bulan data akan dianalisa dan dilaporkan ke Dewan Pengawas dan Yayasan serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah



"MELAYANI DENGAN SENYUM"

RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

	sakit yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP.		
Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi, media elektronik (<i>TV Display</i>), mading dan <i>website</i> RS.		
Nama alat audit	Pengamatan	Ya	Tidak
	Apakah petugas kesehatan menggunakan masker pada saat menangani pasien yang terindikasi penyakit menular?		
	Apakah petugas kesehatan menggantungkan masker di leher untuk digunakan kembali?		
	Apakah petugas kesehatan melepaskan masker setelah melepaskan sarung tangan dan mencuci tangan terlebih dahulu?		
	Apakah petugas kesehatan menggunakan sarung tangan saat melakukan tindakan perawatan?		
	Apakah sarung tangan diganti setiap melakukan tindakan pada pasien yang berbeda?		
	Apakah petugas kesehatan menggunakan apron dan sepatuboot saat menolong persalinan normal?		