



RUMAH SAKIT
PUSAT OTAK NASIONAL

PENETAPAN INDIKATOR KINERJA

No. Dokumen

OT.02.02/xxx/x.1/
16587/2019

No. Revisi

2

Halaman

1/3

SPO

Tanggal Terbit

17 Oktober 2019

Ditetapkan :
Direktur Utama

dr. Mursyid Bustami, Sp.S(K), KIC, MARS
NIP. 196209131988031002

PENGERTIAN

1. Penetapan indikator kinerja adalah proses penetapan indikator yang digunakan untuk mengukur capaian kinerja berbagai pelayanan di rumah sakit.
2. Indikator adalah sebuah variabel yang digunakan untuk mengukur perubahan dari suatu fenomena atau proses.

TUJUAN

1. Indikator Klinik dan Manajerial yang dilakukan di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional digunakan untuk menilai kinerja unit/ instansi/ departemen dan perbaikan kinerja yang berkesinambungan.
2. Pendataan indikator diperlukan untuk mengetahui indikator apa yang masih digunakan dan yang perlu digunakan

KEBIJAKAN

Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Nomor : HK.02.04/II/2814/2014 tentang Revisi Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

PROSEDUR

1. Kepala unit/Instalasi/Departemen memberikan usulan indikator mutu masing-masing unit/instalasi/ departemennya kepada direksi berdasarkan pertimbangan:
 - a) Indikator prioritas Rumah Sakit
 - b) Prioritas unit/instalasi/departemen layanan secara spesifik untuk mengurangi variasi, meningkatkan keselamatan untuk tindakan/tata laksana berisiko tinggi, meningkatkan tingkat kepuasan pasien, dan meningkatkan efisiensi
 - c) Evaluasi praktik profesional berkelanjutan dari para profesional pemberi asuhan (PPA).Indikator mutu unit pelayanan meliputi indikator mutu area klinis, indikator mutu area manajemen, indikator mutu penerapan sasaran keselamatan pasien. Sedangkan Indikator mutu unit kerja (non pelayanan) minimal meliputi indikator area manajemen.



**RUMAH SAKIT
PUSAT OTAK NASIONAL**

PENETAPAN INDIKATOR KINERJA

No. Dokumen

OT-02-02/XXXIX-V/
16587/2019

No. Revisi

2

Halaman

2/3

2. Kepala unit/Instalasi/Departemen menentukan target capaian indikator mutu yang diusulkan berdasarkan referensi antara lain, namun tidak terbatas kepada:
 - a) Standar seperti yang ditentukan oleh badan akreditasi atau organisasi profesional ataupun standar yang ditentukan oleh peraturan perundang-undangan;
 - b) Praktik yang diinginkan yang dalam literatur digolongkan sebagai *best practice* (praktik terbaik) atau *better practice* (praktik yang lebih baik) atau *practice guidelines* (panduan praktik klinik).
3. Direksi bersama Komite PMKP menilai kesesuaian indikator yang diusulkan dengan masalah di lapangan, serta mengkoordinasikan bila ada indikator yang sama yang diukur oleh lebih dari satu unit
4. Indikator mutu ditetapkan dan disahkan oleh Direktur Utama dalam bentuk kebijakan.
5. Komite PMKP mengintegrasikan, mengkoordinasikan, serta mensupervisi pengukuran indikator di seluruh rumah sakit.
6. Evaluasi indikator dilakukan setahun sekali atau lebih cepat bila diperlukan.

UNIT TERKAIT

1. Unit / Instalasi terkait
2. Direktur Utama
3. Direktur Pelayanan
4. Bidang Medik
5. Bidang Keperawatan
6. Bidang Penunjang
7. Komite Medik
8. Komite Keperawatan
9. Komite PPI
10. Komite PMKP
11. SPI



RUMAH SAKIT
PUSAT OTAK NASIONAL

PENETAPAN INDIKATOR KINERJA

No. Dokumen

DT-02-02/XXXIX-1/
16587/2019

No. Revisi

2

Halaman

3/3

Alur Penetapan Indikator Kinerja

