

PROFIL INDIKATOR MUTU

A. Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP RS)

1. Sasaran Keselamatan Pasien

- a. Ketepatan Identifikasi Pasien
- Kepatuhan pemasangan gelang identitas pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy

| | |
|----------------------|---|
| Judul Indikator | Kepatuhan pemasangan gelang identitas pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy |
| Dasar Pemikiran | <div>1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien</div> <div>2. Kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien menjadi sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien.</div> <div>3. Untuk menjamin kepatuhan pemasangan gelang identitas maka diperlukan indikator yang mengukur dan memonitor tingkat kepatuhan pemberi pelayanan dalam melakukan proses identifikasi. Dengan adanya indikator tersebut diharapkan pemberi pelayanan akan menjadikan pemasangan gelang identitas pasien sebagai proses rutin dalam proses pelayanan.</div> |
| Dimensi Mutu | Aman |
| Tujuan | Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan pasien dengan cara meningkatkan kepatuhan dalam pemasangan gelang identitas pasien neoplasma/kecurigaan malignancy. |
| Definisi Operasional | <div>1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan</div> <div>2. Pemasangan gelang identitas pasien neoplasma/kecurigaan malignancy dilakukan dengan memperhatikan jenis kelamin pasien dimana untuk jenis kelamin laki-laki diberikan gelang identitas warna biru dan untuk jenis kelamin perempuan diberikan gelang identitas warna merah muda.</div> <div>3. Isi dari gelang identitas pasien terdiri dari nama pasien, tanggal lahir dan nomor rekam medis pasien.</div> <div>4. Pasien neoplasma/kecurigaan malignancy adalah pasien neoplasma/kecurigaan malignancy yang dirawat di RSUD Kelet.</div> |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan pemasangan gelang identitas pasien neoplasma/kecurigaan malignancy secara benar dalam periode observasi |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi |
| Target Pencapaian | 100% |
| Kriteria | Kriteria Inklusi: Semua pemberi pelayanan yang memberikan pelayanan Kesehatan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy. Kriteria Eksklusi: Tidak ada |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan pemasangan gelang identitas secara benar dalam periode observasi}}{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi}}$ |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Hasil observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | Formulir observasi kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien |
| Populasi/Sampel | Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan |
| Penyajian Data | Tabel Run chart |

| | |
|------------------|-----------------------|
| Penanggung Jawab | Kepala unit/ruang IGD |
|------------------|-----------------------|

b. Peningkatan Komunikasi yang Efektif

Kelengkapan verifikasi SBAR dengan TBK pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy

| | |
|------------------------|--|
| Judul Indikator | Kelengkapan verifikasi SBAR dengan TBK pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy |
| Dasar Pemikiran | <ol style="list-style-type: none">1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien2. Kelengkapan verifikasi SBAR dengan TBK menjadi sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien.3. Untuk menjamin kelengkapan verifikasi SBAR dengan TBK maka diperlukan indikator yang mengukur dan memonitor kelengkapan dokumen dalam melakukan proses peningkatan komunikasi yang efektif. Dengan adanya indikator tersebut diharapkan verifikasi SBAR dengan TBK sebagai proses rutin dalam proses pelayanan. |
| Dimensi Mutu | Aman |
| Tujuan | Mengukur kelengkapan verifikasi SBAR dengan TBK sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kelengkapan dokumentasi agar dapat menjamin keselamatan pasien neoplasma/kecurigaan malignancy dengan cara meningkatkan kelengkapan verifikasi SBAR dengan TBK. |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none">1. Kelengkapan verifikasi SBAR dengan TBK dilakukan dengan melihat kelengkapan dokumentasi TBK terdiri dari tanggal, jam, pemberi dan penerima pesan.2. Verifikasi SBAR dengan TBK dilakukan pada saat komunikasi secara tidak langsung antar tenaga medis, tenaga medis dengan tenaga kesehatan lainnya. |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah verifikasi SBAR dengan TBK yang telah terverifikasi dengan lengkap dalam rekam medis pasien neoplasma/kecurigaan malignancy dalam periode observasi |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah verifikasi SBAR dengan TBK yang ada dalam rekam medis pasien neoplasma/kecurigaan malignancy dalam periode observasi |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Target Pencapaian | 100% |
| Kriteria | Kriteria Inklusi: Semua verifikasi SBAR dengan TBK yang ada dalam rekam medis pasien neoplasma/kecurigaan malignancy Kriteria Eksklusi: Tidak ada |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah verifikasi SBAR dengan TBK yang telah terverifikasi dengan lengkap dalam rekam medis dalam periode observasi}}{\text{Jumlah verifikasi SBAR dengan TBK yang ada dalam rekam medis dalam periode observasi}}$ |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Hasil observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | Formulir observasi kelengkapan verifikasi SBAR |
| Populasi/Sampel | Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan |
| Penyajian Data | Tabel Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala unit/ruang |

- c. Peningkatan Keamanan obat yang perlu diwaspadai
- Kepatuhan melakukan double check saat pemberian obat high alert

| | |
|-----------------|--|
| Judul Indikator | Kepatuhan melakukan double check saat pemberian obat high alert |
| Dasar Pemikiran | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan Pasien |

| | |
|----------------------------|---|
| | 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 58 tahun 2014 tentang Standar pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit |
| Dimensi Mutu | Aman |
| Tujuan | Mengukur kepatuhan melakukan double check saat pemberian obat HAM sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien |
| Definisi Operasional | Kepatuhan double check pada pemberian obat HAM adalah kepatuhan perawat ruang rawat inap dan IGD dalam melakukan double check obat HAM yang akan diberikan kepada pasien yang dilakukan oleh dua orang perawat ruang rawat inap atau IGD. |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pemberian obat high alert yang dilakukan double check |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah seluruh pemberian obat high alert dalam periode observasi |
| Target Pencapaian | 100% |
| Kriteria | Kriteria Inklusi: Seluruh pasien yang mendapatkan obat HAM Kriteria Eksklusi: Tidak ada |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah pemberian obat high alert yang dilakukan double check}}{\text{Jumlah seluruh pemberian obat high alert dalam periode observasi}} \times 100\%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Hasil observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | Formulir observasi double check |
| Populasi/Sampel | Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling |

| | |
|-------------------------------------|--------------------|
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan |
| Penyajian Data | Tabel Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala unit/ruang |

d. Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi
Kepatuhan Pelaksanaan site marking pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy

| | |
|----------------------|--|
| Judul Indikator | Kepatuhan Pelaksanaan site marking pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy |
| Dasar Pemikiran | <p>1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien</p> <p>2. Kepatuhan site marking pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien.</p> <p>3. Untuk menjamin kepatuhan site marking pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy maka diperlukan indikator yang mengukur dan memonitor site marking pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy dalam melakukan proses kepastian tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi. Dengan adanya indikator tersebut diharapkan kepatuhan site marking sebagai proses rutin dalam proses pelayanan.</p> |
| Dimensi Mutu | Aman |
| Tujuan | Terwujudnya kepatuhan site marking pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy |
| Definisi Operasional | <i>Site Marking</i> yang dimaksud adalah tindakan pemberian tanda identifikasi khusus untuk penandaan pada daerah yang akan dilakukan tindakan operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (laterality), multiple struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau mulitiple level (tulang belakang) kecuali lokasi operasi yang sudah jelas lokasinya |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |

| | |
|--|---|
| Numerator (Pembilang) | Jumlah site marking pasien neoplasma/kecurigaan malignancy yang dilakukan oleh DPJP |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pasien neoplasma/kecurigaan malignancy yang dilakukan tindakan pembedahan |
| Target Pencapaian | 100% |
| Kriteria | Kriteria Inklusi: Semua pasien neoplasma/kecurigaan malignancy yang menjalani Tindakan pembedahan Kriteria Eksklusi: Jika lokasi operasi sudah jelas |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah site marking pasien neoplasma/malignancy yang dilakukan oleh DPJP}}{\text{jumlah pasien neoplasma/malignancy yang dilakukan pembedahan}}$ |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Hasil observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | Formulir observasi site marking pasien neoplasma/kecurigaan malignancy |
| Populasi/Sampel | Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan |
| Penyajian Data | Tabel Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala unit/ruang IBS |

- e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan Kesehatan
- Kepatuhan kebersihan tangan dalam melakukan perawatan pasien neoplasma/kecurigaan malignancy

| | |
|----------------------|---|
| Judul Indikator | Kepatuhan melakukan cuci tangan dalam melakukan perawatan pasien neoplasma/kecurigaan malignancy |
| Dasar Pemikiran | <ol style="list-style-type: none">1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien2. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).4. Rumah sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai dengan ketentuan WHO. |
| Dimensi Mutu | Aman |
| Tujuan | Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none">1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (alcohol-based handrubs) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor.2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO.3. Lima indikasi (five moment) kebersihan tangan terdiri dari:<ol style="list-style-type: none">a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien.b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien.c. Sebelum melakukan prosedur aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, contoh : pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, suctioning, pemberian suntikan dan lain-lain. |

| | |
|-------------------------------|---|
| | <p>d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD.</p> <p>e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien.</p> <p>f. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</p> <p>g. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.</p> |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi |
| Target | ≥85% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | <p>Kriteria Inklusi :</p> <p>Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy</p> <p>Kriteria Eksklusi :</p> <p>Tidak ada</p> |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100 \%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |

| | |
|---|--|
| Sumber Data | Hasil observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | Formulir kepatuhan kebersihan tangan |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | Minimal 200 Peluang Non probability Sampling – Consecutive sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulanan, Tahunan |
| Penyajian Data | <input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Run chart |
| Penanggung Jawab | Tim PPI RS |

- f. Pengurangan risiko pasien jatuh
- Kelengkapan assessment resiko jatuh pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy

| | |
|-----------------------|---|
| Judul Indikator | Kelengkapan assessment resiko jatuh pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy |
| Dasar Pemikiran | Indikator Mutu Standar Pelayanan Medis (SPM) |
| Dimensi Mutu | Aman, Berorientasi pasien |
| Tujuan | Mengidentifikasi pencegahan resiko jatuh pasien rawat jalan |
| Definisi Operasional | Pelaksanaan assessment resiko jatuh dengan Humpty Dumpty Scale atau Morse Fall Scale pada setiap pasien neoplasma/kecurigaan malignancy |
| Jenis Indikator | Keselamatan Pasien |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah kesesuaian pelaksanaan asesmen resiko jatuh pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy |

| | |
|--|--|
| Denominator (Penyebut) | Jumlah semua pasien resiko jatuh pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy |
| Target Pencapaian | 100% |
| Kriteria | Kriteria Inklusi Semua pasien neoplasma/kecurigaan malignancy Kriteria Eksklusi Tidak ada |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah kesesuaian pelaksanaan asesmen resiko jatuh pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy}}{\text{Jumlah semua pasien resiko jatuh pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy}} \times 100\%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Total Sampling |
| Sumber Data | Laporan dari pelapor Rekam Medis |
| Instrumen Pengambilan Data | Formulir Kejadian |
| Populasi/Sampel | Total Populasi, Retrospektif |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Triwulan |
| Penyajian Data | Tabel Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Rawat Inap Kasi Keperawatan |

2. Indikator pelayanan klinis prioritas.

Kepatuhan pendokumentasian assesment nyeri pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy

| | |
|------------------------|---|
| Judul Indikator | Kepatuhan pendokumentasian assesmen nyeri pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy |
| Dasar Pemikiran | <div>1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit</div> <div>2. Kepatuhan pendokumentasian asesmen nyeri menjadi sangat penting untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.</div> <div>3. Untuk menjamin kepatuhan pendokumentasian asesmen nyeri maka diperlukan indikator yang mengukur dan memonitor tingkat kepatuhan pemberi pelayanan dalam melakukan proses asesmen. Dengan adanya indikator tersebut diharapkan pemberi pelayanan akan menjadikan pendokumentasian asesmen nyeri sebagai proses rutin dalam proses pelayanan.</div> |
| Dimensi Mutu | Aman, Efektif |
| Tujuan | Teratasinya masalah nyeri pasien |
| Definisi Operasional | Terjadinya ketidakpatuhan perawat dalam pendokumentasian asesmen nyeri di rekam medis pasien baik asesmen awal maupun ulang |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pasien neoplasma/kecurigaan malignancy yang ada dokumentasi asesmen nyeri awal maupun ulang sesuai panduan manajemen nyeri per bulan |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pasien neoplasma/kecurigaan malignancy dengan keluhan nyeri dalam 1 bulan |
| Target Pencapaian | ≥80% |
| Kriteria | <div>Kriteria Inklusi:</div> <div>Semua pasien neoplasma/kecurigaan malignancy dengan keluhan nyeri</div> <div>Kriteria Eksklusi:</div> <div>Tidak ada</div> |
| Formula | <div>Jumlah pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy yang ada dokumentasi asesmen nyeri</div> <div><div>Jumlah pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan keluhan nyeri</div>X 100%</div> |

| | |
|-------------------------------------|---|
| Metode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Sumber Data | Lembar observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | Formulir observasi kepatuhan pendokumentasian assesmen nyeri |
| Populasi/Sampel | Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan |
| Penyajian Data | Tabel Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala ruang/unit |

3. Indikator sesuai tujuan strategis rumah sakit (KPI)

Kesesuaian plafon klaim BPJS pasien pasien neoplasma/kecurigaan malignancy

| | |
|-----------------|--|
| Judul Indikator | Kesesuaian plafon klaim BPJS pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy |
| Dasar Pemikiran | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 69 tahun 2013 tentang standar tarif pelayanan kesehatan pada fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan fasilitas Kesehatan tingkat lanjutan dalam penyelenggaraan program jaminan Kesehatan. 2. Mekanisme Verifikasi Klaim BPJS di Rumah Sakit yang berhubungan pada pasien neoplasma/ kecurigaan malignancy. 3. Peraturan Menteri Kesehatan republic Indonesia No 26 tahun 2021 tentang pedoman INA CBGs dalam pelaksanaan jaminan kesehatan |
| Dimensi Mutu | Efisien |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Tujuan | Angka plafon klaim BPJS pasien neoplasma / kecurigaan malignancy yang sesuai dengan biaya rumah sakit |
| Definisi Operasional | jumlah kejadian klaim BPJS pasien neoplasma / kecurigaan malignancy yang sesuai dari pembiayaan sesungguhnya rumah sakit berdasarkan entry data tindakan di SIM RS |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah kesesuaian plafon klaim BPJS pada pasien neoplasma / kecurigaan malignancy dengan biaya rumah sakit |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah semua pasien neoplasma / kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS |
| Target Pencapaian | ≥80% |
| Kriteria | Kriteria Inklusi Semua pasien neoplasma / kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Kriteria Eksklusi Tidak ada |
| Formula | $\frac{\text{jumlah kesesuaian plafon klaim BPJS pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya rumah sakit}}{\text{jumlah semua pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS}} \times 100\%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Total Sampling |
| Sumber Data | Laporan biaya rumah sakit bagian pendapatan, laporan klaim BPJS |
| Instrumen Pengambilan Data | Rekam Medik |
| Populasi/Sampel | Total Sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan |
| Penyajian Data | Tabel |

| | |
|------------------|-------------------------------|
| | Run chart |
| Penanggung Jawab | Verifikator Klaim Direktur |

4. Indikator terkait perbaikan system

Kelengkapan handover antar ruang pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy

| | |
|------------------------|---|
| Judul Indikator | Kelengkapan handover antar ruang pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy |
| Dasar Pemikiran | 1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien 2. Untuk menjamin kelengkapan handover antar ruang pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy maka diperlukan indikator yang mengukur dan memonitor kelengkapan handover. Dengan adanya indikator tersebut diharapkan kelengkapan handover sebagai standar dalam proses pelayanan. |
| Dimensi Mutu | Aman |
| Tujuan | Meningkatkan efektivitas komunikasi antar perawat dan untuk mencegah terjadinya insiden |
| Definisi Operasional | 1. Timbang terima pasien (hand over) adalah suatu cara dalam menyampaikan sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan pasien. Dalam timbang terima terjadi perpindahan/transfer tanggungjawab tentang pasien dari perawat yang satu ke perawat yang lain. 2. Timbang terima yang dilakukan dengan baik dapat membantu mengidentifikasi kesalahan serta memfasilitasi kesinambungan perawatan pasien. |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah dokumen timbang terima yang lengkap pada periode observasi |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah semua dokumen timbang terima pada periode observasi |
| Target Pencapaian | 100% |
| Kriteria | Kriteria Inklusi: Semua proses handover Kriteria Eksklusi: Tidak ada |

| | |
|-------------------------------------|---|
| Formula | $\frac{\text{Jumlah dokumen timbang terima yang lengkap pada periode observasi}}{\text{Jumlah semua dokumen timbang terima pada periode observasi}} \times 100\%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Hasil observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | Formulir observasi kelengkapan handover |
| Populasi/Sampel | Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan |
| Penyajian Data | Tabel Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala unit/ruang |

5. Indikator terkait manajemen risiko

Kepatuhan penggunaan APD di ruang isolasi covid

| | |
|-----------------|--|
| Judul Indikator | Kepatuhan penggunaan APD di ruang isolasi covid |
| Dasar Pemikiran | 1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasyankes. 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 3. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 4. Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri (APD). 5. Rumah Sakit harus memperhatikan kepatuhan pemberi pelayanan dalam menggunakan APD sesuai dengan prosedur diruang isolasi covid |
| Dimensi Mutu | Aman |

| | |
|-------------------------------|--|
| Tujuan | <ol style="list-style-type: none">1. Mengukur kepatuhan petugas Rumah Sakit dalam menggunakan APD diruang isolai covid2. Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi diruang isolai covid |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none">1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit.2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne).3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi.4. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium. |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi diruang isolai covid |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi diruang isolai covid |
| Target | 100% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | <p>Inklusi :</p> <p>Semua petugas yang bertugas di ruang isolasi</p> <p>Eksklusi :</p> <p>tidak ada</p> |

| | |
|---|---|
| Formula | $\frac{\text{Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam satu periode observasi}}{\text{Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi}} \times 100\%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Hasil observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | Lembar observasi |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Non Probability Sampling – Consecutive Sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulanan, Tahunan |
| Penyajian Data | <input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Run chart |
| Penanggung Jawab | Komite PPI |

B. Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP Unit)

1. IGD

Waktu tunggu pasien rawat inap di IGD $\leq 2,5$ jam

| | |
|-----------------|---|
| Judul Indikator | Waktu tunggu pasien rawat inap di IGD $\leq 2,5$ jam |
| Dasar Pemikiran | 1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang pelayanan kegawat daruratan 2. Data complain pasien IGD terkait waktu tunggu pasien masuk rawat inap lama |
| Dimensi Mutu | Aman, Efektif, Efisien, Berorientasi Pasien |

| | |
|---|---|
| Tujuan | Tergambarnya waktu pasien menunggu di pelayanan sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit IGD agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien. |
| Definisi Operasional | Waktu tunggu pasien rawat inap di IGD \leq 2,5 jam tanpa adanya tindakan observasi dan kondisi kamar penuh. |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pasien dengan waktu tunggu rawat inap di IGD \leq 2,5 jam |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pasien IGD yang rawat inap tanpa adanya tindakan observasi dan kondisi kamar penuh |
| Target | 90% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | Inklusi : Semua pasien IGD yang rawat inap Eksklusi : Semua pasien IGD yang rawat inap dengan tindakan observasi dan kamar penuh |
| Formula | Formula : <u>Jumlah pasien dengan waktu tunggu rawat inap di IGD \leq 2,5 jam</u> x 100 % Jumlah pasien IGD yang rawat inap tanpa adanya tindakan observasi dan kondisi kamar penuh |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Hasil observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | SIIDUL |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | Minimal 200 Peluang Non probability Sampling – Consecutive sampling |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulanan, Tahunan |
| Penyajian Data | <input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala instalasi IGD |

2. Rawat Jalan

Waktu tunggu pasien rawat jalan ≤ 60 menit

| | |
|----------------------|--|
| Judul Indikator | Waktu Tunggu Rawat Jalan |
| Dasar Pemikiran | <p>1. Undang-Undang tentang Rumah Sakit.</p> <p>2. Rumah sakit harus menjamin ketepatan pelayanan kesehatan termasuk di unit rawat jalan. Walaupun tidak dalam kondisi gawat maupun darurat namun tetap harus dilayani dalam waktu yang ditetapkan. Hal ini untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan pasien akan rencana Mutufasyankes Apps diagnosis dan pengobatan. Waktu tunggu yang lama dapat menyebabkan ketidakpuasan pasien dan keterlambatan diagnosis maupun pengobatan pasien.</p> |
| Dimensi Mutu | Berorientasi pasien, tepat waktu |
| Tujuan | Tergambarnya waktu pasien menunggu di pelayanan sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat jalan agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien. |
| Definisi Operasional | <p>1. Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis.</p> <p>2. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/ menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien</p> |

| | |
|-------------------------------|---|
| | <p>melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran online.</p> <p>a. Pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</p> <p>b. Pasien mendaftar online, maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendaftaran online sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</p> <p>c. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</p> |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤ 60 menit |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi |
| Target | ≥ 80% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | <p>Kriteria inklusi:</p> <p>Pasien yang berobat di rawat jalan</p> <p>Kriteria eksklusi:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien medical check up, pasien poli gigi2. Pasien yang mendaftar online atau anjungan mandiri datang lebih dari 60 menit dari waktu yang sudah ditentukan3. Pasien yang ada tindakan pasien sebelumnya |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu} \leq 60 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi}} \times 100\%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Retrospektif |
| Sumber Data | Sumber data sekunder antara lain dari: 1. Catatan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan 2. Rekam Medik Pasien Rawat Jalan 3. Formulir Waktu Tunggu Rawat Jalan |

| | |
|---|--|
| Instrumen Pengambilan Data | Formulir Waktu Tunggu Rawat jalan |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | <ul style="list-style-type: none">• Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)• Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Probability Sampling – Simple Random Sampling/Stratified Random sampling (berdasar poliklinik rawat jalan) |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulanan, Tahunan |
| Penyajian Data | <input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

3. Cendana

Waktu tunggu pasien pulang ≤ 2 jam

| | |
|----------------------|---|
| Judul Indikator | Waktu tunggu pasien pulang ≤ 2 jam |
| Dasar Pemikiran | <ol style="list-style-type: none">1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 Tentang Kewajiban Rumah Sakit Dan Kewajiban Pasien2. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kelet Provinsi Jawa Tengah Nomor: 001 Tahun 2018 Tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Rumah Sakit Umum Daerah Kelet Provinsi Jawa Tengah |
| Dimensi Mutu | Tepat Waktu, Efektif |
| Tujuan | Mengukur waktu tunggu proses pemulangan pasien rawat inap sebagai dasar untuk memperbaiki efektifitas alur pelayanan pasien rawat inap |
| Definisi Operasional | Waktu tunggu pemulangan pasien rawat inap adalah tenggang waktu sejak pasien diperbolehkan pulang oleh |

| | |
|---|--|
| | dokter sampai dengan pasien meninggalkan ruang perawatan. |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pasien rawat inap yang waktu tunggu pulang ≤ 2 jam |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pasien rawat inap yang dipulangkan dalam 1 bulan |
| Target | $\geq 80\%$ |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | Kriteria Inklusi : Semua pasien rawat inap yang dipulangkan Kriteria Eksklusi : Tidak ada |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang waktu tunggu pulang} \leq 2 \text{ jam}}{\text{Jumlah pasien rawat inap yang dipulangkan dalam 1 bulan}} \times 100\%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Hasil observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah (SIIDUL) |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | <input type="checkbox"/> Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) <input type="checkbox"/> Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Probability Sampling – Simple Random Sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Harian/Mingguan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulanan, Tahunan |

| | |
|------------------|--|
| Penyajian Data | <input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala ruang Cendana |

4. Flamboyan

Kepatuhan asesmen ulang resiko jatuh

| | |
|----------------------|--|
| Judul Indikator | Kepatuhan asesmen ulang risiko jatuh |
| Dasar Pemikiran | 1. Indikator Mutu SPM / RENSTRA 2. Indikator Mutu Wajib |
| Dimensi Mutu | Aman |
| Tujuan | Tergambarnya kepatuhan petugas dalam upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh |
| Definisi Operasional | 1. Banyak cedera yang terjadi akibat pasien jatuh. Berbagai faktor yang meningkatkan risiko pasien jatuh antara lain : kondisi pasien, gangguan fungsional, situasi lingkungan, riwayat jatuh atau konsumsi obat tertentu. 2. Pasien yang pada asesmen awal dinyatakan berisiko rendah untuk jatuh, dapat mendadak berubah menjadi berisiko tinggi. Hal ini disebabkan oleh operasi dan/atau anestesi, perubahan mendadak kondisi pasien, serta penyesuaian pengobatan. 3. Contoh situasional risiko adalah jika pasien yang datang ke unit rawat jalan dengan ambulan atau ke poli dengan kursi roda atau brankar. Atau pasien rawat inap dibawa ke radiologi untuk keperluan pemeriksaan. Pasien ini berisiko jatuh waktu dipindah dari brankar ke meja periksa radiologi, atau waktu berubah posisi sewaktu berada di meja sempit tempat pemeriksaan radiologi 4. Lokasi spesifik dapat menyebabkan risiko jatuh bertambah karena layanan yang diberikan. Misalnya, terapi fisik memiliki banyak peralatan spesifik digunakan pasien yang dapat menambah risiko pasien jatuh seperti parallel bars, freestanding staircases, dan peralatan lain untuk latihan 5. Skrining risiko pasien jatuh adalah penapisan yang dilakukan pada saat awal pasien masuk ke IGD atau rawat jalan dengan menggunakan metode Fall Morse Scale pada |

| | |
|---|---|
| | pasien dewasa dan metode Humpty Dumpty Scale pada pasien anak. |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pasien yang dilakukan skrining risiko jatuh pada hari berjalan |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah seluruh pasien yang kondisi, tindakan/terapi nya dapat menyebabkan risiko jatuh pada hari berjalan |
| Target | 100% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | Kriteria Inklusi : Jumlah seluruh pasien yang kondisi, tindakan/terapi nya dapat menyebabkan risiko jatuh pada hari berjalan Kriteria Eksklusi : Tidak ada |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah pasien yang dilakukan skrining risiko jatuh pada hari berjalan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang kondisi, tindakan/terapi nya dapat menyebabkan risiko jatuh pada hari berjalan}} \times 100 \%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Flamboyan |
| Instrumen Pengambilan Data | Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah (SIIDUL) |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | Total populasi Concurrent |
| Periode Pengumpulan Data | Harian |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Triwulanan |

| | |
|------------------|---|
| Penyajian Data | <input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Line chart |
| Penanggung Jawab | Kepala ruang Flamboyan, Penanggungjawab Keselamatan Pasien |

5. Dahlia

Kejadian Plebitis karena obat obatan kontinyu Covid 19

| | |
|-------------------------------|--|
| Judul Indikator | Kejadian Plebitis karena obat obatan kontinyu Covid 19 |
| Dasar Pemikiran | Pedoman pengendalian dan pencegahan infeksi |
| Dimensi Mutu | Aman |
| Tujuan | Menurunnya kejadian infeksi aliran darah |
| Definisi Operasional | Phlebitis merupakan inflamasi pada vena, yang ditandai dengan adanya daerah yang merah, nyeri dan pembengkakan di daerah penusukan atau sepanjang vena |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah kasus Phlebitis |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah seluruh pasien yang kondisi, tindakan/terapi nya dapat menyebabkan kejadian phlebitis karena obat-obatan kontinyu covid-19 |
| Target | ≤ 5% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | Kriteria Inklusi : Jumlah seluruh pasien yang kondisi, tindakan/terapi nya dapat menyebabkan kejadian plebitis karena obat-obatan kontinyu covid-19 Kriteria Eksklusi : Tidak ada |
| Formula | Jumlah kasus Phlebitis / Jumlah seluruh pasien yang kondisi, tindakan/terapi nya dapat menyebabkan kejadian phlebitis karena obat-obatan kontinyu covid-19 * 100 % |

| | |
|---|--|
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Dahlia |
| Instrumen Pengambilan Data | Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah (SIIDUL) |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | Total populasi Concurrent |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan |
| Penyajian Data | <input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala ruang Dahlia, Penanggungjawab Keselamatan Pasien |

6. Anyelir

Waktu tunggu pasien pulang ≤ 2 jam

| | |
|-----------------|--|
| Judul Indikator | Waktu tunggu pasien pulang ≤ 2 jam |
| Dasar Pemikiran | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 Tentang Kewajiban Rumah Sakit Dan Kewajiban Pasien 2. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kelet Provinsi Jawa Tengah Nomor: 001 Tahun 2018 Tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Rumah Sakit Umum Daerah Kelet Provinsi Jawa Tengah |
| Dimensi Mutu | Tepat Waktu, Efektif |

| | |
|---|--|
| Tujuan | Mengukur waktu tunggu proses pemulangan pasien rawat inap sebagai dasar untuk memperbaiki efektifitas alur pelayanan pasien rawat inap |
| Definisi Operasional | Waktu tunggu pemulangan pasien rawat inap adalah tenggang waktu sejak pasien diperbolehkan pulang oleh dokter sampai dengan pasien meninggalkan ruang perawatan. |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pasien rawat inap yang waktu tunggu pulang ≤ 2 jam |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pasien rawat inap yang dipulangkan dalam 1 bulan |
| Target | $\geq 80\%$ |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | Kriteria Inklusi : Semua pasien rawat inap yang dipulangkan Kriteria Eksklusi : Tidak ada |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang waktu tunggu pulang} \leq 2 \text{ jam}}{\text{Jumlah pasien rawat inap yang dipulangkan dalam 1 bulan}} \times 100\%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Hasil observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah (SIIDUL) |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | <input type="checkbox"/> Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) <input type="checkbox"/> Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Probability Sampling – Simple Random Sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Harian/Mingguan |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulanan, Tahunan |
| Penyajian Data | <input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala ruang Cendana |

7. Edelweis

Kepatuhan penggunaan APD di ruang isolasi

| | |
|----------------------|--|
| Judul Indikator | Kepatuhan penggunaan APD di ruang isolasi covid |
| Dasar Pemikiran | <ol style="list-style-type: none">1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasyankes.2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).3. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.4. Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri (APD).5. Rumah Sakit harus memperhatikan kepatuhan pemberi pelayanan dalam menggunakan APD sesuai dengan prosedur diruang isolasi covid |
| Dimensi Mutu | Aman |
| Tujuan | <ol style="list-style-type: none">1. Mengukur kepatuhan petugas Rumah Sakit dalam menggunakan APD diruang isolai covid2. Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi diruang isolai covid |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none">1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit.2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya |

| | |
|---|---|
| | <p>berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne).</p> <p>3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi.</p> <p>4. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium.</p> |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi di ruang isolasi covid |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi di ruang isolasi covid |
| Target | 100% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | <p>Inklusi :</p> <p>Semua petugas yang bertugas di ruang isolasi</p> <p>Eksklusi :</p> <p>tidak ada</p> |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam satu periode observasi}}{\text{Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi}} \times 100\%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Hasil observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | Lembar observasi |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | <p>Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)</p> <p>Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)</p> <p>Non Probability Sampling – Consecutive Sampling</p> |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulanan, Tahunan |
| Penyajian Data | <input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Run chart |
| Penanggung Jawab | Komite PPI |

8. Jasmine

Kepatuhan pendokumentasian asesmen nyeri

| | |
|------------------------|---|
| Judul Indikator | Kepatuhan pendokumentasian assesmen nyeri |
| Dasar Pemikiran | <p>1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit</p> <p>2. Kepatuhan pendokumentasian asesmen nyeri menjadi sangat penting untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.</p> <p>3. Untuk menjamin kepatuhan pendokumentasian asesmen nyeri maka diperlukan indikator yang mengukur dan memonitor tingkat kepatuhan pemberi pelayanan dalam melakukan proses asesmen. Dengan adanya indikator tersebut diharapkan pemberi pelayanan akan menjadikan pendokumentasian asesmen nyeri sebagai proses rutin dalam proses pelayanan.</p> |
| Dimensi Mutu | Aman, Efektif |
| Tujuan | Tergambarnya tanggung jawab petugas dalam pendokumentasian asesmen nyeri secara kontinyu |
| Definisi Operasional | Terjadinya ketidakpatuhan perawat dalam pendokumentasian asesmen ulang nyeri di rekam medis pasien baik asesmen awal maupun ulang |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pasien yang ada dokumentasi asesmen nyeri awal maupun ulang sesuai panduan manajemen nyeri per bulan |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pasien dengan keluhan nyeri dalam 1 bulan |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Target Pencapaian | ≥80% |
| Kriteria | Kriteria Inklusi: Semua pasien dengan keluhan nyeri Kriteria Eksklusi: Tidak ada |
| Formula | $\frac{\text{jumlah pasien yang ada dokumentasi asesmen nyeri}}{\text{Jumlah pasien dengan keluhan nyeri}} \times 100\%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Sumber Data | Lembar observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | Formulir observasi kepatuhan pendokumentasian assesmen nyeri |
| Populasi/Sampel | Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan |
| Penyajian Data | Tabel Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala ruang/unit |

9. IBS

Kelengkapan berkas klaim BPJS

| | |
|-----------------|---|
| Judul Indikator | Kelengkapan berkas klaim BPJS |
| Dasar Pemikiran | 1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. 2. Kelengkapan berkas klaim BPJS menjadi sangat penting untuk mempermudah administrasi klaim. |

| | |
|----------------------------|---|
| | 3. ntuk menjamin kelengkapan berkas klaim BPJS maka diperlukan indikator yang mengukur dan memonitor tingkat kepatuhan pemberi pelayanan dalam melengkapi berkas.. Dengan adanya indikator tersebut diharapkan pemberi pelayanan akan menjadikan kelengkapan berkas klaim BPJS sebagai proses rutin dalam proses pelayanan. |
| Dimensi Mutu | Efisien, Efektif |
| Tujuan | 1. Agar proses pengolahan klaim pasien BPJS menjadi cepat. 2. Data yang dihasilkan dari berkas rekam medis pasien menjadi tepat dan akurat. 3. Efektif dan efesien dalam penggunaan sumber daya dalam perawatan pasien BPJS. |
| Definisi Operasional | Berkas klaim BPJS yang lengkap adalah berkas klaim BPJS yang memenuhi persyaratan administrasi yang ditetapkan oleh BPJS |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah berkas klaim BPJS yang lengkap |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah seluruh berkas klaim BPJS yang dikirim dalam satu bulan |
| Target Pencapaian | 100% |
| Kriteria | Kriteria Inklusi: Berkas klaim BPJS yang lengkap Kriteria Eksklusi: Tidak ada |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah berkas klaim BPJS yang lengkap}}{\text{Jumlah seluruh berkas klaim BPJS yang dikirim dalam satu bulan}} \times 100$ |
| Metode Pengumpulan Data | Sensus bulanan |
| Sumber Data | Concurrent |
| Instrumen Pengambilan Data | Formulir observasi kelengkapan berkas klaim BPJS |
| Populasi/Sampel | Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling |

| | |
|-------------------------------------|-----------------------|
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan |
| Penyajian Data | Tabel Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala unit/ruang IBS |

10.Cempaka

Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada bayi baru lahir

| | |
|----------------------|--|
| Judul Indikator | Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada bayi baru lahir |
| Dasar Pemikiran | <ol style="list-style-type: none">1. Undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit khususnya pasal huruf i mewajibkan Rumah Sakit untuk menyediakan sarana prasarana umum yang antara lain sarana untuk wanita menyusui dan anak-anak.2. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 450/MENKES/SK/IV/2004 tentang Pemberian Air Susu Ibu (ASI) Secara Eksklusif Pada Bayi di Indonesia.3. Dalam Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia tentang Penerapan Sepuluh Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui salah satunya adalah membantu ibu mulai menyusui bayinya dalam 30 menit setelah melahirkan, yang dilakukan di ruang bersalin. Apabila mendapat operasi caesar, bayi disusui setelah 30 menit setelah ibu sadar. |
| Dimensi Mutu | Efisien, Efektif |
| Tujuan | Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam mengenalkan IMD |
| Definisi Operasional | Inisiasi Menyusu Dini adalah suatu tindakan memberikan kesempatan kepada bayi untuk dapat langsung menghisap puting susu ibunya selama 1 jam pertama kehidupan awal bayi. |
| Jenis Indikator | Proses |

| | |
|-------------------------------------|---|
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan Inisiasi Menyusu Dini |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah seluruh kelahiran dalam 1 bulan |
| Target Pencapaian | 100% |
| Kriteria | Kriteria Inklusi: Semua kelahiran Kriteria Eksklusi: Persalinan dengan caesar |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan Inisiasi Menyusu Dini}}{\text{Jumlah seluruh kelahiran dalam 1 bulan}} \times 100\%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Hasil observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | Formulir observasi Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada bayi baru lahir |
| Populasi/Sampel | Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan |
| Penyajian Data | Tabel Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala unit/ruang Cempaka |

11. Perina

Ketepatan pemasangan gelang identitas pasien

| | |
|-----------------|--|
| Judul Indikator | Ketepatan pemasangan gelang identitas pasien |
|-----------------|--|

| | |
|------------------------|--|
| Dasar Pemikiran | <ol style="list-style-type: none">1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien2. Ketepatan pemasangan gelang identitas pasien menjadi sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien.3. Untuk menjamin ketepatan pemasangan gelang identitas maka diperlukan indikator yang mengukur dan memonitor tingkat kepatuhan pemberi pelayanan dalam melakukan proses identifikasi. Dengan adanya indikator tersebut diharapkan pemberi pelayanan akan menjadikan pemasangan gelang identitas pasien sebagai proses rutin dalam proses pelayanan. |
| Dimensi Mutu | Aman |
| Tujuan | Mengukur ketepatan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan ketepatan agar dapat menjamin keselamatan pasien dengan cara meningkatkan ketepatan dalam pemasangan gelang identitas pasien |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none">1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan2. Pemasangan gelang identitas pasien dilakukan dengan memperhatikan jenis kelamin pasien dimana untuk jenis kelamin laki-laki diberikan gelang identitas warna biru dan untuk jenis kelamin perempuan diberikan gelang identitas warna merah muda.3. Isi dari gelang identitas pasien terdiri dari nama pasien, tanggal lahir dan nomor rekam medis pasien. |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan pemasangan gelang identitas pasien secara benar dalam periode observasi |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi |
| Target Pencapaian | 100% |
| Kriteria | Kriteria Inklusi: Semua pemberi pelayanan yang memberikan pelayanan kesehatan Kriteria Eksklusi: Tidak ada |

| | |
|-------------------------------------|---|
| Formula | $\frac{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan pemasangan gelang identifikasi secara benar dalam periode observasi}}{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi}}$ |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Hasil observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | Formulir observasi ketepatan pemasangan gelang identitas pasien |
| Populasi/Sampel | Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan |
| Penyajian Data | Tabel Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala unit/ruang Perina |

12.ICU

Angka kematian pasien ICU ≤ 48 jam

| | |
|-----------------|--|
| Judul Indikator | Angka kematian pasien ICU ≤ 48 jam |
| Dasar Pemikiran | 1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien 2. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit 4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. |

| | |
|---|--|
| | 5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit |
| Dimensi Mutu | Efektif, Efisien |
| Tujuan | Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan. |
| Definisi Operasional | Pasien yang masuk di ICU dan meninggal ≤ 48 jam |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah kejadian kematian pasien ICU ≤ 48 jam |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pasien yang masuk di ICU |
| Target | $\leq 24\%$ |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | Kriteria Inklusi : Pasien yang masuk di ICU dan meninggal ≤ 48 jam Kriteria Eksklusi : Tidak ada |
| Formula | $\text{kejadian kematian pasien ICU } \leq 48 \text{ jam} / \text{Jumlah Pasien yang masuk di ICU} * 100 \%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Hasil observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | SIIDUL |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | Minimal 200 Peluang Non probability Sampling – Consecutive sampling |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulanan, Tahunan |
| Penyajian Data | <input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala Ruang ICU |

13. Radiologi

Kepatuhan pengisian faktor ekposi pemeriksaan ronsen

| | |
|-------------------------------|---|
| Judul Indikator | Kepatuhan pengisian faktor ekposi pemeriksaan ronsen |
| Dasar Pemikiran | 1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien 2. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien |
| Tujuan | Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien |
| Definisi Operasional | Pengisian faktor ekposi pemeriksaan ronsen |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah Pengisian faktor ekposi pemeriksaan ronsen yang terisi |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah Pengisian faktor ekposi pemeriksaan ronsen |
| Target | 100% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | Kriteria Inklusi : |

| | |
|---|--|
| | Seluruh pasien yang melakukan pemeriksaan Rongsen Kriteria Eksklusi : Tidak ada |
| Formula | Jumlah Pengisian faktor ekposi pemeriksaan rongsen yang tidak terisi / Seluruh pasien yang melakukan pemeriksaan Rongsen * 100 % |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Hasil observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | SIIDUL |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | Minimal 200 Peluang Non probability Sampling – Consecutive sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulanan, Tahunan |
| Penyajian Data | <input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala Ruang Radiologi |

14.Laboratorium

Angka pengulangan hasil pemeriksaan laboratorium

| | |
|-----------------|--|
| Judul Indikator | Angka pengulangan hasil pemeriksaan laboratorium |
| Dasar Pemikiran | Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 411/MENKES/PER/III/2010 tentang Laboratorium Klinik |
| Dimensi Mutu | Efisien |

| | |
|-------------------------------------|---|
| Tujuan | Mengukur angka pengulangan hasil pemeriksaan laboratorium sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan efesiensi dalam pelayanan |
| Definisi Operasional | Pengulangan pemeriksaan hasil laboratorium adalah sampel diperiksa kembali atau diulang lebih dari 2 kali pemriksaan |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pengulangan hasil pemeriksaan laboratorium dalam periode observasi |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam periode observasi |
| Target Pencapaian | 0% |
| Kriteria | Krireria Inklusi: Seluruh pemeriksaan laboratorium Kriteria Eksklusi: Tidak ada |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah pengulangan hasil pemeriksaan laboratorium dalam periode observasi}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam periode observasi}} \times 100\%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Hasil observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | Formulir observasi |
| Populasi/Sampel | Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan |
| Penyajian Data | Tabel |

| | |
|------------------|-------------------|
| | Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala unit/ruang |

15. Fisioterapi

Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

| | |
|-------------------------------|--|
| Judul Indikator | Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan |
| Dasar Pemikiran | 1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien 2. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. |
| Dimensi Mutu | Tepat Waktu, Efektif, Aman |
| Tujuan | Mengukur kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan pelayanan |
| Definisi Operasional | Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien yang tidak datang melakukan rehabilitasi yang telah dijadwalkan atau direncanakan |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pasien rehabilitasi dalam 1 bulan |
| Target | 0% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | Kriteria Inklusi : Seluruh pasien yang melakukan rehabilitasi Kriteria Eksklusi : Tidak ada |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi}}{\text{Jumlah pasien rehabilitasi}} \times 100 \%$ |

| | |
|---|--|
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Hasil observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | SIIDUL |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | Minimal 200 Peluang Non probability Sampling – Consecutive sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulanan, Tahunan |
| Penyajian Data | <input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala Ruang Fisioteapi |

16.Farmasi

Angka kekosongan obat di farmasi

| | |
|-----------------|---|
| Judul Indikator | Angka kekosongan obat di farmasi |
| Dasar Pemikiran | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 35 tahun 2014 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Apotek 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 73 tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Apotek. |
| Dimensi Mutu | Efektif, Aman, Berorientasi Pasien |

| | |
|------------------------|---|
| Tujuan | Mengukur ketersediaan obat di Gudang logistic obat sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan pelayanan terhadap pasien dalam hal ketersediaan obat. |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none">1. Apotek adalah sarana pelayanan kefarmasian tempat dilakukan praktik kefarmasian oleh Apoteker.2. Standar Pelayanan Kefarmasian adalah tolak ukur yang dipergunakan sebagai pedoman bagi tenaga kefarmasian dalam menyelenggarakan pelayanan kefarmasian.3. Pelayanan Kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien.4. Resep adalah permintaan tertulis dari dokter atau dokter gigi, kepada apoteker, baik dalam bentuk paper maupun electronic untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai peraturan yang berlaku.5. Sediaan Farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional dan kosmetika.6. Obat adalah bahan atau paduan bahan, termasuk produk biologi yang digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi untuk manusia. |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pemberi pelayanan yang memberikan obat dalam periode observasi |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pemberi pelayanan obat sesuai ketersediaan obat periode observasi |
| Target Pencapaian | 0% |
| Kriteria | Kriteria Inklusi: Semua pemberi pelayanan dan penyedia ketersediaan obat. Kriteria Eksklusi: Tidak ada |

| | |
|-------------------------------------|---|
| Formula | $\frac{\text{Jumlah pelayanan dalam memberikan obat yang tersedia dalam periode observasi}}{\text{Jumlah pemberi pelayanan sesuai ketersediaan obat periode observasi}} \times 100\%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Sidio, SIIDUL |
| Instrumen Pengambilan Data | Formulir observasi kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien |
| Populasi/Sampel | Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan |
| Penyajian Data | Tabel Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala unit/ruang Farmasi |

17.Hemodialisa

Ketidaksesuaian waktu pelayanan hemodialisa sesuai jadwal

| | |
|-----------------|--|
| Judul Indikator | Ketidaksesuaian pelayanan Hemodialisa sesuai jadwal |
| Dasar Pemikiran | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indoneisa No. 812/MENKES/PER/VII/2010 2. Peratuturan Pemerintah republic Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan bidang Perumahsakitan. |
| Dimensi Mutu | Tepat waktu, Beorientasi pasien |
| Tujuan | Mengukur kesesuaian jadwal pelayanan hemodialisa sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan pelayanan hemodialisa agar sesuai dan tepat waktu sesuai dengan jadwal |

| | |
|----------------------------|---|
| Definisi Operasional | <p>1. Dialisis Peritonial adalah salah satu terapi pengganti fungsi ginjal yang mempergunakan peritoneum pasien yang bersangkutan sebagai membrane semipermeable antara lain Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) dan Ambulatory Peritoneal Dialysis (APD)</p> <p>2. Hemodialisis adalah salah satu terapi pengganti ginjal yang menggunakan alat khusus dengan tujuan mengeluarkan toksin uremic dan mengatur cairan elektrolit tubuh</p> <p>3. Unit pelayanan dialysis adalah fasilitas pelayanan dialysis di rumah sakit</p> |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pasien hemodialisa yang sesuai jadwal |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pasien yang seharusnya mendapatkan pelayanan hemodialisa |
| Target Pencapaian | 0% |
| Kriteria | <p>Kriteria Inklusi:</p> <p>Semua pasien yang mendapatkan pelayanan hemodialisa sesuai jadwal</p> <p>Kriteria Eksklusi:</p> <p>Tidak ada</p> |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah pasien yang seharusnya mendapatkan pelayanan hemodialisa dalam periode observasi}}{\text{Jumlah pasien yang seharusnya mendapatkan pelayanan hemodialisa periode observasi}}$ |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Hasil observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | Formulir observasi kelengkapan verifikasi SBAR |
| Populasi/Sampel | <p>Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)</p> <p>Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)</p> <p>Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling</p> |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |

| | |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan |
| Penyajian Data | Tabel Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala unit/ruang hemodialisa |

18. Gizi

Angka kesalahan diet pasien

| | |
|------------------------|--|
| Judul Indikator | Angka kesalahan diet pasien |
| Dasar Pemikiran | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 tahun 2019 tentang angka kecukupan gizi yang dianjurkan untuk masyarakat indonesia 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 41 Tahun 2014 Tentang Pedoman gizi seimbang |
| Dimensi Mutu | Efisien, Efektif |
| Tujuan | Terwujudnya pelayanan pemberian diit makanan kepada pasien yang efektif dan efisien berdasarkan kebutuhan pasien. |
| Definisi Operasional | Angka Kecukupan Gizi yang dianjurkan untuk masyarakat Indonesia yang selanjutnya disingkat AKG adalah suatu nilai yang menunjukkan kebutuhan rata-rata zat gizi tertentu yang harus dipenuhi setiap hari bagi hampir semua orang sesuai karakteristik tertentu yang meliputi umur, jenis kelamin, tingkat aktivitas fisik, dan kondisi fisiologis, untuk hidup sehat |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah diit pasien yang salah atau tidak sesuai |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah diet yang diberikan pada pasien |
| Target Pencapaian | 0% |
| Kriteria | Krireria Inklusi: Semua pasien yang mendapatkan diet dari rumah sakit Kriteria Eksklusi: pasien yang tiba-tiba mengalami perubahan diet |

| | |
|-------------------------------------|---|
| Formula | $\frac{\text{Jumlah diet pasien yang salah atau tidak sesuai}}{\text{jumlah diet yang diberikan pada pasien}} \times 100\%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Retrospektif |
| Sumber Data | Lembar permintaan diit pasien |
| Instrumen Pengambilan Data | Formulir observasi |
| Populasi/Sampel | Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan |
| Penyajian Data | Tabel Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala unit/ruang gizi |

19.Bank Darah Rumah Sakit

Angka kejadian kesalahan identitas darah

| | |
|----------------------|--|
| Judul Indikator | Angka kejadian kesalahan identitas darah |
| Dasar Pemikiran | Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 91 tahun 2015 tentang Keselamatan Pasien |
| Dimensi Mutu | Aman |
| Tujuan | Mengukur angka kejadian kesalahan identitas darahe darah |
| Definisi Operasional | 1. Kesalahan identitas darah adalah ketidaksesuaian nomor identitas darah dengan dengan data penerimaan darah 2. Pelayanan transfusi darah adalah upaya pelayanan kesehatan yang meliputi perencanaan, pengerahan dan pelestarian pendonor darah, penyediaan darah, pendistribusian darah, dan tindakan medis pemberian |

| | |
|----------------------------|--|
| | <p>darah kepada pasien untuk tujuan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.</p> <p>3. Unit Transfusi Darah (UTD) adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan donor darah, penyediaan darah, dan pendistribusian darah.</p> <p>4. Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) adalah suatu unit pelayanan di Rumah Sakit yang bertanggung jawab atas tersedianya darah untuk transfusi yang aman, bermutu, dan dalam jumlah yang cukup untuk mendukung pelayanan kesehatan di Rumah Sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.</p> |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah insiden terjadinya kesalahan identitas darah |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pasien yang menjalani transfusi |
| Target Pencapaian | <0% |
| Kriteria | Kriteria Inklusi: Semua pasien yang menjalani tindakan transfusi Kriteria Eksklusi: Tidak ada |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah insiden terjadinya kesalahan identitas darah}}{\text{jumlah pasien yang menjalani transfusi}} \times 100\%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Hasil observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | Lembar pemantauan transfuse darah |
| Populasi/Sampel | Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |

| | |
|-------------------------------------|--------------------|
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan |
| Penyajian Data | Tabel Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala unit/ruang |

20.Kasir

Penundaan pemulangan pasien rawat inap

| | |
|----------------------|--|
| Judul Indikator | Penundaan Pemulangan Pasien Rawat Inap |
| Dasar Pemikiran | <ol style="list-style-type: none">1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 Tentang Kewajiban Rumah Sakit Dan Kewajiban Pasien2. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kelet Provinsi Jawa Tengah Nomor: 001 Tahun 2018 Tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Rumah Sakit Umum Daerah Kelet Provinsi Jawa Tengah |
| Dimensi Mutu | Tepat Waktu, Efektif |
| Tujuan | Mengukur ketepatan waktu proses pemulangan pasien rawat inap sebagai dasara untuk memperbaiki efektifitas alur pelayanan pasien rawat inap |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none">1. Proses pemulangan pasien adalah proses validadsi pemulangan pasien oleh kasir sesuai pelayanan yang diterima oleh pasien.2. Validasi adalah proses validai dengan melakukan pencocokan data pelayanan di dokumen rekam medis pasien dan SIMRS3. Waktu proses pemulangan pasien rawat inap memiliki standar waktu 10 menit apabila berkas dokumen rekam medis lengkap dan telah dikirim ke Kasir Rawat Inap dan tidak ada gangguan SIMRS.4. Penundaan adalah proses pemulangan pasien rawat inap yang ditunda karena dokumen rekam medis yang kurang lengkap, proses penunjang yang belum lengkap di SIMRS, atau gangguan jaringan internet/ SIMRS. |
| Jenis Indikator | Proses |

| | |
|---|--|
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pasien rawat inap yang tidak ditunda pemulangnya |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pasien rawat inap yang harusnya dilakukan proses pemulangnya |
| Target | 0% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | Kriteria Inklusi Semua pasien rawat inap yang harus dipulangkan oleh kasir rawat inap Kriteria Eksklusi Tidak ada |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang tidak ditunda pemulangnya}}{\text{Jumlah pasien rawat inap yang seharusnya dilakukan proses pemulangnya}} * 100\%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Retrospektif |
| Sumber Data | Data Catatan Kasir Inap |
| Instrumen Pengambilan Data | Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah (SIIDUL) |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | <input type="checkbox"/> Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) <input type="checkbox"/> Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Probability Sampling – Simple Random Sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Harian/Mingguan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulanan, Tahunan |
| Penyajian Data | <input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Run chart |
| Penanggung Jawab | Kasir |

21. Rekam Medis

Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

| | |
|----------------------|--|
| Judul Indikator | Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas |
| Dasar Pemikiran | <div>1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis</div> <div>2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/MENKES/III/2008 Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran</div> <div>3. Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 22 Tahun 2017 Tentang Penerapan dan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jawa Tengah</div> <div>4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kelet Provinsi Jawa Tengah Nomor: 001 Tahun 2018 Tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Rumah Sakit Umum Daerah Kelet Provinsi Jawa Tengah</div> |
| Dimensi Mutu | Aman |
| Tujuan | Mengukur kelengkapan informed consent pada berkas rekam medis sebagai gambaran tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan pasien akan Tindakan medik yang dilakukan dan sebagai dasar untuk bahan evaluasi Ketidاكلengkapan Pengisian Catatan Medis (KLPCM) |
| Definisi Operasional | <div>1. Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.</div> <div>2. Persetujuan Tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai Tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien.</div> <div>3. Ketidاكلengkapan pengisian catatan medis (KLPCM) merupakan indikator mutu pelayanan asuhan rekam medis</div> <div>4. Informed consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai</div> |

| | |
|--|---|
| | <p>Tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut</p> <p>5. Kelengkapan informed concent adalah adanya RM 24b (Lembar Dokter Penanggungjawab Pelayanan) dan RM12b (Persetujuan dan Penolakan Tindakan Operatif) di dokumen rekam medis apabila pasien dilakukan tindakan medis/operatif.</p> |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pasien yang mendapat Tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan Tindakan medik dalam 1 bulan |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pasien uyang mendapat Tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan |
| Target | 100% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | Semua pasien yang mendapat Tindakan medik |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah pasien yang mendapat Tindakan medik yang disurvei yang m informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan Tindakan medik da}}{\text{Jumlah pasien uyang mendapat Tindakan medik yang disurvei dalam}}$ |
| Metode Pengumpulana Data | Observasi / Retrospektif |
| Sumber Data | Hasil survei |
| Instrumen Pengambilan Data | Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah (SIIDUL) |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulana Data | <p><input type="checkbox"/> Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)</p> <p><input type="checkbox"/> Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)</p> <p>Probability Sampling – Simple Random Sampling</p> |
| Periode Pengumpulana Data | Harian, Mingguan |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulanan, Tahunan |
| Penyajian Data | <input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala Ruang Rekam Medis |

22.Sanitasi

Baku mutu limbah cair

| | |
|----------------------|---|
| Judul Indikator | Baku mutu limbah cair |
| Dasar Pemikiran | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit 2. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kelet Provinsi Jawa Tengah Nomor: 001 Tahun 2018 Tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Rumah Sakit Umum Daerah Kelet Provinsi Jawa Tengah 3. Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 22 Tahun 2017 Tentang Penerapan dan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jawa Tengah |
| Dimensi Mutu | Aman |
| Tujuan | Mengukur baku mutu limbah cair sebagai gambaran kepedulian rumah sait terhdap keamanan limbah cair rumah sakit |
| Definisi Operasional | Baku mutu limbah cair adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan lingkungan rumah sakit, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator: 1. BOD (Biological Oxygen Demand): 30 mg/lt 2. COD (Chemical Oxygen Demand): 80 mg/lt 3. TSS (Total Suspended Solid): 30 mg/lt 4. PH: 6-9 |
| Jenis Indikator | Proses |

| | |
|---|--|
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair |
| Target | 100% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | Kriteria Inklusi Seluruh pemeriksaan limbah cair Kriteria Eksklusi Tidak ada |
| Formula | $\frac{\text{Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair}} \times 100\%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Hasil pemeriksaan limbah cair |
| Instrumen Pengambilan Data | Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah (SIIDUL) |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | <input type="checkbox"/> Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) <input type="checkbox"/> Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Probability Sampling – Simple Random Sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulanan, Tahunan |
| Penyajian Data | <input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala Sanitasi Rumah Sakit |

23. Umpeg dan Keuangan

Kenaikan pangkat ASN RSUD Kelet tepat waktu

| | |
|-------------------------------|--|
| Judul Indikator | Ketepatan waktu kenaikan pangkat ASN RSUD Kelet |
| Dasar Pemikiran | 1. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 Tentang Aparatur Sipil Negara 2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 99 Tahun 2000 Tentang Kenaikan Pangkat Pegawai Negeri Sipil 3. Peraturan Kepala Badan Kepegawaian Negara Nomor 33 Tahun 2011 Tentang Kenaikan Pangkat Bagi Pegawai Negeri Sipil Yang Memperoleh Surat Tanda Tamat Belajar Ijazah |
| Dimensi Mutu | Tepat Waktu, Efektif |
| Tujuan | Mengukur ketepatan waktu kenaikan pangkat ASN sebagai gambaran kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai |
| Definisi Operasional | Kenaikan pangkat ASN dilakukan di dua periode dalam satu tahun yaitu pada bulan April dan Oktober |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah ASN yang diusulkan tepat waktu sesuai dengan periode kenaikan pangkat |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah seluruh ASN yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat |
| Target | 100% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | Seluruh ASN yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah ASN yang diusulkan tepat waktu sesuai dengan periode kenaikan pangkat}}{\text{Jumlah seluruh ASN yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat}} \times 100 \%$ |

| | |
|---|--|
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Data kepegawaian ASN rumah sakit |
| Instrumen Pengambilan Data | Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah (SIIDUL) |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | Seluruh data pegawai |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulanan, Tahunan |
| Penyajian Data | <input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian |

24.Ambulance

Kecepatan memberikan layanan ambulance sesuai standart (30 menit)

| | |
|-----------------|--|
| Judul Indikator | Kecepatan memberikan layanan ambulance sesuai standart (30 menit) |
| Dasar Pemikiran | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan Pasien 2. Pasal 29 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional |
| Dimensi Mutu | Tepat Waktu, Efektif, Aman |

| | |
|-------------------------------|---|
| Tujuan | Mengukur kecepatan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan pelayanan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none">1. Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.2. Pelayanan Ambulan merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar Fasilitas Kesehatan disertai dengan upaya atau kegiatan menjaga kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien.3. Pelayanan Ambulan hanya dijamin bila rujukan dilakukan pada Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS atau pada kasus gawat darurat dari Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dengan tujuan penyelamatan nyawa pasien.4. Ketentuan mengenai persyaratan dan tata cara pemberian pelayanan ambulan ditetapkan dengan Peraturan BPJS Kesehatan. |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pelayanan ambulance yang sesuai standar |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah semua pelayanan ambulance |
| Target | 100% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | Kriteria Inklusi : Seluruh driver pemberi layanan ambulance Kriteria Eksklusi : Tidak ada |

| | |
|---|---|
| Formula | Jumlah pelayanan ambulance yang sesuai standar / jumlah semua pelayanan ambulance * 100 % |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Hasil observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | SIIDUL |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | Minimal 200 Peluang Non probability Sampling – Consecutive sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulanan, Tahunan |
| Penyajian Data | <input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala Driver |

25.Pemulasaran Jenazah

Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah ≤2 jam

| | |
|-----------------|---|
| Judul Indikator | Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah ≤2jam |
| Dasar Pemikiran | 1. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit. 2. Sebagai dasar tergambarinya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah. |
| Dimensi Mutu | Berorientasi Pasien |

| | |
|---|---|
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah |
| Definisi Operasional | Pemulasaraan jenazah adalah perawatan jenazah sehingga jenazah layak dan aman untuk dibawa keluarga. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas. |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah seluruh pelayanan pemulasaraan jenazah ≤ 2 jam pada periode observasi |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah seluruh pelayanan pemulasaraan jenazah pada periode observasi |
| Target | 100% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | Kriteria Inklusi : Semua pelayanan pemulasaraan jenazah Kriteria Eksklusi : Tidak ada |
| Formula | Jumlah seluruh pelayanan pemulasaraan jenazah ≤ 2 jam pada periode observasi / Jumlah seluruh pelayanan pemulasaraan jenazah pada periode observasi * 100 % |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Unit pemulasaraan jenazah |
| Instrumen Pengambilan Data | Data pelayanan pemulasaraan jenazah |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | Total populasi Concurrent |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan |
| Penyajian Data | <input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Run Chart |
| Penanggung Jawab | Kepala Unit Pemulasaraan Jenazah |

26.Atem

Tercapainya perbaikan peralatan medis

| | |
|-------------------------------|--|
| Judul Indikator | Tercapainya perbaikan peralatan medis |
| Dasar Pemikiran | 1. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit |
| Dimensi Mutu | Aman, Efektif, Efisien |
| Tujuan | Terlaksananya kegiatan perbaikan peralatan medis |
| Definisi Operasional | Perbaikan perlatan medis adalah kegiatan yang bersifat perbaikan terhadap peralatan yang mengalami kerusakan dengan atau tanpa penggantian suku cadang |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah seluruh alat kesehatan yang dapat diperbaiki dalam periode penilaian |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah alat Kesehatan yang diperbaiki dalam periode penilaian |
| Target | 100% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | Kriteria Inklusi : Semua alat kesehatan Kriteria Eksklusi : |

| | |
|---|--|
| | Tidak ada |
| Formula | Alat Kesehatan yang dapat diperbaiki / Jumlah seluruh alat kesehatan yang diperbaiki * 100 % |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Rekap data ATEM |
| Instrumen Pengambilan Data | SIIDUL |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | Minimal 200 Peluang Non probability Sampling – Consecutive sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Setiap 3 bulan |
| Penyajian Data | <input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala Unit ATEM |

27.Laundry

Tidak adanya kejadian linen yang hilang

| | |
|-----------------|---|
| Judul Indikator | Tidak adanya kejadian linen yang hilang |
| Dasar Pemikiran | 1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien 2. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. |
| Dimensi Mutu | Efektif. Efisien |

| | |
|---|---|
| Tujuan | Tergambarnya pengendalian mutu pelayanan laundry |
| Definisi Operasional | Tidak adanya linen hilang adalah kondisi linen di ruangan dan di laundry dengan jumlah yang tepat sesuai dengan kebutuhan pasien |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah semua linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut |
| Target | 100% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | Kriteria Inklusi : Jumlah semua linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut Kriteria Eksklusi : Tidak ada |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling}}{\text{Jumlah semua linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut}} \times 100 \%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Rekap data Laundry |
| Instrumen Pengambilan Data | SIIDUL |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | Minimal 200 Peluang Non probability Sampling – Consecutive sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Setiap 1 Bulan |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulanan, Tahunan |
| Penyajian Data | <input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala Ruang Laundry / CSSD |

28.PPI

Kepatuhan dalam melakukan kebersihan tangan

| | |
|----------------------|---|
| Judul Indikator | Kepatuhan dalam melakukan kebersihan tangan |
| Dasar Pemikiran | <ol style="list-style-type: none">1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien2. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).4. Rumah sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai dengan ketentuan WHO. |
| Dimensi Mutu | Aman |
| Tujuan | Mengukur kepatuhan pemberi layanan Kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none">1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (alcohol-based handrubs) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor.2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO.3. Lima indikasi (five moment) kebersihan tangan terdiri dari:<ol style="list-style-type: none">a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau |

| | |
|-------------------------------|--|
| | <p>pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien.</p> <p>b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien.</p> <p>c. Sebelum melakukan prosedur aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, contoh : pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, suctioning, pemberian suntikan dan lain-lain.</p> <p>d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD.</p> <p>e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien.</p> <p>4. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</p> <p>5. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.</p> |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi |
| Target | ≥85% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | <p>Kriteria Inklusi :</p> <p>Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy</p> |

| | |
|---|---|
| | Kriteria Eksklusi : Tidak ada |
| Formula | Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy / Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi * 100 % |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Hasil observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | Formulir kepatuhan kebersihan tangan |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | Minimal 200 Peluang Non probability Sampling – Consecutive sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulanan, Tahunan |
| Penyajian Data | <input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Run chart |
| Penanggung Jawab | Tim PPI RS |

29.VCT

Kepatuhan pasien dalam pengambilan obat Antiretroviral (ARV)

| | |
|-----------------|---|
| Judul Indikator | Kepatuhan pasien dalam pengambilan obat Antiretroviral (ARV) |
| Dasar Pemikiran | 1. Permenkes RI No 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS 2. Permenkes RI No 87 Tahun 2014 tentang Pengobatan Anti Retroviral |

| | |
|-------------------------------|--|
| | <p>3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1507/Menkes/SK/X/2005 tentang Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS Secara Sukarela.</p> <p>4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV.</p> |
| Dimensi Mutu | Efektif |
| Tujuan | Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan VCT dalam penanggulangan HIV dan AIDS |
| Definisi Operasional | <p>1. Human Immunodeficiency Virus yang selanjutnya disingkat HIV adalah Virus yang menyebabkan Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS).</p> <p>2. Acquired Immuno Deficiency Syndrome yang selanjutnya disingkat AIDS adalah suatu kumpulan gejala berkurangnya kemampuan pertahanan diri yang disebabkan oleh masuknya virus HIV dalam tubuh seseorang.</p> <p>3. Orang Dengan HIV dan AIDS yang selanjutnya disingkat ODHA adalah orang yang telah terinfeksi virus HIV.</p> <p>4. Voluntary Counseling and Testing (VCT) merupakan pintu masuk untuk membantu setiap orang dalam pemanfaatan layanan terkait dengan pencegahan, perawatan, dukungan, dan pengobatan HIV-AIDS.</p> |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pasien yang patuh mengambil obat ARV pada periode observasi |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah seluruh pasien VCT yang mendapatkan obat ARV pada periode observasi |
| Target | 100% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | <p>Inklusi :</p> <p>Semua pasien VCT</p> <p>Eksklusi : Tidak ada</p> |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah pasien yang patuh mengambil obat ARV pada periode observasi}}{\text{Jumlah seluruh pasien VCT pada periode observasi}} \times 100\%$ |

| | |
|---|--|
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Hasil observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | Formulir observasi kepatuhan pasien dalam pengambilan obat |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | Total populasi Observasi |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan |
| Penyajian Data | Laporan harian, bulanan, tahunan |
| Penanggung Jawab | Kepala VCT |

30.CSSD

Angka kejadian kehilangan alat dan bahan

| | |
|----------------------|---|
| Judul Indikator | Angka kejadian kehilangan alat dan bahan |
| Dasar Pemikiran | Pergub Jawa Tengah No.22 tahun 2017 tentang Standar Pelayanan Minimal |
| Dimensi Mutu | Efisien, Efektif |
| Tujuan | Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan CSSD |
| Definisi Operasional | Kehilangan alat saat dipelayanan yang tidak sesuai ceklist kelengkapan alat dan bahan |
| Jenis Indikator | Perubahan indicator CSSD |

| | |
|---|---|
| Satuan Pengukuran | Jumlah alat yang dikembalikan |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah alat dan bahan yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah alat dan bahan yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut |
| Target | 0% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | Inklusi : Jumlah alat dan bahan yang hilang Eksklusi : Jumlah alat dan bahan yang rusak dan kurang lengkap |
| Formula | $(N : D) \times 100\%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Ceklist kelengkapan alat |
| Sumber Data | Survey |
| Instrumen Pengambilan Data | Ceklist kelengkapan alat |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | Sensus harian |
| Periode Pengumpulan Data | Harian |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | 3 bulan sekali |
| Penyajian Data | Laporan harian, bulanan, tahunan |
| Penanggung Jawab | Kepala CSSD |

31.PKRS

Kepatuhan pelaksanaan edukasi pasien rawat inap oleh PPA

| | |
|-------------------------------|--|
| Judul Indikator | Kepatuhan pelaksanaan edukasi pasien rawat inap oleh PPA |
| Dasar Pemikiran | Edukasi sebagai bagian dari pelaksanaaa komunikasi efektif antara petugas dengan pasien di rumah sakit. Edukasi kepada pasien dan atau keluarga oleh PPA merupakan hak pasien dan keluarga. |
| Dimensi Mutu | Efektif, Berorientasi Pasien |
| Tujuan | Meningkatkan pengetahuan pasien dan atau keluarga tentang proses asuhan, sehingga pasien mampu mengambil keputusan dan menjalani terapinya. |
| Definisi Operasional | Pengukuran kepatuhan edukasi pasien rawat inap meliputi pengkajian, perencanaan, dan pelaksanaan yang didapat dari rekam medis pasien |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pelaksanaan edukasi yang terdokumentasi di dalam rekam medis yang masuk sebagai sampel |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah rekam media yang masuk sebagai sampel |
| Target | 80% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | Kriteria Inklusi Semua Profesional Pemberi Asuhan Kriteria Eksklusi Tidak ada |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah pelaksanaan edukasi yang terdokumentasi di dalam rekam medis yang masuk sebagai sampel}}{\text{Jumlah rekam medis yang masuk sebagai sampel}} \times 100\%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Rekam medis |
| Instrumen Pengambilan Data | Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Provinsi Jawa Tengah (SIIDUL) |

| | |
|---|--|
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | Sampel diambil sejumlah pasien yang dirawat pada saat haro survey Studi dokumen |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan, Tahunan |
| Penyajian Data | Tabel Runchart |
| Penanggung Jawab | Tim PKRS |

32.PDE

Jumlah penanganan terjadinya down time

| | |
|----------------------|--|
| Judul Indikator | Jumlah penanganan terjadinya downtime |
| Dasar Pemikiran | Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 31 tahun2018 tentang aplikasi sarana, prasarana dan alat kesehatan |
| Dimensi Mutu | Efisien |
| Tujuan | Mengukur angka kejadian downtime teratasi di lingkungan Rumah Sakit untuk menjadi evaluasi penanganan downtime. |
| Definisi Operasional | <i>Downtime</i> adalah waktu dimana computer atau system IT tidak tersedia, offline atau tidak beroperasi. Downtime memiliki banyak penyebab, termasuk penghentian untuk melakukan pemeliharaan (<i>maintenance</i>), kesalahan manusia, malfungsi perangkat lunak dan keras, dan bencana lingkungan seperti pemadaman listrik, kebakaran, banjir, atau perubahan suhu yang besar. |
| Jenis Indikator | Proses |

| | |
|---|--|
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah kejadian downtime teratasi |
| Denominator (Penyebut) | Seluruh kejadian downtime |
| Target | 100% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | Kriteria Inklusi Semua kejadian downtime di Rumah Sakit Kriteria Eksklusi Tidak ada |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah kejadian downtime teratasi}}{\text{Seluruh kejadian downtime}} \times 100\%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Data kejadian downtime |
| Instrumen Pengambilan Data | Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Provinsi Jawa Tengah (SIIDUL) |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | Total Sampel (apabila jumlah populasi < 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan, Tahunan |
| Penyajian Data | Tabel Runchart |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi PDE |

33.IGD Donorojo

Waktu tunggu pasien rawat inap di IGD \leq 2,5 jam

| | |
|-------------------------------|---|
| Judul Indikator | Waktu tunggu pasien rawat inap di IGD \leq 2,5 jam |
| Dasar Pemikiran | 1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang pelayanan kegawat daruratan 2. Data complain pasien IGD terkait waktu tunggu pasien masuk rawat inap lama |
| Dimensi Mutu | Aman, Efektif, Efisien, Berorientasi Pasien |
| Tujuan | Tergambarnya waktu pasien menunggu di pelayanan sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit IGD agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien. |
| Definisi Operasional | Waktu tunggu pasien rawat inap di IGD \leq 2,5 jam tanpa adanya tindakan observasi dan kondisi kamar penuh. |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pasien dengan waktu tunggu rawat inap di IGD \leq 2,5 jam |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pasien IGD yang rawat inap tanpa adanya tindakan observasi dan kondisi kamar penuh |
| Target | 90% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | Inklusi : Semua pasien IGD yang rawat inap Eksklusi : Semua pasien IGD yang rawat inap dengan tindakan observasi dan kamar penuh |
| Formula | Formula : <u>Jumlah pasien dengan waktu tunggu rawat inap di IGD \leq 2,5 jam</u> x 100 % Jumlah pasien IGD yang rawat inap tanpa adanya tindakan observasi dan kondisi kamar penuh |

| | |
|---|--|
| | |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Hasil observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | SIIDUL |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | Minimal 200 Peluang Non probability Sampling – Consecutive sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulanan, Tahunan |
| Penyajian Data | <input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala instalasi IGD |

34.Farmasi Donorojo

Angka kekosongan obat di farmasi

| | |
|-----------------|---|
| Judul Indikator | Angka kekosongan obat di farmasi |
| Dasar Pemikiran | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 35 tahun 2014 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Apotek 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 73 tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Apotek. |
| Dimensi Mutu | Efektif, Aman, Berorientasi Pasien |

| | |
|------------------------|---|
| Tujuan | Mengukur ketersediaan obat di Gudang logistic obat sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan pelayanan terhadap pasien dalam hal ketersediaan obat. |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none">1. Apotek adalah sarana pelayanan kefarmasian tempat dilakukan praktik kefarmasian oleh Apoteker.2. Standar Pelayanan Kefarmasian adalah tolak ukur yang dipergunakan sebagai pedoman bagi tenaga kefarmasian dalam menyelenggarakan pelayanan kefarmasian.3. Pelayanan Kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien.4. Resep adalah permintaan tertulis dari dokter atau dokter gigi, kepada apoteker, baik dalam bentuk paper maupun electronic untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai peraturan yang berlaku.5. Sediaan Farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional dan kosmetika.6. Obat adalah bahan atau paduan bahan, termasuk produk biologi yang digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi untuk manusia. |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pemberi pelayanan yang memberikan obat dalam periode observasi |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pemberi pelayanan obat sesuai ketersedian obat periode observasi |
| Target Pencapaian | 0% |
| Kriteria | Kriteria Inklusi: Semua pemberi pelayanan dan penyedia ketersediaan obat. Kriteria Eksklusi: Tidak ada |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang memberikan obat secara benar dalam periode observasi}}{\text{Jumlah pemberi pelayanan sesuai ketersediaan obat periode observasi}} \times 100\%$ |

| | |
|-------------------------------------|---|
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Sidio, SIIDUL |
| Instrumen Pengambilan Data | Formulir observasi kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien |
| Populasi/Sampel | Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan |
| Penyajian Data | Tabel Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala unit/ruang Farmasi |

35.Kasir Donorojo

Penundaan pemulangan pasien rawat inap

| | |
|-----------------|--|
| Judul Indikator | Penundaan Pemulangan Pasien Rawat Inap |
| Dasar Pemikiran | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 Tentang Kewajiban Rumah Sakit Dan Kewajiban Pasien 2. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kelet Provinsi Jawa Tengah Nomor: 001 Tahun 2018 Tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Rumah Sakit Umum Daerah Kelet Provinsi Jawa Tengah |
| Dimensi Mutu | Tepat Waktu, Efektif |
| Tujuan | Mengukur ketepatan waktu proses pemulangan pasien rawat inap sebagai dasara untuk memperbaiki efektifitas alur pelayanan pasien rawat inap |

| | |
|-------------------------------|--|
| Definisi Operasional | <p>1. Proses pemulangan pasien adalah proses validasi pemulangan pasien oleh kasir sesuai pelayanan yang diterima oleh pasien.</p> <p>2. Validasi adalah proses validasi dengan melakukan pencocokan data pelayanan di dokumen rekam medis pasien dan SIMRS</p> <p>3. Waktu proses pemulangan pasien rawat inap memiliki standar waktu 10 menit apabila berkas dokumen rekam medis lengkap dan telah dikirim ke Kasir Rawat Inap dan tidak ada gangguan SIMRS.</p> <p>4. Penundaan adalah proses pemulangan pasien rawat inap yang ditunda karena dokumen rekam medis yang kurang lengkap, proses penunjang yang belum lengkap di SIMRS, atau gangguan jaringan internet/ SIMRS.</p> |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pasien rawat inap yang tidak ditunda pemulangannya |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pasien rawat inap yang harusnya dilakukan proses pemulangannya |
| Target | 0% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | <p>Kriteria Inklusi</p> <p>Semua pasien rawat inap yang harus dipulangkan oleh kasir rawat inap</p> <p>Kriteria Eksklusi</p> <p>Tidak ada</p> |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang tidak ditunda pemulangannya}}{\text{Jumlah pasien rawat inap yang seharusnya dilakukan proses pemulangannya}} * 100\%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Retrospektif |
| Sumber Data | Data Catatan Kasir Inap |
| Instrumen Pengambilan Data | Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah (SIIDUL) |

| | |
|---|--|
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | <input type="checkbox"/> Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) <input type="checkbox"/> Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Probability Sampling – Simple Random Sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Harian/Mingguan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulanan, Tahunan |
| Penyajian Data | <input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Run chart |
| Penanggung Jawab | Kasir |

36.Rekam Medis Donorojo

Kelengkapan inform concent setelah mendapatkan informasi yang jelas

| | |
|-----------------|--|
| Judul Indikator | Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas |
| Dasar Pemikiran | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/MENKES/III/2008 Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran 3. Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 22 Tahun 2017 Tentang Penerapan dan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jawa Tengah 4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kelet Provinsi Jawa Tengah Nomor: 001 Tahun 2018 Tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Rumah Sakit Umum Daerah Kelet Provinsi Jawa Tengah |
| Dimensi Mutu | Aman |
| Tujuan | Mengukur kelengkapan informed concent pada berkas rekam medis sebagai gambaran tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasiedn dan mendapat persetujuan pasien akan Tindakan medik yang dilakukan |

| | |
|-------------------------------|--|
| | dan sebagai dasar untuk bahan evaluasi Ketidاكلengkapan Pengisian Catatan Medis (KLPCM) |
| Definisi Operasional | <p>1. Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.</p> <p>2. Persetujuan Tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai Tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien.</p> <p>3. Ketidاكلengkapan pengisian catatan medis (KLPCM) merupakan indikator mutu pelayanan asuhan rekam medis</p> <p>4. Informed concent dalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan menegenai Tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut</p> <p>5. Kelengkapan informed concent adalah adanya RM 24b (Lembar Dokter Penanggungjawab Pelayanan) dan RM12b (Persetujuan dan Penolakan Tindakan Operatif) di dokumen rekam medis apabila pasien dilakukan tindakan medis/ operatif.</p> |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pasien yang mendapat Tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan Tindakan medik dalam 1 bulan |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pasien uyang mendapat Tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan |
| Target | 100% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | Semua pasien yang mendapat Tindakan medik |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah pasien yang mendapat Tindakan medik yang disurvei yang t informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan Tindakan medik d}}{\text{Jumlah pasien uyang mendapat Tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan}} \times 100\%$ |

| | |
|---|--|
| Metode Pengumpulan Data | Observasi / Retrospektif |
| Sumber Data | Hasil survei |
| Instrumen Pengambilan Data | Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah (SIIDUL) |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | <input type="checkbox"/> Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) <input type="checkbox"/> Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Probability Sampling – Simple Random Sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Harian, Mingguan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulanan, Tahunan |
| Penyajian Data | <input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala Ruang Rekam Medis |

37. Gizi Donorojo

Angka kesalahan diet pasien

| | |
|----------------------|--|
| Judul Indikator | Angka kesalahan diet pasien |
| Dasar Pemikiran | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 tahun 2019 tentang angka kecukupan gizi yang dianjurkan untuk masyarakat Indonesia 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 41 Tahun 2014 Tentang Pedoman gizi seimbang |
| Dimensi Mutu | Efisien, Efektif |
| Tujuan | Terwujudnya pelayanan pemberian diet makanan kepada pasien yang efektif dan efisien berdasarkan kebutuhan pasien. |
| Definisi Operasional | Angka Kecukupan Gizi yang dianjurkan untuk masyarakat Indonesia yang selanjutnya disingkat AKG adalah suatu nilai yang menunjukkan kebutuhan rata-rata zat gizi |

| | |
|-------------------------------------|--|
| | tertentu yang harus dipenuhi setiap hari bagi hampir semua orang sesuai karakteristik tertentu yang meliputi umur, jenis kelamin, tingkat aktivitas fisik, dan kondisi fisiologis, untuk hidup sehat |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah diit pasien yang salah atau tidak sesuai |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah diet yang diberikan pada pasien |
| Target Pencapaian | 0% |
| Kriteria | Kriteria Inklusi: Semua pasien yang mendapatkan diet dari rumah sakit Kriteria Eksklusi: pasien yang tiba-tiba mengalami perubahan diet |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah diet pasien yang salah atau tidak sesuai}}{\text{jumlah diet yang diberikan pada pasien}} \times 100\%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Retrospektif |
| Sumber Data | Lembar permintaan diit pasien |
| Instrumen Pengambilan Data | Formulir observasi |
| Populasi/Sampel | Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan |
| Penyajian Data | Tabel Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala unit/ruang gizi |

38.Rawat Jalan Donorojo

Waktu tunggu pasien rawat jalan ≤ 60 menit

| | |
|----------------------|---|
| Judul Indikator | Waktu Tunggu Rawat Jalan |
| Dasar Pemikiran | <div>1. Undang-Undang tentang Rumah Sakit.</div> <div>2. Rumah sakit harus menjamin ketepatan pelayanan kesehatan termasuk di unit rawat jalan. Walaupun tidak dalam kondisi gawat maupun darurat namun tetap harus dilayani dalam waktu yang ditetapkan. Hal ini untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan pasien akan rencana Mutufasyankes Apps diagnosis dan pengobatan. Waktu tunggu yang lama dapat menyebabkan ketidakpuasan pasien dan keterlambatan diagnosis maupun pengobatan pasien.</div> |
| Dimensi Mutu | Berorientasi pasien, tepat waktu |
| Tujuan | Tergambarnya waktu pasien menunggu di pelayanan sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat jalan agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien. |
| Definisi Operasional | <div>1. Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis.</div> <div>2. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/ menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran online.<div><div>a. Pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</div><div>b. Pasien mendaftar online, maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendaftaran online sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</div><div>c. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</div></div></div> |

| | |
|---|---|
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤ 60 menit |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi |
| Target | ≥ 80% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | Kriteria inklusi: Pasien yang berobat di rawat jalan Kriteria eksklusi: 1. Pasien medical check up, pasien poli gigi 2. Pasien yang mendaftar online atau anjungan mandiri datang lebih dari 60 menit dari waktu yang sudah ditentukan 3. Pasien yang ada tindakan pasien sebelumnya |
| Formula | Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤ 60 menit _____ x 100% Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi |
| Metode Pengumpulan Data | Retrospektif |
| Sumber Data | Sumber data sekunder antara lain dari: 1. Catatan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan 2. Rekam Medik Pasien Rawat Jalan 3. Formulir Waktu Tunggu Rawat Jalan |
| Instrumen Pengambilan Data | Formulir Waktu Tunggu Rawat jalan |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | • Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) • Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Probability Sampling – Simple Random Sampling/Stratified Random sampling (berdasar poliklinik rawat jalan) |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulanan, Tahunan |
| Penyajian Data | <input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Run chart |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

39.Kepodang

Kepatuhan asesmen ulang resiko jatuh

| | |
|----------------------|--|
| Judul Indikator | Kepatuhan asesmen ulang resiko jatuh |
| Dasar Pemikiran | 1. Indikator Mutu SPM / RENSTRA 2. Indikator Mutu Wajib |
| Dimensi Mutu | Aman |
| Tujuan | Tergambarnya kepatuhan petugas dalam upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh |
| Definisi Operasional | 1. Banyak cedera yang terjadi akibat pasien jatuh. Berbagai faktor yang meningkatkan risiko pasien jatuh antara lain : kondisi pasien, gangguan fungsional, situasi lingkungan, riwayat jatuh atau konsumsi obat tertentu. 2. Pasien yang pada asesmen awal dinyatakan berisiko rendah untuk jatuh, dapat mendadak berubah menjadi berisiko tinggi. Hal ini disebabkan oleh operasi dan/atau anestesi, perubahan mendadak kondisi pasien, serta penyesuaian pengobatan. 3. Contoh situasional risiko adalah jika pasien yang datang ke unit rawat jalan dengan ambulan atau ke poli dengan kursi roda atau brankar. Atau pasien rawat inap dibawa ke radiologi untuk keperluan pemeriksaan. Pasien ini berisiko jatuh waktu dipindah dari brankar ke meja periksa radiologi, atau waktu berubah posisi sewaktu berada di meja sempit tempat pemeriksaan radiologi 4. Lokasi spesifik dapat menyebabkan risiko jatuh bertambah karena layanan yang diberikan. Misalnya, terapi fisik memiliki banyak peralatan spesifik digunakan pasien yang dapat menambah risiko pasien |

| | |
|---|---|
| | <p>jatuh seperti parallel bars, freestanding staircases, dan peralatan lain untuk latihan</p> <p>5. Skrining risiko pasien jatuh adalah penapisan yang dilakukan pada saat awal pasien masuk ke IGD atau rawat jalan dengan menggunakan metode Fall Morse Scale pada pasien dewasa dan metode Humpty Dumpty Scale pada pasien anak.</p> |
| Jenis Indikator | Proses |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pasien yang dilakukan skrining risiko jatuh pada hari berjalan |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah seluruh pasien yang kondisi, tindakan/terapi nya dapat menyebabkan risiko jatuh pada hari berjalan |
| Target | 100% |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi | <p>Kriteria Inklusi :</p> <p>Jumlah seluruh pasien yang kondisi, tindakan/terapi nya dapat menyebabkan risiko jatuh pada hari berjalan</p> <p>Kriteria Eksklusi :</p> <p>Tidak ada</p> |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah pasien yang dilakukan skrining risiko jatuh pada hari berjalan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang kondisi, tindakan/terapi nya dapat menyebabkan risiko jatuh pada hari berjalan}} \times 100 \%$ |
| Metode Pengumpulan Data | Observasi |
| Sumber Data | Flamboyan |
| Instrumen Pengambilan Data | Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah (SIIDUL) |
| Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data | <p>Total populasi</p> <p>Concurrent</p> |
| Periode Pengumpulan Data | Harian |

| | |
|-------------------------------------|---|
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Triwulanan |
| Penyajian Data | <input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> Line chart |
| Penanggung Jawab | Kepala ruang Flamboyan, Penanggungjawab Keselamatan Pasien |