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	Kepatuhan pemasangan gelang identitas pada pasien
Indikator	neoplasma/kecurigaan malignancy
Dasar Pemikiran	 Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien Kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien menjadi
Pellikiran	
	sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama
	proses pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien.
	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.
Dimensi	Aman
Mutu	
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	1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga
Operasional	kesehatan
	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.
	3. Isi dari gelang identitas pasien terdiri dari nama pasien,
	tanggal lahir dan nomor rekam medis pasien.
	4. Pasien neoplasma/kecurigaan malignancy adalah pasien
	neoplasma/kecurigaan malignancy yang dirawat di RSUD
	Kelet.

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

Penanggung	Kepala unit/ruang IGD
Jawab	

b. Peningkatan Komunikasi yang Efektif
 Kelengkapan verifikasi SBAR dengan TBK pada pasien
 neoplasma/kecurigaan malignancy

Judul	Kelengkapan verifikasi SBAR dengan TBK pada pasien
Indikator	neoplasma/kecurigaan malignancy
Dasar	1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien
Pemikiran	2. 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 komuniaksi 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	1. Kelengkapan verifikasi SBAR dengan TBK dilakukan dengan
Operasional	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	Proses
Indikator	
Satuan	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah verifikasi SBAR dengan TBK yang telah terverifikasi
(Pembilang)	dengan lengkap dalam rekam medis pasien
	neoplasma/kecurigaan malignancy dalam periode observasi
Denumerator	Jumlah verifikasi SBAR dengan TBK yang ada dalam rekam
(Penyebut)	medis pasien neoplasma/kecurigaan malignancy dalam

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

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 entang 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 chek saat
	pemberian obat HAM sebagai dasar untuk memperbaiki dan
	meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin
	keselamatan petugas dan pasien
Definisi	Kepatuhan double check pada pemberian obat HAM adalah
Operasional	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	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah pemberian obat high alert yang dilakukan double
(Pembilang)	check
Denumerator	Jumlah seluruh pemberian obat high alert dalam periode
(Penyebut)	observasi
Target	100%
Pencapaian	
Kriteria	Krireria Inklusi:
	Seluruh pasien yang mendapatkan obat HAM
	Kriteria Eksklusi:
	Tidak ada
Formula	Jumlah pemberian obat high alert yang dilakukan
	<u>double check</u> Jumlah seluruh pemberian obat high alert X 100%
	dalam periode observasi
Metode	Observasi
Pengumpulan	
Data	
Sumber Data	Hasil observasi
Instrumen	Formulir observasi double check
Pengambilan	
Data	
Populasi/Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)
	Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
	Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling –
	Consecutive Sampling

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

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

Judul	Kepatuhan Pelaksanaan site marking pada pasien
Indikator	neoplasma/kecurigaan malignancy
Dasar	1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien
Pemikiran	2. Kepatuhan site marking pada pasien
	neoplasma/kecurigaan malignancy sangat penting untuk
	menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan
	dan mencegah insiden keselamatan pasien.
	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.
Dimensi Mutu	Aman
Tujuan	Terwujudnya kepatuhan site marking pada pasien
	neoplasma/kecurigaan malignancy
Definisi	Site Marking yang dimaksud adalah tindakan pemberian
Operasional	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	Persentase
Pengukuran	

Numerator	Jumlah site marking pasien neoplasma/kecurigaan
(Pembilang)	malignancy yang dilakukan oleh DPJP
Denumerator	Jumlah pasien neoplasma/kecurigaan malignancy yang
(Penyebut)	dilakukan tindakan pembedahan
Target	100%
Pencapaian	
Kriteria	Krireria Inklusi:
	Semua pasien neoplasma/kecurigaan malignancy yang
	menjalani Tindakan pembedahan
	Kriteria Eksklusi:
	Jika lokasi operasi sudah jelas
Formula	Jumlah site marking pasien neoplasma/malignancy
	yang dilakukan oleh DPJP jumlah pasien neplasma/malignancy yang dilakukan pembedahan
Metode	Observasi
Pengumpulan	0 2002 1 402
Data	
Sumber Data	Hasil observasi
Instrumen	Formulir observasi site marking pasien
Pengambilan	neoplasma/kecurigaan malignancy
Pengambilan Data	neoplasma/kecurigaan malignancy
	neoplasma/kecurigaan malignancy Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)
Data	
Data Populasi/Sam	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)
Data Populasi/Sam	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Data Populasi/Sam	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling –
Data Populasi/Sam pel	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling
Data Populasi/Sam pel Periode	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling
Data Populasi/Sam pel Periode Pengumpulan	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling
Data Populasi/Sam pel Periode Pengumpulan Data	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling Bulanan
Data Populasi/Sam pel Periode Pengumpulan Data Periode	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling Bulanan
Data Populasi/Sam pel Periode Pengumpulan Data Periode Analisis dan	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling Bulanan
Data Populasi/Sam pel Periode Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling Bulanan
Data Populasi/Sam pel Periode Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling Bulanan Bulanan, Triwulan
Data Populasi/Sam pel Periode Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling Bulanan Bulanan, Triwulan
Data Populasi/Sam pel Periode Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Penyajian Data	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling – Consecutive Sampling Bulanan Bulanan, Triwulan Tabel Run chart

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

Judul	Kepatuhan melakukan cuci tangan dalam melakukan
Indikator	perawatan pasien neoplasma/kecurigaan malignancy
Dasar Pemikiran	 Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Rumah sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai dengan ketentuan WHO.
Mutu	
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien
Definisi	1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan
Operasional	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: 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.

seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD. e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien. f. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. g. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. Jenis Indikator Satuan Persentase Pengukuran Numerator (Pemblang) Denominator (Pemblang) Denominator (Penyebut) dilakukan dalam periode observasi Target 285% Kriteria Kriteria Inklusi: Inklusi dan Eksklusi Eksklusi Kriteria kecurigaan malignancy Kriteria Eksklusi: Tidak ada Formula Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy Kriteria Eksklusi: Tidak ada Formula Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy Kriteria Eksklusi: Tidak ada Formula Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy 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		d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien
drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD. e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien. f. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. g. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. Jenis Indikator Satuan Persentase Pengukuran Numerator (Pembilang) Denominator (Pembelang) Denominator (Penyebut) Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi Target 285% Kriteria Kriteria Inklusi: Tidak ada Formula Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy Kriteria Eksklusi: Tidak ada Formula Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy / Jumlah total peluang kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy / Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi * 100 % Metode Pengumpulan		
setelah melepas APD. e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien. f. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. g. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. Jenis Indikator Satuan Persentase Pengukuran Numerator (Pembilang) Denominator (Pembilang) Denominator (Penyebut) Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy Kriteria Inklusi dan Eksklusi Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy Kriteria Eksklusi: Tidak ada Formula Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy Kriteria Eksklusi: Tidak ada Formula Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy Kriteria Eksklusi: Tidak ada Formula Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy 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		
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. f. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. g. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. Jenis Indikator Satuan Persentase Pengukuran Numerator (Pembilang) Denominator (Pembilang) Denominator (Penyebut) dilakukan dalam periode observasi Target ≥85% Kriteria Kriteria Inklusi: Inklusi dan Eksklusi Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy Kriteria Eksklusi: Tidak ada Formula Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy 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 Observasi		
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. f. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. g. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. Jenis Indikator Satuan Persentase Pengukuran Numerator (Pembilang) Denominator (Pembilang) Denominator (Penyebut) Target \$85% Kriteria Kriteria Inklusi: Inklusi dan Eksklusi Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan yang apasien neoplasma/kecurigaan malignancy Kriteria Eksklusi: Tidak ada Formula Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy 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		-
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. f. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. g. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. Jenis Indikator Satuan Persentase Pengukuran Numerator (Pembilang) Denominator (Pembilang) Denominator (Penyebut) Target \$85% Kriteria Kriteria Inklusi: Seluruh peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi Eksklusi Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy Kriteria Eksklusi: Tidak ada Formula Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy 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		
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. f. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. g. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. Jenis Indikator Satuan Persentase Pengukuran Numerator (Pembilang) Denominator (Pembilang) Denominator (Penyebut) Target ≥85% Kriteria Inklusi: Inklusi dan Eksklusi Eksklusi Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan yang apaien neoplasma/kecurigaan malignancy Kriteria Eksklusi: Tidak ada Formula Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy Kriteria Eksklusi: Tidak ada Formula Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy / Jumlah total peluang kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy / Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi * 100 % Metode Pengumpulan		adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan
meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien. f. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. g. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. Jenis Indikator Satuan Persentase Pengukuran Numerator (Pembilang) Denominator (Pembilang) Denominator (Penyebut) Target ≥85% Kriteria Inklusi: Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan yang seharusnya terindikasi harus melakukan kebersihan tangan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy Kriteria Eksklusi: Tidak ada Formula Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy Kriteria Eksklusi: Tidak ada Formula Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy / Jumlah total peluang kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy / Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi * 100 % Metode Pengumpulan		petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana,
terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien. f. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. g. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. Jenis Indikator Satuan Perses Indikator Satuan Pengukuran Numerator (Pembilang) Denominator (Pembilang) Denominator (Penyebut) Target ≥85% Kriteria Inklusi dan Eksklusi Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy Kriteria Eksklusi: Tidak ada Formula Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy 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		dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien,
atau peralatan lain yang digunakan pasien. f. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. g. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. Jenis Indikator Satuan Persentase Pengukuran Numerator (Pembilang) Denominator (Pembilang) Denominator (Penyebut) Target \$85% Kriteria Inklusi dan Eksklusi Formula Formula Formula Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy Kriteria Inklusi: Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy 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		meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang
f. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. g. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. Jenis Indikator Satuan Pengukuran Numerator (Pembilang) Denominator (Pembelang) Denominator (Penyebut) Target >85% Kriteria Inklusi dan Eksklusi Formula Formula Formula Formula f. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga dalah penilaian kepatuhan kebersihan tangan dengan benar. Junish tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy Kriteria Inklusi: Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy 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		terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien
tenaga kesehatan. g. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. Jenis Indikator Satuan Persentase Pengukuran Numerator (Pembilang) Denominator (Pembelang) Denominator (Penyebut) Target ≥85% Kriteria Kriteria Inklusi: Inklusi dan Eksklusi terindikasi harus melakukan kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy Kriteria Eksklusi: Tidak ada Formula Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy 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		atau peralatan lain yang digunakan pasien.
g. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. Jenis Indikator Satuan Persentase Pengukuran Numerator (Pembilang) Denominator (Pembilang) Denominator (Penyebut) Target ≥85% Kriteria Kriteria Inklusi: Inklusi dan Eksklusi terindikasi harus melakukan kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan balam periode observasi Formula Formula Jumlah tindakan kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi Lidak ada Formula Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy 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		f. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan
penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. Jenis Indikator Satuan Persentase Pengukuran Numerator (Pembilang) Denominator (Pembelang) Denominator (Penyebut) Target 285% Kriteria Kriteria Inklusi: Inklusi dan Eksklusi Formula Jumlah tindakan kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi Tidak ada Formula Jumlah tindakan kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi Ariteria Kriteria Inklusi: Inklusi dan Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy 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		tenaga kesehatan.
melakukan kebersihan tangan dengan benar. Jenis Indikator Satuan Pengukuran Numerator (Pembilang) Denominator (Penyebut) Target ≥85% Kriteria Inklusi dan Eksklusi Formula Formula Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy Zeluruh peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi Target ×85% Kriteria Inklusi dan Eksklusi Formula Jumlah tindakan kebersihan tangan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy 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		g. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah
Jenis Indikator Satuan Persentase Pengukuran Numerator (Pembilang) Denominator (Penyebut) Target ≥85% Kriteria Inklusi dan Eksklusi Formula Formula Formula Formula Proses Proses Proses Proses Proses Persentase Persentase Persentase Persentase Persentase Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy Kriteria Inklusi: Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy 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		penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang
Indikator Satuan Persentase 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 Kriteria Inklusi : Inklusi dan Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy 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 Observasi		melakukan kebersihan tangan dengan benar.
Satuan Pengukuran Numerator (Pembilang) Denominator (Penyebut) Target Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan Eksklusi Formula Formula Jumlah tindakan kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy 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	Jenis	Proses
Pengukuran Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada (Pembilang) Denominator (Penyebut) Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi Target ≥85% Kriteria Kriteria Inklusi : Inklusi dan Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy 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 Observasi	Indikator	
Numerator (Pembilang) Denominator (Penyebut) Target ≥85% Kriteria Inklusi dan Eksklusi Formula Formula Formula Formula Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi Eksklusi Kriteria Inklusi: Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy 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	Satuan	Persentase
(Pembilang) pasien neoplasma/kecurigaan malignancy Denominator (Penyebut) Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi Target ≥85% Kriteria Kriteria Inklusi: Inklusi dan Eksklusi Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy 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	Pengukuran	
Denominator (Penyebut) Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi Target ≥85% Kriteria Kriteria Inklusi: Inklusi dan Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy 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	Numerator	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada
(Penyebut) dilakukan dalam periode observasi Target ≥85% Kriteria Kriteria Inklusi: Inklusi dan Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy 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 Observasi	(Pembilang)	pasien neoplasma/kecurigaan malignancy
Target ≥85% Kriteria Kriteria Inklusi: Inklusi dan Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy 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	Denominator	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya
Kriteria Kriteria Inklusi: Inklusi dan Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy 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	(Penyebut)	dilakukan dalam periode observasi
Inklusi dan Eksklusi Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy 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 Observasi	Target	≥85%
Eksklusi terindikasi harus melakukan kebersihan tangan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy 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 Observasi Pengumpulan	Kriteria	Kriteria Inklusi :
neoplasma/kecurigaan malignancy 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 Observasi	Inklusi dan	Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan
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 Kriteria Eksklusi: Tidak ada Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy / Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi * 100 %	Eksklusi	terindikasi harus melakukan kebersihan tangan pada pasien
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		neoplasma/kecurigaan malignancy
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		Kriteria Eksklusi :
pasien neoplasma/kecurigaan malignancy / Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi * 100 % Metode Observasi Pengumpulan		Tidak ada
peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi * 100 % Metode Observasi Pengumpulan	Formula	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada
dalam periode observasi * 100 % Metode Observasi Pengumpulan		pasien neoplasma/kecurigaan malignancy / Jumlah total
Metode Observasi Pengumpulan		peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan
Pengumpulan		dalam periode observasi * 100 %
	Metode	Observasi
Data	Pengumpulan	
	Data	

Sumber Data	Hasil observasi
Instrumen	Formulir kepatuhan kebersihan tangan
Pengambilan	
Data	
Populasi	Minimal 200 Peluang
Sampel dan	Non probability Sampling – Consecutive sampling
Metode	
Pengumpulan	
Data	
Periode	Bulanan
Pengumpulan	
Data	
Periode	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Analisis dan	
Pelaporan	
Data	
Penyajian	□ Tabel
Data	□ Run chart
Penanggung	Tim PPI RS
Jawab	

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

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

Denumerator	Jumlah semua pasien resiko jatuh pada pasien
(Penyebut)	neoplasma/kecurigaan malignancy
Target	100%
Pencapaian	
Kriteria	Krireria Inklusi
	Semua pasien neoplasma/kecurigaan malignancy
	Kriteria Eksklusi
	Tidak ada
Formula	Jumlah ksesuaian pelaksanaan asesmen resiko jatuh
	pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy X 100%
	Jumlah semua pasien resiko jatuh
36 . 1	pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy
Metode	Total Sampling
Pengumpulan	
Data	
Sumber Data	Laporan dari pelapor
	Rekam Medis
Instrumen	Formulir Kejadian
Pengambilan	
Data	
Populasi/Sam	Total Populasi, Retrospektif
pel	
Periode	Bulanan
Pengumpulan	
Data	
Periode	Triwulan
Analisis dan	
Pelaporan	
Data	
Penyajian Data	Tabel
	Run chart
Penanggung	Kepala Instalasi Rawat Inap
Jawab	Kasi Keperawatan

2. Indikator pelayanan klinis prioritas.

Kepatuhan pendokumentasian assessment nyeri pada pasien neoplasma/kecurigaan malignancy

Judul	Kepatuhan pendokumentasian assesmen nyeri pada pasien
Indikator	neoplasma/kecurigaan malignancy
Dasar	1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun
Pemikiran	2009 tentang Rumah Sakit
	2. Kepatuhan pendokumentasian asesmen nyeri menjadi
	sangat penting untuk meningkatkan mutu pelayanan
	rumah sakit.
	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.
Dimensi Mutu	Aman, Efektif
Tujuan	Teratasinya masalah nyeri pasien
Definisi	Terjadinya ketidakpatuhan perawat dalam
Operasional	pendokumentasian asesmen nyeri di rekam medis pasien
	baik asesmen awal maupun ulang
Jenis Indikator	Proses
Satuan	Persentase
i .	
Pengukuran	
Pengukuran Numerator	Jumlah pasien neoplasma/kecurigaan malignancy yang ada
	Jumlah pasien neoplasma/kecurigaan malignancy yang ada dokumentasi asesmen nyeri awal maupun ulang sesuai
Numerator	
Numerator	dokumentasi asesmen nyeri awal maupun ulang sesuai
Numerator (Pembilang)	dokumentasi asesmen nyeri awal maupun ulang sesuai panduan manajemen nyeri per bulan
Numerator (Pembilang) Denumerator	dokumentasi asesmen nyeri awal maupun ulang sesuai panduan manajemen nyeri per bulan Jumlah pasien neoplasma/kecurigaan malignancy dengan
Numerator (Pembilang) Denumerator (Penyebut)	dokumentasi asesmen nyeri awal maupun ulang sesuai panduan manajemen nyeri per bulan Jumlah pasien neoplasma/kecurigaan malignancy dengan keluhan nyeri dalam 1 bulan
Numerator (Pembilang) Denumerator (Penyebut) Target	dokumentasi asesmen nyeri awal maupun ulang sesuai panduan manajemen nyeri per bulan Jumlah pasien neoplasma/kecurigaan malignancy dengan keluhan nyeri dalam 1 bulan
Numerator (Pembilang) Denumerator (Penyebut) Target Pencapaian	dokumentasi asesmen nyeri awal maupun ulang sesuai panduan manajemen nyeri per bulan Jumlah pasien neoplasma/kecurigaan malignancy dengan keluhan nyeri dalam 1 bulan ≥80%
Numerator (Pembilang) Denumerator (Penyebut) Target Pencapaian	dokumentasi asesmen nyeri awal maupun ulang sesuai panduan manajemen nyeri per bulan Jumlah pasien neoplasma/kecurigaan malignancy dengan keluhan nyeri dalam 1 bulan ≥80% Kriteria Inklusi:
Numerator (Pembilang) Denumerator (Penyebut) Target Pencapaian	dokumentasi asesmen nyeri awal maupun ulang sesuai panduan manajemen nyeri per bulan Jumlah pasien neoplasma/kecurigaan malignancy dengan keluhan nyeri dalam 1 bulan ≥80% Kriteria Inklusi: Semua pasien neoplasma/kecurigaan malignancy dengan
Numerator (Pembilang) Denumerator (Penyebut) Target Pencapaian	dokumentasi asesmen nyeri awal maupun ulang sesuai panduan manajemen nyeri per bulan Jumlah pasien neoplasma/kecurigaan malignancy dengan keluhan nyeri dalam 1 bulan ≥80% Kriteria Inklusi: Semua pasien neoplasma/kecurigaan malignancy dengan keluhan nyeri
Numerator (Pembilang) Denumerator (Penyebut) Target Pencapaian	dokumentasi asesmen nyeri awal maupun ulang sesuai panduan manajemen nyeri per bulan Jumlah pasien neoplasma/kecurigaan malignancy dengan keluhan nyeri dalam 1 bulan ≥80% Kriteria Inklusi: Semua pasien neoplasma/kecurigaan malignancy dengan keluhan nyeri Kriteria Eksklusi:

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

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 Keshatan Republik Indonesia No 69
	tahun 2013 tentang standar tarif pelayanan kesahatan
	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

Definisi jumlah kejadian klaim BPJS pasien neoplasma / kecurigaan malignancy yang sesuai dari pebiayaan sesungguhnya rumah sakit berdasarkan entry data tindakan di SIM RS Jenis Indikator Proses Satuan Persentase Pengukuran Pumlah keseuaian plafon klaim BPJS pada pasien neoplasma / kecurigaan malignancy dengan biaya rumah sakit Denumerator Jumlah keseuaian plafon klaim BPJS pada pasien neoplasma / kecurigaan malignancy dengan biaya rumah sakit Denumerator Jumlah semua pasien neoplasma / kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Target 280% Pencapaian Kriteria Inklusi Semua pasien neoplasma / kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Kriteria Eksklusi Tidak ada Formula jumlah kesesuaian plafon klaim BPJS pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Kriteria Eksklusi Tidak ada Formula jumlah kesesuaian plafon klaim BPJS pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Metode Total Sampling Pengumpulan Data Laporan biaya rumah sakit bagian pendapatan, laporan klaim BPJS Instrumen Rekam Medik Pengambilan Data Populasi/Sampel Total Sampling Periode Bulanan Periode Analisis den Pelaporan Data Periode Analisis Bulanan, Triwulan Data Penyajian Data Tabel	Tujuan	Angka plafon klaim BPJS pasien neoplasma / kecurigaan
Recurigaan malignancy yang sesuai dari pebiayaan sesungguhnya rumah sakit berdasarkan entry data tindakan di SIM RS		malignancy yang sesuai dengan biaya rumah sakit
sesungguhnya rumah sakit berdasarkan entry data tindakan di SIM RS Jenis Indikator Proses Satuan Persentase Pengukuran Numerator (Pembilang) Denumerator (Pembilang) Jumlah keseuaian plafon klaim BPJS pada pasien neoplasma / kecurigaan malignancy dengan biaya rumah sakit Denumerator (Penyebut) Denumerator (Penyebut) Denumerator (Penyebut) Ariget Pencapaian Krireria Inklusi Semua pasien neoplasma / kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Kriteria Eksklusi Tidak ada Formula Formula Jumlah kesesuaian plafon klaim BPJS Rriteria Eksklusi Tidak ada Formula Jumlah kesesuaian plafon klaim BPJS Pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya rumah sakit Jumlah semua pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Metode Pengumpulan Data Total Sampling Pengumpulan Data Rekam Medik Pengambilan Data Populasi/Sampel Periode Bulanan Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Bulanan, Triwulan Bulanan, Triwulan Bulanan, Triwulan Bulanan, Triwulan		
tindakan di SIM RS Jenis Indikator Proses Satuan Persentase Pengukuran Numerator (Pembilang) Pendilang) Penguhan Denumerator (Penyebut) Pencapaian Kriteria Krireria Inklusi Semua pasien neoplasma / kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Kriteria Kriteria Kriteria Kriteria Kriteria Semua pasien neoplasma / kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Kriteria Kriteria Kriteria Kriteria Jumlah kesesuaian plafon klaim BPJS Kriteria Eksklusi Tidak ada Formula Jumlah kesesuaian plafon klaim BPJS Pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Kriteria Eksklusi Tidak ada Formula Jumlah kesesuaian plafon klaim BPJS Pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Metode Pengumpulan Data Total Sampling Rekam Medik Pengambilan Data Populasi/Sampel Pengumpulan Data Periode Pengumpulan Data Pengumpulan Data	Operasional	kecurigaan malignancy yang sesuai dari pebiayaan
Satuan Pengukuran Numerator (Pembilang) Denumerator (Pembelang) Denumerator (Penyebut) Denumerator (Penyebut) Denumerator (Penyebut) Denumerator (Pencapaian Kriteria Kriteria Kriteria Kriteria Inklusi Semua pasien neoplasma / kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Kriteria Eksklusi Tidak ada Formula Formula Formula Formula Total Sampling Pengumpulan Data Populasi/Sampel Periode Pengumpulan Data Periode Pengumpulan Data Pengumpulan Data Periode Pengumpulan Data Pengumpulan Data		sesungguhnya rumah sakit berdasarkan entry data
Satuan Pengukuran Numerator (Pembilang) Denumerator (Pembilang) Denumerator (Penyebut) Denumerator		tindakan di SIM RS
Pengukuran Numerator (Pembilang) Implication Jumlah keseuaian plafon klaim BPJS pada pasien neoplasma / kecurigaan malignancy dengan biaya rumah sakit Denumerator (Penyebut) Implication Jumlah semua pasien neoplasma / kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Target 280% Pencapaian Kriteria Krireria Inklusi Semua pasien neoplasma / kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Kriteria Eksklusi Tidak ada Formula jumlah kesesuaian plafon klaim BPJS pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya rumah sakit jumlah semua pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya rumah sakit kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Metode Total Sampling Total Sampling Pengumpulan Data Laporan biaya rumah sakit bagian pendapatan, laporan klaim BPJS Instrumen Rekam Medik Pengambilan Data Pengumpulan Data Pengumpulan Data Pengumpulan Data Pengumpulan Data Pengumpulan Pengumpulan Data Pengumpulan Pengumpu	Jenis Indikator	Proses
Numerator (Pembilang)	Satuan	Persentase
Pembilang neoplasma / kecurigaan malignancy dengan biaya rumah sakit	Pengukuran	
Sakit Denumerator Jumlah semua pasien neoplasma / kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Target ≥80% Pencapaian Kriteria Krireria Inklusi Semua pasien neoplasma / kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Kriteria Eksklusi Tidak ada Formula jumlah kesesuaian plafon klaim BPJS pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya rumah sakit jumlah semua pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya rumah sakit jumlah semua pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Metode Total Sampling Pengumpulan Data Laporan biaya rumah sakit bagian pendapatan, laporan klaim BPJS Instrumen Rekam Medik Pengambilan Data Populasi/Sampel Total Sampling Periode Bulanan Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data	Numerator	Jumlah keseuaian plafon klaim BPJS pada pasien
Denumerator (Penyebut) dengan biaya BPJS Target	(Pembilang)	neoplasma / kecurigaan malignancy dengan biaya rumah
(Penyebut) dengan biaya BPJS Target ≥80% Pencapaian Krireria Inklusi Kriteria Semua pasien neoplasma / kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Kriteria Eksklusi Tidak ada Formula jumlah kesesuaian plafon klaim BPJS pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya rumah sakit x 100% jumlah semua pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Metode Total Sampling Pengumpulan Laporan biaya rumah sakit bagian pendapatan, laporan klaim BPJS Instrumen Rekam Medik Pengambilan Data Populasi/Sampel Total Sampling Periode Bulanan Periode Analisis Bulanan, Triwulan dan Pelaporan Data Bulanan, Triwulan		sakit
Target Pencapaian Kriteria Krireria Inklusi Semua pasien neoplasma / kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Kriteria Eksklusi Tidak ada Formula jumlah kesesuaian plafon klaim BPJS pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya rumah sakit jumlah semua pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Metode Pengumpulan Data Sumber Data Laporan biaya rumah sakit bagian pendapatan, laporan klaim BPJS Instrumen Pengambilan Data Populasi/Sampel Total Sampling Periode Pengumpulan Data Periode Analisis Bulanan, Triwulan dan Pelaporan Data	Denumerator	Jumlah semua pasien neoplasma / kecurigaan malignancy
Rriteria Krireria Inklusi Semua pasien neoplasma / kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Kriteria Eksklusi Tidak ada Formula jumlah kesesuaian plafon klaim BPJS pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya rumah sakit jumlah semua pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Metode Total Sampling Pengumpulan Data Sumber Data Laporan biaya rumah sakit bagian pendapatan, laporan klaim BPJS Instrumen Rekam Medik Pengambilan Data Populasi/Sampel Total Sampling Periode Bulanan Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Bulanan, Triwulan dan Pelaporan Data	(Penyebut)	dengan biaya BPJS
Kriteria Krireria Inklusi Semua pasien neoplasma / kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Kriteria Eksklusi Tidak ada Formula	Target	≥80%
Semua pasien neoplasma / kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Kriteria Eksklusi Tidak ada Formula Formula Jumlah kesesuaian plafon klaim BPJS pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya rumah sakit jumlah semua pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Metode Pengumpulan Data Sumber Data Laporan biaya rumah sakit bagian pendapatan, laporan klaim BPJS Instrumen Pengambilan Data Populasi/Sampel Total Sampling Periode Bulanan Periode Analisis dan Pelaporan Data Bulanan, Triwulan dan Pelaporan Data	Pencapaian	
biaya BPJS Kriteria Eksklusi Tidak ada Formula	Kriteria	Krireria Inklusi
Formula Formula Formula Formula Formula Formula Formula Image: pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya rumah sakit jumlah semua pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Metode Pengumpulan Data Sumber Data Laporan biaya rumah sakit bagian pendapatan, laporan klaim BPJS Instrumen Rekam Medik Pengambilan Data Populasi/Sampel Total Sampling Periode Periode Pengumpulan Data Periode Analisis Bulanan, Triwulan dan Pelaporan Data		Semua pasien neoplasma / kecurigaan malignancy dengan
Formula Formula Jumlah kesesuaian plafon klaim BPJS pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya rumah sakit jumlah semua pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Metode Pengumpulan Data Sumber Data Laporan biaya rumah sakit bagian pendapatan, laporan klaim BPJS Instrumen Pengambilan Data Populasi/Sampel Periode Periode Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Tidak ada Jumlah kesesuaian plafon klaim BPJS A 100% Jumlah semua pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya PU 100% Jumlah semua pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya PU 100% Jumlah semua pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya PU 100% Jumlah semua pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya PU 100% Jumlah semua pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya PU 100% Jumlah semua pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya PU 100% Jumlah semua pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya PU 100% Jumlah semua pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya PU 100% Jumlah semua pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Total Sampling Periode Analisis Bulanan, Triwulan dan Pelaporan Data		biaya BPJS
Formula jumlah kesesuaian plafon klaim BPJS pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya rumah sakit jumlah semua pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Metode		Kriteria Eksklusi
metode Pengumpulan Data Instrumen Pengambilan Data Populasi/Sampel Periode Pengumpulan Data Periode Pengumpulan Data Bulanan Periode Analisis Analisis Analisis Bulanan, Triwulan Data Pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya rumah sakit pjumlah semua pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS X 100%		Tidak ada
dengan biaya rumah sakit 	Formula	jumlah kesesuaian plafon klaim BPJS
jumlah semua pasien neoplasma atau kecurigaan malignancy dengan biaya BPJS Metode Pengumpulan Data Sumber Data Laporan biaya rumah sakit bagian pendapatan, laporan klaim BPJS Instrumen Rekam Medik Pengambilan Data Populasi/Sampel Total Sampling Periode Bulanan Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Bulanan, Triwulan Data		
MetodeTotal SamplingPengumpulanDataSumber DataLaporan biaya rumah sakit bagian pendapatan, laporan klaim BPJSInstrumenRekam MedikPengambilanPopulasi/SampelPeriodeBulananPengumpulanDataPeriode AnalisisBulanan, Triwulandan PelaporanData		
Pengumpulan Data Sumber Data Laporan biaya rumah sakit bagian pendapatan, laporan klaim BPJS Instrumen Pengambilan Data Populasi/Sampel Periode Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Pelaporan Data Bulanan, Triwulan		
Data Sumber Data Laporan biaya rumah sakit bagian pendapatan, laporan klaim BPJS Instrumen Pengambilan Data Populasi/Sampel Periode Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Bulanan, Triwulan Data Bulanan, Triwulan Can biaya rumah sakit bagian pendapatan, laporan klaim bagian pendapatan, laporan bagian bagian pendapatan, laporan bagian bagian pendapatan, laporan bagian bagian bagian pendapatan, laporan bagian bagian bagian pendapatan, laporan bagian bagian bagian bagian pendapatan, laporan bagian bagia	Metode	Total Sampling
Sumber Data Laporan biaya rumah sakit bagian pendapatan, laporan klaim BPJS Instrumen Rekam Medik Pengambilan Data Populasi/Sampel Total Sampling Periode Bulanan Pengumpulan Data Periode Analisis Bulanan, Triwulan dan Pelaporan Data	Pengumpulan	
klaim BPJS Instrumen Rekam Medik Pengambilan Data Populasi/Sampel Total Sampling Periode Bulanan Pengumpulan Data Periode Analisis Bulanan, Triwulan dan Pelaporan Data	Data	
Instrumen Pengambilan Data Populasi/Sampel Periode Pengumpulan Data Periode Analisis Analisis Data Periode Analisis Data Periode Analisis Data Periode Analisis Data Pengumpulan Data	Sumber Data	Laporan biaya rumah sakit bagian pendapatan, laporan
Pengambilan Data Populasi/Sampel Total Sampling Periode Bulanan Pengumpulan Data Periode Analisis Bulanan, Triwulan dan Pelaporan Data		klaim BPJS
Data Populasi/Sampel Total Sampling Periode Bulanan Pengumpulan Data Periode Analisis Bulanan, Triwulan dan Pelaporan Data	Instrumen	Rekam Medik
Populasi/Sampel Total Sampling Periode Bulanan Pengumpulan Data Periode Analisis Bulanan, Triwulan dan Pelaporan Data	Pengambilan	
Periode Bulanan Pengumpulan Data Periode Analisis Bulanan, Triwulan dan Pelaporan Data	Data	
Pengumpulan Data Periode Analisis Bulanan, Triwulan dan Pelaporan Data	Populasi/Sampel	Total Sampling
Data Periode Analisis Bulanan, Triwulan dan Pelaporan Data	Periode	Bulanan
Periode Analisis Bulanan, Triwulan dan Pelaporan Data	Pengumpulan	
dan Pelaporan Data	Data	
Data	Periode Analisis	Bulanan, Triwulan
	dan Pelaporan	
Penyajian Data Tabel	-	
i	Penyajian Data	Tabel

	Run chart
Penanggung	Verifikator Klaim
Jawab	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	1. Timbang terima pasien (hand over) adalah suatu cara
Operasional	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	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah dokumen timbang terima yang lengkap pada
(Pembilang)	periode observasi
Denumerator	Jumlah semua dokumen timbang terima pada periode
(Penyebut)	observasi
Target	100%
Pencapaian	
Kriteria	Krireria Inklusi:
	Semua proses handover
	Kriteria Eksklusi:
	Tidak ada

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

5. Indikator terkait manajemen risiko

Kepatuhan penggunaan APD di ruang isolasi covid

Judul Indikator	Kepatuhan penggunaan APD di ruang isolasi covid
Dasar	1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pencegahan dan
Pemikiran	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	1. Mengukur kepatuhan petugas Rumah Sakit dalam
	menggunakan APD diruang isolai covid
	2. Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan
	dengan cara mengurangi risiko infeksi diruang isolai
	covid
Definisi	
	1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang
Operasional	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	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah natugas yang natuh menggunakan ADD sasusi
	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai
(Pembilang)	indikasi dalam periode observasi diruang isolai covid
Denominator	Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD
(Penyebut)	dalam periode observasi diruang isolai covid
Target	100%
Kriteria Inklusi	Inklusi :
dan Eksklusi	Semua petugas yang bertugas di ruang isolasi
	Eksklusi :
	tidak ada

Formula	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam satu periode observasi Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi
Metode	Observasi
Pengumpulan	
Data	
Sumber Data	Hasil observasi
Instrumen	Lembar observasi
Pengambilan	
Data	
Populasi	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)
Sampel dan	Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Metode	Non Probability Sampling – Consecutive Sampling
Pengumpulan	
Data	
Periode	Bulanan
Pengumpulan	
Data	
Periode Analisis	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
dan Pelaporan	
Data	
Penyajian Data	□ Tabel
	□ Run chart
Penanggung	Komite PPI
Jawab	

B. Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP Unit)

1. IGD

Waktu tunggu pasien rawat inap di IGD<=2,5 jam

Judul	Waktu tunggu pasien rawat inap di IGD ≤ 2,5 jam
Indikator	
Dasar	1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang pelayanan kegawat
Pemikiran	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	Waktu tunggu pasien rawat inap di IGD ≤ 2,5 jam tanpa
Operasional	adanya tindakan observasi dan kondisi kamar penuh.
Jenis	Proses
Indikator	
Satuan	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah pasien dengan waktu tunggu rawat inap di IGD ≤
(Pembilang)	2,5 jam
Denominator	Jumlah pasien IGD yang rawat inap tanpa adanya tindakan
(Penyebut)	observasi dan kondisi kamar penuh
Target	90%
Kriteria	Inklusi :
Inklusi dan	Semua pasien IGD yang rawat inap
Eksklusi	Eksklusi :
	Semua pasien IGD yang rawat inap dengan tindakan
	observasi dan kamar penuh
Formula	Formula : <u>Jumlah pasien dengan waktu tunggu rawat inap</u>
	<u>di IGD ≤ 2,5 jam x</u> 100 %
	Jumlah pasien IGD yang rawat inap tanpa adanya
	tindakan observasi dan kondisi kamar penuh
Metode	Observasi
Pengumpulan	
Data	
Sumber Data	Hasil observasi
Instrumen	SIIDUL
Pengambilan	
Data	
Populasi	Minimal 200 Peluang
Sampel dan	Non probability Sampling – Consecutive sampling
Metode	
Pengumpulan	
Data	

Periode	Bulanan
Pengumpulan	
Data	
Periode	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Analisis dan	
Pelaporan	
Data	
Penyajian	□ Tabel
Data	□ Run chart
Penanggung	Kepala instalasi IGD
Jawab	

Rawat Jalan Waktu tunggu pasien rawat jalan ≤ 60 menit

Judul	Waktu Tunggu Rawat Jalan
	waktu Tuliggu Nawat Galaii
Indikator	
Dasar	1. Undang-Undang tentang Rumah Sakit.
Pemikiran	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.
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	1. Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang
Operasional	dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas
	pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter
	spesialis.
	2. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat
	petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/
	menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien

	melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran
	online.
	a. Pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien
	kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat
	pelayanan dokter/ dokter spesialis.
	b. Pasien mendaftar online, maka dihitung sejak pasien
	melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas
	pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendaftaran
	online sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter
	spesialis.
	c. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti
	pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai
	mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.
Jenis	
	Proses
Indikator	
Satuan	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤ 60 menit
(Pembilang)	
Denominator	Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi
(Penyebut)	
Target	≥ 80%
T7 ***	
Kriteria	Kriteria inklusi:
Inklusi dan	Pasien yang berobat di rawat jalan
Eksklusi	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	Retrospektif
Pengumpulan	
Data	
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	Formulir Waktu Tunggu Rawat jalan
Pengambilan	
Data	
Populasi	• Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)
Sampel dan	• Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Metode	Probability Sampling – Simple Random Sampling/Stratified
Pengumpulan	Random sampling (berdasar poliklinik rawat jalan)
Data	
Periode	Bulanan
Pengumpulan	
Data	
Periode	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Analisis dan	
Pelaporan	
Data	
Penyajian	□ Tabel
Data	□ Run chart
Penanggung	Kepala Instalasi Rawat Jalan
Jawab	

3. Cendana $\label{eq:Waktu tunggu pasien pulang le 2 jam}$ Waktu tunggu pasien pulang le 2 jam

Judul	Waktu tunggu pasien pulang ≤ 2 jam
Indikator	
Dasar	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor
Pemikiran	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
Tujuan	
	inap sebagai dasar untuk memperbaiki efektifitas alur
	pelayanan pasien rawat inap
Definisi	Waktu tunggu pemulangan pasien rawat inap adalah
Operasional	tenggang waktu sejak pasien diperbolehkan pulang oleh

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

Penyajian Data	□ Tabel
	□ Run chart
Penanggung	Kepala ruang Cendana
Jawab	

4. Flamboyan

Kepatuhan asesmen ulang resiko jatuh

Judul	Kepatuhan asesmen ulang risiko jatuh
Indikator	
Dasar	1. Indikator Mutu SPM / RENSTRA
Pemikiran	2. Indikator Mutu Wajib
Dimensi Mutu	Aman
Tujuan	Tergambarnya kepatuhan petugas dalam upaya pencegahan
	risiko cedera akibat pasien jatuh
Definisi	1. Banyak cedera yang terjadi akibat pasien jatuh. Berbagai
Operasional	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	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah pasien yang dilakukan skrining risiko jatuh pada
(Pembilang)	hari berjalan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang kondisi, tindakan/terapi nya
(Penyebut)	dapat menyebabkan risiko jatuh pada hari berjalan
Target	100%
Kriteria Inklusi	Kriteria Inklusi :
dan Eksklusi	Jumlah seluruh pasien yang kondisi, tindakan/terapi nya
	dapat menyebabkan risiko jatuh pada hari berjalan
	Kriteria Eksklusi :
	Tidak ada
Formula	Jumlah pasien yang dilakukan skrining risiko jatuh pada
	hari berjalan / Jumlah seluruh pasien yang kondisi,
	tindakan/terapi nya dapat menyebabkan risiko jatuh pada
	hari berjalan * 100 %
Metode	Observasi
Pengumpulan	
Data	
Sumber Data	Flamboyan
Instrumen	Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah
Pengambilan	(SIIDUL)
Data	
Populasi	Total populasi
Sampel dan	Concurent
Metode	
Pengumpulan	
Data	
Periode	Harian
Pengumpulan	
Data	
Periode	Triwulanan
Analisis dan	
	1
Pelaporan	

Penyajian Data	☐ Tabel
	☐ Line chart
Penanggung	Kepala ruang Flamboyan, Penanggungjawab
Jawab	Keselamatan Pasien

Dahlia Kejadian Plebitis karena obat obatan kontinyu Covid 19

Judul	Kejadian Plebitis karena obat obatan kontinyu Covid 19
Indikator	
Dasar	Pedoman pengendalian dan pencegahan infeksi
Pemikiran	
Dimensi Mutu	Aman
Tujuan	Menurunnya kejadian infeksi aliran darah
Definisi	Phlebitis merupakan inflamasi pada vena, yang ditandai
Operasional	dengan adanya daerah yang merah, nyeri dan
	pembengkakan di daerah penusukan atau sepanjang vena
Jenis Indikator	Proses
Satuan	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah kasus Phlebitis
(Pembilang)	
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang kondisi, tindakan/terapi nya
(Penyebut)	dapat menyebabkan kejadian phlebitis karena obat-obatan
	kontinyu covid-19
Target	≤ 5%
Kriteria Inklusi	Kriteria Inklusi :
dan Eksklusi	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	Observasi
Pengumpulan	
Data	
Sumber Data	Dahlia
Instrumen	Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah
Pengambilan	(SIIDUL)
Data	
Populasi	Total populasi
Sampel dan	Concurent
Metode	
Pengumpulan	
Data	
Periode	Bulanan
Pengumpulan	
Data	
Periode	Bulanan
Analisis dan	
Pelaporan	
Data	
Penyajian Data	□ Tabel
	□ Run chart
Penanggung	Kepala ruang Dahlia, Penanggungjawab Keselamatan
Jawab	Pasien

6. Anyeli
r $\label{eq:waktu tunggu pasien pulang le 2 jam}$

Judul	Waktu tunggu pasien pulang ≤ 2 jam
Indikator	
Dasar	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor
Pemikiran	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	Waktu tunggu pemulangan pasien rawat inap adalah
Operasional	tenggang waktu sejak pasien diperbolehkan pulang oleh
	dokter sampai dengan pasien meninggalkan ruang
	perawatan.
Jenis Indikator	Proses
Satuan	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang waktu tunggu pulang ≤ 2
(Pembilang)	jam
Denominator	Jumlah pasien rawat inap yang dipulangkan dalam 1 bulan
(Penyebut)	
Target	≥ 80%
Kriteria Inklusi	Kriteria Inklusi :
dan Eksklusi	Semua pasien rawat inap yang dipulangkan
	Kriteria Eksklusi :
,	Tidak ada
Formula	Jumlah pasien rawat inap yang waktu tunggu pulang ≤ 2 jam
	Jumlah pasien rawat inap yang dipulangkan dalam 1 bulan
	* 100%
	Observasi
Pengumpulan	
Data	
Sumber Data	Hasil observasi
Instrumen	Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah
	(SIIDUL)
Pengambilan	(Shb ob)
Pengambilan Data	
	□ Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)
Data	`
Data Populasi Sampel dan	□ Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)
Data Populasi Sampel dan	 □ Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) □ Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Data Populasi Sampel dan Metode	 □ Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) □ Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Data Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data	 □ Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) □ Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Data Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data	□ Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) □ Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Probability Sampling – Simple Random Sampling

Periode	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Analisis dan	
Pelaporan	
Data	
Penyajian Data	□ Tabel
	□ Run chart
Penanggung	Kepala ruang Cendana
Jawab	

7. Edelweis Kepatuhan penggunaan APD di ruang isolasi

Judul Indikator	Kepatuhan penggunaan APD di ruang isolasi covid
Dasar	1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pencegahan dan
Pemikiran	
Pellikirali	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	1. Mengukur kepatuhan petugas Rumah Sakit dalam
	menggunakan APD diruang isolai covid
	2. Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan
	dengan cara mengurangi risiko infeksi diruang isolai
	covid
Definisi	1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang
Operasional	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
ocino manator	110000
Satuan	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai
(Pembilang)	indikasi dalam periode observasi diruang isolai covid
Denominator	Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD
(Penyebut)	dalam periode observasi diruang isolai covid
Target	100%
Target	10076
Kriteria Inklusi	Inklusi :
dan Eksklusi	Semua petugas yang bertugas di ruang isolasi
	Eksklusi :
	tidak ada
Formula	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD
	sesuai indikasi dalam satu periode observasi Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD X 100%
	dalam periode observasi
Metode	Observasi
Pengumpulan	
Data	
Sumber Data	Hasil observasi
Sumoci Data	114511 50501 v451
Instrumen	Lembar observasi
Pengambilan	
Data	
Populasi	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)
Sampel dan	Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Metode	Non Probability Sampling – Consecutive Sampling
Pengumpulan	
Data	

Periode	Bulanan
Pengumpulan	
Data	
Periode Analisis	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
dan Pelaporan	
Data	
Penyajian Data	□ Tabel
	□ Run chart
Penanggung	Komite PPI
Jawab	

8. Jasmine Kepatuhan pendokumentasian asesmen nyeri

Judul	Kepatuhan pendokumentasian assesmen nyeri
	nepatanan penabkamentasian assesmen nyen
Indikator	
Dasar	1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun
Pemikiran	2009 tentang Rumah Sakit
	2. Kepatuhan pendokumentasian asesmen nyeri menjadi
	sangat penting untuk meningkatkan mutu pelayanan
	rumah sakit.
	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.
Dimensi Mutu	Aman, Efektif
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab petugas dalam
	pendokumentasian asesmen nyeri secara kontinyu
Definisi	Terjadinya ketidakpatuhan perawat dalam
Operasional	pendokumentasian asesmen ulang nyeri di rekam medis
	pasien baik asesmen awal maupun ulang
Jenis Indikator	Proses
Satuan	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah pasien yang ada dokumentasi asesmen nyeri awal
(Pembilang)	maupun ulang sesuai panduan manajemen nyeri per bulan
Denumerator	Jumlah pasien dengan keluhan nyeri dalam 1 bulan
(Penyebut)	

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

9. IBS Kelengkapan berkas klaim BPJS

Judul	Kelengkapan berkas klaim BPJS
Indikator	
Dasar	1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pedoman
Pemikiran	Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam
	Pelaksaan 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	Berkas klaim BPJS yang lengkap adalah berkas klaim BPJS
Operasional	yang memenuhi persyaratan administrasi yang ditetapkan
	oleh BPJS
Jenis Indikator	Proses
Satuan	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah berkas klaim BPJS yang lengkap
(Pembilang)	
Denumerator	Jumlah seluruh berkas klaim BPJS yang dikirim dalam satu
(Penyebut)	bulan
Target	100%
Pencapaian	
Kriteria	Kriteria Inklusi:
	Berkas klaim BPJS yang lengkap
	Kriteria Eksklusi:
	Tidak ada
Formula	Jumlah berkas klaim BPJS yang lengkap X 100
	Jumlah seluruh berkas klaim BPJS yang dikirim dalam satu bulan
Metode	Sensus bulanan
Pengumpulan	
Data	
Sumber Data	Concurrent
Instrumen	Formulir observasi kelengkapan berkas klaim BPJS
Pengambilan	
Data	
Populasi/Sam	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)
pel	Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
	Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling –
	Consecutive Sampling

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

10.Cempaka Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada bayi baru lahir

Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada bayi baru
lahir
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
Apabila mendapat operasi caesar, bayi disusui setelah
Apabila mendapat operasi caesar, bayi disusui setelah 30 menit setelah ibu sadar.
Apabila mendapat operasi caesar, bayi disusui setelah 30 menit setelah ibu sadar. Efisien, Efektif
Apabila mendapat operasi caesar, bayi disusui setelah 30 menit setelah ibu sadar. Efisien, Efektif Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam
Apabila mendapat operasi caesar, bayi disusui setelah 30 menit setelah ibu sadar. Efisien, Efektif Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam mengenalkan IMD
Apabila mendapat operasi caesar, bayi disusui setelah 30 menit setelah ibu sadar. Efisien, Efektif Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam mengenalkan IMD Inisiasi Menyusu Dini adalah suatu tindakan memberikan
Apabila mendapat operasi caesar, bayi disusui setelah 30 menit setelah ibu sadar. Efisien, Efektif Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam mengenalkan IMD Inisiasi Menyusu Dini adalah suatu tindakan memberikan kesempatan kepada bayi untuk dapat langsung

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

11.Perina

Ketepatan pemasangan gelang identitas pasien

Judul	Ketepatan pemasangan gelang identitas pasien
Indikator	

Dasar	1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien
Pemikiran	2. 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	1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga
Operasional	kesehatan
	2. 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	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan pemasangan
(Pembilang)	gelang identitas pasien secara benar dalam periode observasi
Denumerator	Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode
(Penyebut)	observasi
Target	100%
Pencapaian	
Kriteria	Kriteria Inklusi:
	Semua pemberi pelayanan yang memberikan pelayanan
	kesehatan
	Kriteria Eksklusi:
	Tidak ada

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

Judul	Angka kematian pasien ICU ≤ 48 jam
Indikator	
Dasar	1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien
Pemikiran	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
	Perumahsakitan
	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	Pasien yang masuk di ICU dan meninggal ≤ 48 jam
Operasional	Tablett yang masak at 100 dan memiggat 2 10 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	≤24%
Kriteria Inklusi	Kriteria Inklusi :
dan Eksklusi	Pasien yang masuk di ICU dan meninggal ≤ 48 jam Kriteria Eksklusi : Tidak ada
Formula	kejadian kematian pasien ICU ≤ 48 jam / Jumlah Pasien yang masuk di ICU * 100 %
Metode Pengumpulan Data	Observasi
Sumber Data	Hasil observasi
Instrumen Pengambilan Data	SIIDUL
Populasi	Minimal 200 Peluang
Sampel dan	Non probability Sampling – Consecutive sampling
Metode	
Pengumpulan	
Data	

Periode	Bulanan
Pengumpulan	
Data	
Periode	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Analisis dan	
Pelaporan	
Data	
Penyajian Data	□ Tabel
	□ Run chart
Penanggung	Kepala Ruang ICU
Jawab	

13.Radiologi Kepatuhan pengisian faktor ekposi pemeriksaan rongsen

Judul	Kepatuhan pengisian faktor ekposi pemeriksaan rongsen
Indikator	
Dasar	1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan
Pemikiran	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	Pengisian faktor ekposi pemeriksaan rongsen
Operasional	
Jenis Indikator	Proses
Satuan	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah Pengisian faktor ekposi pemeriksaan rongsen yang
(Pembilang)	terisi
Denominator	Jumlah Pengisian faktor ekposi pemeriksaan rongsen
(Penyebut)	
Target	100%
Kriteria Inklusi	Kriteria Inklusi :
dan Eksklusi	

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

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

laboratorium sebagai dasar untuk memperbaiki di meningkatkan efesiensi dalam pelayanan Definisi Pengulangan pemeriksaan hasil laboratorium adal sampel diperiksa kembali atau diulang lebih dari 2 ki pemriksaan Jenis Indikator Proses Satuan Persentase Pengukuran
Definisi Pengulangan pemeriksaan hasil laboratorium adal sampel diperiksa kembali atau diulang lebih dari 2 k pemriksaan Jenis Indikator Proses Satuan Pengukuran Pengukuran
Operasional sampel diperiksa kembali atau diulang lebih dari 2 k pemriksaan Jenis Indikator Proses Satuan Persentase Pengukuran
pemriksaan Jenis Indikator Proses Satuan Persentase Pengukuran
Jenis Indikator Proses Satuan Persentase Pengukuran
Satuan Persentase Pengukuran
Pengukuran
Numerator Jumlah pengulangan hasil pemeriksaan laboratoriu
(Pembilang) dalam periode observasi
Denumerator Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam perio
(Penyebut) observasi
Target 0%
Pencapaian
Kriteria Krireria Inklusi:
Seluruh pemeriksaan laboratorium
Kriteria Eksklusi:
Tidak ada
Formula Jumlah pengulangan hasil pemeriksaan laboratorium
dalam periode observasi Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium X 100%
dalam periode observasi
Metode Observasi
Pengumpulan
Data
Sumber Data Hasil observasi
Instrumen Formulir observasi
Pengambilan
Data
Populasi/Sampel Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)
Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling
Consecutive Sampling
Periode Bulanan
Pengumpulan
Data
Periode Analisis Bulanan, Triwulan
dan Pelaporan
Data
Penyajian Data Tabel

	Run chart
Penanggung	Kepala unit/ruang
Jawab	

15.Fisioterapi

Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

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

Metode	Observasi
Pengumpulan	
Data	
Sumber Data	Hasil observasi
Instrumen	SIIDUL
	SIIDOL
Pengambilan	
Data	
Populasi	Minimal 200 Peluang
Sampel dan	Non probability Sampling – Consecutive sampling
Metode	
Pengumpulan	
Data	
Periode	Bulanan
Pengumpulan	
Data	
Periode	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Analisis dan	
Pelaporan	
Data	
Penyajian	□ Tabel
Data	□ Run chart
Penanggung	Kepala Ruang Fisioteapi
Jawab	

16.Farmasi Angka kekosongan obat di farmasi

Judul	Angka kekosongan obat di farmasi
Indikator	
Dasar	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor
Pemikiran	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	Efektif, Aman, Berorientasi Pasien
Mutu	

Tujuan	Mengukur ketersediaan obat di Gudang logistic obat sebagai
	dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan pelayanan
	terhadap pasien dalam hal ketersediaan obat.
Definisi	1. Apotek adalah sarana pelayanan kefarmasian tempat
Operasional	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	Proses
Indikator	
Satuan	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah pemberi pelayanan yang memberikan obat dalam
(Pembilang)	periode observasi
Denumerator	Jumlah pemberi pelayanan obat sesuai ketersediaan obat
(Penyebut)	periode observasi
Target	0%
Pencapaian	
Kriteria	Krireria Inklusi:
	Semua pemberi pelayanan dan penyedia ketersediaan obat.
	Kriteria Eksklusi:
	Tidak ada

Formula	Jumlah pelayanan dalam memberikan obat
	yang tersedia dalam periode observasi
	Jumlah pemberi pelayanan sesuai ketrersediaan obat X 100%
	periode observasi
Metode	Observasi
Pengumpula	
n Data	
Sumber Data	Sidio, SIIDUL
Instrumen	Formulir observasi kepatuhan pemasangan gelang identitas
Pengambilan	pasien
Data	
Populasi/Sa	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)
mpel	Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
	Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling –
	Consecutive Sampling
Periode	Bulanan
Pengumpula	
n Data	
Periode	Bulanan, Triwulan
Analisis dan	
Pelaporan	
Data	
Penyajian	Tabel
Data	Run chart
Penanggung	Kepala unit/ruang Farmasi
Jawab	

17.Hemodialisa

Ketidaksesuaian waktu pelayanan hemodialisa sesuai jadwal

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

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

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

18.Gizi Angka kesalahan diet pasien

Judul Indikator	Angka kesalahan diet pasien
	· ·
Dasar Pemikiran	1. Peraturan MenteriKesehatan 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	Angka Kecukupan Gizi yang dianjurkan untuk masyarakat
Operasional	Indonesia yang selanjutnya disingkat AKG adalah suatu
	nilai yang menunjukan 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	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah diit pasien yang salah atau tidak sesuai
(Pembilang)	
Denumerator	Jumlah diet yang diberikan pada pasien
(Penyebut)	
Target	0%
Pencapaian	
Kriteria	Krireria Inklusi:
	Semua pasien yang mendapatkan diet dari rumah sakit
	Kriteria Eksklusi:
	pasien yang tiba-tiba mengalami perubahan diet

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

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	1. Kesalahan identitas darah adalah ketidaksesuaian
Operasional	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

	darah kepada pasien untuk tujuan penyembuhan
	penyakit dan pemulihan kesehatan.
	3. Unit Transfusi Darah (UTD) adalah fasilitas pelayanan
	kesehatan yang menyelenggarakan donor darah,
	penyediaan darah, dan pendistribusian darah.
	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.
Jenis Indikator	Proses
Satuan	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah insiden terjadinya kesalahan identitas darah
(Pembilang)	
Denumerator	Jumlah pasien yang menjalani transfusi
(Penyebut)	
Target	<0%
Pencapaian	
Kriteria	Krireria Inklusi:
	Semua pasien yang menjalani tindakan transfusi
	Kriteria Eksklusi:
	Tidak ada
Formula	Jumlah insiden terjadinya kesalahan identitas darah X 100%
	jumlah pasien yang menjalani transfusi
Metode	Observasi
Pengumpulan	
Data	
Sumber Data	Hasil observasi
Instrumen	Lembar pemantauan transfuse darah
Pengambilan	
Data	
Populasi/Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)
	Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
	Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling –
	Consecutive Sampling
Periode	Bulanan
Pengumpulan	
Data	

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

20.Kasir Penundaan pemulangan pasien rawat inap

Judul Indikator	Penundaan Pemulangan Pasien Rawat Inap
Dasar Pemikiran	 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 Tentang Kewajiban Rumah Sakit Dan Kewajiban Pasien 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	 Proses pemulangan pasien adalah proses validadsi pemulangan pasien oleh kasir sesuai pelayanan yang diterima oleh pasien. Validasi adalah proses validai dengan melakukan pencocokan data pelayanan di dokumen rekam medis pasien dan SIMRS 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. 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	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang tidak ditunda
(Pembilang)	pemulangannya
Denominator	Jumlah pasien rawat inap yang harusnya dilakukan
(Penyebut)	proses pemulangannya
Target	0%
Kriteria Inklusi	Kriteria Inklusi
dan Eksklusi	Semua pasien rawat inap yang harus dipulangkan oleh
	kasir rawat inap
	Kriteria Eksklusi
	Tidak ada
Formula	Jumlah pasien rawat inap yang
	tidak ditunda pemulangannya
	Jumlah pasien rawat inap yang seharusnya dilakukan * 100% proses pemulangangannya
Metode	Retrospektif
Pengumpulan	-
Data	
Sumber Data	Data Catatan Kasir Inap
Sumser Bata	Bata Gatatan Rasii map
Instrumen	Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah
Pengambilan	(SIIDUL)
Data	
Populasi	☐ Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)
Sampel dan	□ Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Metode	Probability Sampling – Simple Random Sampling
Pengumpulan	
Data	
Periode	Harian/Mingguan
Pengumpulan	,
Data	
Periode Analisis	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
dan Pelaporan	
Data	
Penyajian Data	☐ Tabel
i Ciiyajiaii Dala	□ Run chart
D	
Penanggung	Kasir
Jawab	

21.Rekam Medis

Kelengkapan inform concent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan
Indikator	informasi yang jelas
Dasar	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor
Pemikiran	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	Aman
Mutu	
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 Ketidaklengkapan
	Pengisian Catatan Medis (KLPCM)
Definisi	1. Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan
Operasional	dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan,
	pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah
	diberikan kepada pasien.
	2. Persetujuan Tindakan kedokteran adalah persetujuan yang
	diberikan oleh pasien atau kelurga terdekat setelah
	mendapat penjelasan secara lengkap mengenai Tindakan
	kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan
	terhdapa pasien. 3. Ketidaklengkapan pengisian catatan medis (KLPCM)
	merupakan indikator mutu pelayanan asuhan rekam medis
	4. Informed concent dalah persetujuan yang diberikan
	pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan menegenai
	passar, nordanga passar atau dabar penjetaban menegenar

Jenis	Tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut 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. Proses
Indikator	
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	Jumlah pasien yang mendapat Tindakan medik yang disurvei yang m informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan Tindakan medik da Jumlah pasien uyang mendapat Tindakan medik yang disurvei dalam
Metode Pengumpula n Data	Observasi / Retrospektif
Sumber Data	Hasil survei
Instrumen Pengambilan Data	Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah (SIIDUL)
Populasi	☐ Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)
Sampel dan Metode Pengumpula n Data	□ Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Probability Sampling – Simple Random Sampling
Periode Pengumpula n Data	Harian, Mingguan

Periode	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Analisis dan	
Pelaporan	
Data	
Penyajian	□ Tabel
Data	□ Run chart
Penanggung	Kepala Ruang Rekam Medis
Jawab	

22. Sanitasi Baku mutu limbah cair

Judul	Baku mutu limbah cair
Indikator	
Dasar Pemikiriran	 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit 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 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 Persentase Pengukuran Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit (Pembilang) yang sesuai dengan baku mutu Denominator (Penyebut) Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair Kriteria Kriteria Inklusi Inklusi dan Seluruh pemeriksaan limbah cair Eksklusi Kriteria Eksklusi Tidak ada Formula Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair x 1009 Metode Observasi Pengumpulan Observasi Instrumen Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah Pengambilan (SIIDUL) Data Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Sampel dan Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Metode Probability Sampling – Simple Random Sampling	Pengukuran Numerator
Numerator Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit (Pembilang) yang sesuai dengan baku mutu Denominator Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair (Penyebut) Target Target 100% Kriteria Kriteria Inklusi Inklusi dan Seluruh pemeriksaan limbah cair Eksklusi Kriteria Eksklusi Tidak ada Formula Formula Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu x 1009 Metode Observasi Pengumpulan Observasi Sumber Data Hasil pemeriksaan limbah cair Instrumen Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah Pengambilan (SIIDUL) Data Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Sampel dan Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Probability Sampling - Simple Random Sampling	Numerator
(Pembilang) yang sesuai dengan baku mutu Denominator (Penyebut) Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair Target 100% Kriteria Kriteria Inklusi Inklusi dan Seluruh pemeriksaan limbah cair Eksklusi Kriteria Eksklusi Tidak ada Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair Metode Observasi Pengumpulan Observasi Sumber Data Hasil pemeriksaan limbah cair Instrumen Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah (SIIDUL) Data Obata Populasi □ Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Sampel dan □ Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Probability Sampling - Simple Random Sampling	
Denominator (Penyebut) Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair Target 100% Kriteria Kriteria Inklusi Inklusi dan Seluruh pemeriksaan limbah cair Eksklusi Kriteria Eksklusi Tidak ada Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair Metode Observasi Pengumpulan Data Sumber Data Hasil pemeriksaan limbah cair Instrumen Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah (SIIDUL) Data Obata Populasi □ Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Sampel dan □ Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Probability Sampling - Simple Random Sampling	l (Pembilang)
(Penyebut) Target 100% Kriteria Kriteria Inklusi Inklusi dan Seluruh pemeriksaan limbah cair Eksklusi Kriteria Eksklusi Tidak ada Formula Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair x 1009 Metode Observasi Pengumpulan Data Instrumen Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah (SIIDUL) Data (SIIDUL) Populasi □ Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Sampel dan □ Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Metode Probability Sampling - Simple Random Sampling	(- 01110110116)
Target 100% Kriteria Kriteria Inklusi Inklusi dan Seluruh pemeriksaan limbah cair Eksklusi Kriteria Eksklusi Tidak ada Tidak ada Formula Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair Metode Observasi Pengumpulan Observasi Sumber Data Hasil pemeriksaan limbah cair Instrumen Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah Pengambilan (SIIDUL) Data Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Sampel dan Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Metode Probability Sampling – Simple Random Sampling	Denominator
Kriteria Kriteria Inklusi Inklusi Seluruh pemeriksaan limbah cair Eksklusi Kriteria Eksklusi Tidak ada Formula Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit	(Penyebut)
Inklusi dan Seluruh pemeriksaan limbah cair Eksklusi Kriteria Eksklusi Tidak ada Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair Metode Observasi Pengumpulan Data Sumber Data Hasil pemeriksaan limbah cair Instrumen Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah Pengambilan (SIIDUL) Data □ Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Sampel dan □ Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Metode Probability Sampling – Simple Random Sampling	Target
Eksklusi Kriteria Eksklusi Tidak ada Formula Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair Metode Pengumpulan Data Sumber Data Hasil pemeriksaan limbah cair Instrumen Pengambilan Pengambilan Data Populasi Sampel dan Metode Rumus Slovin (apabila jumlah populasi ≤ 30) Probability Sampling − Simple Random Sampling	Kriteria
Tidak ada Formula Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair Metode Pengumpulan Data Sumber Data Hasil pemeriksaan limbah cair Instrumen Pengambilan Pengambilan Data Populasi Sampel dan Metode Probability Sampling − Simple Random Sampling	Inklusi dan
Formula Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair Metode Observasi	Eksklusi
yang sesuai dengan baku mutuJumlah seluruh pemeriksaan limbah cairMetodeObservasiPengumpulanDataSumber DataHasil pemeriksaan limbah cairInstrumenSistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa TengahPengambilan(SIIDUL)Data□ Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)Sampel dan□ Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)MetodeProbability Sampling – Simple Random Sampling	
Metode Observasi Pengumpulan Data Sumber Data Hasil pemeriksaan limbah cair Instrumen Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah Pengambilan (SIIDUL) Data ¬Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Sampel dan Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Metode Probability Sampling – Simple Random Sampling	Formula
Metode Observasi Pengumpulan Data Sumber Data Hasil pemeriksaan limbah cair Instrumen Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah Pengambilan (SIIDUL) Data □ Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Sampel dan □ Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Metode Probability Sampling – Simple Random Sampling	
Pengumpulan Data Sumber Data Hasil pemeriksaan limbah cair Instrumen Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah Pengambilan (SIIDUL) Data Populasi □ Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Sampel dan □ Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Metode Probability Sampling − Simple Random Sampling	
Data Sumber Data Hasil pemeriksaan limbah cair Instrumen Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah Pengambilan (SIIDUL) Data □ Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Sampel dan □ Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Metode Probability Sampling – Simple Random Sampling	Metode
Sumber Data Hasil pemeriksaan limbah cair Instrumen Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah Pengambilan (SIIDUL) Data □ Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Sampel dan □ Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Metode Probability Sampling – Simple Random Sampling	Pengumpulan
Instrumen Pengambilan (SIIDUL) Data Populasi Sampel dan Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Metode Probability Sampling – Simple Random Sampling	Data
Pengambilan Data Populasi Sampel dan Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Metode Probability Sampling – Simple Random Sampling	Sumber Data
Data Populasi □ Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Sampel dan □ Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Metode □ Probability Sampling − Simple Random Sampling	Instrumen
Populasi □ Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Sampel dan □ Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Metode Probability Sampling – Simple Random Sampling	Pengambilan
Sampel dan ☐ Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) Metode ☐ Probability Sampling — Simple Random Sampling	Data
Metode Probability Sampling – Simple Random Sampling	Populasi
The state of the s	Sampel dan
Pengumpulan	Metode
	Pengumpulan
Data	Data
Periode Bulanan	Periode
Pengumpulan	Dengamenales
Data	i rengumbulan
	Data
	Data Periode
	Data Periode Analisis dan
	Data Periode Analisis dan Pelaporan
	Data Periode Analisis dan Pelaporan Data
	Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Penyajian
Penanggung Kepala Sanitasi Rumah Sakit	Data Periode Analisis dan Pelaporan Data
Jawab	Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Penyajian Data

23.Umpeg dan Keuangan Kenaikan pangkat ASN RSUD Kelet tepat waktu

Judul	Ketepatan waktu kenaikan pangkat ASN RSUD Kelet
Indikator	
Dasar	1. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 5 Tahun
Pemikiran	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	Tepat Waktu, Efektif
Mutu	
Tujuan	Mengukur ketepatan waktu kenaikan pangkat ASN sebagai
	gambaran kepedulian rumah sakit terhdapa
	tingkatkesejahteraan pegawai
Definisi	Kenaikan pangkat ASN dilakukan di dua periode dalam satu
Operasional	tahun yaitu pada bulan April dan Oktober
Jenis	Proses
Indikator	
Satuan	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah ASN yang diusulkan tepat waktu sesuai dengan
(Pembilang)	periode kenaikan pangkat
Denominator	Jumlah seluruh ASN yang seharusnya diusulkan kenaikan
(Penyebut)	pangkat
Target	100%
Kriteria	Seluruh ASN yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat
Inklusi dan	
Eksklusi	
Formula	Jumlah ASN yang diusulkan tepat waktu sesuai
	dengan periode kenaikan pangkat Jumlah seluruh ASN yang seharusnya diusulkan x 100 %
	kenaikan pangkat

Metode	Observasi
Pengumpulan	
Data	
Sumber Data	Data kepegawaian ASN rumah sakit
T .	O' - I I'I - M - POUD K I - D I - M - I
Instrumen	Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah
Pengambilan	(SIIDUL)
Data	
Populasi	Seluruh data pegawai
Sampel dan	
Metode	
Pengumpulan	
Data	
Periode	Bulanan
Pengumpulan	
Data	
Periode	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Analisis dan	
Pelaporan	
Data	
Penyajian	□ Tabel
Data	□ Run chart
Penanggung	Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Jawab	

24. Ambulance

Kecepatan memberikan layanan ambulance sesuai standart (30 menit)

Judul	Kecepatan memberikan layanan ambulance sesuai standart
Indikator	(30 menit)
Dasar	1. Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia Republik
Pemikiran	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	Tepat Waktu, Efektif, Aman
Mutu	

Tujuan	Mengukur kecepatan pemberi layanan kesehatan sebagai
	dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan pelayanan agar
	dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien
Definisi	1. Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat
Operasional	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	Proses
Indikator	
Satuan	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah pelayanan ambulance yang sesuai standar
(Pembilang)	
Denominator	Jumlah semua pelayanan ambulance
(Penyebut)	
Target	100%
Kriteria	Kriteria Inklusi :
Inklusi dan	Seluruh driver pemberi layanan ambulance
Eksklusi	Kriteria Eksklusi :
	Tidak ada
1	•

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

25. Pemulasaran Jenazah

Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah $\leq\!2$ jam

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

m :	m 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan
	pasien akan pemulasaraan jenazah
Definisi	Pemulasaraan jenazah adalah perawatan jenazah sehingga
Operasional	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	Proses
Indikator	
Satuan	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah seluruh pelayanan pemulasaraan jenazah ≤2 jam
(Pembilang)	pada periode observasi
Denominator	Jumlah seluruh pelayanan pemulasaraan jenazah pada
(Penyebut)	periode observasi
Target	100%
Kriteria	Kriteria Inklusi :
Inklusi dan	Semua pelayanan pemulasaran jenazah
Eksklusi	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	Observasi
Pengumpulan	
Data	
Sumber Data	Unit pemulasaraan jenazah
Instrumen	Data pelayanan pemulasaraan jenazah
Pengambilan	
Data	
Populasi	Total popuplasi
Sampel dan	Concurent
Metode	
Pengumpulan	
Data	
Periode	Bulanan
Pengumpulan	
Data	
	l .

Periode	Bulanan
Analisis dan	
Pelaporan	
Data	
Penyajian	□ Tabel
Data	□ Run Chart
Penanggung	Kepala Unit Pemulasaraan Jenazah
Jawab	

26.Atem Tercapainya perbaikan peralatan medis

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

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

27.Laundry

Tidak adanya kejadian linen yang hilang

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

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

Periode	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Analisis dan	
Pelaporan	
Data	
Penyajian	□ Tabel
Data	□ Run chart
Penanggung	Kepala Ruang Laundry / CSSD
Jawab	

28.PPI

Kepatuhan dalam melakukan kebersihan tangan

Judul	Kepatuhan dalam melakukan kebersihan tangan
Indikator	
Dasar	1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien
Pemikiran	2. 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	Aman
Mutu	
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi layanan Kesehatan sebagai
	dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan
	agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien
Definisi	1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan
Operasional	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:
	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.
	d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien
	seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi
	drain, setelah melepas sarung tangan steril dan
	setelah melepas APD.
	e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien
	adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan
	petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana,
	dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien,
	meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang
	terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien
	atau peralatan lain yang digunakan pasien.
	4. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga
	kesehatan.
	5. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian
	kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan
	kebersihan tangan dengan benar.
Jenis	Proses
Indikator	
Satuan	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan pada
(Pembilang)	pasien neoplasma/kecurigaan malignancy
Denominator	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya
(Penyebut)	dilakukan dalam periode observasi
Target	≥85%
Kriteria	Kriteria Inklusi :
Inklusi dan	Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan
Eksklusi	terindikasi harus melakukan kebersihan tangan pada pasien
	neoplasma/kecurigaan malignancy

	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	Observasi
Pengumpulan	Observasi
Data	
Sumber Data	Hasil observasi
Sumber Data	Hash observasi
Instrumen	Formulir kepatuhan kebersihan tangan
Pengambilan	
Data	
Populasi	Minimal 200 Peluang
Sampel dan	Non probability Sampling – Consecutive sampling
Metode	
Pengumpulan	
Data	
Periode	Bulanan
Pengumpulan	
Data	
Periode	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Analisis dan	
Pelaporan	
Data	
Penyajian	□ Tabel
Data	□ Run chart
Penanggung	Tim PPI RS
Jawab	

29.VCT

Kepatuhan pasien dalam pengambilan obat Antiretroviral (ARV)

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

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

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

30.CSSD

Angka kejadian kehilangan alat dan bahan

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

Pengukuran 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 O% Kriteria Inklusi : Jumlah alat dan bahan yang hilang Inklusi dan Eksklusi : Jumlah alat dan bahan yang rusak dan kurang lengkap Formula (N : D) x 100% Metode Pengumpulan Data Survey Ceklist kelengkapan alat Pengambilan Data Pengampulan Data Periode Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Penyajian Data Penyajian Laporan harian, bulanan, tahunan Data Penanggung Jawab	Satuan	Jumlah alat yang dikembalikan
Pembilang dalam satu bulan Denominator (Penyebut) sampling tersebut	Pengukuran	
Denominator (Penyebut) Denominator (Penyebut) Sampling tersebut Target O% Kriteria Inklusi: Jumlah alat dan bahan yang hilang Inklusi dan Eksklusi: Jumlah alat dan bahan yang rusak dan kurang Ieksklusi Iengkap Formula (N: D) x 100% Metode Pengumpulan Data Sumber Data Survey Instrumen Pengambilan Data Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Penyajjian Data Penyajjian Laporan harian, bulanan, tahunan Benanggung Kepala CSSD	Numerator	Jumlah alat dan bahan yang dihitung dalam 4 hari sampling
Peryebut sampling tersebut	(Pembilang)	dalam satu bulan
Target O% Kriteria Inklusi : Jumlah alat dan bahan yang hilang Eksklusi : Jumlah alat dan bahan yang rusak dan kurang Eksklusi lengkap Formula (N : D) x 100% Metode Pengumpulan Data Survey Instrumen Pengambilan Data Ceklist kelengkapan alat Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Penyajian Data Penyajian Data Penanggung Kepala CSSD	Denominator	Jumlah alat dan bahan yang seharusnya ada pada hari
Kriteria Inklusi : Jumlah alat dan bahan yang hilang Eksklusi Eksklusi : Jumlah alat dan bahan yang rusak dan kurang Eksklusi lengkap Formula (N : D) x 100% Metode Pengumpulan Data Sumber Data Survey Instrumen Pengambilan Data Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data Periode Pengumpulan Data Periode Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Penyajian Data Penyajian Data Penanggung Kepala CSSD	(Penyebut)	sampling tersebut
Inklusi dan Eksklusi : Jumlah alat dan bahan yang rusak dan kurang lengkap Formula (N : D) x 100% Metode Pengumpulan Data Sumber Data Survey Instrumen Pengambilan Data Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data Periode Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Penyajian Data Penyajian Data Renanggung Kepala CSSD	Target	0%
Eksklusi lengkap Formula (N : D) x 100% Metode Pengumpulan Data Sumber Data Sumber Data Instrumen Pengambilan Data Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Penyajian Data Penyajian Data Penanggung Kepala CSSD	Kriteria	Inklusi : Jumlah alat dan bahan yang hilang
Formula (N : D) x 100% Metode Pengumpulan Data Sumber Data Survey Instrumen Pengambilan Data Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Penyajian Data Penyajian Data Penanggung Kepala CSSD	Inklusi dan	Eksklusi : Jumlah alat dan bahan yang rusak dan kurang
Metode Pengumpulan Data Sumber Data Survey Instrumen Pengambilan Data Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Penyajian Data Penyajian Data Penanggung Kepala CSSD	Eksklusi	lengkap
Pengumpulan Data Sumber Data Sumber Data Survey Instrumen Pengambilan Data Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data Periode Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Penyajian Data Penyajian Data Penanggung Kepala CSSD	Formula	(N : D) x 100%
Data Sumber Data Survey Instrumen Pengambilan Data Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data Periode Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Penyajian Data Penanggung Kepala CSSD Survey Ceklist kelengkapan alat Analat Bensum harian Analat Survey Ceklist kelengkapan alat Analat Analat Sensus harian Analat Analat Bensumpulan Analat Analat	Metode	Ceklist kelengkapan alat
Sumber Data Survey Instrumen Pengambilan Data Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data Periode Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Penyajian Data Penanggung Kepala CSSD Survey Ceklist kelengkapan alat Ceklist kelengkapan alat Analisi Sampel dan Metode Pengumpulan Data Sensus harian Leklist kelengkapan alat Penyulasi Sensus harian Sensus harian Leklist kelengkapan alat Penyulasi Sensus harian Sensus harian Sensus harian Leklist kelengkapan alat Penyulasi Sensus harian Sensus harian Leklist kelengkapan alat Penyulasi Sensus harian Sensus harian Leklist kelengkapan alat Penyulasi Sensus harian Sensus har	Pengumpulan	
Instrumen Pengambilan Data Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data Periode Pengumpulan Data Periode Pengumpulan Data Periode Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Penyajian Data Penyajian Data Penanggung Kepala CSSD	Data	
Pengambilan Data Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data Periode Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Penyajian Data Penyajian Data Penanggung Kepala CSSD	Sumber Data	Survey
Data Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data Periode Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Penyajian Data Penyagian Data Penanggung Kepala CSSD	Instrumen	Ceklist kelengkapan alat
Populasi Sampel dan Metode Pengumpulan Data Periode Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Penyajian Data Penyajian Data Penanggung Kepala CSSD	Pengambilan	
Sampel dan Metode Pengumpulan Data Periode Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Penyajian Data Penyajian Data Penanggung Kepala CSSD	Data	
Metode Pengumpulan Data Periode Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Penyajian Data Penyajian Data Penanggung Kepala CSSD	Populasi	Sensus harian
Periode Periode Periode Periode Analisis dan Pelaporan Data Penyajian Data Penanggung Kepala CSSD	Sampel dan	
Periode Pengumpulan Data Periode Periode Analisis dan Pelaporan Data Penyajian Data Penyajian Data Penanggung Kepala CSSD	Metode	
Periode Pengumpulan Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Penyajian Data Penyajian Data Penanggung Kepala CSSD	Pengumpulan	
Pengumpulan Data Periode 3 bulan sekali Analisis dan Pelaporan Data Penyajian Laporan harian, bulanan, tahunan Data Penanggung Kepala CSSD	Data	
Data Periode Analisis dan Pelaporan Data Penyajian Data Penyajian Data Penanggung Kepala CSSD	Periode	Harian
Periode Analisis dan Pelaporan Data Penyajian Data Penanggung Kepala CSSD	Pengumpulan	
Analisis dan Pelaporan Data Penyajian Data Laporan harian, bulanan, tahunan Data Penanggung Kepala CSSD	Data	
Pelaporan Data Penyajian Data Laporan harian, bulanan, tahunan Data Penanggung Kepala CSSD	Periode	3 bulan sekali
Data Penyajian Laporan harian, bulanan, tahunan Data Penanggung Kepala CSSD	Analisis dan	
Penyajian Laporan harian, bulanan, tahunan Data Penanggung Kepala CSSD	Pelaporan	
Data Penanggung Kepala CSSD	Data	
Penanggung Kepala CSSD	Penyajian	Laporan harian, bulanan, tahunan
	Data	
Jawab	Penanggung	Kepala CSSD
	Jawab	

31.PKRS

Kepatuhan pelaksanaan edukasi pasien rawat inap oleh PPA

т 1 1	TZ
Judul	Kepatuhan pelaksanaan edukasi pasien rawat inap oleh PPA
Indikator	
Dasar	Edukasi sebagai bagian dari pelaksanaa komunikasi efektif
Pemikiran	antara petugas dengan pasien di rumah sakit.
	Edukasi kepada pasien dan atau keluarga oleh PPA
	merupakan hak pasien dan keluarga.
Dimensi	Efektif, Berorientasi Pasien
Mutu	
Tujuan	Meningkatkan pengetahuan pasien dan atau keluarga
	tentang proses asuhan, sehingga pasien mampu memgambil
	keputusan dan menjalani terapinya.
Definisi	Pengukuran kepatuhan edukasi pasien rawat inap meliputi
Operasional	pengkajian, perencaan, dan pelaksanaan yang didapat dari
	rekam medis pasien
Jenis	Proses
Indikator	
Satuan	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah pelaksanaan edukasi yang terdokumentasi di dalam
(Pembilang)	rekam medis yang masuk sebagai sampel
Denominator	Jumlah rekam media yang masuk sebagai sampel
(Penyebut)	odiman rekam media yang masak sebagai samper
, , ,	900/
Target	80%
Kriteria	Kriteria Inklusi
Inklusi dan	Semua Profesional Pemberi Asuhan
Eksklusi	Kriteria Eksklusi
	Tidak ada
Formula	Jumlah pelaksanaan edukasi yang terdokumentasi di
	dalam rekam medis yang masuk sebagai sampel x 100%
	Jumlah rekam medis yang masuk sebagai sampel
Metode	Observasi
Pengumpulan	
Data	
Sumber Data	Rekam medis
Instrumen	Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Provinsi Jawa Tengah
Pengambilan	(SIIDUL)
Data	

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

32.PDE

Jumlah penanganan terjadinya down time

Judul	Jumlah penanganan terjadinya downtime
Indikator	
Dasar	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 31
Pemikiran	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	Downtime adalah waktu dimana computer atau system IT
Operasional	tidak tersedia, offline atau tidak beroperasi. Downtime
	memiliki banyak penyebab, termasuk penghentian untuk
	melakukan pemeliharaan (maintenance), kesalahan manusia,
	malfungsi perangkat lunak dan keras, dan bencana
	lingkungan seperti pemadaman listrik, kebakaran, banjir,
	atau perubahan suhu yang besar.
Jenis	Proses
Indikator	

Satuan	Persentase
Pengukuran	1 crscittase
Numerator	Jumlah kejadian downtime teratasi
(Pembilang)	
Denominator	Seluruh kejadian downtime
(Penyebut)	
Target	100%
Kriteria	Kriteria Inklusi
Inklusi dan	Semua kejadian downtime di Rumah Sakit
Eksklusi	Kriteria Eksklusi
	Tidak ada
Formula	Jumlah kejadian downtime teratasi
	Seluruh kejadian downtime x 100%
Metode	Observasi
Pengumpulan	
Data	
Sumber Data	Data kejadian downtime
	J
Instrumen	Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Provinsi Jawa Tengah
Pengambilan	(SIIDUL)
Data	
Populasi	Total Sampel (apabila jumlah populasi < 30)
Sampel dan	Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Metode	
Pengumpulan	
Data	
Periode	Bulanan
Pengumpulan	
Data	
Periode	Bulanan, Triwulan, Tahunan
Analisis dan	,
Pelaporan	
Data	
Penyajian	Tabel
Data	Runchart
Penanggung	Kepala Instalasi PDE
Jawab	

33.IGD Donorojo

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

Judul	Waktu tunggu pasien rawat inap di IGD ≤ 2,5 jam
Indikator	
Dasar	Peraturan Menteri Kesehatan tentang pelayanan kegawat
Pemikiran	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	Waktu tunggu pasien rawat inap di IGD ≤ 2,5 jam tanpa
Operasional	adanya tindakan observasi dan kondisi kamar penuh.
Jenis	Proses
Indikator	
Satuan	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah pasien dengan waktu tunggu rawat inap di IGD ≤
(Pembilang)	2,5 jam
Denominator	Jumlah pasien IGD yang rawat inap tanpa adanya tindakan
(Penyebut)	observasi dan kondisi kamar penuh
Target	90%
Kriteria	Inklusi :
Inklusi dan	Semua pasien IGD yang rawat inap
Eksklusi	Eksklusi :
	Semua pasien IGD yang rawat inap dengan tindakan
	observasi dan kamar penuh
Formula	Formula : <u>Jumlah pasien dengan waktu tunggu rawat inap</u>
	<u>di IGD ≤ 2,5 jam</u> x 100 %
	Jumlah pasien IGD yang rawat inap tanpa adanya
	tindakan observasi dan kondisi kamar penuh

Metode	Observasi
Pengumpulan	
Data	
Sumber Data	Hasil observasi
Instrumen	SIIDUL
Pengambilan	
Data	
Populasi	Minimal 200 Peluang
Sampel dan	Non probability Sampling – Consecutive sampling
Metode	
Pengumpulan	
Data	
Periode	Bulanan
Pengumpulan	
Data	
Periode	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Analisis dan	
Pelaporan	
Data	
Penyajian	□ Tabel
Data	□ Run chart
Penanggung	Kepala instalasi IGD
Jawab	
L	

34.Farmasi Donorojo

Angka kekosongan obat di farmasi

Judul	Angka kekosongan obat di farmasi
Indikator	
Dasar	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor
Pemikiran	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	 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	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah pemberi pelayanan yang memberikan obat dalam
(Pembilang)	periode observasi
Denumerator	Jumlah pemberi pelayanan obat sesuai ketersediana obat
(Penyebut)	periode observasi
Target	0%
Pencapaian	
Kriteria	Krireria Inklusi:
	Semua pemberi pelayanan dan penyedia ketersediaan obat. Kriteria Eksklusi: Tidak ada
Formula	Jumlah pemberi pelayanan yang memberikan obat secara benar dalam periode observasi Jumlah pemberi pelayanan sesuai ketrersediaan obat periode observasi

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

35.Kasir Donorojo

Penundaan pemulangan pasien rawat inap

Judul	Penundaan Pemulangan Pasien Rawat Inap
Indikator	
Dasar	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor
Pemikiran	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	1. Proses pemulangan pasien adalah proses validadsi
Operasional	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 SIMRS
	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.
	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	Proses
Indikator	
Satuan	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang tidak ditunda
(Pembilang)	pemulangannya
Denominator	Jumlah pasien rawat inap yang harusnya dilakukan proses
(Penyebut)	pemulangannya
Target	0%
Kriteria	Kriteria Inklusi
Inklusi dan	Semua pasien rawat inap yang harus dipulangkan oleh kasir
Eksklusi	rawat inap
	Kriteria Eksklusi
	Tidak ada
Formula	Jumlah pasien rawat inap yang
	tidak ditunda pemulangannya Jumlah pasien rawat inap yang seharusnya dilakukan * 100%
	proses pemulangangannya
Metode	Retrospektif
Pengumpulan	
Data	
Sumber Data	Data Catatan Kasir Inap
Instrumen	Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah
Pengambilan	(SIIDUL)
Data	

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

36.Rekam Medis Donorojo

Kelengkapan inform concent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Valandranan informad concent actalah mandanatkan
	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan
Indikator	informasi yang jelas
Dasar	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor
Pemikiran	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 Ketidaklengkapan
	Pengisian Catatan Medis (KLPCM)
Definisi Operasional	 Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Persetujuan Tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau kelurga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai Tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhdapa pasien. Ketidaklengkapan pengisian catatan medis (KLPCM) merupakan indikator mutu pelayanan asuhan rekam medis Informed concent dalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan menegenai Tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien
	tersebut 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.
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	Jumlah pasien uyang mendapat Tindakan medik yang
(Penyebut)	disurvei dalam 1 bulan
Target	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Semua pasien yang mendapat Tindakan medik
Formula	Jumlah pasien yang mendapat Tindakan medik yang disurvei yang informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan Tindakan medik Jumlah pasien uyang mendapat Tindakan medik yang disurvei dala

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

37.Gizi Donorojo

Angka kesalahan diet pasien

Judul Indikator	Angka kesalahan diet pasien
Dasar Pemikiran	1. Peraturan MenteriKesehatan 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	Angka Kecukupan Gizi yang dianjurkan untuk masyarakat
Operasional	Indonesia yang selanjutnya disingkat AKG adalah suatu
	nilai yang menunjukan 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	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah diit pasien yang salah atau tidak sesuai
(Pembilang)	
Denumerator	Jumlah diet yang diberikan pada pasien
(Penyebut)	
Target	0%
Pencapaian	
Kriteria	Krireria Inklusi:
	Semua pasien yang mendapatkan diet dari rumah sakit
	Kriteria Eksklusi:
	pasien yang tiba-tiba mengalami perubahan diet
Formula	Jumlah diet pasien yang salah atau tidak sesuai X 100%
	jumlah diet yang diberikan pada pasien
Metode	Retrospektif
Pengumpulan	
Data	
Sumber Data	Lembar permintaan diit pasien
Instrumen	Formulir observasi
Pengambilan	
Data	
Populasi/Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)
	Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
	Teknik sampling menggunakan NonProbability Sampling –
	Consecutive Sampling
Periode	Bulanan
Pengumpulan	
Data	
Periode Analisis	Bulanan, Triwulan
dan Pelaporan	
Data	
Penyajian Data	Tabel
	Run chart
Penanggung	Kepala unit/ruang gizi
Jawab	

38.Rawat Jalan Donorojo Waktu tunggu pasien rawat jalan ≤ 60 menit

Judul Indikator	Waktu Tunggu Rawat Jalan
Dasar Pemikiran	 Undang-Undang tentang Rumah Sakit. 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.
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	Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis.
	 Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/ menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran online. a. Pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis. b. Pasien mendaftar online, maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendaftaran online sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis. c. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.

Jenis Indikator	Proses
Satuan	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤ 60
(Pembilang)	menit
Denominator	Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi
(Penyebut)	
Target	≥ 80%
Kriteria Inklusi	Kriteria inklusi:
dan Eksklusi	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	Retrospektif
Pengumpulan	
Data	
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	Formulir Waktu Tunggu Rawat jalan
Pengambilan	
Data	
Populasi Sampel	• Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)
dan Metode	• Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Pengumpulan	Probability Sampling – Simple Random
Data	Sampling/Stratified Random sampling (berdasar
	poliklinik rawat jalan)
Periode	Bulanan
Pengumpulan	
Data	

Periode Analisis	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
dan Pelaporan	
Data	
Penyajian Data	□ Tabel
	□ Run chart
Penanggung	Kepala Instalasi Rawat Jalan
Jawab	

39.Kepodang 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	1. Banyak cedera yang terjadi akibat pasien jatuh.
Operasional	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	Persentase
Pengukuran	
Numerator	Jumlah pasien yang dilakukan skrining risiko jatuh pada
(Pembilang)	hari berjalan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang kondisi, tindakan/terapi nya
(Penyebut)	dapat menyebabkan risiko jatuh pada hari berjalan
Target	100%
Kriteria Inklusi	Kriteria Inklusi :
dan Eksklusi	Jumlah seluruh pasien yang kondisi, tindakan/terapi nya
	dapat menyebabkan risiko jatuh pada hari berjalan
	Kriteria Eksklusi :
	Tidak ada
Formula	Jumlah pasien yang dilakukan skrining risiko jatuh pada
	hari berjalan / Jumlah seluruh pasien yang kondisi,
	tindakan/terapi nya dapat menyebabkan risiko jatuh
	pada hari berjalan * 100 %
Metode	Observasi
Pengumpulan	
Data	
Sumber Data	Flamboyan
Instrumen	Sistem Indikator Mutu RSUD Kelet Prov Jawa Tengah
Pengambilan	(SIIDUL)
Data	
Populasi Sampel	Total populasi
dan Metode	Concurent
Pengumpulan	
Data	
Periode	Harian
Pengumpulan	
Data	
	<u> </u>

Periode Analisis	Triwulanan
dan Pelaporan	
Data	
Penyajian Data	□ Tabel
	☐ Line chart
Penanggung	Kepala ruang Flamboyan, Penanggungjawab
Jawab	Keselamatan Pasien