

PROFIL

INDIKATOR NASIONAL MUTU/INM

PELAYANAN KESEHATAN

DI RUMAH SAKIT

a. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Judul Indikator	Kepatuhan Kebersihan Tangan
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none">1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien2. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

	<ol style="list-style-type: none"> Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian <i>Coronavirus Disease</i> 2019 (COVID-19). Rumah sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai dengan ketentuan WHO.
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (<i>alcohol-based handrubs</i>) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan. Lima indikasi (<i>five moment</i>) kebersihan tangan terdiri dari: <ol style="list-style-type: none"> Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien.

	<ul style="list-style-type: none">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, <i>suctioning</i>, pemberian suntikan dan lain-lain.d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, <i>feces</i>, 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. <ul style="list-style-type: none">5. Peluang adalah periode di antara indikasi di mana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan.6. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan.7. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.8. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.
--	--

	<p>9. <i>Observer</i> adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan <i>tool</i> yang telah ditentukan.</p> <p>10. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan di unit sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan.</p> <p>11. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit).</p> <p>12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi.</p> <p>13. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan-
Denominator (penyebut)	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi
Target Pencapaian	≥ 85%
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi :</p> <p>Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan</p>

	Kriteria Eksklusi : Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100 \%$
Metode Pengumpulan Data	Observasi
Sumber Data	Hasil observasi
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Kebersihan Tangan
Besar Sampel	Minimal 200 Peluang
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non probability Sampling – Consecutive sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Komite PPI RS

b. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Judul Indikator	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
-----------------	--

Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien. 2. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasyankes. 3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian <i>Coronavirus Disease</i> 2019 (COVID-19). 4. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 5. Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri (APD). 6. Rumah Sakit harus memperhatikan kepatuhan pemberi pelayanan dalam menggunakan APD sesuai dengan prosedur.
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur kepatuhan petugas Rumah Sakit dalam menggunakan APD 2. Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit. 2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau

	<p>membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, <i>droplet</i> dan <i>airborne</i>).</p> <p>3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi.</p> <p>4. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium.</p> <p>5. <i>Observer</i> adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan <i>tool</i> yang telah ditentukan.</p> <p>6. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan.</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi
Target Pencapaian	100%

Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi:</p> <p>Semua petugas yang terindikasi harus menggunakan APD</p> <p>Kriteria Eksklusi:</p> <p>Tidak ada</p>
Formula	$\frac{\text{Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi}}{\text{Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi}} \times 100 \%$
Metode Pengumpulan Data	<i>Observasi</i>
Sumber Data	Hasil observasi
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Observasi Kepatuhan Penggunaan APD
Besar Sampel	<ul style="list-style-type: none"> • Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) • Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non Probability Sampling – Consecutive Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Komite PPI RS

c. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Judul Indikator	Kepatuhan Identifikasi Pasien
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none">1. Peraturan Menteri Kesehatan RI tentang Keselamatan Pasien.2. Ketepatan identifikasi menjadi sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien.3. Untuk menjamin ketepatan identifikasi pasien maka diperlukan indikator yang mengukur dan memonitor tingkat kepatuhan pemberi pelayanan dalam melakukan proses identifikasi. Dengan adanya indikator tersebut diharapkan pemberi pelayanan akan menjadikan identifikasi sebagai proses rutin dalam proses pelayanan.
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan tindakan pelayanan.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none">1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit.3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan).

	<p>4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian pengobatan : pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi. • Prosedur tindakan : tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit. • Prosedur diagnostik : pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi, dan lain-lain. • Kondisi tertentu : pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar. <p>5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi
Denominator (penyebut)	Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi
Target Pencapaian	100%
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi:</p> <p>Semua pemberi pelayanan yang memberikan pelayanan kesehatan.</p>

	Kriteria Eksklusi: Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi}}{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Observasi
Sumber Data	Hasil observasi
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Observasi Kepatuhan Identifikasi Pasien
Besar Sampel	<ul style="list-style-type: none"> • Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) • Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non Probability Sampling – Consecutive Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan

d. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi

Judul Indikator	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang Undang tentang Rumah Sakit 2. Berdasarkan SUPAS tahun 2015, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2015 adalah 305 per 100.000 kelahiran hidup, ini masih merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara. Kejadian kematian ibu ini terbanyak ditemukan di rumah sakit sebesar 78%. Tingginya Angka Kematian Ibu ini mengindikasikan masih perlunya dilakukan peningkatan tata kelola dan peningkatan mutu pelayanan <i>antenatal care</i> dan persalinan. Untuk itu diperlukan indikator untuk memantau kecepatan proses pelayanan operasi seksio sesarea.
Dimensi Mutu	Tepat Waktu, Efektif, Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan kegawatdaruratan operasi seksio sesarea yang cepat dan tepat sehingga mampu mengoptimalkan upaya menyelamatkan Ibu dan Bayi
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu ≤ 30 menit. 2. Seksio sesarea emergensi adalah tindakan seksio sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya. 3. Seksio sesarea emergensi kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan di mana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin.

	4. Pengukuran indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan seksio sesaria.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I (satu) yang mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi ≤ 30 menit
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I
Target Pencapaian	$\geq 80\%$
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi:</p> <p>Seksio sesarea emergensi kategori I</p> <p>Misalnya : <i>fetal distress</i> menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/forsep, <i>ruptur uteri imminent</i>, <i>ruptur uteri</i>, perdarahan <i>ante partum</i> dengan perdarahan aktif, Persalinan pada Bekas Seksio Sesarea (PBS)</p> <p>Kriteria Eksklusi</p> <p>Tidak ada</p>
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I yang mendapatkan tindakan seksio sesarea } \leq 30 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I}} \times 100 \%$

Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Data sekunder dari rekam medik, laporan operasi
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Waktu Tanggap Seksio Sesarea Emergensi
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

e. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Judul Indikator	Waktu Tunggu Rawat Jalan
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang tentang Rumah Sakit. 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

	diagnosis dan pengobatan. Waktu tunggu yang lama dapat menyebabkan ketidakpuasan pasien dan keterlambatan diagnosis maupun pengobatan pasien.
Dimensi Mutu	Berorientasi kepada 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang 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 <i>online</i>. <ol style="list-style-type: none"> a. pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis. b. pasien mendaftar <i>online</i>, maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendaftaran <i>online</i> 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 Pengukuran	persentase

Numerator (pembilang)	Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤ 60 menit
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi
Target Pencapaian	$\geq 80\%$
Kriteria:	<p>Kriteria inklusi :</p> <p>Pasien yang berobat di rawat jalan</p> <p>Kriteria eksklusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasien <i>medical check up</i>, pasien poli gigi ▪ Pasien yang mendaftar <i>online</i> atau anjungan mandiri datang lebih dari 60 menit dari waktu yang sudah ditentukan ▪ Pasien yang ada tindakan pasien sebelumnya
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu } \leq 60 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	<p>Sumber data sekunder antara lain dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Catatan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan 2. Rekam Medik Pasien Rawat Jalan 3. Formulir Waktu Tunggu Rawat Jalan

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

f. Penundaan Operasi Elektif

Judul Indikator	Penundaan Operasi Elektif
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang tentang Rumah Sakit 2. Rumah sakit harus menjamin ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan termasuk tindakan operasi, sesuai dengan kebutuhan pasien untuk mendapatkan hasil pelayanan seperti yang diinginkan dan menghindari komplikasi akibat keterlambatan operasi.

Dimensi Mutu	Tepat waktu, efisiensi, berorientasi pada pasien
Tujuan	Tergambarnya ketepatan pelayanan bedah dan penjadwalan operasi.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan. 2. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien operasi elektif
Target Pencapaian	$\leq 5\%$
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi:</p> <p>Pasien operasi elektif</p> <p>Kriteria Eksklusi:</p> <p>Penundaan operasi atas indikasi medis</p>
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}} \times 100 \%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Data sekunder dari catatan pasien yang dijadwalkan operasi dan data pelaksanaan operasi.

Instrumen Pengambilan Data	Formulir Penundaan Operasi Elektif
Besar Sampel	<ul style="list-style-type: none"> • Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) • Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Simple Random Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Bedah/Bedah Sentral

g. Kepatuhan Waktu *Visite* Dokter

Judul Indikator	Kepatuhan Waktu <i>Visite</i> Dokter
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang tentang Praktik Kedokteran 2. Undang-Undang tentang pelayanan publik 3. Pelayanan kesehatan harus berorientasi kepada kebutuhan pasien, bukan kepada keinginan rumah sakit.
Dimensi Mutu	Berorientasi kepada pasien

Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tergambaranya kepatuhan dokter melakukan visitasi kepada pasien rawat inap sesuai waktu yang ditetapkan. 2. Waktu yang ditetapkan untuk <i>visite</i> adalah pukul 06.00 – 14.00.
Definisi Operasional	Waktu <i>visite</i> dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang di- <i>visite</i> dokter pada pukul 06.00 – 14.00
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien yang diobservasi
Target Pencapaian	≥ 80%
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi:</p> <p><i>Visite</i> dokter pada pasien rawat inap</p> <p>Kriteria Eksklusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasien yang baru masuk rawat inap hari itu ▪ Pasien konsul
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang di-}i{visite} \text{ dokter pada pukul 06.00-14.00}}{\text{Jumlah pasien yang diobservasi}} \times 100 \%$

Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Data sekunder berupa laporan <i>visite</i> rawat inap dalam rekam medik
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Waktu <i>Visite</i> Dokter
Besar Sampel	<ul style="list-style-type: none"> • Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) • Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Stratified Random Sampling</i> (berdasarkan unit pelayanan)
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rawat inap

h. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

Judul Indikator	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
Dasar pemikiran	1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien.

	2. Kecepatan dan ketepatan pelaporan hasil laboratorium kritis sangat penting dalam kelanjutan tata laksana pasien. Hasil kritis menunjukkan kondisi pasien yang membutuhkan keputusan klinis yang segera untuk upaya pertolongan pasien dan mencegah komplikasi akibat keterlambatan.
Dimensi Mutu	Tepat waktu, keselamatan
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium. 2. Tergambarnya sistem yang menunjukkan bagaimana nilai kritis dilaporkan dan didokumentasikan untuk menurunkan risiko keselamatan pasien.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera. 2. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analisis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan. 3. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan ≤ 30 menit.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan ≤ 30 menit
Denominator (penyebut)	Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi
Target Pencapaian	100%

Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi :</p> <p>Semua hasil pemeriksaan laboratorium yang memenuhi kategori hasil kritis.</p> <p>Kriteria Eksklusi :</p> <p>Tidak ada</p>
Formula	$\frac{\text{jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan} \leq 30 \text{ menit}}{\text{jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi}} \times 100 \%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	<p>Data sekunder dari:</p> <p>Catatan Data Laporan Hasil Tes Kritis Laboratorium</p>
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
Besar Sampel	<ul style="list-style-type: none"> • Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) • Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Simple Random Sampling / Systematic Random Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>

Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

i. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Judul Indikator	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keputusan Menteri Kesehatan tentang Formularium Nasional. 2. Kepatuhan terhadap formularium dapat meningkatkan efisiensi dalam penggunaan obat-obatan. 3. Formularium rumah sakit disusun berdasarkan masukan-masukan pemberi layanan, dan pemilihannya berdasarkan kepada mutu obat, rasio risiko dan manfaat, berbasis bukti, efektivitas dan efisiensi. Pengadaan obat-obatan di rumah sakit mengacu pada formularium rumah sakit.
Dimensi Mutu	Efisien dan efektif
Tujuan	Terwujudnya pelayanan obat kepada pasien yang efektif dan efisien berdasarkan daftar obat yang mengacu pada formularium nasional.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.

	2. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah persepsan obat (R/ : <i>recipe</i> dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.
Jenis Indikator	Proses
Satuan pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional
Denominator (penyebut)	Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang diobservasi
Target Pencapaian	≥ 80%
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi :</p> <p>Resep yang dilayani di RS</p> <p>Kriteria Eksklusi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obat yang diresepkan di luar FORNAS tetapi dibutuhkan pasien dan telah mendapatkan persetujuan komite medik dan direktur. 2. Bila dalam resep terdapat obat di luar FORNAS karena stok obat nasional berdasarkan <i>e-katalog</i> habis/kosong.
Formula	$\frac{\text{Jumlah R/ } \textit{recipe} \text{ dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional}}{\text{Jumlah R/ } \textit{recipe} \text{ dalam lembar resep yang diobservasi}} \times 100 \%$

Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Lembar resep di Instalasi Farmasi
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
Besar Sampel	<ul style="list-style-type: none"> • Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) • Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Simple Random Sampling/ Systematic random Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Farmasi

j. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*)

Judul Indikator	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)
Dasar Pemikiran	1. Undang-Undang tentang Praktik Kedokteran

	<p>2. Permenkes tentang Standar Pelayanan Kedokteran. Untuk menjamin kepatuhan dokter atau dokter gigi di rumah sakit terhadap standar pelayanan maka perlu dilakukan monitor kepatuhan penggunaan <i>clinical pathway</i>.</p> <p>3. Kepatuhan terhadap alur klinis/<i>clinical pathway</i> adalah kepatuhan seluruh Profesional Pemberi Asuhan terhadap alur klinis/<i>clinical pathway</i> yang telah ditetapkan.</p> <p>4. Pemilihan penyakit yang akan dilakukan pengukuran kepatuhan terhadap alur klinis/<i>clinical pathway</i> sesuai dengan prioritas nasional adalah :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hipertensi b. Diabetes melitus c. TB d. HIV e. Keganasan <p>5. Pemilihan penyakit yang akan dilakukan pengukuran kepatuhan terhadap alur klinis/<i>clinical pathway</i> untuk RS khusus disesuaikan dengan program prioritas nasional yang ada dan pelayanan prioritas di rumah sakit tersebut.</p>
Dimensi Mutu	Efektif, integrasi
Tujuan	Untuk menjamin kepatuhan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) di rumah sakit terhadap standar pelayanan dan untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis di rumah sakit.

Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Clinical Pathway</i> adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit. 2. Kepatuhan terhadap <i>clinical pathway</i> adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i> yang ditetapkan Rumah Sakit.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i>
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada <i>clinical pathway</i> yang diobservasi
Target Pencapaian	≥ 80%
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi :</p> <p>Pasien yang menderita penyakit sesuai batasan ruang lingkup <i>clinical pathway</i> yang diukur</p> <p>Kriteria Eksklusi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang pulang atas permintaan sendiri selama perawatan. 2. Pasien yang meninggal 3. Variasi yang terjadi sesuai dengan indikasi klinis pasien dalam perkembangan pelayanan.

Formula	$\frac{\text{Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan } \textit{clinical pathway}}{\text{Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada } \textit{clinical pathway} \text{ yang diobservasi}} \times 100 \%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Data sekunder dari rekam medis pasien
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan <i>Clinical Pathway</i>
Besar Sampel	<ul style="list-style-type: none"> • Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) • Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Stratified Random Sampling</i> (berdasarkan masing-masing <i>Clinical Pathway</i>)
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Bidang Pelayanan Medik, Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan lain

k. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Judul Indikator	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
Dasar Pemikiran	Permenkes tentang Keselamatan Pasien

Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan dalam menjalankan upaya pencegahan jatuh agar terselenggara asuhan pelayanan yang aman dan mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi: <ol style="list-style-type: none"> <i>Asesment</i> awal risiko jatuh <i>Assesment</i> ulang risiko jatuh Intervensi pencegahan risiko jatuh Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi
Target Pencapaian	100%
Kriteria	<p>Kriteria Inklusi :</p> <p>Pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh</p> <p>Kriteria Eksklusi :</p>

	Pasien yang tidak dapat dilakukan asesmen ulang maupun edukasi seperti pasien meninggal, pasien gangguan jiwa yang sudah melewati fase akut, dan pasien menolak intervensi
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh}}{\text{Jumlah pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh yang diobservasi}} \times 100 \%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Data sekunder menggunakan data dari rekam medis
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
Besar Sampel	<ul style="list-style-type: none"> • Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) • Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Stratified Random Sampling</i> (berdasarkan Unit Pelayanan)
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Bidang Keperawatan dan Komite Keselamatan pasien

1. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

Judul Indikator	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 32 bahwa setiap pasien mempunyai mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan. 2. Rumah sakit berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit. Apabila selama perawatan pasien merasa bahwa rumah sakit belum menunaikan kewajiban tersebut maka pasien memiliki hak untuk mengajukan komplain. 3. Untuk itu rumah sakit perlu memiliki unit yang merespon dan menindaklanjuti keluhan tersebut dalam waktu yang telah ditetapkan agar keluhan pasien dapat segera teratasi.
Dimensi Mutu	Berorientasi pada Pasien
Tujuan	Tergambarnya kecepatan rumah sakit dalam merespon keluhan pasien agar dapat diperbaiki dan ditingkatkan untuk sebagai bentuk pemenuhan hak pasien.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan <i>grading</i> risiko, analisis hingga tindak lanjutnya. 2. <i>Grading</i> risiko dan standar waktu tanggap komplain: <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Grading</i> Merah (ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan

	<p>polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/ kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain.</p> <p>b. <i>Grading</i> Kuning (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain-lain.</p> <p>c. <i>Grading</i> Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan <i>grading</i>
Denominator (penyebut)	Jumlah komplain yang disurvei
Target Pencapaian	$\geq 80\%$
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi :</p> <p>Semua komplain (lisan, tertulis, dan media massa)</p> <p>Kriteria Eksklusi :</p> <p>Tidak ada</p>
Formula	$\frac{\text{Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan sesuai dengan } \textit{grading}}{\text{Jumlah komplain yang disurvei}} \times 100 \%$

Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Data sekunder dari catatan Komplain
Instrumen Pengambilan Data	1. Formulir Komplain 2. Laporan Tindak Lanjut Komplain
Besar Sampel	<ul style="list-style-type: none"> • Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) • Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Simple Random Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Kepala Bagian Humas/Unit Pengaduan/Bagian yang menangani komplain

m. Kepuasan Pasien

Judul Indikator	Kepuasan Pasien
-----------------	-----------------

Dasar Pemikiran	Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi mengenai Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik.
Dimensi Mutu	Berorientasi kepada pasien
Tujuan	Mengukur tingkat kepuasan masyarakat sebagai dasar upaya-upaya peningkatan mutu dan terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pasien.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. 2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan. 3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Krejcie dan Morgan. 4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien. 5. Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variabel penyusunan survei kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan. 6. Unsur survei kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi: <ol style="list-style-type: none"> a. Persyaratan. b. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur. c. Waktu Penyelesaian.

	<p>d. Biaya/Tarif.</p> <p>e. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan.</p> <p>f. Kompetensi Pelaksana.</p> <p>g. Perilaku Pelaksana.</p> <p>h. Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan.</p> <p>i. Sarana dan prasarana.</p> <p>7. Indeks Kepuasan adalah hasil pengukuran dari kegiatan Survei Kepuasan berupa angka.</p>
Jenis Indikator	<i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Indeks
Numerator (pembilang)	Tidak ada
Denominator (penyebut)	Tidak ada
Target Pencapaian	$\geq 76,61$
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi :</p> <p>Seluruh pasien</p> <p>Kriteria Eksklusi :</p> <p>Pasien yang tidak kompeten dalam mengisi kuesioner dan/atau tidak ada keluarga yang mendampingi.</p>
Formula	$\frac{\text{Total nilai persepsi seluruh responden}}{\text{Total unsur yang terisi dari seluruh responden}} \times 25$

Metode Pengumpulan Data	Survei
Sumber Data	Hasil survei
Instrumen Pengambilan Data	Kuisisioner (terlampir)
Besar Sampel	Sesuai tabel Sampel Krejcie dan Morgan
Cara Pengambilan Sampel	<i>Stratified Random Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Semesteran
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semesteran, Tahunan
Penanggung Jawab	Kepala Bagian Humas



POPULASI

SAMPEL



TAHAPAN PENGUKURAN INDIKATOR NASIONAL MUTU PELAYANAN KESEHATAN

Tahapan pengukuran Indikator Nasional Mutu Pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan meliputi:

A. Pengumpulan Data

Pengumpulan data indikator Nasional Mutu Pelayanan kesehatan adalah proses mengumpulkan data dan atau menghimpun data berkaitan dengan indikator mutu yang telah ditetapkan. Tujuan dari pengumpulan data untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan dalam rangka mencapai tujuan dari pengukuran indikator.

Pengumpulan data dilakukan oleh unit kerja yang bertanggung jawab terhadap indikator mutu. Tahapan pengumpulan data dimulai dengan mengidentifikasi sumber data, menetapkan sampling, frekuensi pengumpulan data, mengembangkan instrumen pengumpulan data, serta elemen data yang dibutuhkan sesuai profil indikator nasional mutu pelayanan.

1. Identifikasi sumber data

Sumber data terdiri atas data primer dan data sekunder. Data primer didapatkan secara langsung antara lain dari survei harian dan hasil observasi. Sedangkan data sekunder didapatkan secara tidak langsung antara lain dari catatan pendaftaran, rekam medik, catatan jadwal pelaksanaan operasi, lembar resep, laporan visite rawat inap, laporan hasil laboratorium, hasil survei kepuasan, dan catatan komplain.

2. *Sampling*

Dalam pengumpulan data, idealnya data dikumpulkan dari seluruh anggota populasi. Namun pada kondisi di mana anggota populasi sangat banyak maka pengumpulan data dilakukan melalui *sampling* yaitu mengambil sebagian dari anggota populasi yang dipilih dengan teknik sampling agar dapat mewakili

populasi. Apabila jumlah anggota populasi tidak terlalu banyak maka digunakan seluruh anggota populasi. Jika pengumpulan data dilakukan pada sampel, maka perlu ditentukan dua aspek yaitu teknik *sampling* dan besar sampel minimal.

a. Teknik *sampling*

Berikut adalah beberapa contoh teknik *sampling* :

1) *Sampling* probabilitas (*Probability sampling*)

Dalam teknik *sampling* ini, setiap subjek dalam populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk dipilih sebagai sampel. Beberapa teknik *sampling* probabilitas antara lain:

a) Sampel acak sederhana (*simple random sampling*)

Dalam teknik ini, subjek dipilih secara acak dari daftar subjek dengan menggunakan undian atau menggunakan tabel angka random. Apabila jumlah anggota populasi dapat diketahui, maka tiap anggota populasi tersebut diberi nomor urut dan dipilih sebagian dari mereka sebagai sampel dengan menggunakan tabel angka random. Contoh: memilih 200 sampel dalam 1000 anggota populasi.

b) Sampel acak sistematis (*systematic random sampling*)

Teknik ini memilih sampel dari populasi secara acak dengan menggunakan interval yang sama.

c) *Stratified Random Sampling*

Stratified random sampling digunakan apabila populasi bersifat heterogen, yang terdiri atas beberapa subpopulasi yang bersifat homogen. Dalam hal ini perbedaan adalah dalam jumlah anggota subpopulasi. Besarnya subpopulasi dinyatakan dalam persentase terhadap populasi total. Pada masing-masing subpopulasi dilakukan pengambilan sampel secara acak sejumlah persentase dari total sampel yang diperlukan.

d) *Multistage random sampling*

Multistage random sampling dipilih apabila populasi bersifat heterogen dan dijumpai kluster/strata yang sifatnya heterogen kemudian dilakukan pemilihan secara acak kluster/strata yang akan digunakan sebagai sumber data. Sampel yang terpilih merupakan representasi dari masing-masing kluster/strata.

e) *Cluster random sampling*

Cluster random sampling digunakan apabila populasi yang bersifat *one stage* dan terdiri atas kluster-kluster yang bersifat heterogen. Kluster akan dipilih secara acak, kluster yang terpilih mewakili karakteristik populasi.

2) *Sampling non probabilitas (Non-probability sampling)*

Teknik ini lebih praktis dan lebih mudah dilakukan sehingga lebih sering digunakan. Jenis *sampling* non probabilitas antara lain :

a) *Consecutive Sampling*

Teknik ini memilih calon subjek/sampel berdasarkan kedatangan di tempat penelitian. Calon subjek/sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak ada kriteria eksklusi akan digunakan sebagai sampel. Pengambilan sampel dihentikan apabila jumlah sampel terpenuhi.

b) *Sampling berdasarkan ketersediaan (Convenience sampling).*

Dalam teknik ini, subjek diambil tanpa sistematika tertentu, pemilihan berdasarkan ketersediaan yang ada pada saat dilakukan pengukuran. Subjek diambil/terpilih sebagai sampel karena sampel tersebut ada pada tempat dan waktu yang tepat. Teknik ini paling mudah namun validitasnya rendah.

c) *Sampling berdasarkan pertimbangan (Judgmental sampling atau purposive sampling /Trigger sampling).*

Teknik ini memilih sampel berdasarkan adanya pertimbangan atau *trigger* tertentu yang telah ditetapkan sebelumnya.

d) *Total sampling*

Apabila anggota populasi jumlahnya sedikit sesuai dengan kriteria yang digunakan maka seluruh anggota populasi digunakan sebagai sampel.

Misalnya jumlah anggota populasi ≤ 30 maka seluruhnya digunakan sebagai sampel.

b. Besar sampel

Untuk menentukan besar sampel minimal, faktor yang harus dipertimbangkan adalah jumlah anggota populasi, namun selain itu semakin banyak variasi dalam populasi, maka semakin banyak besar sampel yang diperlukan.

1) Perhitungan besar sampel berdasarkan rumus Slovin :

Rumus Slovin digunakan apabila anggota populasi > 30 sehingga perlu dihitung jumlah sampel minimal yang dapat mewakili populasi.

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n = jumlah sampel minimal

N = jumlah populasi

e = *margin of error* (biasanya ditetapkan sebesar 0,05)

Contoh :

Apabila populasi = 1.000 orang

Margin of error yang ditetapkan adalah 5% atau 0,05

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

sehingga :

$$n = \frac{1000}{1 + (1000 \times 0,05^2)}$$

$$n = \frac{1000}{1 + (1000 \times 0,0025)}$$

$$n = \frac{1000}{1 + 2,5}$$

$$n = \frac{1000}{3,5}$$

$$n = 285,7143$$

Apabila dibulatkan maka besar sampel minimal dari 1.000 populasi pada *margin of error* 5% adalah sebesar 286.

2) Besar sampel untuk indikator kepuasan pasien dihitung dengan menggunakan tabel Krejcie dan Morgan.

3. Instrumen pengumpulan data indikator mutu

Dalam melakukan pengumpulan data diperlukan alat bantu instrumen yang dapat berupa formulir observasi, formulir pengumpulan data dan lain sebagainya.

4. Frekuensi pengumpulan data sesuai dengan kamus indikator mutu. Frekuensi pengumpulan data dilaksanakan sesuai dengan profil indikator fasyankes.

5. Elemen Data

Dalam mengumpulkan data perlu memahami elemen data yang ingin diukur. Elemen data terdiri atas:

- a. *Numerator* adalah data yang akan diukur. Sehingga dalam pengukuran menjawab pertanyaan: "Apa yang akan saya amati?"
- b. *Denominator* adalah data yang menggambarkan semua peluang yang ingin diobservasi dalam populasi atau sampel yang akan diukur. Sehingga dalam pengukuran menjawab pertanyaan: "Siapa yang harus saya perbaiki?"

B. Validasi Data

Validasi data adalah penilaian keakuratan dan kebenaran data yang dikumpulkan. Validasi data dilaksanakan oleh komite/ tim mutu yang ditunjuk oleh pimpinan fasyankes.

Validasi data dipersyaratkan pada kondisi-kondisi sebagai berikut:

1. Indikator baru diimplementasikan;
2. Data akan dipublikasikan;
3. Terdapat perubahan sistem pengumpulan data indikator, seperti perubahan instrumen pengumpulan data, atau petugas yang mengumpulkan data bertukar;
4. Capaian data berubah tanpa dapat dijelaskan penyebabnya;
5. Sumber data berubah, seperti ketika sebagian data diambil secara manual kemudian diubah menjadi format elektronik;
6. Subjek pengumpulan data berubah, seperti perubahan rata-rata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol penelitian, implementasi panduan praktik terbaru, atau pengenalan teknologi dan metodologi perawatan terbaru.

Salah satu jenis validasi yang merekomendasikan adalah metode *reproducibility* yaitu diulangnya pengukuran oleh orang yang berbeda, menggunakan formulir/*checklist*/alat yang sama dan dilakukan kondisi yang sama dan pada populasi/sampel yang sama.

Berikut adalah langkah-langkah uji validasi data dengan menggunakan metode kesesuaian hasil pengukuran (*Measure Result Agreement*) :

1. Petugas Pengumpul data

Mengumpulkan data dari Populasi atau Sampel dari sumber data, dengan panduan Profil Indikator dan menggunakan Formulir Pengumpulan data yang telah disiapkan. Besar sampel dapat dilihat pada Tabel 3. Penentuan Besar Sampel Validasi untuk Petugas Pengumpul Data.

2. Petugas Validasi Data

Mengumpulkan data secara acak/random sampel yang akan diukur dari seluruh populasi atau sampel sumber data yang sama yang digunakan oleh pengumpul data, dengan panduan kamus, dan formulir pengumpulan data yang sama dengan yang digunakan oleh pengumpul data. Besar sampel dapat dilihat pada Tabel 3 Penentuan Besar Sampel untuk Petugas Validasi. Petugas validasi data tidak perlu mengumpulkan semua data yang dikumpulkan pengumpul data.

Tabel 3. Besar Sampel Validasi

Petugas Pengumpul Data		Petugas Validasi Data	
Populasi	Sampel	Populasi	Sampel
≥ 640	128 sampel	≥ 480	48 sampel
320 – 639	20% dari total populasi	161 – 480	48 sampel
64 – 319	64 sampel	17 – 160	Minimal 16 atau 10% populasi
< 64	100% populasi	1 - 16	100% populasi

3. Hitung kesesuaian antara Hasil Petugas Pengumpul data dan Petugas Validasi Data. Jumlah Kesesuaian Data dibagi Jumlah Sampel x 100%.

$$\frac{\text{Jumlah Kesesuaian Data}}{\text{Jumlah Sampel}} \times 100\%$$

Kesesuaian hasil pengukuran dapat dipercaya atau valid jika mencapai 90%.

4. Hasil penghitungan validitas tersebut terdapat dua kemungkinan antara lain:
 - a. Jika mencapai 90% maka hasil pengukuran dapat dipercaya atau valid.
 - b. Jika hasilnya $<90\%$ dan terdapat perbedaan atau ketidakcocokan, maka pengumpul data dan validator mencari penyebab perbedaan data dan melakukan perbaikan. Setelah dilakukan perbaikan, kemudian dilakukan pengumpulan data ulang menggunakan sampel yang baru dengan langkah-langkah yang sama sejak awal.

Faktor-faktor penyebab data tidak valid adalah sebagai berikut :

1. Pemahaman pengumpul data dan petugas validasi data belum memadai.
2. Kamus indikator tidak jelas sehingga menimbulkan salah interpretasi.
3. Perbedaan pemahaman tentang definisi operasional.
4. Keterbatasan waktu pengumpulan data.
5. Kesalahan dalam melakukan penginputan data.
6. Penggunaan sumber data yang berbeda.
7. Kelalaian.
8. Formulir pengumpulan data belum terdesain dengan baik.

Untuk mengurangi kesalahan, meningkatkan validitas dan mengurangi *random error* dalam pengumpulan data, dapat dilakukan berbagai upaya antara lain:

1. Standarisasi pengukuran (menggunakan definisi operasional yang sama, menggunakan elemen data yang sama).
2. Pelatihan pengumpul data dan validator (dilatih dengan cara yang sama seperti pengumpul data).
3. Standarisasi instrumen / alat ukur (menggunakan instrumen / alat yang sama misalnya form atau kuesioner).
4. Mengulang pengukuran (mengumpulkan data ulang oleh orang yang berbeda dengan sampel yang sama).

C. Analisis Data

Analisis data adalah suatu poses atau upaya untuk menggabungkan dan mengubah data menjadi informasi yang dapat dipahami dan berguna dalam membuat kesimpulan atau membuat keputusan. Unit yang bertanggung jawab, dapat dibantu oleh komite/tim mutu untuk melakukan analisis data tersebut.

Data juga perlu disajikan dalam bentuk yang mudah dibaca dan dimengerti, untuk memudahkan interpretasi hasil pengukuran indikator mutu.

Secara garis besar ada tiga cara yang sering dipakai untuk penyajian data yaitu:

1. Narasi

Ciri dari penyajian secara tulisan adalah:

- a. Dibuat dalam bentuk narasi mulai dari pengambilan data hingga kesimpulan.
- b. Kelemahan: kurang menggambarkan bentuk statistik bila terlalu banyak datanya.

2. Tabel

Penyajian data dalam bentuk angka yang disusun dalam kolom dan baris dengan tujuan untuk menunjukkan frekuensi kejadian dalam kategori yang berbeda.

3. Diagram

Fasyankes dapat menggunakan beberapa jenis diagram untuk membantu analisis. Ketepatan pemilihan alat tergantung pada sifat data. Beberapa alat yang paling umum digunakan:

a. Diagram *Run Chart*

Diagram *run chart* digunakan untuk mengevaluasi data dari waktu ke waktu. Diagram *run chart* dapat menunjukkan :

- 1) Gambaran umum sebuah proses
- 2) Garis yang menunjukkan nilai sepanjang waktu
- 3) *Trend* naik dan turun

Diagram *run chart* dapat mendeteksi:

- 1) Pergeseran atau *Shifts* adalah jika 8 titik atau lebih berturut-turut jatuh pada satu sisi dari garis tengah. Titik pada garis rata-rata tidak masuk hitungan.
- 2) Tren atau *Trend* adalah jika 6 titik atau lebih berturut-turut bergerak ke arah yang sama. Titik garis datar tidak termasuk dalam hitungan.
- 3) *Zigzag* adalah jika 14 titik atau lebih turun naik.

b. Diagram kontrol atau *Control Chart*

Diagram kontrol ini digunakan untuk menilai stabilitas suatu proses melalui analisis variasi kinerja dari waktu ke waktu. Diagram kontrol lebih spesifik daripada diagram *run chart* karena dapat menilai apakah proses berada dalam kontrol atau terkendali dengan adanya garis kontrol atas (*Upper control limit/ UCL*) dan garis kontrol bawah (*Lower control limit /LCL*).

c. Diagram batang atau *Bar chart*

Diagram batang sangat membantu saat data terdiri dari kategori yang berbeda. Sumbu x mendefinisikan suatu variabel dan sumbu y mendefinisikan suatu karakteristik misalnya frekuensi atau persentase. Diagram batang dimanfaatkan untuk membandingkan hasil pengukuran dari dua sampel atau populasi yang berbeda.

d. *Pie chart*

Pie chart merupakan lingkaran yang dibagi-bagi berdasarkan proporsi subpopulasi data yang diperoleh. *Pie chart* menunjukkan proporsi subpopulasi dalam sebuah populasi.

Setelah disajikan dalam bentuk yang mudah dipahami (narasi, tabel dan grafik), informasi tersebut perlu dilakukan analisis. Analisis dapat dilakukan dengan cara:

1. Pencapaian dibandingkan secara serial (dari waktu ke waktu)

Pencapaian indikator dibandingkan antara periode berjalan dengan periode sebelumnya/berikutnya sehingga dapat diketahui adanya kesenjangan/kenaikan maupun penurunan capaian kinerja, analisis dilakukan dengan cara melihat *trend*.

2. Pencapaian dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan.

3. Pencapaian dibandingkan dengan pencapaian fasyankes sejenis lainnya.

Pencapaian indikator dibandingkan dengan pencapaian fasyankes sejenis lainnya sebagai bentuk *benchmark*. Perbandingan dilakukan dengan cara membandingkan pencapaian dengan *trend* pencapaian. *Trend* pencapaian dikatakan bagus bila grafik menunjukkan peningkatan yang lebih baik daripada *trend* peningkatan lain.

4. Pencapaian dibandingkan dengan standar dan referensi yang digolongkan sebagai *best practice/better practice* maupun *practice guidelines*.

D. Pelaporan dan Komunikasi

Pelaporan dan komunikasi kegiatan diperlukan dalam perencanaan, pemantauan dan evaluasi serta pengambilan keputusan untuk peningkatan pelayanan kesehatan di fasyankes wajib melaporkan dan mengkomunikasikan hasil capaian indikator mutu secara berkala. Kegiatan ini harus dilakukan dengan cermat dan teliti karena kesalahan dalam pelaporan akan mengakibatkan kesalahan dalam pengambilan keputusan.

Penyampaian hasil pencapaian indikator mutu dikomunikasikan kepada seluruh *stake holder* terkait. Penyampaian hasil ini dilakukan secara berkala (bulanan atau triwulanan).

Mekanisme pelaporan dan komunikasi indikator mutu dilakukan secara online dengan menggunakan aplikasi, namun dalam hal kondisi tidak dapat mengakses aplikasi, mekanisme pelaporan dan komunikasi dilakukan sebagai berikut:

1. Pelaporan Internal

- a. Bulanan

- 1) Laporan dari unit pelayanan ke Komite/Tim Mutu.
 - 2) Laporan Komite/Tim Mutu ke pimpinan fasyankes.

- b. Triwulan

Laporan pimpinan fasyankes ke Dewan Pengawas RS atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota/Provinsi.

2. Pelaporan Eksternal

Fasyankes melaporkan hasil pengukuran indikator nasional mutu pelayanan kepada Kementerian Kesehatan secara berkala paling lambat 6 (enam) bulan sekali, sesuai dengan profil indikator melalui aplikasi *web-based* (<http://mutufasyankes.kemkes.go.id>).



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

Terimakasih