

**KAMUS INDIKATOR MUTU
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH
PEKALONGAN**



**Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan
2016**

SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

NOMOR : 1339.2/RSSK/SK/VI/2016

TENTANG

**PEMBERLAKUAN KAMUS INDIKATOR MUTU
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN**

DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

- Menimbang : a. bahwa setiap rumah sakit berkewajiban melaksanakan, mempertahankan, dan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit;
- b. bahwa pengukuran indikator mutu rumah sakit perlu ditetapkan dalam rangka peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- c. bahwa untuk memberikan keseragaman informasi tentang indikator mutu perlu dibuat Kamus Indikator Mutu Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
- d. bahwa untuk maksud a, b, dan c di atas perlu adanya Penetapan Kamus Indikator Mutu Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
- Mengingat : 1. Undang-undang Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit ;
2. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan ;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/Menkes/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 129/Menkes/SK II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
5. Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan Nomor : 124/YAI/V/II/2012 tentang Penetapan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
6. Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan Nomor :129/YAI/IV/XII/2015 tentang Perpanjangan Masa Tugas Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;

7. Keputusan Direktur Nomor 0063/RSSK/SK/I/2016 tentang Kebijakan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
8. Keputusan Direktur Nomor 0196/RSSK/SK/I/2016 tentang Pembentukan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
9. Keputusan Direktur Nomor 0087.1/RSKK/SK/I/2016 tentang Pemberlakuan Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : PEMBERLAKUAN KAMUS INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN
- KESATU : Penyusunan kamus indikator mutu terdiri atas Indikator Area Klinis, Indikator Area Manajerial, Indikator Sasaran Keselamatan Pasien, Indikator *International Library of Measure*, dan indikator mutu unit Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
- KEDUA : Indikator mutu sebagaimana dimaksud dalam diktum KESATU, dinilai, dievaluasi, serta dilaporkan kepada Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan oleh Sub Komite Mutu Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
- KETIGA : Surat Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan catatan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam Surat Keputusan ini, maka akan dilakukan perubahan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : PEKALONGAN
Pada Tanggal : 28 Juni 2016

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes

Tembusan :

1. Manajer Pelayanan
2. Manajer Umum dan Keuangan
3. Komite Medik
4. Koordinator Instalasi / Urusan / Unit Kerja / Ruangan terkait
5. Arsip

Lampiran : Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan tentang Pemberlakuan Kamus Indikator Mutu Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan
 Nomor : 1339.2/RSSK/SK/VI/2016
 Tanggal : 28 Juni 2016

KAMUS PROFIL INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

Indikator adalah suatu cara untuk menilai penampilan dari suatu kegiatan dan merupakan variabel yang digunakan untuk menilai perubahan.

Indikator Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan meliputi :

1. INDIKATOR AREA KLINIS

a. Asesmen Pasien

Judul	Kelengkapan Asesmen Awal Medis dalam 24 Jam pada Pasien Rawat Inap (IAK 1)
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Untuk menggambarkan tanggungjawab dokter dalam melakukan assesmen awal medis dalam 24 jam.
Definisi Operasional	<p>Assesmen awal medis terhadap pasien baru adalah penilaian yang dilakukan oleh Dokter Penanggungjawab Pelayanan (DPJP) / Dokter Poliklinik / Dokter IGD untuk memastikan bahwa perencanaan medis yang dilakukan tepat bagi pasien.</p> <p>Kriteria assesmen awal medis lengkap meliputi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis - Pemeriksaan fisik / penunjang - Diagnosis - Penatalaksanaan / perencanaan pelayanan - Tanggal / jam - Tandatangan dan nama dokter
Frekuensi pengumpulan data	Satu Bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan
Numerator	Jumlah lembar asesmen awal medis terisi lengkap pasien rawat inap
Denominator	Jumlah seluruh lembar asesmen awal medis pasien rawat inap
Sumber data	Lembar asesmen awal pada Rekam Medik
Standar	100 %

Penanggungjawab pengumpul data	PIC Data Unit dan Koordinator unit rawat inap
Alasan Pemilihan Indikator	Menilai kepatuhan dan tanggungjawab Dokter dalam melakukan assesmen awal medis
Type Indikator	Proses
Jangka Waktu Laporan	1 bulan
Metodelogi pengumpulan	Sensus Harian
Target sampel & sampel size	Seluruh pasien rawat inap
Area monitoring	Instalasi rawat inap
Pengumpulan data & analisa	Data observasi dikumpulkan, hasilnya dibandingkan antara Numerator dengan Denominator
Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi bulanan
Alat audit	Lembar asesmen awal pada Rekam Medik

b. Pelayanan laboratorium

Judul	Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium (IAK 2)
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Mencegah keterlambatan penatalaksanaan pasien kritis
Definisi Operasional	Pelaporan nilai kritis laboratorium adalah penyampaian nilai hasil pemeriksaan laboratorium yang memerlukan penanganan segera dan harus dilaporkan ke DPJP dan ruang perawatan dalam waktu kurang dari satu (1) jam
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan
Numerator	Jumlah pemeriksaan dengan hasil kritis yang dilaporkan < 1 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah semua pemeriksaan dengan hasil kritis dalam satu bulan
Sumber data	Buku catatan laboratorium dan Rekam Medik
Standar	100 %
Penanggungjawab pengumpul data	PIC Data Unit dan Koordinator Unit Laboratorium
Alasan Pemilihan Indikator	Menilai kepatuhan dan tanggungjawab petugas dalam melaporkan hasil nilai kritis pasien
Type Indikator	Output
Jangka Waktu Laporan	1 bulan

Metodelogi pengumpulan	Sensus Harian
Target sampel & sampel size	Pasien dengan nilai kritis yang diperiksa laboratorium
Area monitoring	Unit Laboratorium
Pengumpulan data & analisa	Data observasi dikumpulkan, hasilnya dibandingkan antara Numerator dengan Denominator
Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi bulanan
Alat audit	Buku catatan laboratorium dan Rekam Medik

c. Pelayanan Radiologi

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Cito Radiologi Pasien IGD (IAK 3)
Dimensi Mutu	Efektifitas,kesinambungan pelayanan,efisiensi
Tujuan	Untuk menggambarkan kecepatan pelayanan cito radiologi
Definisi Operasional	Pelayanan cito radiologi pasien IGD adalah tenggang waktu mulai pasien IGD dilakukan pelayanan cito radiologi sampai hasil jadi diterima dalam waktu < 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pemeriksaan cito radiologi pasien IGD dalam waktu < 30 menit selama 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pemeriksaan cito radiologi pasien IGD dalam 1(satu) bulan
Sumber data	Buku catatan pemeriksaan dan pengiriman hasil rontgen
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpul data	PIC Data Unit dan Koordinator Unit Radiologi
Alasan Pemilihan Indikator	Menilai kepatuhan dan tanggungjawab petugas radiologi dalam pelayanan cito radiologi
Type Indikator	Proses
Jangka Waktu Laporan	1 bulan
Metodelogi pengumpulan	Sensus Harian
Target sampel & sampel size	Semua pemeriksaan cito radiologi pasien IGD
Area monitoring	Unit Radiologi
Pengumpulan data & analisa	Data observasi dikumpulkan, hasilnya dibandingkan antara Numerator dengan Denominator.

Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi bulanan
Alat audit	Buku catatan pemeriksaan dan pengiriman hasil rontgen

d. Prosedur Bedah

Judul	Angka Kepatuhan Pelaksanaan Time Out dalam Prosedur Pembedahan (IAK 4)
Dimensi Mutu	Keamanan dan keselamatan
Tujuan	Untuk menggambarkan prosedur bedah yang aman
Definisi Operasional	Kepatuhan pelaksanaan time out adalah kepatuhan tim bedah dalam melaksanakan semua prosedur time out sebelum insisi kulit dilakukan
Frekuensi pengumpulan data	Satu Bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan
Numerator	Jumlah pelaksanaan time out pasien operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Laporan Operasi pada Rekam Medik
Standar	100 %
Penanggungjawab pengumpul data	PIC Data Unit dan Koordinator Perawat Kamar Operasi (OK)
Alasan Pemilihan Indikator	Menilai kepatuhan dan tanggungjawab Tim Bedah
Type Indikator	Proses
Jangka Waktu Laporan	1 bulan
Metodelogi pengumpulan	Sensus Harian
Target sampel & sampel size	Semua pasien operasi
Area monitoring	Kamar Operasi (OK)
Pengumpulan data & analisa	Data observasi dikumpulkan, hasilnya dibandingkan antara Numerator dengan Denominator
Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi bulanan
Alat audit	Laporan Operasi pada Rekam Medik

e. Penggunaan antibiotik dan obat lainnya

Judul	Pemberian Aspirin pada Pasien AMI dalam 24 Jam Pertama (IAK 5)
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan, efektivitas, ketepatan waktu
Tujuan	Menurunkan morbiditas dan mortalitas pasien AMI

Definisi operasional	Pemberian Aspirin pada pasien AMI kurang dari 24 jam sejak pasien datang di ICU
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah Pasien AMI yang mendapat Aspirin dalam 24 jam sebelum atau sesudah pasien tiba di ICU
Denominator	Jumlah Pasien AMI di ICU
Sumber data	Rekam Medis
Standar	100 %
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator Perawat ICU
Alasan Pemilihan Indikator	Untuk menilai kepatuhan dan tanggungjawab dokter dalam hal terapi pasien diagnosis AMI
Type Indikator	Proses
Jangka Waktu Laporan	1 Bulan
Metodelogi pengumpulan	Sensus Harian
Target sampel & sampel size	Semua pasien ICU dengan diagnosis AMI
Area monitoring	ICU
Pengumpulan data & analisa	Data observasi dikumpulkan, hasilnya dibandingkan antara Numerator dengan Denominator
Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi bulanan
Alat audit	Rekam Medis

f. Kesalahan medikasi (medication error) dan Kejadian Nyaris Cidera (KNC)

Judul	Kejadian Kesalahan dan Kejadian Nyaris Cidera yang Terkait Kesalahan Penyiapan Obat di Instalasi Rawat Inap (IAK 6)
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mencegah terjadinya kesalahan pemberian obat ke pasien
Definisi Operasional	Kejadian kesalahan dan kejadian nyaris cidera yang terkait kesalahan penyiapan obat di instalasi rawat inap adalah setiap peristiwa yang nyaris / telah terjadi kesalahan /

	ketidaktepatan penggunaan obat.
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kejadian dilaporkan yang terkait dengan kesalahan penyiapan obat dalam satu bulan di instalasi rawat inap
Denominator	Jumlah seluruh permintaan obat di instalasi rawat inap
Sumber data	Resep
Standar	0 %
Penanggungjawab pengumpul data	PIC Data Unit dan Koordinator Unit Kerja Farmasi Rawat Inap
Alasan Pemilihan Indikator	Menilai kepatuhan dan tanggungjawab petugas rawat inap dalam pelaporan insiden <i>medication error</i> .
Type Indikator	Proses
Jangka Waktu Laporan	1 Bulan
Metodelogi pengumpulan	Sensus Harian
Target sampel & sampel size	Semua pasien yang mengalami medication error
Area monitoring	Farmasi Rawat Inap
Pengumpulan data & analisa	Data observasi dikumpulkan, hasilnya dibandingkan antara Numerator dengan Denominator.
Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi bulanan
Alat audit	Buku Insiden report

g. Penggunaan anestesi dan sedasi

Judul	Kelengkapan Asesemen Pra Anestesi oleh Dokter Anestesi (IAK 7)
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Terpenuhinya asesmen pra anestesi oleh dokter anestesi pada tindakan operasi elektif pasien rawat inap
Definisi operasional	Asesemen pra anestesi adalah asesmen yang dilakukan oleh dokter Anestesi kepada pasien yang akan dilakukan operasi elektif
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang diperiksa oleh dokter Anestesi sebelum operasi elektif dari rawat inap setiap bulan.

Denominator	Jumlah pasien yang akan dioperasi elektif dari rawat inap setiap bulan
Sumber data	Buku pendaftaran operasi dan rekam medik
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpul data	PIC Data Unit dan Koordinator Kamar Operasi (OK)
Alasan Pemilihan Indikator	Untuk menilai kepatuhan dan tanggungjawab Dokter Anestesi
Type Indikator	Proses
Jangka Waktu Laporan	1 Bulan
Metodelogi pengumpulan	Sensus Harian
Target sampel & sampel size	Semua pasien operasi elektif yang dilakukan assesmen pra anestasi
Area monitoring	Instalasi rawat inap
Pengumpulan data & analisa	Data observasi dikumpulkan, hasilnya dibandingkan antara Numerator dengan Denominator.
Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi bulanan
Alat audit	Buku pendaftaran operasi dan rekam medik

h. Penggunaan darah dan produk darah

Judul	Angka Kejadian Efek Samping / Reaksi Pasca Transfusi (IAK 8)
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kejadian reaksi pasca transfusi terhadap pasien yang mendapat transfusi darah
Definisi Operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisis akibat golongan darah tidak sesuai atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam 1 bulan

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	$\leq 0,01 \%$
Penanggungjawab pengumpul data	PIC Data Unit dan Koordinator ruang rawat inap
Alasan Pemilihan Indikator	Untuk melihat efek samping / reaksi transfusi
Type Indikator	Output
Jangka Waktu Laporan	1 Bulan
Metodelogi pengumpulan	Sensus Harian
Target sampel & sampel size	Semua pasien yang dilakukan transfusi
Area monitoring	Instalasi rawat inap
Pengumpulan data & analisa	Data observasi dikumpulkan, hasilnya dibandingkan antara Numerator dengan Denominator.
Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi Bulanan
Alat audit	Sensus Harian

i. Ketersediaan, isi, dan penggunaan rekam medis pasien

Judul	Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 jam Setelah Selesai Pelayanan (IAK 9)
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab profesi pemberi asuhan dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional	Rekam medik yang telah diisi lengkap oleh DPJP dalam waktu kurang dari 24 jam setelah selesai pelayanan rawat inap yang meliputi : Assesmen awal medis, Catatan perkembangan pasien terintegrasi, Inform consent, Resume medis, Formularium pasien masuk dan keluar
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah rekam medik lengkap dalam 24 jam setelah selesai pelayanan rawat inapdalam sebulan
Denominator	Jumlah rekam medik pelayanan rawat inap dalam sebulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100 %
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator Unit Rekam Medik

Alasan Pemilihan Indikator	Untuk melihat kepatuhan profesi pemberi asuhan dalam penulisan rekam medik
Type Indikator	Output
Jangka Waktu Laporan	1 Bulan
Metodelogi pengumpulan	Sensus harian
Target sampel & sampel size	Rekam medik pelayanan rawat inap
Area monitoring	Instalasi rekam medik
Pengumpulan data & analisa	Data observasi dikumpulkan, hasilnya dibandingkan antara Numerator dengan Denominator.
Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi bulanan
Alat audit	Rekam medik

j. Pencegahan dan pengendalian infeksi , surveilans, dan pelaporan

Judul	Angka Kejadian Decubitus (IAK 10)
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui infeksi terkait pelayanan kesehatan
Definisi operasional	Angka kejadian decubitus adalah adanya luka decubitus yang terjadi di rumah sakit karena tirah baring lama
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kejadian decubitus 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien dengan tirah baring lama dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medik dan dokumentasi asuhan keperawatan
Standar	0%
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator Perawat Rawat Inap
Alasan Pemilihan Indikator	Untuk mengetahui tingkat pengendalian infeksi di rumah sakit
Type Indikator	Proses
Jangka Waktu Laporan	1 Bulan
Metodelogi pengumpulan	Sensus Harian
Target sampel & sampel size	Semua pasien rawat inap dengan tirah baring lama

Area monitoring	Instalasi rawat inap
Pengumpulan data & analisa	Data observasi dikumpulkan, hasilnya dibandingkan antara Numerator dengan Denominator.
Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi bulanan
Alat audit	Rekam medik dan dokumentasi asuhan keperawatan

2. INDIKATOR AREA MANAJEMEN

- a. Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat penting untuk memenuhi kebutuhan pasien

Judul	Ketersediaan Obat dan Alat Kesehatan (alkes) Emergensi di Ruang Resusitasi IGD (IAM 1)
Dimensi Mutu	Ketersediaan dan kesinambungan pelayanan obat
Tujuan	Mengetahui ketersediaan obat dan alkes emergensi di ruang resusitasi IGD
Definisi operasional	Ketersedian obat dan alkes emergensi di ruang resusitasi IGD adalah tersedianya obat–obatan dan alkes di trolly emergensi ruang resusitasi IGD sesuai daftar yang telah ditetapkan.
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah semua obat yang harus tersedia di trolly emergensi dikurangi kekosongan obat yang ada
Denominator	Semua obat yang harus tersedia di trolly emergensi
Sumber data	Data stok obat dan buku mutasi obat
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator IGD
Alasan Pemilihan Indikator	Untuk mengetahui ketersediaan obat dan alkes emergensi di ruang resusitasi IGD
Type Indikator	Input
Jangka Waktu Laporan	1 Bulan
Metodelogi pengumpulan	Bulanan

Target sampel & sampel size	Obat-obat dan alkes yang tersedia di trolley emergensi
Area monitoring	IGD
Pengumpulan data & analisa	Data observasi dikumpulkan, hasilnya dibandingkan antara Numerator dengan Denominator.
Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi bulanan
Alat audit	Daftar obat emergensi dan buku mutasi obat

b. Pelaporan yang diwajibkan menurut peraturan perundang - undangan

Judul	Ketepatan Waktu Laporan Indikator Mutu Unit ke Komite PMKP (Maksimal tanggal 5) (IAM 2)
Dimensi Mutu	Kedisiplinan
Tujuan	Mengetahui laporan program kerja mutu unit perkembangannya maupun kendala yang ada di unit masing-masing
Definisi operasional	Waktu pelaporan program mutu unit kerja tgl 5 tiap bulannya
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Unit kerja yang melaporkan tepat waktu
Denominator	Seluruh unit kerja yang melaporkan
Sumber data	Form pengumpulan data indikator mutu
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpul data	Penanggungjawab Data PMKP
Alasan Pemilihan Indikator	Untuk menilai kepatuhan petugas atau unit kerja dalam pelaporan program mutu unit kerja tepat waktu
Type Indikator	Output
Jangka Waktu Laporan	1 Bulan
Metodelogi pengumpulan	Bulanan
Target sampel & sampel size	Laporan Program Mutu Unit Kerja
Area monitoring	Seluruh Unit Kerja

Pengumpulan data & analisa	Data observasi dikumpulkan, hasilnya dibandingkan antara Numerator dengan Denominator.
Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi bulanan
Alat audit	Form pengumpulan data indikator mutu

c. Manajemen resiko

Judul	Kejadian Pasien Pulang Paksa (APS) (IAM 3)
Dimensi Mutu	Kesinambungan Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap mutu pelayanan rumah sakit
Definisi operasional	Kejadian Pulang paksa adalah pasien pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat selama 1 bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	< 5%
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator Perawat Rawat Inap
Alasan Pemilihan Indikator	Untuk menilai tingkat kepuasan pelanggan terhadap mutu pelayanan rumah sakit
Type Indikator	Output
Jangka Waktu Laporan	1 Bulan
Metodelogi pengumpulan	Sensus Harian
Target sampel & sampel size	Semua pasien yang mengajukan APS
Area monitoring	Instalasi rawat inap
Pengumpulan data & analisa	Data observasi dikumpulkan, hasilnya dibandingkan antara Numerator dengan Denominator.
Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi bulanan
Alat audit	Rekam Medis

d. Manajemen penggunaan sumber daya

Judul	Utilisasi Alat CPAP (IAM 4)
Dimensi Mutu	Efektivitas, Efisiensi, Kesenambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya tingkat utilisasi alat CPAP
Definisi operasional	Tingkat pemanfaatan alat CPAP dalam periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang menggunakan alat CPAP dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang membutuhkan alat CPAP dalam 1 bulan
Sumber data	Buku Pencatatan Pemakaian Alat CPAP
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator Unit Perinatologi
Alasan Pemilihan Indikator	Untuk menilai tingkat pemakaian alat CPAP
Type Indikator	Output
Jangka Waktu Laporan	1 Bulan
Metodelogi pengumpulan	Sensus Harian
Target sampel & sampel size	Seluruh pasien yang membutuhkan alat CPAP
Area monitoring	Unit Perinatologi
Pengumpulan data & analisa	Data observasi dikumpulkan, hasilnya dibandingkan antara Numerator dengan Denominator.
Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi bulanan
Alat audit	Buku Pencatatan Pemakaian Alat CPAP

e. Harapan dan kepuasan pasien / keluarga

Judul	Kepuasan pelanggan terhadap Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) (IAM 5)
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang memberikan kepuasan pengguna jasa

Definisi operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan.
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber data	Hasil survey
Standar	80 %
Penanggungjawab pengumpul data	Humas
Alasan Pemilihan Indikator	Untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan di IGD
Type Indikator	Output
Jangka Waktu Laporan	1 Bulan
Metodelogi pengumpulan	Sensus Harian
Target sampel & sampel size	Semua kuesioner yang masuk
Area monitoring	Instalasi gawat darurat (IGD)
Pengumpulan data & analisa	Data observasi dikumpulkan, hasilnya dibandingkan antara Numerator dengan Denominator.
Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi bulanan
Alat audit	Kuesioner

f. Harapan dan kepuasan staf

Judul	Laporan Hasil Survey Kepuasan Karyawan terhadap Ketepatan Waktu Penerimaan Remunerasi (IAM 6)
Dimensi Mutu	Kepuasan dan kenyamanan
Tujuan	Mengetahui tingkat kepuasan karyawan terhadap ketepatan waktu pemberian renumerasi
Definisi operasional	Pernyataan tentang persepsi staf terhadap pemberian balas jasa yang diberikan rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun

Periode analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan staf yang disurvey
Denominator	Jumlah seluruh staf yang disurvey
Sumber data	Hasil survey
Standar	90 %
Penanggungjawab pengumpul data	Koordinator Kepegawaian, Humas, dan Rekam Medik
Alasan Pemilihan Indikator	Untuk mengetahui tingkat kepuasan staf terhadap ketepatan waktu pemberian renumerasi
Type Indikator	Output
Jangka Waktu Laporan	1 Tahun
Metodelogi pengumpulan	Kuesioner
Target sampel & sampel size	Seluruh karyawan Rumah Sakit
Area monitoring	Semua unit kerja
Pengumpulan data & analisa	Data observasi dikumpulkan, hasilnya dibandingkan antara Numerator dengan Denominator.
Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi bulanan
Alat audit	Kuesioner

g. Demografi dan diagnosa klinis

Judul	Laporan 10 Besar PenyakitRawat Jalan dan Rawat Inap (IAM 7)
Dimensi Mutu	Akses dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya laporan secara teratur 10 besar penyakit di rawat jalan dan rawat inap
Definisi operasional	Laporan 10 besar penyakit rawat jalan dan rawat inap adalah laporan tentang 10 besar penyakit terbanyak di rawat jalan dan rawat inap.
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Satu bulan

Numerator	-
Denominator	-
Sumber data	Rekam Medik
Standar	-
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator Unit Rekam Medik
Alasan Pemilihan Indikator	Untuk mengetahui 10 besar penyakit di rawat jalan dan rawat inap
Type Indikator	Output
Jangka Waktu Laporan	1 Bulan
Metodelogi pengumpulan	Rekapitulasi data dari rekam medic
Target sampel & sampel size	Semua pasien rawat inap dan rawat jalan
Area monitoring	Instalasi rawat inap dan rawat jalan
Pengumpulan data & analisa	-
Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi bulanan
Alat audit	Rekam Medik

h. Manajemen keuangan

Judul	Current Ratio (IAM 8)
Dimensi Mutu	Ketepatan dan Keakuratan
Tujuan	Untuk mengetahui nilai asset
Definisi operasional	Current Ratio adalah membandingkan antara jumlah aktiva lancar dengan hutang lancar, rasio ini menunjukkan bahwa nilai kekayaan lancar (yang segera dapat dijadikan uang) ada sekian kali hutang jangka pendek
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah seluruh aktiva di RS
Denominator	Jumlah seluruh utang di RS
Sumber data	Laporan Keuangan Bulanan Rumah Sakit Siti Khodijah

Standar	$\geq 1,75 \%$
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator Urusan Akuntansi
Alasan Pemilihan Indikator	Untuk mengetahui tingkat likuiditas di rumah sakit
Type Indikator	Output
Jangka Waktu Laporan	1 Bulan
Metodelogi pengumpulan	Bulanan
Target sampel & sampel size	Laporan Keuangan Bulanan Rumah Sakit Siti Khodijah
Area monitoring	Unit keuangan dan akuntansi
Pengumpulan data & analisa	Data dikumpulkan dan dianalisa di unit keuangan dan akuntansi
Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi bulanan
Alat audit	Laporan Keuangan Bulanan Rumah Sakit Siti Khodijah

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

Judul	Kepatuhan Penggunaan APD pada Petugas Cleaning Service (IAM 9)
Dimensi Mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas
Tujuan	Tergambarnya kepatuhan petugas dalam penggunaan APD
Definisi operasional	Kepatuhan Penggunaan APD adalah tingkat kepatuhan petugas cleaning servis menggunakan APD dalam melaksanakan tugas
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah petugas cleaning servis yang disurvey menggunakan APD dalam melaksanakan tugas
Denominator	Jumlah petugas cleaning servis yang disurvey dalam satu bulan
Sumber data	Form checklist kepatuhan
Standar	100%

Penanggungjawab pengumpul data	Koordinator PPI / IPCN
Alasan Pemilihan Indikator	Untuk menilai kepatuhan petugas
Type Indikator	Proses
Jangka Waktu Laporan	1 Bulan
Metodelogi pengumpulan	Observasi
Target sampel & sampel size	Minimal sampel 100 kali pengamatan dalam 1 bulan
Area monitoring	Unit Cleaning service
Pengumpulan data & analisa	Data observasi dikumpulkan, hasilnya dibandingkan antara Numerator dengan Denominator.
Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi bulanan
Alat audit	Form checklist kepatuhan

3. SASARAN KESELAMATAN PASIEN

a. Ketepatan Identifikasi Pasien

Judul	Kepatuhan Petugas Identifikasi Pasien Sebelum Pemberian Injeksi (I.SKP 1)
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mencegah KTD, mencegah terjadinya kesalahan pasien dalam hal pemberian obat injeksi
Definisi operasional	Identifikasi pasien pada pemberian obat injeksi adalah identifikasi identitas pasien oleh petugas sebelum memberikan obat secara injeksi/parenteral .
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah petugas yang melakukan identifikasi pasien sebelum melakukan injeksi yang diamati
Denominator	Jumlah petugas yang diamati
Sumber data	Form check list kepatuhan
Standar	100.%
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator Perawat Rawat Inap

Alasan Pemilihan Indikator	Untuk menilai kepatuhan petugas
Type Indikator	Proses
Jangka Waktu Laporan	1 Bulan
Metodelogi pengumpulan	Sensus Harian
Target sampel & sampel size	Minimal 100 kali pengamatan dalam 1 bulan
Area monitoring	Instalasi rawat inap
Pengumpulan data & analisa	Data observasi dikumpulkan, hasilnya dibandingkan antara Numerator dengan Denominator.
Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi bulanan
Alat audit	Form check list kepatuhan

b. Peningkatan Komunikasi Yang Efektif

Judul	Kepatuhan Petugas Melakukan CABAKO dalam Menerima Instruksi Verbal saat Menerima Telepon (I.SKP 2)
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kedisiplinan petugas dalam melakukan CABAKO saat menerima instruksi verbal melalui telepon
Definisi operasional	CABAKO adalah melakukan aktivitas pencatatan, membacakan kembali, dan meminta konfirmasi dari pemberi instruksi verbal melalui telepon
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Form CABAKO ditandatangani DPJP dalam 1 bulan yang disurvey
Denominator	Jumlah seluruh Form CABAKO dalam 1 bulan yang disurvey
Sumber data	Form CABAKO pada Rekam Medik
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator Perawat Rawat Inap
Alasan Pemilihan Indikator	Untuk memantau kedisiplinan petugas dalam melakukan CABAKO saat menerima instruksi verbal melalui telepon

Type Indikator	Proses
Jangka Waktu Laporan	1 Bulan
Metodelogi pengumpulan	Observasi
Target sampel & sampel size	Setiap Pasien Baru
Area monitoring	Rawat Inap
Pengumpulan data & analisa	Data observasi dikumpulkan, hasilnya dibandingkan antara Numerator dengan Denominator.
Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi bulanan
Alat audit	Rekam Medik

c. Peningkatan Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai

Judul	Kepatuhan Pelabelan Obat High Alert di Unit Kerja Farmasi (I.SKP 3)
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mencegah KTD, tercapainya keselamatan pasien melalui peningkatan keamanan obat.
Definisi operasional	Penandaan pada obat yang perlu diwaspadai yang sering menyebabkan KTD atau kejadian sentinel
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah sample obat-obat high alert yang diberi label
Denominator	Jumlah total sample obat-obat high alert yang diberi label
Sumber data	Form Checklist Kepatuhan
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator Unit Kerja Farmasi
Alasan Pemilihan Indikator	Untuk menilai kepatuhan petugas dalam hal pelabelan obat high alert
Type Indikator	Output
Jangka Waktu Laporan	1 Bulan
Metodelogi pengumpulan	Survey

Target sampel & sampel size	Minimal 100 kali pengamatan dalam sebulan
Area monitoring	Unit Kerja Farmasi
Pengumpulan data & analisa	Data survey dikumpulkan, hasilnya dibandingkan antara Numerator dengan Denominator
Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi bulanan
Alat audit	Form Checklist Kepatuhan

d. Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur dan Tepat Pasien Operasi

Judul	Kelengkapan Surgical Checklist (I.SKP 4)
Dimensi Mutu	Keselamatan dan keamanan Pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi operasional	Kelengkapan surgical checklist adalah kelengkapan pengisian checklist pada saat akan dioperasi dan setelah dilakukan operasi
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah checklist pasien operasi yang diisi lengkap dalam 1(satu) bulan dikurangi jumlah checklist operasi yang tidak diisi lengkap dalam 1(satu) bulan.
Denominator	Jumlah semua checklist pasien yang dioperasi dalam 1(satu) bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator Perawat Kamar Operasi (OK)
Alasan Pemilihan Indikator	Untuk memantau ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Type Indikator	Proses
Jangka Waktu Laporan	1 Bulan

Metodelogi pengumpulan	Sensus Harian
Target sampel & sampel size	Seluruh pasien yang dioperasi
Area monitoring	Kamar Operasi (OK)
Pengumpulan data & analisa	Data observasi dikumpulkan, hasilnya dibandingkan antara Numerator dengan Denominator
Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi bulanan
Alat audit	Rekam Medik (Lembar Surgial Checklist)

e. Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Judul	Angka Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Cuci Tangan sesuai WHO (I.SKP 5)
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya petugas rumah sakit yang melaksanakan kebersihan tangan
Definisi operasional	Kepatuhan petugas rumah sakit yang melakukan kebersihan tangan sesuai standar WHO
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah petugas rumah sakit yang melakukan kebersihan tangan sesuai standar WHO yang disurvei
Denominator	Jumlah petugas rumah sakit yang disurvei
Sumber data	<i>Form checklist</i> kebersihan tangan
Standar	> 80%
Penanggungjawab pengumpul data	KPPI
Alasan Pemilihan Indikator	Untuk memantau kedisiplinan petugas rumah sakit yang melaksanakan kebersihan tangan
Type Indikator	Output
Jangka Waktu Laporan	1 Bulan
Metodelogi pengumpulan	Observasi
Target sampel & sampel size	Minimal 100 kali pengamatan dalam sebulan

Area monitoring	Semua unit kerja
Pengumpulan data & analisa	Data observasi dikumpulkan, hasilnya dibandingkan antara Numerator dengan Denominator
Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi bulanan
Alat audit	<i>Form checklist</i> kebersihan tangan

f. Pengurangan resiko pasien jatuh

Judul	Angka Kejadian Pasien Jatuh di Rawat Inap (I.SKP 6)
Dimensi Mutu	Keselamatan dan keamanan
Tujuan	Mengurangi kejadian pasien jatuh
Definisi operasional	Jatuhnya pasien di unit perawatan pada saat istirahat maupun saat pasien terjaga yang tidak disebabkan oleh serangan stroke, epilepsi, seizure, bahaya karena terlalu banyak aktivitas. Angka kejadian pasien jatuh adalah persentase jumlah insidensi pasien jatuh yang terjadi di unit perawatan pada periode waktu tertentu setiap bulan.
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang jatuh satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang beresiko jatuh
Sumber data	Rekam medis, Laporan insiden keselamatan pasien
Standar	0%
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit, Koordinator Perawat Rawat Inap, dan Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS)
Alasan Pemilihan Indikator	Untuk mengetahui upaya keamanan dan keselamatan pasien
Type Indikator	Proses
Jangka Waktu Laporan	1 Bulan
Metodelogi pengumpulan	Sensus Harian
Target sampel & sampel size	Semua pasien rawat inap
Area monitoring	Instasi rawat inap
Pengumpulan data & analisa	Data observasi dikumpulkan, hasilnya dibandingkan antara Numerator dengan Denominator.
Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi bulanan
Alat audit	Rekam medis, Laporan insiden keselamatan pasien

4. INDIKATOR INTERNATIONAL LIBRARY (5 INDIKATOR)

- a. ILM 1: PemberianAspirin dalam 24 jam pertama pada penderita AMI di ICU (IAK 5)
- b. ILM 2: Angka kejadian pasien jatuh di rawat inap (I.SKP 6)
- c. ILM 3: Angka Kejadian Decubitus (IAK 10)
- d. ILM 4:Konseling Penghentian Merokok pada Pasien Dewasa dengan Kasus
Pneumonia

Judul	Konseling Penghentian Merokok pada Pasien Dewasa dengan Kasus Pneumonia
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien , kepuasan pasien dan keluarga
Tujuan	Meningkatkan pengetahuan pasien tentang pemeliharaan kesehatannya
Definisi operasional	Nasehat/konseling penghentian merokok pada pasien dewasa dengan kasus pnemonia diberikan saat pasien rawat inap. - Pengecualian pada pasien yang menolak diberikan konseling penghentian merokok - Pasien tidak ada riwayat merokok
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah Pelaksanaan pemberian nasehat / conseling penghentian merokok pada pasien dengan kasus Pneumonia di rawat inap
Denominator	Jumlah pasien dengan kasus pneumonia di rawat inap
Sumber data	Data pencatatan pemberian edukasi pasien rawat inap tentang penghentian merokok
Standar	70 %
Penanggungjawab pengumpul data	Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS)
Alasan Pemilihan Indikator	Untuk mengetahui upaya petugas rumah sakit dalam pemberian edukasi pada pasien
Type Indikator	Proses
Jangka Waktu Laporan	1 Bulan

Metodelogi pengumpulan	Sensus Harian
Target sampel & sampel size	Pasien dengan kasus pneumonia di rawat inap
Area monitoring	Instasi rawat inap
Pengumpulan data & analisa	Data observasi dikumpulkan, hasilnya dibandingkan antara Numerator dengan Denominator.
Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi bulanan
Alat audit	Data pencatatan pemberian edukasi pasien

e. ILM 5 : Pelaksanaan edukasi pada pasien stroke

Judul	Pelaksanaan Edukasi pada Pasien Stroke
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien , kepuasan pasien dan keluarga
Tujuan	Meningkatkan pengetahuan pasien tentang pemeliharaan kesehatannya
Definisi operasional	Pelaksanaan edukasi pada pasien Stroke adalah pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga tentang Stroke
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah Pelaksanaan pemberian edukasi pada pasien Stroke
Denominator	Jumlah pasien dengan kasus Stroke
Sumber data	Data pencatatan pemberian edukasi pasien rawat inap Leafleat edukasi pasien Stroke
Standar	70%
Penanggungjawab pengumpul data	Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS)
Alasan Pemilihan Indikator	Untuk mengetahui upaya petugas rumah sakit dalam pemberian edukasi pada pasien
Type Indikator	Proses
Jangka Waktu Laporan	1 Bulan
Metodelogi pengumpulan	Sensus Harian
Target sampel & sampel size	Pasien dengan kasus Stroke di rawat inap

Area monitoring	Instasi rawat inap
Pengumpulan data & analisa	Data observasi dikumpulkan, hasilnya dibandingkan antara Numerator dengan Denominator.
Desiminasi ke staff	Rapat koordinasi bulanan
Alat audit	Data pencatatan pemberian edukasi pasien

5. INDIKATOR MUTU UNIT RUMAH SAKIT

a. Instalasi Rawat Inap

- 1) Kelengkapan assesmen awal medis dalam 24 jam pada pasien rawat inap (IAK 1)
- 2) Kelengkapan asesmen pra anestesi oleh dokter anestesi (IAK 7)
- 3) Angka Kejadian Efek Samping/Reaksi Pasca Transfusi (IAK 8)
- 4) Angka Kejadian Decubitus (IAK 10)
- 5) Ketepatan waktu laporan indikator mutu unit ke mutu (Maksimal tanggal 5 dibulan berikutnya) (IAM 2)
- 6) Kejadian Pasien Pulang Paksa (APS) (IAM 3)
- 7) Kepatuhan petugas dalam identifikasi pasien sebelum pemberian injeksi (I.SKP 1)
- 8) Kepatuhan melakukan CABAKO saat menerima instruksi verbal saat menerima telepon (I.SKP 2)
- 9) Angka Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Cuci Tangan sesuai WHO (I.SKP 5)
- 10) Angka kejadian pasien jatuh di rawat inap (I.SKP 6)

b. Instalasi Rawat Jalan

- 1) Kepatuhan petugas dalam melakukan kebersihan tangan sesuai WHO (I.SKP 5)
- 2) Ketepatan waktu laporan indikator mutu unit ke mutu (Maksimal tanggal 5 dibulan berikutnya) (IAM 2)
- 3) Waktu tunggu di poliklinik umum

Judul	Waktu tunggu di poliklinik umum
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan Poli Umum pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter Umum
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan Poli Umum yang disurvei dalam 1 bulan

Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan Poli Umum yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey Pasien rawat jalan Poli Umum
Standar	≤ 60 menit
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator Poliklinik

c. Instalasi Gawat Darurat (IGD)

- 1) Ketersediaan obat & alkes emergency di ruang resusitasi IGD (IAM 1)
- 2) Ketepatan waktu laporan indikator mutu unit ke mutu (Maksimal tanggal 5 dibulan berikutnya) (IAM 2)
- 3) Kepuasan pelanggan terhadap Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) (IAM 5)
- 4) Kepatuhan petugas dalam melakukan kebersihan tangan sesuai WHO (I.SKP 5)
- 5) Waktu tanggap pelayanan dokter di IGD

Judul	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di IGD
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif, dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan dokter di IGD adalah kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat dalam melayani pasien sejak datang sampai mendapat pelayanan.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling
Sumber data	Survey
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator Perawat IGD

6) Dilakukannya asesmen resiko jatuh

Judul	Dilakukannya asesmen resiko jatuh
Dimensi Mutu	Keefektifan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan IGD yang aman bagi pasien

Definisi operasional	Asesmen resiko jatuh adalah proses yang dilakukan dengan mengidentifikasi dan mengkaji setiap pasien yang masuk ke IGD
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien baru IGD yang dilakukan assesmen resiko jatuh
Denominator	Total jumlah pasien baru IGD
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator Perawat IGD

d. Kamar Operasi (OK)

1) Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian Kamar Operasi (OK) terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan dan sentinel evet
Periode Analisa	Tiga bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam Medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator Perawat Kamar Operasi (OK)

- 2) Angka Kepatuhan Pelaksanaan Time Out dalam Prosedur Pembedahan (IAK 4)
- 3) Ketepatan waktu laporan indikator mutu unit ke mutu (Maksimal tanggal 5 di bulan berikutnya) (IAM 2)
- 4) Kelengkapan Surgical Checklist (I.SKP 4)
- 5) Kepatuhan petugas dalam melakukan kebersihan tangan sesuai WHO (I.SKP 5)
- 6) Site Marking

Judul	Site Marking
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mencegah KTD, tercapainya keselamatan pasien melalui kepatuhan site marking pada pasien pra operasi
Definisi operasional	Kepatuhan prosedur site marking pada tubuh pasien sebelum dilakukan operasi
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang dilakukan Site Marking oleh operator (operasi yang terdapat lateralisasi)
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang terdapat lateralisasi yang akan dioperasi setiap bulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator Perawat Kamar Operasi (OK)

- 7) Ketidakcocokan diagnosa pra operasi dengan diagnosa post operasi

Judul	Ketidakcocokan diagnosa pra dan post operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tercapainya keselamatan pasien melalui kepatuhan mengisi checklist ketidakcocokan diagnosa pra operasi dengan diagnosa post operasi
Definisi operasional	Ketidaksesuaian catatan dokter yang ditulis antara diagnose pre dan post operasi
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan

Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kejadian ketidaksesuaian diagnose pre dan post operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah operasi dalam satu bulan
Sumber data	Pelaporan insiden, Rekam Medik
Standar	0 %
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator Perawat Kamar Operasi (OK)

e. ICU (*Intensive Care Unit*)

- 1) Penggunaan aspirin pada pasien AMI dalam 24 jam pertama (IAK 5)
- 2) Ketepatan waktu laporan indikator mutu unit ke mutu (Maksimal tanggal 5 di bulan berikutnya) (IAM 2)
- 3) Kepatuhan petugas dalam melakukan cuci tangan sesuai WHO (I.SKP 5)
- 4) Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam

Judul	Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 3 \%$
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator Perawat ICU

5) Utilisasi ruang ICU

Judul	Utilisasi Ruang ICU
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya penggunaan ruang ICU secara efisien

Definisi operasional	Utilisasi Ruang ICU adalah penggunaan ruang ICU bagi pasien
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien di ICU dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang seharusnya menggunakan ruang ICU satu bulan
Sumber data	Dokumentasi pemakaian ruang ICU
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator Perawat ICU

f. VK

1) Kejadian kematian ibu karena eklampsia

Judul	Kejadian kematian ibu karena eklampsia
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi Operasional	Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu : - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg - Protein uuria > 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitati - Oedem tungkai
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena eklampsia
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan eklampsia
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 30%
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator perawat ruang VK (Shofa)

2) Kejadian kematian Ibu karena perdarahan

Judul	Kejadian kematian ibu karena perdarahan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi operasional	Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 1%
Penanggungjawab Pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator perawat ruang VK (Shofa)

3) Kejadian kematian Ibu karena Sepsis

Judul	Kejadian kematian ibu karena Sepsis
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi operasional	Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan sepsis.
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 0,2%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Pic Data Unit dan Koordinator perawat ruang VK (Shofa)

g. Unit Kerja Farmasi

- 1) Ketepatan waktu laporan indikator mutu unit ke Komite PMKP (Maksimal tanggal 5 di bulan berikutnya) (IAM 2)
- 2) Angka kepatuhan pelabelan obat high alert di Unit Kerja Farmasi (I.SKP 3)
- 3) Kepatuhan petugas dalam melakukan kebersihan tangan sesuai WHO (I.SKP 5)
- 4) Kejadian Kesalahan dan Kejadian Nyaris Cidera yang Terkait Kesalahan Penyiapan Obat di Instalasi Rawat Inap (IAK 6)
- 5) Waktu tunggu pelayanan obat jadi ≤ 30 menit

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi ≤ 30 menit
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Tenggang waktu mulai resep diterima sampai obat jadi diserahkan kepada pasien
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien ≤ 30 menit yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	≤ 30 menit
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator Unit Kerja Farmasi Rawat Jalan

6) Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤ 60 menit

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan < 60 menit
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Tenggang waktu mulai resep diterima sampai obat racikan diserahkan kepada pasien
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien ≤ 60 menit yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	≤ 60 menit
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator Unit Kerja Farmasi Rawat Jalan

7) Ketersediaan obat sesuai formularium rumah sakit

Judul	Ketersediaan obat sesuai formularium rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penulisan resep obat sesuai formularium rumah sakit
Definisi operasional	Ketersediannya stok obat sesuai formularium rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah resep yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep dalam satu bulan
Sumber data	Resep
Standar	100 %
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator Unit Kerja Farmasi

h. Unit Kerja Gizi

1) Tidak adanya kesalahan pemberian diet

Judul	Tidak adanya kesalahan pemberian diet
Dimensi Mutu	Keamanan, efisien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan tepat diet dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator unit Gizi

2) Ketepatan waktu dalam pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu dalam pemberian makanan kepada pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan unit kerja gizi
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan, pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 90\%$
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator unit Gizi

3) Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	$\leq 20\%$
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator unit Gizi

4) Kepatuhan petugas dalam melakukan kebersihan tangan sesuai WHO (I.SKP 5)

5) Ketepatan waktu laporan indikator mutu unit ke mutu (Maksimal tanggal 5 di bulan berikutnya) (IAM 2)

i. Unit Kerja Laboratorium

- 1) Pelaporan nilai kritis laboratorium (IAK 2)
- 2) Kepatuhan petugas dalam melakukan kebersihan tangan sesuai WHO (I.SKP 5)
- 3) Ketepatan waktu laporan indikator mutu unit ke mutu (Maksimal tanggal 5 di bulan berikutnya) (IAM 2)
- 4) Tidak adanya kesalahan pemberian identitas hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergamabarnya ketelitian dalam pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian hasil laboratorium adalah penyerahan hasil pemeriksaan lab yang tidak sesuai dengan identitas pasien
Frekuensi pengumpulan data	Satu Bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan
Numerator	Jumlah kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang melakukan pemeriksaan laboratorium
Sumber data	Laporan penyerahan hasil laboratorium
Standar	100 %
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator unit laboratorium

j. Unit Kerja Radiologi

- 1) Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Cito Radiologi Pasien IGD (IAK 3)
- 2) Ketepatan waktu laporan indikator mutu unit ke mutu (Maksimal tanggal 5 di bulan berikutnya) (IAM 2)
- 3) Kepatuhan petugas dalam melakukan kebersihan tangan sesuai WHO (I.SKP 5)
- 4) Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi

Judul	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/ hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan nya tandatangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta

Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan
Sumber data	Register di Unit Radiologi
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpul data	Koordinator unit radiologi

5) Tidak terjadi kesalahan pemberian identitas hasil pemeriksaan radiologi

Judul	Tidak terjadi kesalahan pemberian identitas hasil pemeriksaan radiologi
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian identitas hasil pemeriksaan radiologi
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian identitas hasil pemeriksaan radiologi adalah penyerahan hasil pemeriksaan radiologi yang tidak sesuai dengan identitas pasien
Frekuensi pengumpulan data	Setiap Bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan
Numerator	Jumlah kesalahan pemberian identitas hasil pemeriksaan radiologi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang melakukan pemeriksaan radiologi
Sumber data	Laporan penyerahan hasil pemeriksaan radiologi
Standar	100 %
Penanggungjawab pengumpul data	Koordinator unit radiologi

k. Unit Perinatologi

- 1) Ketepatan waktu laporan indikator mutu unit ke Komite PMKP (Maksimal tanggal 5 di bulan berikutnya) (IAM 2)
- 2) Utilisasi C PAP (IAM 4)
- 3) Kepatuhan petugas dalam melakukan identifikasi pasien sebelum melakukan injeksi (I.SKP 2)
- 4) Kepatuhan petugas dalam melakukan kebersihan tangan sesuai WHO (I.SKP 5)

5) Kemampuan menangani BBLR (1500 -2500 gr)

Judul	Kemampuan menangani BBLR (1500 -2500 gr)
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr-2500 gr
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr-2500 gr yang ditangani
Sumber data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator Ruang Perinatologi

1. Unit Kerja Rekam Medik

- 1) Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan (IAK 9)
- 2) Ketepatan waktu laporan indikator mutu unit ke Komite PMKP (Maksimal tanggal 5 dibulan berikutnya) (IAM 2)
- 3) Kepatuhan petugas dalam melakukan cuci tangan sesuai WHO (I.SKP 5)
- 4) Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati

Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati.
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	Rerata ≤ 10 menit
Penanggungjawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator unit Rekam Medik

5) Laporan 10 besar penyakit rawat jalan dan rawat inap

Judul	Laporan 10 besar penyakit rawat jalan dan rawat inap
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya laporan secara teratur
Definisi operasional	Laporan 10 besar penyakit rawat jalan dan rawat inap adalah laporan tentang 10 besar penyakit rawat jalan dan rawat inap kepada Kementerian Kesehatan yang wajib dilakukan oleh rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	-
Denominator	-
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator Unit Rekam Medik

6) Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggungjawab dokter untuk memberikan edukasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan.
Definisi operasional	Informed concent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.

Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Pic Data Unit dan Koordinator Unit Rekam Medis

m. PPI

- 1) Kepatuhan penggunaan APD pada petugas Cleaning Service (IAM 9)
- 2) Kepatuhan petugas dalam melakukan cuci tangan sesuai WHO (I.SKP 5)
- 3) Ketepatan waktu laporan indikator mutu unit ke mutu (Maksimal tanggal 5 dibulan berikutnya) (IAM 2)

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes