

**PROFIL INDIKATOR MUTU  
PRIORITAS RS (IMP-RS)**



**Dharma  
Nugraha  
Hospital**  
Est.1996

**RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA**

**TAHUN 2023**

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur kita panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmatnya sehingga Profil Indikator Mutu Prioritas RS (IMP-RS) di RS Dharma Nugraha telah selesai disusun.

Profil indikator mutu unit disusun sebagai upaya untuk memenuhi visi Rumah Sakit Menjadi rumah sakit pilihan dalam pelayanan kesehatan keluarga serta pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit, maka perlu ditingkatkan mutu pelayanannya. Profil Indikator Mutu Prioritas RS (IMP-RS) ini akan dievaluasi kembali dan akan dilakukan perbaikan bila ditemukan hal-hal yang tidak sesuai lagi dengan kondisi di Rumah Sakit.

Kami mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Tim Penyusunan yang dengan segala upaya telah berhasil menyusun Profil Indikator Mutu Prioritas RS (IMP-RS) yang merupakan kerjasama dengan berbagai pihak di lingkungan Rumah Sakit Dharma Nugraha

Jakarta, 16 Mei 2023

Direktur Rumah Sakit Dharma Nugraha

## DAFTAR ISI

Halaman

KATA PENGANTAR. .... i

DAFTAR ISI..... ii

### PROFIL INDIKATOR:

1. Waktu lapor hasil test laboratorium nilai kritis  $\leq 30$  menit standar 100% ..... 1
2. Ketepatan tatalaksana pasien resiko jatuh rawat inap ..... 2
3. Pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien dengan benar pada pasien rawat inap ..... 3
4. Kepatuhan dokter terhadap clinical pathway pada pelayanan prioritas onkologi..... 5
5. Kelengkapan pengkajian formulir surgical checklis keselamatan operasi ..... 6
6. Kepatuhan double check obat high alert pada pasien onkologi di rawat inap ..... 7

LAMPIRAN  
KEPUTUSAN DIREKTUR  
NOMOR 008/KEP-DIR/RSDN/V/2023 TENTANG  
INDIKATOR MUTU UNIT RS DHARMA  
NUGRAHA

**1. Waktu Lapor Hasil Test Nilai Kritis  $\leq 30$  menit**

1.	Nama Indikator	<b>Waktu Lapor Hasil Test Nilai Kritis <math>\leq 30</math> menit</b>
	Dasar Pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Undang- Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit</li> <li>•Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien</li> </ul>
	Dimensi Mutu	1.Keselamatan 2.Fokus kepada pasien 3.Kesinambungan
	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
	Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk ka – tegori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlu – kan penatalaksanaan segera</li> <li>•Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasilpemeriksaan keluar dan telah di – baca oleh dokter / analis yang diberi kewenangan hing – ga petugas melaporkan hasilnya kepada dokter yang me minta pemeriksaan.</li> <li>•Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan &lt; 30 menit</li> </ul>
	Jenis Indikator	Proses
	Satuan Pengukuran	Prosentase
	Numerator	Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan $\leq 30$ menit
	Denominator	Jumlah hasil kritis yang di survey
	Target Pencapaian	100 %
	Kriteria	a.Inklusi : - b.Eksklusi : Semua hasil pemeriksaan laboratorium yang tidak kritis
	Formula	( Numerator : Denominator )x 100 %

	Metode Pengumpulan Data	Concurrent
	Sumber Data	•Catatan data Laporan Hasil Test Kritis Laboratorium •Rekam medik
	Frekuensi pengumpulan data	Harian
	Periode Pelaporan Data	Bulanan
	Periode Analisa	Triwulan
	Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Laboratorium
	Nama Indikator	<b>Waktu Lapor Hasil Test Nilai Kritis <math>\leq 30</math> menit</b>

## 2. Ketepatan Tatalaksana Pasien Risiko Jatuh di Rawat Inap

<b>JUDUL INDIKATOR</b>	Ketepatan Tatalaksana Pasien Risiko Jatuh di Rawat Inap
<b>DEFINISI OPERASIONAL</b>	Persentase pasien RWI yang telah dilakukan manajemen risiko jatuh, dibandingkan dengan pasien RWI yang berisiko jatuh (memakai gelang kuning) , dalam 1 Bulan
<b>TUJUAN</b>	Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien.
<b>DIMENSI MUTU</b>	Keselamatan pasien dan focus pada pasien
<b>DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengelolaan manajemen risiko jatuh belum berjalan sesuai prosedur, hal ini dapat berisiko adanya kejadian jatuh pada pasien</li> <li>2. Permenkes No 33 Tahun 3037 tentang keselamatan pasien</li> </ol>
<b>NUMERATOR</b>	$\sum$ Pasien di rawat inap yang telah dilakukan manajemen risiko jatuh dalam 3bulan
<b>DENUMERATOR</b>	$\sum$ berkas pasien yang berisiko jatuh di rawat inap dalam 1 Bulan
<b>FORMULA PENGUKURAN</b>	$\frac{N}{D} \times 100\%$
<b>METODOLOGI PENGUMPULAN DATA</b>	Retropeksi
<b>INKLUSI</b>	Semua pasien yang teridentifikasi berisiko jatuh tinggi setelah dilakukan pengkajian risiko jatuh dan menggunakan gelang/ pin berwarna kuning, tanda risiko jatuh tinggi di tempat tidurnya
<b>EKSKLUSI</b>	Pasien yang tidak dapat dilakukan asesmen ulang maupun edukasi seperti pasien meninggal, pasien gangguan jiwa yang sudah melewati fase akut, dan pasien menolak edukasi
<b>FREKUENSI PENGUMPULAN DATA</b>	1bulan
<b>FREKUENSI ANALISA DATA</b>	3 bulan
<b>METODOLOGI ANALISA DATA</b>	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart
<b>SUMBER DATA</b>	BRM
<b>TYPE INDIKATOR</b>	Proses dan <i>outcome</i>

<b>AREA MONITORING</b>	Ruang Perawatan Umum 3
<b>SAMPEL</b>	Seluruh populasi pasien jantung berisiko tinggi jatuh
<b>STANDAR</b>	≥ 90%
<b>LAMPIRAN FORMULIR</b>	<i>Worksheet</i> manajemen risiko jatuh

<b>PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA</b>	Kepala instalasi RWI
<b>PUBLIKASI DATA</b>	(1) Laporan triwulan indikator mutu unit (2) Rapat pembahasan pencapaian mutu 1 bulan sekali (3) <i>Feedback</i> dari Direktur RS

### 3. Pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien dengan benar pada pasien rawat inap

<b>JUDUL INDIKATOR</b>	Persentase pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien rawat inap
<b>DEFINISI OPERASIONAL</b>	<p>Identifikasi pasien adalah proses pengecekan identitas pasien menggunakan 2 identitas yaitu nama dan tanggal lahir yang tercantum pada gelang, label atau bentuk identitas lainnya sebelum memberikan pelayanan sesuai dengan regulasi yang berlaku di rumah sakit.</p> <p>Disebut patuh bila proses identifikasi pasien dilakukan secara benar oleh petugas pada saat, antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian obat</li> <li>2. Pemberian pengobatan termasuk nutrisi</li> <li>3. Pemberian darah dan produk darah</li> <li>4. Pengambilan specimen</li> <li>5. Sebelum melakukan tindakan diagnostik / therapeutic.</li> </ol>

	<p>Proporsi pasien rawat inap yang teridentifikasi dengan benar dengan elemen sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Verifikasi verbal dilakukan dengan cara : Petugas meminta pasien menyebutkan data nama dan tanggal lahir kemudian cocokan dengan gelang identitas pasien</li> <li>Verifikasi visual dilakukan dengan cara : Petugas mencocokkan antara gelang identitas dengan BRM , tanpa harus pasien menyebutkan nama dan tanggal lahir, dengan petugas yang sama atau 1 shift</li> </ol>
<b>TUJUAN</b>	Tergambarnya penerapan identifikasi pasien
<b>DIMENSI MUTU</b>	Keselamatan Pasien dan focus pada pasien
<b>DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR</b>	Permenkes Nomor 33 Tahun 3037 tentang keselamatan pasien Pelaksanaan identifikasi belum semua dilakukan sesuai prosedur
<b>NUMERATOR</b>	Jumlah pasien baru yang terpasang gelang identitas dengan benar selama 1 bulan
<b>DENUMERATOR</b>	Jumlah seluruh pasien baru dalam 1 bulan
<b>FORMULA PENGUKURAN</b>	$\frac{N}{D} \times 100\%$
<b>METODOLOGI PENGUMPULAN DATA</b>	Prospektif
<b>INKLUSI</b>	<p>Verifikasi verbal dan visual dilakukan pada saat pertemuan awal dan serah terima antar shift</p> <p>Verifikasi visual dilakukan pada pertemuan berikutnya (dalam shift dengan orang yang sama)</p> <p>Pasien rawat inap yang dilakukan ketepatan identifikasi pada 1 moment yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memberikan obat / Terapi</li> </ol>
<b>EKSKLUSI</b>	-
<b>FREKUENSI PENGUMPULAN DATA</b>	1Bulan
<b>FREKUENSI ANALISA DATA</b>	3 Bulan
<b>METODOLOGI ANALISA DATA</b>	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart
<b>SUMBER DATA</b>	Survey
<b>TIPE INDIKATOR</b>	Outcome
<b>AREA MONITORING</b>	Ruang Perawatan Umum 3
<b>SAMPEL</b>	Seluruh petugas yang memberikan pelayanan
<b>STANDAR</b>	100%
<b>LAMPIRAN FORMULIR</b>	Formulir pemantauan identifikasi pasien

<b>PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA</b>	Kepala instalasi RWI
<b>PUBLIKASI DATA</b>	(1) Laporan triwulan indikator mutu unit (2) Rapat pembahasan pencapaian mutu 1 bulan sekali (3) Internal :Dir PT digdaya kencana pratama dan Direktur RS. Dharma Nugraha yang di desiminasikan

**4. Persentase kepatuhan dokter terhadap *ClinicalPathway* pada pelayanan prioritas onkologi**

<b>JUDUL INDIKATOR</b>	Persentase kepatuhan dokter terhadap <i>Clinical Pathway</i> pada pelayanan prioritas onkologi
<b>DEFINISI OPERASIONAL</b>	<p>Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i> adalahkepatuhan para staf medis/ DPJP dalam menggunakan <i>Clinical Pathway</i> untuk memberikan asuhan klinis pasien secara terstandarisasi dan terintegrasi sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses asuhan klinis. Setiap RS menetapkan 5 <i>Clinical Pathway</i> untuk penyakit atau kondisi yang memenuhi satu atau lebih kriteria yang berlaku di RS tersebut berdasarkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Penyakit atau kondisi yang paling sering atau banyak terjadi (<i>High Volume</i>)</li> <li>Penyakit atau kondisi yang memiliki risiko tinggi (<i>High Risk</i>)</li> <li>Penyakit atau kondisi yang memerlukan biaya tinggi (<i>High Cost</i>)</li> <li>Penyakit atau kondisi yang terdapat variasi/keragaman dalam pengelolaannya.</li> </ol> <p>Setiap CP mampu menunjukan komponen standar LOS, obat dan penunjang.</p> <p>Disebut patuh apabila mengikuti ketiga proses asuhan yang telah distandarisasi dalam CP.</p>
<b>TUJUAN</b>	Terselenggaranya standarisasi proses asuhan klinis di rumah sakit sehingga dapat memberikan jaminan kepada pasien untuk memperoleh pelayanan klinis berdasarkan pada nilai ilmiah sesuai kebutuhan medis/klinis pasien.
<b>DIMENSI MUTU</b>	Keselamatan, kesinambungan dan Kontinuitas Pelayanan



<b>DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belum tercapainya penerapan formulir manajemen nyeri</li> <li>2. Permenkes 3438/3030 tentang standar pelayanan kedokteran</li> <li>3. Standar Akreditasi Rumah Sakit</li> </ol>
<b>NUMERATOR</b>	Jumlah kasus yang penanganannya patuh dengan kriteria 5 <i>Clinical Pathways</i>
<b>DENUMERATOR</b>	a
<b>FORMULA PENGUKURAN</b>	$\frac{N}{D} \times 100\%$
<b>METODOLOGI PENGUMPULAN DATA</b>	Retropeksi

#### 5. Kelengkapan pengisian formulir surgical checklis keselamatan operasi

<b>Nama indikator</b>	Kelengkapan pengisian formulir surgical checklis keselamatan operasi
<b>Definisi Operasional</b>	<p>Penerapan keselamatan operasi (POK) adalah pengisian cheklis keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tahapan sign-in Di lakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter bedah</li> <li>2. Tahapan Time-out Dilakukan sebelum insisi kulit, disi oleh perawat, dokter anestesi dan operator</li> <li>3. Tahapan Sign-out Dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator</li> </ol> <p>Kriteria : sesuai kriteria WHO</p>
<b>Kriteria inklusi</b>	Operasi yang dilakukan di ruang OK
<b>Sumber data</b>	Catatan data pasien operasi
<b>Tipe indikator</b>	Proses
<b>Area monitoring</b>	Kamar operasi
<b>Frekuensi</b>	Bulanan
<b>Numerator</b>	Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi yang telah diisi lengkap cheklis keselamatan pasiennya sesuai tahapan oleh petugas tertentu disertai tandatangan dan penulisan jam pengisian
<b>Denominator</b>	Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi

<b>Standar</b>	100%
<b>INKLUSI</b>	Semua pasien yg menderita penyakit yg ditetapkan dalam CP Onkologi
<b>EKSKLUSI</b>	Pasien yang pulang atas permintaan sendiri selama perawatan. Pasien yang meninggal
<b>FREKUENSI PENGUMPULAN DATA</b>	1 Bulan
<b>FRKUENSI ANALISA DATA</b>	3 bulan
<b>SUMBER DATA</b>	Format <i>Clinical Pathways</i> yang telah terisi
<b>TYPE INDIKATOR</b>	Proses dan outcome
<b>AREA MONITORING</b>	Perawatan
<b>METODOLOGI ANALISA DATA</b>	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart Diagram batang digunakan untuk menampilkan data pembandingan masing-masing <i>Clinical Pathway</i>
<b>SAMPEL</b>	Total populasi (tidak menggunakan sampel)
<b>STANDAR</b>	>80%
<b>LAMPIRAN FORMULIR</b>	Formulir Kepatuhan CP
<b>PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA</b>	Kepala Instalasi RWI
<b>PUBLIKASI DATA</b>	(1) Laporan Triwulan Indikator Area klinis (2) Rapat Pembahasan Pencapaian Mutu 1 bulan sekali (3) Internal : Direktur PT.Digdaya Kencana Pratama dan Direktur RS. Dharma Nugraha yang di Desiminasikan

**6. Kepatuhan double check obat high alert pada pasien onkologi di rawat inap**