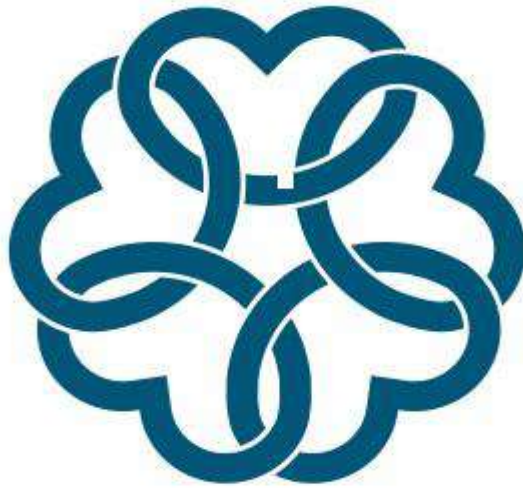


**PROFIL INDIKATOR MUTU
INSTALASI GIZI**



**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 Instalasi Gizi 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 Instalasi Gizi 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 Instalasi Gizi 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. Ketepatan Waktu Pengantaran Makanan Kepada Pasien.....	1
2. Sisa Makanan yang Tidak Termakan oleh Pasien.....	2

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

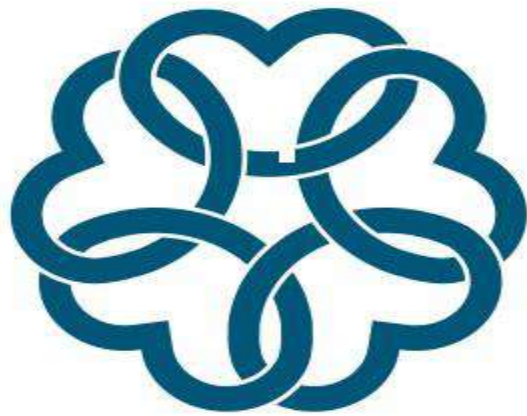
1. Ketepatan Waktu Pengantaran Makanan Kepada Pasien

Judul	Ketepatan Waktu Pengantaran Makanan Kepada Pasien
Area	Manajerial
Rasional Pemilihan	Mandatory
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan unit gizi
Definisi operasional	Ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai jadwal yang telah ditentukan
Dimensi mutu	Akses, efektifitas
Tipe Indikator	Proses
Populasi	Seluruh pengantaran makanan pasien rawat inap
Sumber data	Formulir pengantaran makanan pasien
Cara pengumpulan	Retrospektif
Frekuensi pengumpulan	Bulanan
Periode analisa	Triwulan
Kriteria Inklusi	Sarapan, makan siang dan makan malam
Kriteria Eksklusi	-
Numerator	Jumlah pengantaran makanan pasien rawat inap yang tepat waktu
Denominator	Seluruh pengantaran makanan pasien rawat inap
Cara Pengukuran / Formula	$\left(\frac{\text{Jumlah pengantaran makanan pasien rawat inap yang tepat waktu}}{\text{Seluruh pengantaran makanan pasien rawat inap}} \right) \times 100\%$
Prosedur pengumpulan data	Makanan pada saat akan diantar dari dapur akan dicatat waktu mulai pengantaran di formulir pengantaran makanan pasien, setelah selesai mengantar ke ruangan pasien, pengantar meminta untuk mengisi tanda tangan perawat ruang rawat inap.
Target	100%
PIC / Pengumpul data	PJ Data Gizi
Diseminasi laporan	Direktur; Manager Penunjang Medis; Komite PMKP

2. Sisa Makanan yang Tidak Termakan oleh Pasien

Judul	Sisa Makanan yang Tidak Termakan oleh Pasien
Area	Klinis
Rasional Pemilihan	Mandatory
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan unit gizi
Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien
Dimensi mutu	Efektifitas, efisien
Tipe Indikator	Outcome
Populasi	Seluruh makanan pasien
Sumber data	Pencatatan gizi
Cara pengumpulan	Retrospektif
Frekuensi pengumpulan	Bulanan
Periode analisa	Triwulan
Kriteria Inklusi	Makan Siang
Kriteria Eksklusi	-
Numerator	Jumlah porsi makanan yang dihabiskan lebih dari setengah
Denominator	Jumlah porsi makanan yang dibagikan
Cara Pengukuran / Formula	$(N/D) \times 100\%$
Prosedur pengumpulan data	Observasi oleh ahli gizi
Target	$\geq 80\%$
PIC / Pengumpul data	PJ Data Gizi
Diseminasi laporan	Direktur; Manager Penunjang Medis; Komite PMKP

**PROFIL INDIKATOR MUTU
INSTALASI MARKETING**



**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 Instalasi Marketing 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 Unit 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 Unit 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. Respon time pelayanan Dokter IGD ≤ 5 menit	1
2. Transfer pasien ke ruang rawat inap < 3 jam.....	1
3. Kepuasan Pelanggan pada Unit Gawat Darurat	2
4. Kematian pasien ≤ 24 jam di Unit Gawat Darurat	3
5. Penatalaksanaan prosedur dan tatalaksana pasien onkologi UGD sesuai hasil Triage.....	3
6. Kemampuan Menangani Life Saving	4
7. Ketepatan identifikasi pasien UGD dengan benar.....	4
8. Angka Kelengkapan Asesmen Awal Medis Gawat Darurat dalam Waktu 24 Jam.....	5
9. Kepatuhan cuci tangan SDM UGD (perawat, bidan, dan dokter)	5

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

PROFIL INDIKATOR MUTU IGD RSDN

1. Respon time pelayanan Dokter IGD ≤ 5 menit

Judul	Respon time pelayanan Dokter IGD ≤ 5 menit
Ruang lingkup	Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tipe Indikator	Struktur, proses, hasil
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter digawat darurat adalah kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter (menit)
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan
Nomerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling
Sumber Data	Sample
Standar	$\geq 90\%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ka Instalasi Gawat Darurat

2. Transfer pasien ke ruang rawat inap < 3 jam

Judul	Transfer pasien keruangan < 3 jam
Ruang lingkup	Instalasi gawat darurat
Dimensi Mutu	
Tipe Indikator	Struktur, proses, hasil
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat,

	responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Suatu proses yang dilakukan oleh petugas igd untuk memindahkan pasien ke ruang rawat inap kurang dari 3 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan sekali
Nomerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai ditransfer ke ruangan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling
Sumber Data	Sample
Standar	>80%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ka Instalasi Gawat Darurat

3. Kepuasan Pelanggan pada Unit Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Unit Gawat Darurat
Ruang lingkup	Instalasi gawat darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tipe Indikator	Struktur, proses, hasil
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan sekali
Nomerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	$\geq 70\%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala IGD/Tim Mutu/Panitia Mutu

4. Kematian pasien ≤ 24 jam di Unit Gawat Darurat

Judul	Kematian pasien ≤ 24 jam di Unit Gawat Darurat
Ruang lingkup	Kesalahan pengobatan dan KNC
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tipe Indikator	Struktur, proses, hasil
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan
Nomerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di gawat darurat
Sumber Data	Rekam medic
Standar	≤ 2 per 1000
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ka Instalasi Gawat Darurat

5. Penatalaksanaan prosedur dan tatalaksana pasien onkologi IGD sesuai dengan hasil Triase

Judul	Penatalaksanaan prosedur dan tatalaksana pasien onkologi IGD sesuai dengan hasil Triase
Ruang lingkup	Assesmen pasien
Dimensi Mutu	Keefektifan dan keselamatan
Tipe Indikator	Struktur, proses, hasil
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif di UGD dan mampu menangani pasien sesuai dengan kegawatan dan kedaruratannya
Definisi Operasional	Triage adalah usaha pemilihan korban sebelum ditangani, berdasarkan tingkat kegawatdaruratan trauma atau penyakit dengan mempertimbangkan prioritas penanganan dan sumber daya yang ada
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap Tiga Bulan sekali
Nomerator	Jumlah kumulatif pengisian triage pasien onkologi dilembar rekam medis igd
Denominator	Jumlah kumulatif lembar form triage pasien onkologi ugd yang disampling
Sumber Data	Sample

Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ka Instalasi Gawat Darurat

6. Kemampuan Menangani Life Saving

Judul	Kemampuan Menangani Life Saving
Ruang lingkup	Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien dan efektivitas
Tipe Indikator	Struktur, proses, hasil
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat yang ditangani di IGD
Definisi Operasional	Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan circulation, airway dan breath
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	Tiga Bulan
Nomerator	Jumlah alat yang dimiliki IGD dalam rangka penyelamatan jiwa
Denominator	Jumlah alat yang seharusnya dimiliki dalam rangka penyelamatan jiwa sesuai dengan kelas RS
Sumber Data	Daftar inventaris di IGD
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ka Instalasi Gawat Darurat

7. Ketepatan identifikasi pasien UGD dengan benar

Judul	Ketepatan identifikasi pasien UGD dengan benar
Ruang lingkup	Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien, kesinambungan, manfaat dan efektivitas
Tipe Indikator	Struktur, proses, hasil
Tujuan	Tergambarnya upaya rumah sakit dalam menjaga keselamatan pasien khususnya dalam prosedur mengidentifikasi pasien dengan benar diseluruh pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan, serta untuk

	menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan oleh pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu Bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan
Nomerator	Jumlah pasien UGD yang telah dilakukan identifikasi dengan benar dalam satu bulan
Denominator	Seluruh jumlah pasien UGD yang dilayani dalam satu bulan
Sumber Data	Semua pasien yang datang ke UGD
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ka Instalasi Gawat Darurat

8. Angka Kelengkapan Asesmen Awal Medis Gawat Darurat pasien UGD yang akan di rawat inap dalam 24 jam

Judul	Angka Kelengkapan Asesmen Awal Medis Gawat Darurat
Ruang lingkup	Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Kestinambungan
Tipe Indikator	Struktur, proses, hasil
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam melengkapi informasi berkaitan dengan pasien yang masuk IGD di form asesmen awal medis gawat darurat dalam 24 jam
Definisi Operasional	Kelengkapan pengisian form asesmen awal medis gawat darurat pasien igd yang akan di rawat inap dalam 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Harian
Periode Analisa	Tiap Bulan
Nomerator	Jumlah asesmen awal medis gawat darurat pasien IGD yang akan di rawat inap yang terisi lengkap dalam waktu 24 jam
Denominator	Total pasien yang masuk IGD yang akan di rawat inap dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ka Instalasi Gawat Darurat

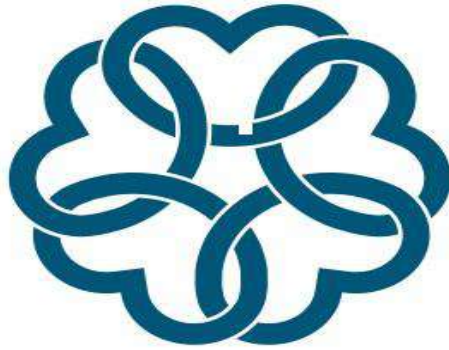
9. Kepatuhan cuci tangan SDM UGD (perawat, bidan, dan dokter)

JUDUL INDIKATOR	Kepatuhan SDM UGD (perawat, bidan, dan dokter) dalam
------------------------	--

	melakukan cuci tangan sebelum kontak dengan pasien
DEFINISI OPERASIONAL	<p>Kepatuhan SDM (perawat, bidan, dan dokter) dalam melakukan cuci tangan dengan menggunakan handrub atau handwash sebelum dan sesudah kontak dengan pasien menggunakan 6 langkah.</p> <p>Kebersihan tangan (hand hygiene) adalah segala usaha yang dilakukan untuk membersihkan kotoran secara kasat mata terlihat dan pengangkatan dengan menggunakan sabun dan air mengalir/handwash atau dengan cairan berbasis alkohol/handrub dalam 6 langkah (WHO,2009)</p> <p>6 langkah Teknik melakukan kebersihan tangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ratakan dan gosokan sabun dengan kedua tangan 2. Gosok punggung dan sela sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya 3. Gosok kedua telapak tangan dan sela sela jari 4. Jari jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci 5. Gosok ibu jari kiri berputar dalam gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya 6. Gosokan dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya
TUJUAN	Untuk mencegah penyebaran penyakit melalui kontak langsung antara pasien maupun dari pasien kepetugas kesehatan
DIMENSI MUTU	Utamakan keselamatan pasien dan petugas pelayanan
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan petugas dalam mencuci tangan akan menurunkan resiko penularan kepada pasien 2. Permenkes no.11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien
NUMERATOR	Jumlah SDM yang melakukan cuci tangan 6 langkah dan 5 moment
DENUMERATOR	Jumlah SDM yang melakukan cuci tangan
FORMULA PENGUKURAN	$N/D \times 100\%$
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	Observasi langsung
INKLUSI	Semua peluang cuci tangan
EKSKLUSI	-
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 Bulan
FREKUENSI ANALISA DATA	3 Bulan

METODOLOGI ANALISA DATA	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart
SUMBER DATA	Catatan data dan pengamatan kebersihan tangan disemua unit pelayanan pasien
TIPE INDIKATOR	Proses & Outcome
AREA MONITORING	Ruang ruang poli
SAMPEL	Semua peluang kebersihan tangan
STANDAR	> 85%
LAMPIRAN FORMULIR	Formulir monitoring kebersihan tangan (hand hygiene)
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	IPCN
PUBLIKASI DATA	(1) Laporan triwulan indikator mutu unit (2) Rapat pembahasan pencapaian mutu 1 bulan sekali Feedblack dari direktur RS yang diinformasikan

**PROFIL INDIKATOR MUTU
INSTALASI FARMASI**



**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 Unit Instalasi Farmasi di RS Dharama 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 Unit 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 Unit 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. Persentase Kecepatan Pelayanan Resep (Obat non-racik dan Obat Racik).....	1
2. Persentase Jumlah Resep RWJ Yang Dapat Dikaji Oleh Apoteker Klinis	2
3. Persentase Jumlah Resep RWI yang Dapat Dikaji Oleh Apoteker Klinis.....	3
4. Persentase Pasien Baru yang Divisite Farmasi Klinik	4
5. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Pada Pasien.....	5
6. Persentase Nilai Deadstock Obat onkologi/Sediaan Farmasi Terhadap Persediaan	7
7. Persentase Temuan Obat High Onkologi Alert Tidak Berlabel.....	8
8. Persentase Kepatuhan Pengelolaan Obat Narkotika	10
9. Persentase Kepatuhan Pemantauan Suhu Kulkas.....	11
10. Persentase Tulisan Tidak Terbaca Pada Resep Obat Pasien	12
11. Persentase Kepatuhan Pemantauan Suhu Kulkas.....	13
12. Persentase Resep pasien Onkologi yang di Tebus Di RS.....	14
13. Persentase Nilai Persediaan Obat / Sediaan Farmasi di Instalasi Farmasi.....	15
14. Persentase Pelaksanaan Obat UDD	16
15. Kesesuaian Mutu Layanan Perjanjian Kontrak Kerjasama Dengan Distributor.....	17

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

PROFIL INDIKATOR MUTU UNIT FARMASI

1. Persentase Kecepatan Pelayanan Resep (Obat Non-Racik dan Obat Racik)

JUDUL INDIKATOR	Persentase kecepatan pelayanan resep (obat non-racik dan obat Racik)
DEFINISI OPERASIONAL	Persentase pelayanan resep (obat non-racik dan obat racik) yang selesai tepat waktu sesuai standar yang ditetapkan, dibandingkan dengan jumlah sampel resep (obat non-racik dan racik) dalam I bulan
TUJUAN	Menjamin kesinambungan pelayanan
DIMENSI MUTU	Efektivitas
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masih lamanya pelayanan farmasi terhadap resptime obat non-racik dan racik 2. Standar pelayanan minimal RS No 129 tahun 2008
Obat Non-Racik	
NUMERATOR	Jumlah pelayanan resep (obat non-racik) yang selesai 15-30 menit
DENUMERATOR	Jumlah sampel resep (obat non-racik) yang di survey dalam I bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{N}{D} \times 100\%$
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	Survey
INKLUSI	Mulai dari pasien menyerahkan resep keinstalasi farmasi sampai dengan pasien menerima obat
EKSKLUSI	Tidak ada
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
FREKUENSI ANALISA DATA	3 bulan
METODOLOGI ANALISA DATA	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart

SUMBER DATA	Data survey mutu
TIPE INDIKTOR	Proses & outcome
AREA MONITORING	Instalasi farmasi
SAMPEL	100 sampel per bulan
STANDAR	≥ 90%
LAMPIRAN FORMULIR	Formulir pelayanan kecepatan resep non-racik
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	Kainst farmasi
PUBLIKASI DATA	(1) Laporan Triwulan Mutu unit (2) Rapat pembahasan pencapaian Mutu 3 bulan sekali (3) <i>Feedback</i> dari Direktur RS
Obat Racik	
NUMERATOR	Jumlah pelayanan resep (obat Racik) yang selesai 30-60 menit
DENOMINATOR	Jumlah sample resep (obatracik) yang di survey dalam 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{N}{D} \times 100\%$
INKLUSI	Mulai dari pasien menyerahkan resep keinstalasi farmasi sampai dengan pasien menerima obat
EKSKLUSI	Tidak ada
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
FREKUENSI ANALISA DATA	3 bulan
METODOLOGI ANALISA DATA	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart
SUMBER DATA	Data survey mutu
TIPE INDIKTOR	Proses & outcome
AREA MONITORING	Instalasi farmasi
SAMPEL	100 sampel per bulan
STANDAR	≥ 90%
LAMPIRAN FORMULIR	Formulir pelayanan kecepatan resep racik
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	Kainst farmasi
PUBLIKASI DATA	(1) Laporan Triwulan Mutu unit (2) Rapat pembahasan pencapaian Mutu 3 bulan sekali (3) <i>Feedback</i> dari direktur RS

2. Persentase Jumlah Resep RWJ Yang Dapat Dikaji Oleh Apoteker Klinis

JUDUL INDIKATOR	Persentase Jumlah Resep RWJ Yang Dapat Dikaji Oleh Apoteker Klinis
DEFINISI OPERASIONAL	Persentase jumlah resep RWJ yang dapat di kaji poteker linis, dibandingkan dengan jumlah resep RWJ yang diterima instalasi farmasi dalam 1 bulan
TUJUAN	Menjamin kualitas pelayanan farmasi
DIMENSI MUTU	Efektivitas
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	<ol style="list-style-type: none"> 1. PerMenKes Nomor 72 tahun 2016 tentang standar pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit 2. Belum semua resep RWJ dapat di kaji oleh apoteker klinis, sehingga perlu dilanjutkan pemantauannya
NUMERATOR	Jumlah resep RWJ yang dapat dikaji apoteker klinik
DENUMERATOR	Jumlahresep RWJ yang diterima dalam 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{N}{D} \times 100\%$
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	Retropektif
INKLUSI	Berdasarkan obat : (1) jeni sobat (obat indeks terapi sempit, a.1 digoksin, fenitoin dan nefrotoksin) (2) kompleksitas regimen (poli farmasi dan variasi rute pemberian, aturan pakai, pemberian khusus)
EKSKLUSI	Tidak ada
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
FREKUENSI ANALISA DATA	3 bulan
METODOLOGI ANALISA DATA	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart
SUMBER DATA	Sensus harian instalasi farmasi
TIPE INDIKTOR	Proses & outcome
AREA MONITORING	Instalasi farmasi
SAMPEL	seluruhresep RWJ
STANDAR	$\geq 90\%$
LAMPIRAN FORMULIR	Formulir Pengkajian resep RWJ
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	Kainst farmasi
PUBLIKASI DATA	<ol style="list-style-type: none"> (1) Laporan Triwulan Mutu unit (2) Rapat pembahasan pencapaian Mutu 3 bulan sekali (3) <i>Feedback</i> dari direktur RS melalui SiBaSi

3. Persentase Jumlah Resep RWI yang Dapat Dikaji Oleh Apoteker Klinis

JUDUL INDIKATOR	Persentase Jumlah Resep RWI Yang Dapat Dikaji Oleh Apoteker Klinis
DEFINISI OPERASIONAL	Persentase jumlah resep RWI yang dapat dikaji apoteker klinis, dibandingkan dengan jumlah resep RWI yang diterima instalasi farmasi dalam I bulan
TUJUAN	Menjamin kualitas pelayanan farmasi
DIMENSI MUTU	Efektivitas
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	<ol style="list-style-type: none"> 1. PerMenKes Nomor 72 tahun 2016 tentang standar pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit 2. Belum semua resep RWI dapat di kaji oleh apoteker klinis, sehingga perlu dilanjutkan pemantauannya
NUMERATOR	Jumlah resep RWI yang dapat dikaji apoteker klinik
DENOMINATOR	Jumlah resep RWI yang diterima dalam I bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{N}{D} \times 100\%$
METODOLOGI PENGUMPUL DATA	Retropektif
INKLUSI	<p>Berdasarkan pasien :(1) pasien multi penyakit sehingga dapat resep poli farmasi,(2) pasien dengan gangguan fungsi organ, (3) pasien geriatic dan pediatric,(4) pasien kemoterapi, (5) pasien hamil dan menyusui, (6) pasien perawatan intensif</p> <p>Berdasarkan obat : (1) jenis obat (obat indeks terapi sempit, a.1 digoksin, fenitoin dan nefrotoksin (2) kompleksitas regimen (polifarmasi dan variasi rute pemberian, aturan pakai, pemberian khusus)</p>
EKSKLUSI	Tidakada
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
FREKUENSI ANALISA DATA	3 bulan
METODOLOGI ANALISA DATA	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart
SUMBER DATA	Data survey instalasi farmasi
TIPE INDIKTOR	Proses & outcome
AREA MONITORING	Instalasi RWI
SAMPEL	Seluruh resep RWI yang masuk ke instalasi farmasi
STANDAR	100%
LAMPIRAN FORMULIR	Formulir pengkajian resep RWI

PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	Kainst farmasi
PUBLIKASI DATA	(1) Laporan Triwulan Mutu unit (2) Rapat pembahasan pencapaian Mutu 3 bulan sekali (3) <i>Feedback</i> dari direktur RS melalui SiBaSi

4. Persentase Pasien Baru yang Divisite Farmasi Klinik

JUDUL INDIKATOR	Persentase Pasien Baru Yang Divisite Farmasi Klinik
DEFINISI OPERASIONAL	Persentase pasien baru yang divisite farmasi klinik dibandingkan dengan jumlah pasien baru rawat inap dalam I bulan
TUJUAN	Menjamin kualitas pelayanan farmasi
DIMENSI MUTU	Efektivitas
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	<ol style="list-style-type: none"> 1. PerMenKes Nomor 72 tahun 2016 tentang standar pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit 2. Tidak semua pasien baru dapat di visite oleh farmasi klinis, sehingga pemantauannya perlu dilanjutkan
NUMERATOR	Jumlah pasien baru RWI yang divisite farmasi klinik
DENOMINATOR	Jumlah pasien baru RWI dalam I bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{N}{D} \times 100\%$
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	Retropektif
INKLUSI	Jumlah pasien baru RWI
EKSKLUSI	Bayi baru lahir
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
PFREKUENSI ANALISA DATA	3 bulan
METODOLOGI ANALISA DATA	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart
SUMBER DATA	Data RWI dan rekam medis
TIPE INDIKTOR	Proses & outcome
AREA MONITORING	Instalasi RWI
SAMPEL	Seluruh pasien baru RWI (kecuali eksklusi)
STANDAR	100%
LAMPIRAN FORMULIR	Formulir pengkajian farmasi klinis
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	Kepala Instalasi farmasi

PUBLIKASI DATA	(1) Laporan Triwulan Mutu unit (2) Rapat pembahasan pencapaian Mutu 3 bulan sekali (3) <i>Feedback</i> dari direktur RS melalui SiBaSi
-----------------------	--

5. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Pada Pasien

JUDUL INDIKATOR	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah kepatuhan para dokter meresepkan obat kepada pasien sesuai dengan daftar obat-obatan Formularium Nasional. Disebut patuh bila seluruh obat dalam resep mengikuti formularium nasional.
DEFINISI OPERASIONAL	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah kepatuhan para dokter meresepkan obat kepada pasien sesuai dengan daftar obat-obatan Formularium Nasional. Disebut patuh bila seluruh obat dalam resep mengikuti formularium nasional.
TUJUAN	Terwujudnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien berdasarkan daftar yang ditetapkan secara nasional.
DIMENSI MUTU	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Kepmenkes No.137 Tahun 2016
NUMERATOR	Jumlah resep yang patuh dengan formularium nasional.
DENUMERATOR	Jumlah seluruh resep
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{N}{D} \times 100\%$
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	Retropeksi
INKLUSI	Semua resep yang dilayani di RS
EKSKLUSI	Bila dalam resep terdapat obat diluar FORNAS tetapi dibutuhkan oleh pasien dan telah mendapatkan rekomendasi dari Komite Medik dan mendapatkan persetujuan dari Direktur. Bila dalam resep terdapat obat diluar FORNAS karena stok obat nasional berdasarkan e-katalog habis/kosong.
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
FREKUENSI ANALISA DATA	3 bulan
METODOLOGI ANALISA DATA	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart
SUMBER DATA	Lembar resep di Instalasi Farmasi

TYPE INDIKATOR	Proses dan outcome
AREA MONITORING	Instalasi Farmasi
SAMPEL	Semua pasien yang mendapatkan obat
STANDAR	≥ 80 %
LAMPIRAN FORMULIR	Formulir Pengumpulan data Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Formulir rekapitulasi data Kepatuhan Penggunaan Formularium Formulir validasi data Kepatuhan Penggunaan Formularium
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	Kepala instalasi farmasi
PUBLIKASI DATA	(1) Laporan Triwulan Indikator Area Klinis (2) Rapat Pembahasan Pencapaian Mutu 3 bulan sekali (3) <i>Feedback</i> laporan Direktur RS yang di informasikan melalui SiBaSi

6. Persentase Nilai Deadstock Obat Onkologi/Sediaan Farmasi Terhadap Persediaan

JUDUL INDIKATOR	Persentase Nilai Deadstock Obat Onkologi/Sediaan Farmasi Terhadap Persediaan
DEFINISI OPERASIONAL	Persentase jumlah nilai deadstock perbekalan farmasi/ obat onkologi yang tidak ada transaksi selama 3 bulan, dibandingkan dengan nilai persediaan rata-rata perhari obat / sediaan farmasi, dalam 1 bulan
TUJUAN	Menjamin kesinambungan pelayanan farmasi
DIMENSI MUTU	Efektivitas
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Mencegah adanya angka <i>dead stock</i> obat farmasi onkologi terhadap persediaan
NUMERATOR	Jumlah nilai <i>dead stock</i> obat onkologi tidak ada transaksi selama 3 bulan
DENOMINATOR	Jumlah nilai persediaan rata-rata per hari bekal farmasi onkologi dalam 1 triwulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{N}{D} \times 100\%$
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	Retropektif
INKLUSI	Jumlah nilai dead stock obat onkologi tidak ada transaksi selama 3 bulan
EKSKLUSI	Tidak ada
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan

FREKUENSI ANALISA DATA	3 bulan
METODOLOGI ANALISA DATA	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart
SUMBER DATA	Data instalasi farmasi
TIPE INDIKTOR	Proses & outcome
AREA MONITORING	Instalasi farmasi
SAMPEL	Seluruh persediaan obat onkologi yang tidak ada transaksi selama 3 bulan
STANDAR	$\leq 5\%$
LAMPIRAN FORMULIR	Formulir pemantauan persentase nilai dead stock terhadap persediaan
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	Kepala Instalasi farmasi
PUBLIKASI DATA	(1) Laporan Triwulan Mutu unit (2) Rapat pembahasan pencapaian Mutu 3 bulan sekali (3) Feedback dari direktur RS

7. Persentase Temuan Obat Onkologi High Alert Tidak Berlabel

JUDUL INDIKATOR	Persentase Temuan Obat Onkologi High Alert Tidak Berlabel
DEFINISI OPERASIONAL	Persentase temuan obat high alert tidak berlabel sesuai ketentuan disetiap unit pelayanan
TUJUAN	1. Untuk keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (<i>high alert medications</i>) 2. Untuk menghindari kesalahan pemberian obat
DIMENSI MUTU	Keselamatan pasien
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Permenkes No 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien
NUMERATOR	Jumlah Temuan obat Onkologi high alert tidak berlabel sesuai ketentuan
DENUMERATOR	Jumlah Survei/ telusur yang dilakukan dalam 1 bulan (4 x)
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{N}{D} \times 100\%$
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	Concurrent
INKLUSI	-
EKSKLUSI	-
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan

FREKUENSI ANALISA DATA	3 bulan
METODOLOGI ANALISA DATA	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart
SUMBER DATA	Laporan pemantauan farmasi klinis
TYPE INDIKATOR	Proses dan outcome
AREA MONITORING	Rawat Inap , ICU, IGD , Kamar Bersalin
SAMPEL	Semua Unit kerja yang menggunakan obat-obatan high alert
STANDAR	0 %
LAMPIRAN FORMULIR	Formulir ceklist pemantauan apoteker klinis
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	Kepala instalasi Farmasi
PUBLIKASI DATA	(1) Laporan triwulan indikator area SKP (2) Rapat pembahasan pencapaian mutu 3 bulan sekali (3) Internal :Direktur PT dan DirekturRS. Dharma anugraha melalui SiBaSi

8. Persentase Kepatuhan Pengelolaan Obat Narkotika

JUDUL INDIKATOR	Persentase kepatuhan pengelolaan obat narkotika
DEFINISI OPERASIONAL	Persentase temuan kesesuaian pengelolaan obat narkotika di Instalasi Farmasi pada saat survey dalam 1 bulan
TUJUAN	Untuk memantau pengelolaan penyimpanan obat narkotika yang tidak sesuai dengan ketentuan
DIMENSI MUTU	Assurance
ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Pengelolaan obat narkotika masih belum ssesuai standar
NUMERATOR	Σ Temuan kesesuaian pengelolaan obat narkotik di Instalasi Farmasi
DENOMINATOR	Jumlah Survei/ telusur yang dilakukan dalam 1 bulan . (4 x)
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{N}{D} \times 100\%$
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	Prospektif
INKLUSI	-
EKSKLUSI	-
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
FREKUENSI ANALISA DATA	3 bulan

METODOLOGI ANALISA DATA	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart
SUMBER DATA	Data survey farmasi klinis, mutu
TIPE INDIKTOR	Proses
AREA MONITORING	Instalasi farmasi
SAMPEL	Seluruh penyimpanan obat narkotika di instalasi farmasi
STANDAR	100%
LAMPIRAN FORMULIR	Formulir pemantauan pengelolaan obat narkotika
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	Kepala Instalasi farmasi
PUBLIKASI DATA	(1) LaporanTriwulanMutu unit (2) Rapat pembahasan pencapaian Mutu 3 bulan sekali (3) <i>Feedback</i> dari direktur RS melalui SiBaSi

9. Persentase Kepatuhan Pemantauan Suhu Kulkas

JUDUL INDIKATOR	Persentase kepatuhan pemantauan suhu kulkas
DEFINISI OPERASIONAL	Persentase temuan pengisian formulir pemantauan suhu kulkas obat di seluruh Instalasi Pelayanan pada saat survey , dalam 1 bulan
TUJUAN	Untuk memantau kondisi penyimpanan untuk obat yang bersuhu rendah
DIMENSI MUTU	Assurance
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Masih terdapat obat yang bersuhu rendah yang tidak disimpan sesuai dengan tempatnya dan tidak terpantau suhunya
NUMERATOR	Σ Temuan pengisian formulir pemantauan suhu kulkas obat
DENOMINATOR	Σ Kulkas obat dalam 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{N}{D} \times 100\%$
METODOLOGI PENGUMPUL DATA	Prospektif
INKLUSI	Unit yang melakukan penyimpanan obat, di pantau 2x/ bulan
EKSKLUSI	-
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
FREKUENSI ANALISA DATA	3 bulan
METODOLOGI ANALISA DATA	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart
SUMBER DATA	Data survey

TIPE INDIKATOR	Proses
AREA MONITORING	Unit pelayanan
SAMPEL	Seluruh kulkas obat di seluruh instalasi pelayanan
STANDAR	100%
LAMPIRAN FORMULIR	Formulir pemantauan suhu kulkas
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	Kepala Instalasi farmasi
PUBLIKASI DATA	(1) Laporan Triwulan Mutu unit (2) Rapat pembahasan pencapaian Mutu 3 bulan sekali (3) <i>Feedback</i> dari direktur RS melalui SiBaSi

10. Persentase Tulisan Tidak Terbaca Pada Resep Obat Pasien

JUDUL INDIKATOR	Persentase tulisan tidak terbaca pada resep obat pasien
DEFINISI OPERASIONAL	Kejadian resep yang tidak terbaca pada resep obat pasien saat dilakukan telaah resep oleh petugas farmasi
TUJUAN	Mencegah terjadinya medication error karena kesalahan dalam membaca tulisan dokter pada resep
DIMENSI MUTU	Keselamatan Pasien dan efisiensi
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	PerMenKes No 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien
NUMERATOR	Σ kejadian tulisan tidak terbaca pada resep obat pasien
DENOMINATOR	Σ resep yang di survey dalam 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{N}{D} \times 100\%$
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	Sensus harian
INKLUSI	Resep obat di RWJ
EKSKLUSI	Resep obat pasien dari luar RS
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
FREKUENSI ANALISA DATA	3 bulan
METODOLOGI ANALISA DATA	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart
SUMBER DATA	Resep obat pasien
TIPE INDIKATOR	Proses dan Outcome
AREA MONITORING	Instalasi farmasi
SAMPEL	150 per bulan
STANDAR	$\leq 10 \%$

LAMPIRAN FORMULIR	Formulir pemantauan tulisan pada resep tidak terbaca
PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi farmasi
PUBLIKASI DATA	(1) Laporan Triwulan Mutu unit (2) Rapat pembahasan pencapaian Mutu 3 bulan sekali (3) <i>Feedback</i> dari direktur RS melalui SiBaSi

11. Kejadian Kesalahan Penyerahan Obat

JUDUL INDIKATOR	Kejadian kesalahan penyerahan obat
DEFINISI OPERASIONAL	Jumlah kejadian kesalahan dalam penyerahan obat pasien oleh petugas
TUJUAN	Memantau angka kejadian medication error karena kesalahan dalam menyerahkan obat
DIMENSI MUTU	Keselamatan Pasien
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	PerMenKes No 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien
NUMERATOR	Jumlah kejadian kesalahan dalam penyerahan obat pasien
DENOMINATOR	-
FORMULA PENGUKURAN	Numerator
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	Retropeksi
INKLUSI	Resepobat di RWJ
EKSKLUSI	Resepobat RWI
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
FREKUENSI ANALISA DATA	3 bulan
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart
SUMBER DATA	Laporan IKP
TIPE INDIKATOR	Proses dan Outcome
AREA MONITORING	Instalasi farmasi
SAMPEL	Seluruh kegiatan penyerahan obat ke pasien di RWJ
STANDAR	0
LAMPIRAN FORMULIR	Formulir Insiden Report
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPULAN DATA	Kepala Instalasi farmasi
PUBLIKASI DATA	(1) Laporan Triwulan Mutu unit (2) Rapat pembahasan pencapaian Mutu 3 bulan sekali (3) <i>Feedback</i> dari direktur RS melalui SiBaSi

12. Persentase Resep pasien Onkologi yang di Tebus Di RS

JUDUL INDIKATOR	Persentase resep pasien Onkologi yang di tebus di RS
DEFINISI OPERASIONAL	Persentase jumlah resep pasien Onkologi yang ditebus di Instalasi Farmasi dalam 1 bulan
TUJUAN	Tergambarnya kinerja Instalasi Farmasi dalam pelayanan dan ketersediaan obat
DIMENSI MUTU	Efektif dan efisien
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Masih adanya resep pasien UGD yang tidak ditebus ke Instalasi Farmasi
NUMERATOR	Σ resep pasien Onkologi yang ditebus ke Instalasi Farmasi
DENOMINATOR	Σ seluruh jumlah resep pasien Onkologi yang diberikan oleh DPJP dalam 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	Retrospektif
INKLUSI	Resepobat di poliklinik dan IGD
EKSKLUSI	-
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
FREKUENSI ANALISA DATA	3 bulan
METODOLOGI ANALISA DATA	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart
SUMBER DATA	Data Instalasi Farmasi , Poliklinik dan IGD
TIPE INDIKATOR	Proses dan Outcome
AREA MONITORING	Instalasi farmasi
SAMPEL	Data jumlah resep dicatat secara harian dari data Poliklinik dan IGD untuk pasien yang mendapat resep
STANDAR	100%
LAMPIRAN FORMULIR	Formulir pemantauan resepobat RWJ
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	Kepala Instalasi farmasi
PUBLIKASI DATA	(1) Laporan Triwulan Mutu unit (2) Rapat pembahasan pencapaian Mutu 3 bulan sekali (3) <i>Feedback</i> dari direktur RS melalui SIBASI

13. Persentase Nilai Persediaan Obat / Sediaan Farmasi di Instalasi Farmasi

JUDUL INDIKATOR	Persentase nilai persediaan obat / sediaan farmasi di Instalasi Farmasi
DEFINISI OPERASIONAL	Persentase nilai rata-rata persediaan obat/sediaan farmasi di Instalasi Farmasi per hari dalam 1 TW dibandingkan dengan pendapatan farmasi seluruh RS rata-rata per bulan dalam 1 TW a. Nilai persediaan obat/sediaan farmasi reguler b. Nilai persediaan obat/sediaan farmasi JKN c. Nilai persediaan obat/sediaan farmasi Inhealth
TUJUAN	Tergambarnya pengelolaan perbekalan farmasi yang efektif dan efisien di Instalasi Farmasi
DIMENSI MUTU	Efisiensi dan efektifitas
ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Memantau perbekalan farmasi di Instalasi Farmasi
NUMERATOR	a) Nilai rata-rata persediaan obat/sediaan farmasi reguler per hari dalam 1 bulan b) Nilai rata-rata persediaan obat/sediaan farmasi JKN per hari dalam 1 bulan c) Nilai rata-rata persediaan obat/sediaan farmasi Inhealth per hari dalam 1 bulan
DENOMINATOR	a. Rata-rata Pendapatan farmasi reguler seluruh RS per bulan dalam 1 bulan b. Rata-rata Pendapatan farmasi JKN seluruh RS per bulan dalam 1 TW c. Rata-rata Pendapatan farmasi reguler seluruh RS per bulan dalam 1 TW
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	Retrospektif
INKLUSI	-
EKSKLUSI	-
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
FREKUENSI ANALISA DATA	3 bulan
METODOLOGI ANALISA DATA	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart
SUMBER DATA	Data Instalasi Farmasi dan Data Bagian Keuangan
TIPE INDIKATOR	Proses dan Outcome
AREA MONITORING	Instalasi farmasi

SAMPEL	Nilai persediaan farmasi (termasuk vaksin) yang tersedia di Instalasi Farmasi dan depo/ satelit farmasi
STANDAR	< 15%
LAMPIRAN FORMULIR	Formulir pemantauan persediaan obat
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	Kepala Instalasi farmasi
PUBLIKASI DATA	(1) Laporan Triwulan Mutu unit (2) Rapat pembahasan pencapaian Mutu 3 bulan sekali (3) <i>Feedback</i> dari direktur RS melalui SiBiSi

14. Persentase Pelaksanaan Obat UDD

JUDUL INDIKATOR	Persentase pelaksanaan obat UDD
DEFINISI OPERASIONAL	Persentase jumlah pemberian obat secara UDD di bandingkan dengan jumlah pemberian obat ke pasien dalam 1 bulan
TUJUAN	a. Tergambarnya pemberian obat RWI dalam kemasan yang siap diberikan dan sesuai waktu pemberian. b. Meminimalkan kesalahan pemberian obat.
DIMENSI MUTU	Keselamatan pasien
DASAR PEMIKIRAN/ ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Masih ditemukan kesalahan pemberian obat
NUMERATOR	Jumlah Pemberian obat secara UDD
DENUMERATOR	Jumlah Pemberian obat ke pasien dalam 1 TW
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	Retropeksi
INKLUSI	
EKSKLUSI	
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
FREKUENSI ANALISA DATA	3 bulan
METODOLOGI ANALISA DATA	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart
SUMBER DATA	Laporan Kains Farmasi
TIPE INDIKATOR	Proses dan output
AREA MONITORING	Instalasi farmasi
SAMPEL	Semua pemberian obat secara UDD
STANDAR	100%
LAMPIRAN FORMULIR	Formulir pemantauan UDD

PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	Kains Farmasi
PUBLIKASI DATA	(1) Laporan Triwulan Mutu unit (2) Rapat pembahasan pencapaian Mutu 3 bulan sekali (3) <i>Feedback</i> dari direktur RS melalui SiBaSi

15. Kesesuaian Mutu Layanan Perjanjian Kontrak Kerjasama Dengan Distributor

JUDUL INDIKATOR	Kesesuaian mutu layanan perjanjian kontrak kerjasama dengan distributor																																																			
DIMENSI OPERASIONAL	Kepatuhan distributor mengirimkan obat dan alkes sesuai dengan <i>purchase order</i> (PO) terhadap mutu layanan yaitu: 1. Kesesuaian Jenis Obat dan Alkes 2. Kesesuaian Jumlah Obat dan Alkes 3. Menjamin <i>cold chain</i> obat- obatan alkes yang dikirim hingga sampai ke Rumah Sakit Dharma Nugraha 4. Kadarluarsa obat dan alkes tidak kurang dari 2 tahun																																																			
TUJUAN	Untuk mengetahui kepatuhan distributor terhadap mutu layanan dalam perjanjian kerjasama.																																																			
DEFINISI MUTU	Efektif, efisien																																																			
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	1. Memantau kepatuhan distributor terhadap mutu layanan dalam rangka evaluasi kerjasama 2. Masih ada kejadian pengiriman obat belum sesuai SPO																																																			
NUMERATOR	Kesesuaian PO pada setiap distributor																																																			
DENUMERATOR	Jumlah <i>purchase order</i> (PO) ke distributor PKS																																																			
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$																																																			
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	<i>Concurent</i> dengan observasi langsung																																																			
INKLUSI	Distributor PKS yang ada di RS Dharma Nugraha: <table><tr><td>1</td><td>Anara Trisakti Medika</td><td>19</td><td>Globindo Mega Pratama</td></tr><tr><td>2</td><td>Antar Mutra Sembada</td><td>20</td><td>IDS Medical System</td></tr><tr><td>3</td><td>Anugrah Argon Medika</td><td>21</td><td>Indofarma Global Medika</td></tr><tr><td>4</td><td>Anugrah Parmindo Lestari</td><td>22</td><td>Kalista Prima</td></tr><tr><td>5</td><td>Bina Artha Semesta</td><td>23</td><td>Kebayoran Farma</td></tr><tr><td>6</td><td>Bina San Prima</td><td>24</td><td>Kimia Farma PT</td></tr><tr><td>7</td><td>Bintang Shafwan</td><td>25</td><td>Mensa Bina Sukses</td></tr><tr><td>8</td><td>Brataco</td><td>26</td><td>Merapi</td></tr><tr><td>9</td><td>Bumi Indah Sarana Medis</td><td>27</td><td>Millenium Pharmacon</td></tr><tr><td>10</td><td>Cipta Medika Indonesia</td><td>28</td><td>Multi Daya Medika</td></tr><tr><td>11</td><td>Dian Langgeng Pratama</td><td>29</td><td>Parit Padang</td></tr><tr><td>12</td><td>Dos Ni Roha</td><td>30</td><td>Penta Padang</td></tr></table>				1	Anara Trisakti Medika	19	Globindo Mega Pratama	2	Antar Mutra Sembada	20	IDS Medical System	3	Anugrah Argon Medika	21	Indofarma Global Medika	4	Anugrah Parmindo Lestari	22	Kalista Prima	5	Bina Artha Semesta	23	Kebayoran Farma	6	Bina San Prima	24	Kimia Farma PT	7	Bintang Shafwan	25	Mensa Bina Sukses	8	Brataco	26	Merapi	9	Bumi Indah Sarana Medis	27	Millenium Pharmacon	10	Cipta Medika Indonesia	28	Multi Daya Medika	11	Dian Langgeng Pratama	29	Parit Padang	12	Dos Ni Roha	30	Penta Padang
1	Anara Trisakti Medika	19	Globindo Mega Pratama																																																	
2	Antar Mutra Sembada	20	IDS Medical System																																																	
3	Anugrah Argon Medika	21	Indofarma Global Medika																																																	
4	Anugrah Parmindo Lestari	22	Kalista Prima																																																	
5	Bina Artha Semesta	23	Kebayoran Farma																																																	
6	Bina San Prima	24	Kimia Farma PT																																																	
7	Bintang Shafwan	25	Mensa Bina Sukses																																																	
8	Brataco	26	Merapi																																																	
9	Bumi Indah Sarana Medis	27	Millenium Pharmacon																																																	
10	Cipta Medika Indonesia	28	Multi Daya Medika																																																	
11	Dian Langgeng Pratama	29	Parit Padang																																																	
12	Dos Ni Roha	30	Penta Padang																																																	

	13	Enseval Putra Medika	31	Permata Medika Prima
	14	Era Medika	32	Rajawali
	15	Global Intra Nusa	33	Sapta Sari Pharma
	16	Setia Anugrah Medika	34	Tempo PT
	17	Surgika Alkesindo	35	United Dico Citas
	18	Revas	36	Amitya
EKLUSI	-			
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan			
FREKUENSI ANALISA DATA	3 bulan			
METODOLOGI ANALISA DATA	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart			
TIPE INDIKATOR	Proses dan Output			
AREA MONITORING	Instalasi Farmasi			
SAMPEL	Seluruh PO ke distributor dengan PKS			
STANDAR	100%			
LAMPIRAN FORMULIR	Formulir pemantauan penerimaan obat dan alkes dari distributor			
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	Kepala Instalasi Farmasi			
PUBLIKASI DATA	(1) Laporan Triwulan Indikator Area klinis (2) Rapat Pembahasan Pencapaian Mutu 3 bulan sekali (3) <i>Feedback</i> dari Direktur PT yang di informasikan melalui SiBaSi			

**PROFIL INDIKATOR MUTU
INSTALASI FISIOTERAPI**



**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 Instalasi Fisioterapi 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 Unit 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 Instalasi Fisioterapi 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. Ketepatan Identifikasi Pasien	1
2. Pemberian Edukasi Pasien Dan Keluarga Pasca Tindakan/operasi onkologi Unit Fisioterapi.....	2
3. Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Fisioterapi.....	3

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

PROFIL INDIKATOR MUTU UNIT INSTALASI FISIOTERAPI

1. Ketepatan Identifikasi Pasien Unit fisioterapi

JUDUL INDIKATOR	Ketepatan Identifikasi Pasien Unit fisioterapi
DEFINISI OPERASIONAL	Identifikasi pasien adalah proses pengecekan identitas pasien menggunakan minimal 2 identitas dari 3 identitas yang tercantum pada gelang, stiker atau pin sebelum memberikan pelayanan lainnya Pemberian atau pemakaian gelang identitas dengan mencantumkan nama lengkap, tanggal lahir dan nomro rekamedis gelang biru untuk laki-laki, gelang pink unruk pasien Perempuan, tulisan dalam cetak atau prin, posisi pemasangan menghadap kepetugas
TUJUAN	Mencegah terjadinya kesalahan pasien
DIMENSI MUTU	Keselamatan pasien
ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR/JUDUL	Pendekatan untuk memperbaiki atau meningkatkan ketelitian identifikasi pasien
NUMERATOR	Jumlah pasien fisioterapi yang di identitas dengan benar
DENUMERATOR	Jumlah seluruh pasien fisioterapi yang di identifikasi
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
INKLUSI	Semua pasien fisioterapi
SEMBER DATA(INKLUSI &EKSKLUSI	OBSERVASI
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 Bulan
PERIODE ANALISA	3 bulan
PJ PENGUMPULAN DATA	Kepala unit fisioterapi
STANDAR	100%

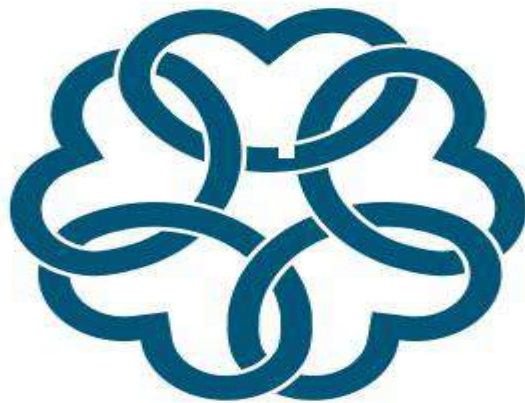
2. Pemberian Edukasi Pasien Dan Keluarga pasca tindakan/operasi onkologi Unit Fisioterapi

JUDUL INDIKATOR	Pemberian edukasi pasien dan keluarga pasca tindakan/operasi onkologi unit fisioterapi
DEFINISI OPERASIONAL	Pemberian edukasi adalah pemberian informasi mengenai tujuan dan program rehabilitasi dan informasi lain yang diperlukan oleh pasien dan keluarga selama proses asuhan maupun yang dibutuhkan setelah pasien pulang
TUJUAN	Membantu pasien dan keluarganya berpartisipasi lebih baik dalam program yang diberikan dan mendapat informasi dalam mengambil keputusan tentang asuhan yang diterimanya
DIMENSI MUTU	Efektifitas dan keselamatan
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Seluruh PPA dapat berkoordinasi dan berkolaborasi secara interprofesional dalam memberikan edukasi secara efektif
NUMERATOR	Jumlah pasien onkologi dan keluarganya yang diberikan edukasi
DENOMERATOR	Jumlah pasien onkologi yang diprogram fisioterapi
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\text{Numerator}}{\text{denominator}} \times 100\%$
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	Survey melalui random sampel
CAKUPAN DATA	Seluruh form catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) 24 jam rumah sakit dharma nugraha
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
FREKUENSI ANALISA DATA	1 bulan
SUMBER DATA	Unit Fisioterapi
STANDAR	100%
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPULAN DATA	Kepala unit fisioterapi

3. Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Fisioterapi

JUDUL INDIKATOR	Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Fisioterapi
DEFINISI OPERASIONAL	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
TUJUAN	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
DIMENSI MUTU	Kesinambungan Pelayanan dan efektivitas
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	<ul style="list-style-type: none"> a. PMK-RI no 30 tahun 2022 tentang indikator nasional mutu pelayanan Kesehatan tempat praktik mandiri dokter dan dokter gigi, klinik, pusat esehatan Masyarakat, rumah saakit, laboratorium Kesehatan, dan unit transfusi darah b. Peraturan Menteri Kesehatan RI no 65 tahun 2015 tentang standar pelayanan fisioterapi.
NUMERATOR	Jumlah pasien yang drop out dalam 1 bulan
DENUMERATOR	Jumlah pasien yang di programkan rehoblitasi medik dalam 1 bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{N}{D} \times 100\%$
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	Retropeksi
INKLUSI	Semua pasien yang deprogram yang dating berulang minimal 2 kali dalam 1 bulan
EKSKLUSI	Pasien yang dating 1 kali dalam sebulan
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	3 bulan
FREKUENSI ANALISA DATA	6 bulan
METODOLOGI ANALISA DATA	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart
SUMBER DATA	Rekam medis
STANDAR	$\leq 50\%$
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	Kepala unit fisioterapi

**PROFIL INDIKATOR MUTU
INSTALASI KAMAR BEDAH**



**Dharma
Nugraha
Hospital**
Est.1996

RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA

TAHUN 2023

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmatnya sehingga Profil Indikator Mutu Instalasi Kamar Bedah 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 Unit 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 Unit Kamar Bedah 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.	Monitor tatalaksana penandaan operasi.....	1
2	Kepatuhan cuci tangan SDM kamar operasi	1
3	Kepatuhan penggunaan APD kamar operasi	2
4	Monitoring dokumen pelaksanaan tindakan anestesi	3
5	Kelengkapan pengkajian asesmen medis pra-bedah.....	5
6	Kelengkapan pengisian formulir surgical checklis keselamatan operasi.....	7
7	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi.....	8
8	Kepatuhan melaksanakan asesmen pra sedasi dan pra anestesi.....	9
9	Kepatuhan pengisian laporan operasi dan persetujuan Tindakan kedokteran dan anestesi	10
10	Respon time operator/anestesi operasi elektif	11

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

PROFIL INDIKATOR MUTU KAMAR BEDAH

1.	Nama Indikator	Monitor tatalaksana penandaan operasi
	Definisi operasional	Prosedur penandaan lokasi sebelum pasien dilakukan tindakan pembedahan termasuk insisi, multiple, struktur dan multiple level oleh operator yang akan melakukan tindakan pembedahan /invasif
	Tujuan	Ketetapan lokasi operasi
	Dimensi mutu	Keselamatan
	Dasar pemikiran/alasan pemilihan indikator	Keselamatan
	Numerator	Jumlah pasien yang dilakukan site marking dalam pelayanan operasi
	Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi
	Formula pengukuran	Jumlah pasien yang dilakukan site marking dalam pelayanan operasi dibagi jumlah pasien yang dioperasi dikali 100%
	Metodologi pengumpulan data	Tiap Hari
	Cakupan data (total atau simple)	Total
	Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
	Frekuensi analisa data	Triwulan
	Nilai ambang / setandar	100%
	Metodologi analisa data	Bar Diagram
	Sumber sata/area monitoring	Rekam medik
	PJ pengumpul data	PIC OK
	Publikasi data	Internal
2.	Nama Indikator	kepatuhan cuci tangan SDM (Dokter, Perawat, Bidan) kamar operasi
	Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
	Tujuan	1. Mengetahui tingkat kepatuhan cuci tangan petugas 2. Meningkatkan kepatuhan cuci tangan petugas
	Definisi Operasional	•Kepatuhan yang dilakukan oleh petugas untuk melaksanakan cuci tangan berdasarkan 6 langkah cuci

		tangan
	Frekuensi pengumpulan data	1 bulan sekali
	Periode analisa	3 bulan sekali
	Numerator	Jumlah SDM yang melakukan cuci tangan 6 langkah dan 5 moment
	Denominator	Jumlah SDM yang melakukan cuci tangan
	Sumber data	Formulir surveilans harian PPI
	Standar	>85%
	Penanggung jawab pengumpulan data	IPCN/Tim PPI RS
3.	Nama Indikator	Kepatuhan penggunaan APD kamar operasi
	Dimensi mutu	Keselamatan
	Tujuan	Tergambarnya kepatuhan terhadap keselamatan dan kecelakaan kerja
	Definisi Operasional	Alat terstandar yang di gunakan untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien, atau pengunjung dari penularan penyakit
	Frekuensi pengumpulan data	1 bulan sekali
	Periode analisa	3 bulan sekali
	Numerator	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam satu bulan
	Denominator	Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam satu bulan
	Sumber data	Formulir surveilans harian
	Standar	100%
	Penanggung jawab pengumpulan data	IPCN/Tim PPI RS
4.	Nama Indikator	Monitoring dokumen pelaksanaan tindakan anestesi
	Definisi operasional	Pencatatan pada rekam medik oleh dokter anestesi selama proses motoring anestesi
	Tujuan	Untuk menghindari terjadinya kejadian yang tidak di harapkan selama proses anestesi
	Dimensi mutu	kesinambungan
	Dasar pemikiran/ alasan pemilihan indikator	Sedasi dan anestesi adalah proses kompleks, sehingga harus di integrasikan ke dalam rencana asuhan dan membutuhkan motoring pasien terus menerus
	Numerator	Jumlah status anestesi yang terisi lengkap
	Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan anestesi
	Formula pengukuran	Jumlah status anestesi yang terisi lengkap dibagi jumlah pasien yang dilakukan anestesi dikali 100%
	Metodologi pengumpulan data	Tiap hari
	Cakupan data	total
	Frekuensi pengumpulan data	Bulanan

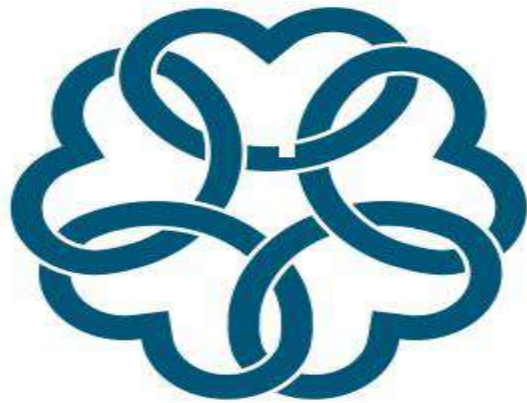
	Frekuensi analisa data	Triwulan
	Nilai ambang /setandar	100%
	Metodologi analisa data	Line chart
	Sumber data/area motoring	Rekam medik
	PJ pengumpulan data	PIC OK
	Publikasi data	Internal
5.	Nama Indikator	Kelengkapan pengkajian asesmen medis pra-bedah
	Definisi operasional	Pelaksanaan asesmen pasien pra bedah adalah : dilaksakan asesmen pra bedah oleh DPJP bedah sebelum pasien direncanakan untuk pembedahan
	Tujuan	1. Mengusahakan pasien dalam kondisi optimal pada saat menjalani tindakan bedah 2. Mengurangi angka kematian selama tindakan bedah
	Dimensi mutu	Kesinambungan
	Dasar pemikiran / alasan pemilihan indikator	Karena salah satu syarat dalam melakukan pelayanan pra bedah adalah adanya pencatatan asesmen bedah pada catatan medik
	Numerator	Jumlah pasien yang asesmennya lengkap sebelum direncanakan prosedur pembedahan dikamar operasi selama satu bulan
	Denominator	Jumlah seluruh pasien yang direncanakan prosedur bedah dikamar operasi dalam satu bulan
	Formula pengukuran	Jumlah pasien yang asesmennya lengkap sebelum direncanakan prosedur pembedahan dikamar operasi selama satu bulan dibagi jumlah seluruh pasien yang direnkan prosedur bedah kamar operasi dalam satu bulan dikali 100%
	Metodologi pengumpulan data	Tiap hari
	Cakupan data	Total
	Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
	Frekuensi analisa data	triwulan
	Nilai ambang / standar	90%
	Metodologi analisa data	Line chart
	Sumber data/area motoring	Rekam medik
	PJ pengumpulan data	PIC OK
	Publikasi data	Internal
6.	Nama indikator	Kelengkapan pengisian formulir surgical checklis keselamatan operasi
	Definisi Operasional	Penerapan keselamatan operasi (POK) asalah pengisian cheklis keselamatan operasi pada from yang dilakukan oleh petugas meliputi : 1. Tahapan sign-in

		<p>Di lakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter bedah</p> <p>2. Tahapan Time-out Dilakukan sebelum insisi kulit, disi oleh perawat, dokter anestesi dan operator</p> <p>3. Tahapan Sign-out Dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator</p> <p>Kriteria : sesuai kriteria WHO</p>
	Kriteria inklusi	Operasi yang dilakukan di ruang OK
	Sumber data	Catatan data pasien operasi
	Tipe indikator	Proses
	Area monitoring	Kamar operasi
	Frekuensi	Bulanan
	Numerator	Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi yang telah diisi lengkap cheklis keselamatan pasiennya sesuai tahapan oleh petugas tertentu disertai tandatangan dan penulisan jam pengisian
	Denominator	Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi
	Standar	100%
7.	Nama indikator	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
	Dimensi mutu	Keselamatan pasien
	Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah terhadap keselamatan pasien
	Definisi operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana saat di operasi ada pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan ternyata yang di lakukan operasi adalah sisi kiri atau sebaliknya,
	Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
	Periode analisa	1 bulan dan sentinel event
	Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
	denominator	Jumlah pasien yng dioperasi dalam waktu satu bulan
	Sumber data	Rekam medik,laporan keselamatan pasien
8	Nama indikator	Kepatuhan melaksanakan asesmen pra sedasi dan pra anestesi
	Dasar pemikiran	<p>1. Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien</p> <p>2. Keputusan menteri kesehatan republik indonesia</p>

		nomor HK02.02/MENKES/251/2015 tentang pedoman nasional pelayanan kedokteran anestesiologi dan terapi intensif
	Dimensi mutu	Keselamatan
	Tujuan	Terwujudnya keselamatan pasien dengan melakukan prosedur asesmen pra anestesi dan pra sedasi sehingga perencanaan tindakan anestesi dan sedasi dapat dilaksanakan dengan baik
	Definisi operasional	Asesmen atau penilaian yang dilakukan terhadap fungsi vital pasien sebelum tindakan anestesi dan sedasi
	Jenis indikator	Proses
	Numerator	Jumlah pasien yang dilakukan asesmen pra anestesi dan pra sedasi
	Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan anestesi
	Target pencapaian	100%
	Kriteria inklusi	Pasien yang setuju dilakukan tindakan anestesi
	Eksklusi	Pasien yang tidak setuju dilakukan tindakan anestesi
	Sumber data	Rekam medis
	Frekuensi data	1 bulan
	Periode analisa	3 bulan
	Pengumpulan data	Concurrent
	Rencana analisa data	Menggunakan diagram garis atau diagram batang: - diagram garis digunakan untuk menampilkan data dari waktu ke waktu
	Instrumen pengambilan data	1. Formulir sensus harian 2. Formulir rekap bulanan
	Penanggung jawab	Kepala instalasi anestesi dan terapi intensif
9	Nama indikator	Kepatuhan pengisian laporan operasi dan persetujuan Tindakan kedokteran dan anestesi
	Dimensi mutu	Keamanan, kesinambungan
	Tujuan	Tergambarnya kelengkapan pengisian laporan operasi dan persetujuan tindakan pembedahan / kedokteran dan anestesi
	Definisi operasional	Kelengkapan pengisian laporan operasi dan persetujuan tindakan pembedahan / kedokteran dan anestesi
	Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
	Periode analisa	3 bulan
	Numerator	Jumlah form laporan operasi dan persetujuan tindakan pembedahan dan anestesi yang terisi lengkap dalam 1

		bulan
	Denominator	Jumlah seluruh laporan operasidan persetujuan tindakan pembedahan dan anestesi dalam 1 bulan
	Sumber data	Rekam medis
	Standar	100%
	Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi kamar operasi
10	Nama indikator	Respon time operator/anestesi operasi elektif ≥ 60 menit
	Dimensi mutu	Kedisipinan, keselamatan
	Tujuan	Tergambarkannya ketetapan operator dan dokter anestesi dalam melakukan tindakan operasi yang sifatnya elektif atau direncanakan
	Definisi operasional	Respon time operator dan dokter anestesi dalam melakukan operasi elektif adalah waktu tanggap operator dan dokter anestesi dalam melakukan tindakan operasi elektif
	Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
	Periode analisis	1 bulan
	Numerator	Jumlah total angka keterlambatan operasi elektif dalam satu bulan
	Denominator	Jumlah total operasi elektf dalam satu bulan
	Sumber data	Buku laporan operasi
	Standar	< 5%
	Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah

PROFIL INDIKATOR MUTU
UNIT KEBIDANAN



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 unit Kebidanan 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 Unit Kebidanan 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 Unit Kebidanan 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. Ketetapan Identifikasi bayi baru lahir.....	1
2. Kelengkapan Pengkajian Awal Kebidanan Dalam 24 jam.....	2
3. Kepatuhan Penggunaan APD Di Kamar Bersalin	3
4. Bukti kelengkapan komunikasi efektif melalui telephone	3
5. Pelaksanaan IMD Pada Bayi Baru Lahir	4
6. Angka Ketepatan Waktu Tunggu Operasi SC Emergensi < 30 Menit.....	4
7. Kepatuhan cuci tangan SDM Kebidanan (perawat, bidan, dan dokter)	5

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

PROFIL INDIKATOR MUTU UNIT KEBIDANAN RSDN

1. Ketetapan Identifikasi bayi baru lahir (BBL)

Judul	Ketepatan identifikasi Bayi Baru Lahir (BBL)
Ruang lingkup	Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien dan focus pada pasien
Tipe Indikator	Outcome
Tujuan	Tergambarnya penerapan identifikasi pasien
Definisi Operasional	<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"> 1. Pemberian obat 2. Pemberian pengobatan termasuk nutrisi 3. Pemberian darah dan produk darah 4. Pengambilan specimen 5. Sebelum melakukan tindakan diagnostik / therapeutic. <p>Proporsi pasien bersalin yang teridentifikasi dengan benar dengan elemen sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi verbal dilakukan dengan cara : Petugas meminta pasien menyebutkan data nama dan tanggal

	<p>lahir kemudian cocok dengan gelang identitas pasien</p> <p>2. 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</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan
Nomerator	Jumlah pasien Bayi Baru Lahir (BBL) yang terpasang gelang identitas dengan benar selama 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh Bayi Baru Lahir (BBL) dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	PJ Kebidanan

2. Kelengkapan Pengkajian Awal Kebidanan Dalam 24 jam

Judul	Kelengkapan Pengkajian Awal Kebidanan Dalam 24 jam
Ruang lingkup	Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Kestinambungan
Tipe Indikator	Struktur, proses, hasil
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam melengkapi informasi berkaitan dengan pasien kebidanan di form asesmen awal kebidanan dalam 24 jam
Definisi Operasional	Kelengkapan pengisian form asesmen awal Kebidanan dalam 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Harian
Periode Analisa	Tiap Bulan
Nomerator	Jumlah asesmen awal Kebidanan yang terisi lengkap dalam waktu 24 jam
Denominator	Total pasien kebidanan yang masuk kamar bersalin/VK
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	PJ Kebidanan

3. Kepatuhan Penggunaan APD Di Kamar Bersalin

Judul	Kepatuhan Penggunaan APD Di Kamar Bersalin
Ruang lingkup	Instalasi gawat darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tipe Indikator	Struktur, proses, hasil
Tujuan	Tergambarnya kepatuhan terhadap keselamatan dan kecelakaan kerja
Definisi Operasional	Alat terstandar yang di gunakan untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien, atau pengunjung dari penularan penyakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan sekali
Periode Analisa	3 bulan sekali
Nomerator	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam satu bulan
Sumber Data	Formulir surveilens harian
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	IPCN, PJ Kebidanan

4. Bukti kelengkapan komunikasi efektif melalui telephone

Judul	Bukti kelengkapan komunikasi efektif melalui telephone
Ruang lingkup	Unit Kebidanan
Dimensi Mutu	Kelangsungan Pelayanan Yang Aman
Tipe Indikator	Struktur, proses, hasil
Tujuan	Meningkatkan komunikasi efektif menggunakan metode SBAR dan CABAK pada saat dilakukan komunikasi verbal dimana komunikasi pelayanan secara tertulis tidak dapat dilakukan
Definisi Operasional	Proporsi komunikasi efektif menggunakan metode SBAR dan CABAK secara benar. Dengan elemen pemberi perintah pelayanan melakukan konfirmasi langsung dengan

	memberikan tanda tangan dalam waktu 1 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan
Nomerator	Jumlah pasien yang disampling yang melakukan komunikasi verbal dengan metode SBAR dan CABAK secara benar
Denominator	Jumlah staf yang disampling yang melakukan komunikasi verbal dengan metode SBAR dan TBAK
Sumber Data	Rekam medis
Standar	> 90%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	PJ Kebidanan

5. Pelaksanaan IMD Pada Bayi Baru Lahir

Judul	Pelaksanaan IMD Pada Bayi Baru Lahir
Ruang lingkup	Unit Kebidanan
Dimensi Mutu	Efisien ,efektivitas dan keselamatan
Tipe Indikator	Struktur, proses, hasil
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam mengenalkan IMD
Definisi Operasional	IMD adalah suatu tindakan memberikan kesempatan kepada bayi untuk dapat langsung menghisap puting susu ibunya selama 1 jam pertama kehidupan awal bayi.
Frekuensi Pengumpulan Data	Triwulan
Periode Analisa	Triwulan
Nomerator	Jumlah pelaksanaan IMD pada Bayi Baru Lahir
Denominator	Jumlah seluruh partus normal dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	PJ Kebidanan

6. Angka Ketepatan Waktu Tunggu Operasi SC Emergensi < 30 Menit

Judul	Angka Ketepatan Waktu Tunggu Operasi SC Emergensi < 30 Menit
Ruang lingkup	Manajemen Kebidanan
Dimensi Mutu	Efisien, keselamatan pasien dan efektivitas
Tipe Indikator	Proses

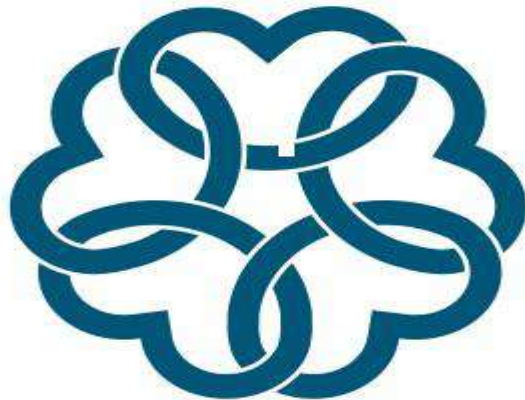
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani SC Emergency < 30 menit
Definisi Operasional	SC emergency adalah suatu tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal yang harus dilakukan setelah diputuskan oleh dokter DPJP < 30 menit setelah diputuskan SC
Frekuensi Pengumpulan Data	Triwulan
Periode Analisa	Triwulan
Nomerator	Jumlah persalinan SC emergency < 30 menit
Denominator	Jumlah seluruh persalinan SC dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≥ 80%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	PJ Kebidanan

7. Kepatuhan cuci tangan SDM Kebidanan (perawat, bidan, dan dokter)

JUDUL INDIKATOR	Kepatuhan SDM Kebidanan (perawat, bidan, dan dokter) dalam melakukan cuci tangan sebelum kontak dengan pasien
DEFINISI OPERASIONAL	<p>Kepatuhan SDM (perawat, bidan, dan dokter) dalam melakukan cuci tangan dengan menggunakan handrub atau handwash sebelum dan sesudah kontak dengan pasien menggunakan 6 langkah.</p> <p>Kebersihan tangan (hand hygiene) adalah segala usaha yang dilakukan untuk membersihkan kotoran secara kasat mata terlihat dan pengangkatan dengan menggunakan sabun dan air mengalir/handwash atau dengan cairan berbasis alkohol/handrub dalam 6 langkah (WHO,2009)</p> <p>6 langkah Teknik melakukan kebersihan tangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ratakan dan gosokan sabun dengan kedua tangan 2. Gosok punggung dan sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya 3. Gosok kedua telapak tangan dan sela jari 4. Jari jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci 5. Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggam tangan kanan dan lakukan sebaliknya 6. Gosokan dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya
TUJUAN	Untuk mencegah penyebaran penyakit melalui kontak langsung antara pasien maupun dari pasien ke petugas kesehatan
DIMENSI MUTU	Utamakan keselamatan pasien dan petugas pelayanan
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan petugas dalam mencuci tangan akan menurunkan resiko penularan kepada pasien 2. Permenkes no.11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien

NUMERATOR	Jumlah SDM yang melakukakn cuci tangan 6 langkah dan 5 moment
DENUMERATOR	Jumlah SDM yang melakukakn cuci tangan
FORMULA PENGUKURAN	$N/D \times 100\%$
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	Observasi langsung
INKLUSI	Semua peluang cuci tangan
EKSKLUSI	-
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1Bulan
FREKUENSI ANALISA DATA	3 Bulan
METODOLOGI ANALISA DATA	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart
SUMBER DATA	Catatan data dan pengamatan kebersihan tangan disemua unit pelayana pasien
TIPE INDIKATOR	Proses & Outcome
AREA MONITORING	Ruang Kebidanan
SAMPEL	Semua peluang kebersihan tangan
STANDAR	> 85%
LAMPIRAN FORMULIR	Formulir monitoring kebersihan tangan (hand hygiene)
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	IPCN
PUBLIKASI DATA	(1) Laporan triwulan indikator mutu unit (2) Rapat pembahasan pencapaian mutu 1 bulan sekali Feedblack dari direktur RS yang diinformasikan

**PROFIL INDIKATOR MUTU
INSTALASI LABORATORIUM**



**Dharma
Nugraha
Hospital**
Est.1996

**RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
TAHUN 2023**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmatnya sehingga Profil Indikator Mutu Instalasi Laboratorium 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 Unit 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 Unit 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. Angka Ketepatan Waktu Tunggu (TAT) Hasil Pelayanan Laboratorium Rawat Jalan ≤60 menit	1
2 Waktu Lapor Hasil Test Nilai Kritis ≤ 30 menit.....	1
3 Kelengkapan Identitas Pasien / Sampel.....	2
4 Kepatuhan Cuci Tangan.....	3
5 Angka Kerusakan Sampel Darah	5
6 Angka Kejadian Salah Input	5
7 Angka Kejadian Tertusuk Jarum	6
8 Kelengkapan identifikasi pasien	6

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

PROFIL INDIKATOR MUTU LABORATORIUM

1.	Nama Indikator	Angka Ketepatan Waktu Tunggu (TAT) Hasil Pelayanan Laboratorium Darah Rutin $1 \leq 60$ menit
	Dasar Pemikiran	KepMenkes No.129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal
	Dimensi Mutu	Efektifitas, Kesenambungan Pelayanan dan Efisiensi
	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium rawat jalan
	Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> •Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium Darah Rutin •Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan hasil siap diserahkan
	Jenis Indikator	Proses
	Satuan Pengukuran	Prosentase
	Numerator	Jumlah pasien dengan waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium darah rutin $1 \leq 60$ menit yang disurvei dalam 1 bulan
	Denominator	Jumlah seluruh pasien pelayanan laboratorium darah rutin 1 dalam 1 bulan
	Target Pencapaian	$> 90 \%$
	Kriteria	a.Inklusi : pasien rawat jalan yang diperiksa darah rutin b.Eksklusi : -
	Formula	$(\text{Numerator} : \text{Denominator}) \times 100\%$
	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
	Sumber Data	Data Primer, Print out TAT hasil pelayanan laboratorium rawat jalan
	Frekuensi Pengumpulan Data	Harian
	Penyajian Data	Diagram batang
	Periode Pelaporan Data	Bulanan
	Periode Analisa	Triwulan
	Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Laboratorium
2.	Nama Indikator	Waktu Lapor Hasil Test Nilai Kritis ≤ 30 menit
	Dasar Pemikiran	•Undang- Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah

		<p>Sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> •Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
	Dimensi Mutu	<p>1.Keselamatan</p> <p>2.Fokus kepada pasien</p> <p>3.Kesinambungan</p>
	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
	Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> •Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera •Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter / analis yang diberi kewenangan hingga petugas melaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan. •Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan < 30 menit
	Jenis Indikator	Proses
	Satuan Pengukuran	Prosentase
	Numerator	Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan ≤ 30 menit
	Denominator	Jumlah hasil kritis yang di survey
	Target Pencapaian	100 %
	Kriteria	<p>a.Inklusi : -</p> <p>b.Eksklusi : Semua hasil pemeriksaan laboratorium yang tidak kritis</p>
	Formula	$(\text{Numerator} : \text{Denominator}) \times 100 \%$
	Metode Pengumpulan Data	Concurrent
	Sumber Data	<ul style="list-style-type: none"> •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
3.	Nama Indikator	Kelengkapan Identitas Pasien / Sampel
	Dasar Pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> •Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit •Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
	Dimensi Mutu	Keamanan, Keselamatan
	Tujuan	Menjamin kelengkapan identitas setiap pasien / sampel yang akan diperiksa

	Definisi Operasional	<p>•Identitas pasien / sampel minimal meliputi :</p> <p>Klinis :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanggal permintaan 2. Tanggal dan jam pengambilan specimen 3. Identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin, alamat / ruang, nomor Rekam Medik 4. Identitas pengirim (nama, alamat, nomor telepon) 5. Nomor laboaratorium 6. Diagnosa / keterangan klinis 7. Pemeriksaan laboratorium yang diminta 8. Jenis specimen 9. Volume specimen 10. Nama pengambil specimen <p>Non Klinis / Lingkungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Nama pengirim 12. Nomor registrasi / sampel 13. Sumber 14. Jenis 15. Waktu / tanggal & jam pengambilan atau penerimaan <p>•Identitas pasien / sampel disebut lengkap jika semua Komponen identitas pasien / sampel terpenuhi</p>
	Jenis Indikator	Proses
	Satuan Pengukuran	Prosentase
	Numerator	Jumlah pasien / sampel dengan identitas yang lengkap
	Denominator	Jumlah seluruh pasien / sampel yang diamati
	Target Pencapaian	100 %
	Kriteria	a.Inklusi : seluruh formulir identitas b.Eksklusi : -
	Formula	$(\text{Numerator} : \text{Denominator}) \times 100 \%$
	Metode Pengumpulan Data	Survey harian
	Sumber Data	Data Primer
	Frekuensi Pengumpulan Data	Harian
	Periode Pelaporan Data	Bulanan
	Periode Analisa	Triwulan
	Penyajian Data	Diagram batang
	Penanggung Jawab	Bagian yang bertanggung jawab terhadap pendaftaran dan PPC
4.	Nama Indikator	Kepatuhan Cuci Tangan SDM Laboratorium
	Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1.Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien 2.Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan

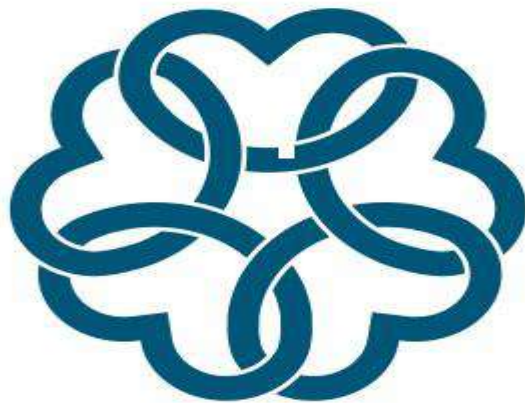
		<p>dan Pengendalian infeksi di Fasyankes</p> <p>3.Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease 2019 (Covid -19)</p> <p>4.Laboratorium kesehatan harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai ketentuan WHO</p>
	Dimensi Mutu	Keselamatan
	Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien / pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan
	Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan jelas kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alcohol (alcohol based handrubs) bila tangan tidak tampak kotor. 2. Kebersihan tangan dilakukan dengan 5 indikasi (Five moments) menurut WHO 3. Kebersihan tangan dilakukan dengan cara 6 langkah menurut WHO 4. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan terhadap petugas yang melakukan kebersihan tangan sesuai dengan indikasi yang terdiri dari : <ul style="list-style-type: none"> - Sebelum kontak dengan pasien - Sesudah kontak dengan pasien - Sesudah kontak dengan cairan tubuh pasien - Sesudah kontak dengan lingkungan pasien - Sebelum melakukan tindakan aseptik
	Jenis Indikator	Proses
	Satuan Pengukuran	Prosentase
	Numerator	Jumlah petugas lab yang mencuci tangan sesuai standar
	Denominator	Jumlah seluruh petugas lab yang mencuci tangan
	Target Pencapaian	100 %
	Kriteria	<p>a.Inklusi : semua petugas yang bersentuhan dengan pasien</p> <p>b.Eksklusi : metodologi survey melalui total sampel, data analisa selama 1 bulan</p>
	Formula	$(\text{Numerator} : \text{Denominator}) \times 100 \%$
	Metode Pengumpulan Data	Survey harian
	Sumber Data	Data primer
	Frekuensi Pengumpulan Data	Harian
	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
	Periode Analisa	Triwulan

	Penyajian Data	Diagram batang
	Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Laboratorium
5.	Nama Indikator	Kelayakan Sampel Darah
	Dasar Pemikiran	Sampel yang layak pakai artinya yang tidak mengalami kerusakan, seperti lisis, terdapat bekuan, dll. Yang dapat mempengaruhi hasil
	Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
	Tujuan	Tergambarnya kelayakan sampel darah di Instalasi Laboratorium
	Definisi Operasional	Sampel darah yang tidak layak meliputi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Sampel darah lisis 2. Sampel darah mengalami pembekuan yang tidak diharapkan 3. Sampel darah mengalami kesalahan dalam memberikan anti koagulan
	Jenis Indikator	Proses
	Satuan Pengukuran	Prosentase
	Numerator	Jumlah sampel darah disurvey yang mengalami kerusakan
	Denominator	Jumlah seluruh sampel darah yang disurvey
	Target Pencapaian	0 %
	Kriteria	a.Inklusi : seluruh sampel darah yang disurvey b.Eksklusi : -
	Formula	$(\text{Numerator} : \text{Denominator}) \times 100 \%$
	Metode Pengumpulan Data	Survey
	Sumber Data	Data Primer
	Frekuensi Pengumpulan Data	Harian
	Frekuensi Pelaporan	Bulanan
	Frekuensi Analisa	Triwulan
	Penyajian Data	Diagram batang
	Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Laboratorium
6	Nama Indikator	Angka Kejadian Salah Input
	Dasar Pemikiran	Kesalahan input hasil mempengaruhi keselamatan pasien dikarenakan salah penanganan atau terapi.
	Dimensi Mutu	Keselamatan
	Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
	Definisi Operasional	Ketidak telitian petugas dalam menginput hasil
	Jenis Indikator	Output
	Satuan Pengukuran	Prosentase
	Numerator	Jumlah pasien dengan salah input hasil dalam 1 bulan
	Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa dalam 1 bulan
	Target pencapaian	0 %
	Kriteria	a. Inklusi : seluruh hasil laboratorium yang keluar

		b. Eksklusi : -
	Formula	(Numerator : Denominator) x 100%
	Metode Pengumpulan	Survey Harian
	Sumber Data	Data Primer
	Frekuensi Pengumpulan Data	Harian
	Frekuensi Pelaporan	Bulanan
	Frekuensi Analisa	Triwulanan
	Penyajian Data	Diagram Batang
	Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Laboratorium
7	Nama Indikator	Angka Kejadian Tertusuk Jarum
	Dasar Pemikiran	Tidak terjadinya kejadian tertusuk jarum pada tenaga laboratorium
	Dimensi Mutu	Keselamatan
	Tujuan	Menggambarkan kepatuhan petugas terhadap prosedur dan ketersediaan fasilitas yang aman
	Definisi Operasional	Terpaparnya cairan tubuh (orang lain / pasien)pada tubuh petugas kesehatan yang terjadi selama melakukan pekerjaannya, melalui jarum suntik atau instrumen tajam
	Jenis Indikator	Proses
	Satuan Pengukuran	Prosentase
	Numerator	Jumlah kejadian analis / tenaga kesehatan yang tertusuk jarum
	Denominator	Jumlah sampling yang berhubungan dengan jarum
	Target Pencapaian	0 %
	Kriteria	a. Inklusi : seluruh sampling yang berhubungan dengan jarum b. Eksklusi : -
	Formula	(Numerator : Denominator) x 100 %
	Metode Pengumpulan	Survey Harian
	Sumber Data	Data Primer
	Frekuensi Pengambilan Data	Survey harian
	Frekuensi Pelaporan	Bulanan
	Frekuensi Analisa	Triwulanan
	Penyajian Data	Diagram Batang
	Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Laboratorium
8	Nama Indikator	Penggunaan seluruh kantong darah yang diminta
	Dasar pemikiran	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
	Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
	Tujuan	Tergambarnya kemampuan pelayanan darah di rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
	Definisi Operasional	Produk darah adalah semua bahan terapeutik yang

		dibuat dari darah manusia. Produk darah yang dipesan adalah produk darah yang telah di crossmatch oleh petugas.
	Jenis Indikator	Proses
	Satuan Pengukuran	Prosentase
	Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
	Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam satu bulan tersebut
	Target pencapaian	100%
	Kriteria	a. Inklusi : seluruh darah yang dipesan b. Eksklusi : -
	Formula	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan dibagi jumlah seluruh permintaan darah dalam satu bulan x 100%
	Metode Pengumpulan	Survey Bulanan
	Sumber Data	Data Primer
	Frekuensi Pengambilan Data	Bulanan
	Frekuensi Pelaporan	Bulanan
	Frekuensi Analisa	Triwulanan
	Penyajian Data	Diagram Batang
	Penanggung Jawab	Kepala Pelayanan Laboratorium

**PROFIL INDIKATOR
MUTU HOSPITALITY
(LAUNDRY & HOUSE KEEPING)**



**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 Hospitality (Laundry & House Keeping) 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 Hospitality (Laundry & House Keeping) 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 Hospitality (Laundry & House Keeping) 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. Angka Ketepatan Waktu Pengantaran Linen Bersih ke Ruangan Rawat Inap.....	1
2. Angka Ketepatan Waktu Penyiapan Kamar Rawat Inap.....	2

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

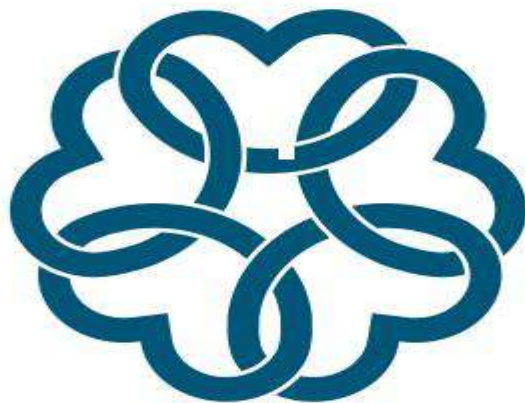
1. Angka Ketepatan Waktu Pengantaran Linen Bersih ke Ruangan Rawat Inap

Judul	Angka Ketepatan Waktu Pengantaran Linen Bersih ke Ruangan Rawat Inap
Area	Manajerial
Rasional Pemilihan	Mandatory, problem
Tujuan	Terwujudnya ketepatan waktu pengantaran linen ke ruangan
Definisi operasional	Ketepatan Waktu Pengantaran Linen ke Ruangan adalah ketepatan pengantaran linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Dimensi mutu	Efisien
Tipe Indikator	Proses dan outcome
Populasi	Seluruh linen bersih yang akan diantar ke ruang rawat inap
Sumber data	Formulir bukti pengantaran linen bersih
Cara pengumpulan	Retrospektif
Frekuensi pengumpulan	Bulanan
Periode Analisa	Triwulan
Kriteria Inklusi	seluruh linen bersih yang akan diantar ke ruang rawat inap
Kriteria Eksklusi	-
Numerator	Jumlah pengantaran seluruh linen ke ruangan yang tepat waktu
Denominator	Jumlah pengantaran seluruh linen ke ruangan
Cara Pengukuran / Formula	$(N/D) \times 100 \%$
Prosedur pengumpulan data	Data diperoleh dari fomulir bukti pengantaran linen bersih yang berisi waktu pengantaran linen ke unit yang ditandatangani oleh petugas housekeeping atau perawat yang bertugas di unit tersebut.
Target	$\geq 80\%$
PIC / Pengumpul data	Pj Data Laundry
Diseminasi laporan	Direktur, Komite PMKP

2. Angka Ketepatan Waktu Penyiapan Kamar Rawat Inap

Judul	Angka ketepatan waktu penyiapan kamar rawat inap
Area	Manajerial
Rasional Pemilihan	Problematic
Tujuan	Tergambarnya ketepatan waktu penyiapan kamar rawat inap
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyiapan kamar rawat inap adalah waktu yang dibutuhkan CS untuk menyiapkan kamar rawat inap sejak permintaan ruangan akan digunakan sampai dengan kamar siap dipergunakan dibawah atau sama dengan 20 menit.
Dimensi mutu	Efisien
Tipe Indikator	Proses
Populasi	Seluruh kamar rawat inap
Sumber data	Formulir permintaan penyiapan kamar
Cara pengumpulan	Retrospektif
Frekuensi pengumpulan	Triwulan
Periode Analisa	Triwulan
Kriteria Inklusi	Seluruh ruangan rawat inap
Kriteria Eksklusi	-
Numerator	Seluruh ruangan rawat inap yang disiapkan dalam waktu 20 menit
Denominator	Seluruh permintaan penyediaan ruangan rawat inap
Cara Pengukuran / Formula	$(N/D) \times 100 \%$
Prosedur pengumpulan Data	CS mencatat permintaan persiapan ruangan dan waktu selesai persiapan
Target	$\geq 80\%$
PIC / Pengumpul data	Pj Data Hospitality
Diseminasi laporan	Direktur, Komite PMKP

**PROFIL INDIKATOR MUTU
MARKETING**



**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 Marketing 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 Marketing 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 Marketing 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. Angka Kepuasan pasien dan keluarga	1
2. Kecepatan Respon Terhadap Komplain.....	2

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

1. Angka Kepuasan Pasien Dan Keluarga

Judul	Angka Kepuasan pasien dan keluarga
Area	Manajerial
Rasional Pemilihan	1. Undang-Undang mengenai pelayanan publik 2. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi mengenai Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik.
Tujuan	Untuk mengetahui kepuasan pasien terhadap pelayanan RS
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 Morgan dan Krejcie. 4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara jdih.kemkes.go.id - 16- Total Nilai Persepsi Seluruh Responden Total Unsur yang Terisi dari Seluruh Responden pelayanan 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: a. Persyaratan. b. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur. c. Waktu Penyelesaian d. Biaya/Tarif. e. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan. f. Kompetensi Pelaksana. g. Perilaku Pelaksana. h. Penanganan pengaduan, Saran dan Masukan. i. Sarana dan prasarana. 7. Indeks Kepuasan adalah hasil pengukuran dari kegiatan Survei Kepuasan berupa angka
Dimensi mutu	Patient-centered
Tipe Indikator	Output
Populasi	Seluruh pasien
Sumber data	Formulir survey
Cara pengumpulan	Survei
Frekuensi pengumpulan	Triwulan
Periode Analisa	Triwulan
Kriteria Inklusi	Seluruh pasien
Kriteria Eksklusi	Pasien yang tidak kompeten dalam mengisi kuesioner dan/
Numerator	Tidak ada

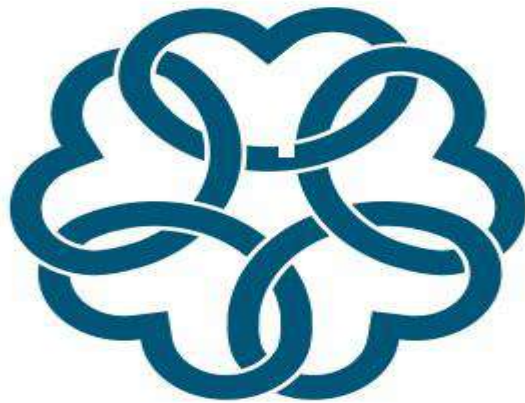
Denominator	Tidak ada
Cara Pengukuran / Formula	$\frac{\text{Total Nilai Persepsi Seluruh Respoden}}{\text{Total Unsur yang Terisi dari Seluruh Responden}} \times 25$
Prosedur pengumpulan data	Stratified Random Sampling
Target	≥ 76.61
PIC / Pengumpul data	PJ Data
Diseminasi laporan	Direktur dan Komite PMKP

2. Kecepatan Respon Terhadap Komplain

Judul	Kecepatan Respon Terhadap Komplain
Area	Manajerial
Rasional Pemilihan	Mandatory
Tujuan	untuk tergambarnya pelayanan customer service dalam menanggapi keluhan pasien
Definisi operasional	<p>Angka Waktu Tanggap Keluhan Pasien adalah waktu yang diperlukan dari keluhan pasien diterima hingga ditanggapi < 30 menit</p> <p>Yang dimaksud keluhan adalah adanya suatu ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan oleh salah satu atau beberapa unit kerja rumah sakit</p>
Dimensi mutu	Berpusat kepada pasien
Tipe Indikator	Proses
Populasi	Seluruh keluhan pasien
Sumber data	Laporan Pasien atau Unit
Cara pengumpulan	Retrospektif
Frekuensi pengumpulan	Triwulan
Periode Analisa	Triwulan
Kriteria Inklusi	Seluruh keluhan pasien
Kriteria Eksklusi	-
Numerator	Keluhan yang ditanggapi kurang dari 30 menit
Denominator	Seluruh keluhan pasien/keluarga pasien RSDN
Cara Pengukuran / Formula	$\left(\frac{\text{Keluhan yang ditanggapi kurang dari 30 menit}}{\text{Seluruh keluhan pasien}} \right) \times 100 \%$
Prosedur pengumpulan data	Data diperoleh melalui laporan pasien atau unit, dari keluhan disampaikan sampai dengan diperoleh hasil investigasi dan tindak lanjut dari unit terkait.
Target	$\geq 80\%$

PIC / Pengumpul data	PJ Data
Diseminasi laporan	Direktur; Komite PMKP.

**PROFIL INDIKATOR MUTU
RUANG RAWAT INAP**



**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 Ruang Rawat Inap 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 Unit 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 Unit Ruang Rawat Inap 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. Persentase Kelengkapan dan Kesesuaian Pengisian Formulir Asesmen Awal Rawat Inap Pada Pasien onkologi	1
2. Penerapan Manajemen Risiko Jatuh Pada Pasien di Perawatan	2
3. Persentase Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis	4
4. Persentase Pelaksanaan Komunikasi Efektif (Catat, Baca Dan Konfirmasi Ulang) dan SBAR Pada Pasien onkologi	5
5. Presentase Pelaksanaan Ketepatan Identifikasi Pasien.....	6
6. Kepatuhan Cuci Tangan Perawat dan Dokter	8
7. Persentase Kepatuhan Dokter Terhadap Clinical Pathway Pada Pelayanan Prioritas onkologi.....	10

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

PROFIL INDIKATOR MUTU UNIT INSTALASI RAWAT INAP

1. Persentase Kelengkapan dan Kesesuaian Pengisian Formulir Asesmen Awal Rawat Inap Pada Pasien Onkologi

JUDUL INDIKATOR	Persentase kelengkapan dan kesesuaian pengisian formulir asesmen awal rawat inap
DEFINISI OPERASIONAL	Persentase pengisian formulir asesmen awal rawat inap yang diisi lengkap dan sesuai oleh Perawat (disebut lengkap dan sesuai adalah bila semua kolom pada formulir asesmen awal rawat inap terisi lengkap dan sesuai)
TUJUAN	Agar menghasilkan keputusan tentang kebutuhan asuhan, pengobatan pasien yang harus segera dilakukan dan pengobatan berkelanjutan
DIMENSI MUTU	Keselamatan pasien dan Kontinuitas Pelayanan
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kelengkapan dan kesesuaian pengisian formulir asesmen awal RWI yang belum mencapai standar yang diharapkan 2. Standar Akreditasi Rumah Sakit kementerian Kesehatan Dirjen Kesehatan RI tahun 2022
NUMERATOR	Jumlah asesmen awal pasien onkologi RWI yang diisi lengkap & sesuai oleh perawat dalam 1 Bulan
DENUMERATOR	Sampel BRM pasien onkologi yang disurvei dalam 1 Bulan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{N}{D} \times 100\%$
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	Retropeksi
INKLUSI	Pasien yang dirawat minimal >3 x 34 jam perawatan/pasien yang sudah diperbolehkan pulang
EKSKLUSI	Pasien rawat jalan, pasien yang dirawat dalam waktu <3 x 34 jam
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 Bulan
FREKUENSI ANALISA DATA	3 bulan
METODOLOGI ANALISA DATA	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart
SUMBER DATA	Berkas Rekam Medis
TYPE INDIKATOR	Proses
AREA MONITORING	Ruang Perawatan Umum 3

SAMPEL	Semua pasien baru onkologi yang di rawat inap
STANDAR	>95%
LAMPIRAN FORMULIR	Worksheet kelengkapan asesmen RWI
PENANGGUNG JAWA BPENGUMPUL DATA	Kepala instalasi RWI
PUBLIKASI DATA	(1) Laporan Triwulan mutu unit (2) Rapat Pembahasan Pencapaian Mutu 1 bulan sekali (3) <i>Feedback</i> dari Direktur RS

2. Ketepatan Tatalaksana Pasien Risiko Jatuh di Rawat Inap

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

SAMPEL	Seluruh populasi pasien jantung berisiko tinggi jatuh
STANDAR	$\geq 90\%$
LAMPIRAN FORMULIR	<i>Worksheet</i> manajemen risiko jatuh

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

3. Persentase Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis

JUDUL INDIKATOR	Persentase Kepatuhan jam visite dokter spesialis
DEFINISI OPERASIONAL	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis sebagai DPJP adalah kunjungan dokter spesialis untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya setiap hari pada jam 06.00 - 21.00 WIB termasuk hari libur
TUJUAN	Monitoring terhadap ketidaktepatan waktu visite pasien RWI
DIMENSI MUTU	Kontinuitas pelayanan
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Masih adanya kejadian ketidakpuhan DPJP untuk visite RWI UU No 39 tahun 3004 Tentang praktik kedokteran UU No. 44 Tahun 3009 TENTANG Rumah Sakit UU No 35 tahun 3009 ttg Pelayanan Publik
NUMERATOR	Jumlah visite dokter spesialis pada jam 06.00- 21.00 WIB pada hari berjalan
DENUMERATOR	Jumlah visite dokter spesialis pada hari berjalan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{N}{D} \times 100\%$
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	Retropeksi
INKLUSI	Semua pasien rawat Inap
EKSKLUSI	-
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
FREKUENSI ANALISA DATA	3 bulan
METODOLOGI ANALISA DATA	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart
SUMBER DATA	Laporan Visite Rawat Inap dalam rekam medik
TYPE INDIKATOR	Proses dan <i>outcome</i>
AREA MONITORING	Ruang Perawatan Umum 3
SAMPEL	Seluruh pasien onkologi rawat inap
STANDAR	$\geq 80\%$
LAMPIRAN FORMULIR	Kepala Instalasi Rawat Inap
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	Kepala instalasi RWI
PUBLIKASI DATA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Laporan triwulan indikator mutu unit 2. Rapat pembahasan pencapaian mutu 1 bulan sekali 3. Direktur Rumah Sakit Dharma Nugraha yang diseminasikan

4. Bukti Kelengkapan Komunikasi Efektif melalui telepon (Catat, Baca Dan Konfirmasi) Pada Pasien onkologi

JUDUL INDIKATOR	Penerapan komunikasi Efektif melalui telepon (CABAK) pada pasien onkologi
DEFINISI OPERASIONAL	Kelengkapan pengisian berkas rekam medis (formulir khusus perintah) yang pertama kali dilakukan perawat secara verbal / lisan / melalui telepon dalam waktu 1 x 24 jam setelah lapor
TUJUAN	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
DIMENSI MUTU	Keselamatan Pasien dan kesinambungan pelayanan
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Komunikasi efektif belum berjalan baik dilakukan , masih ada yang belum di verifikasi DPJP Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang keselamatan pasien
NUMERATOR	Jumlah pasien yang disimpling yang melakukan komunikasi verbal dengan metode SBAR dan CABAK secara benar
DENUMERATOR	berkas pasien yang disurvei dalam 1 TW
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{N}{D} \times 100\%$
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	Retropeksi
INKLUSI	Semua instruksi via telepon/ lisan yang pertama kali dilakukan pada pelayanan rawat inap menggunakan method catat dan konfirmasi
EKSKLUSI	-
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
FREKUENSI ANALISA DATA	3 bulan
METODOLOGI ANALISA DATA	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart
SUMBER DATA	Formulir CABAK
TYPE INDIKATOR	Proses
AREA MONITORING	Ruang Perawatan Umum 3
SAMPEL	Semua pasien jantung
STANDAR	> 90%
LAMPIRAN FORMULIR	Formulir survey pemantauan kelengkapan CABAK
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	Kepala instalasi RWI
PUBLIKASI DATA	(1) Laporan triwulan indikator mutu unit (2) Rapat pembahasan pencapaian mutu 1 bulan sekali (3) Internal : Direktur PT yang diinformasikan

5. Presentase Pelaksanaan Ketepatan Identifikasi Pasien Rawat Inap

JUDUL INDIKATOR	Persentase pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien rawat inap
DEFINISI OPERASIONAL	<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">1. Pemberian obat2. Pemberian pengobatan termasuk nutrisi3. Pemberian darah dan produk darah4. Pengambilan specimen5. Sebelum melakukan tindakan diagnostik / therapeutic.

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

PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	Kepala instalasi RWI
PUBLIKASI DATA	(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

6. Kepatuhan Cuci Tangan SDM Rawat Inap

JUDUL INDIKATOR	Kepatuhan cuci tangan perawat, bidan dan dokter (SDM) Rawat inap
DEFINISI OPERASIONAL	<p>Kebersihan tangan (<i>hand hygiene</i>) adalah segala usaha yang dilakukan untuk membersihkan kotoran yang secara kasatmata terlihat dan pengangkatan mikroorganisme yang tinggal sementara di tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir (<i>hand wash</i>) atau dengan cairan berbasis alkohol (<i>handrub</i>) dalam 6 langkah (WHO,3009)</p> <p>Audit kebersihan tangan adalah prosedur penilaian kepatuhan petugas melakukan kebersihan tangan sesuai 5 indikasi dari WHO yaitu sebelum kontak dengan pasien, setelah kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan invasif dan aseptik, setelah kontak dengan cairan tubuh, dan setelah kontak dengan lingkungan dengan menjalankan 6 tahap teknik melakukan kebersihan tangan.</p> <p>Lima indikasi kebersihan tangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sebelum kontak dengan pasien, yaitu sebelum masuk ruangan perawatan pasien 2. Kontak dengan pasien meliputi menyentuh tubuh pasien, baju atau pakaian 3. Prosedur aseptik contoh: tindakan transfusi, perawatan luka, pemasangan kateter urin, <i>suctioning</i>, perawatan daerah tindakan invasif 4. Tindakan invasif contohnya pemasangan kateter intravena (vena pusat/ vena perifer), kateter arteri 5. Cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi drain, dll 6. Menyentuh lingkungan meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien, kertas/lembar untuk menulis yang ada di sekitar pasien <p>Enam langkah teknik melakukan kebersihan tangan sesuai WHO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ratakan dan gosokkan sabun dengan kedua telapak tangan 2. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya

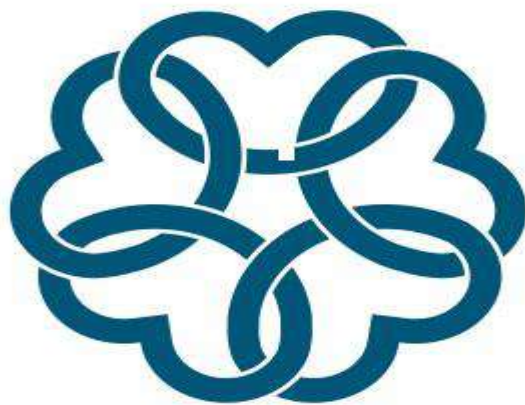
	3. Gosok kedua telapak dan sela-sela jari 4. Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci 5. Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggam tangan kanan dan lakukan sebaliknya 6. Gosokkan dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya, telapak tangan kiri dan sebaliknya
TUJUAN	Terwujudnya layanan kesehatan yang berorientasi pada standar keselamatan pasien untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
DIMENSI MUTU	Fokus kepada pasien, keselamatan pasien
DASR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	1. Tingkat kepatuhan cuci tangan masih kurang 2. Permenkes No.11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
NUMERATOR	Jumlah SDM rawat inap yang melakukakn cuci tangan 6 langkah dan 5 moment
DENUMERATOR	Jumlah SDM rawat inap yang melakukakn cuci tangan
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{N}{D} \times 100\%$
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	Observasi langsung
INKLUSI	Semua peluang cuci tangan
EKSKLUSI	-
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 Bulan
FREKUENSI ANALISA DATA	3 bulan
METODOLOGI ANALISIS DATA	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart
SUMBER DATA	Catatan data dan pengamatan kebersihan tangan di semua unit pelayanan pasien
TIPE INDIKATOR	Proses & <i>Outcome</i>
AREA MONITORING	Ruang Perawatan
SAMPEL	Semua peluang kebersihan tangan
STANDAR	>85%
LAMPIRAN FORMULIR	formulir monitoring kebersihan tangan (<i>hand hygiene</i>)
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	IPCN
PUBLIKASI DATA	(1) Laporan triwulan indikator mutu unit (2) Rapat pembahasan pencapaian mutu 1 bulan sekali (3) <i>Feedback</i> dari Direktur RS yang di informasikan

7. Persentase Kepatuhan Dokter Terhadap *Clinical Pathway* Pada Pelayanan Prioritas Onkologi

JUDUL INDIKATOR	Persentase kepatuhan dokter terhadap <i>Clinical Pathway</i> pada pelayanan prioritas onkologi
DEFINISI OPERASIONAL	<p>Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i> adalah kepatuhan 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"> Penyakit atau kondisi yang paling sering atau banyak terjadi (<i>High Volume</i>) Penyakit atau kondisi yang memiliki risiko tinggi (<i>High Risk</i>) Penyakit atau kondisi yang memerlukan biaya tinggi (<i>High Cost</i>) Penyakit atau kondisi yang terdapat variasi/keragaman dalam pengelolaannya. <p>Setiap CP mampu menunjukkan komponen standar LOS, obat dan penunjang.</p> <p>Disebut patuh apabila mengikuti ketiga proses asuhan yang telah distandarisasi dalam CP.</p>
TUJUAN	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.
DIMENSI MUTU	Keselamatan, kesinambungan dan Kontinuitas Pelayanan
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	<ol style="list-style-type: none"> Belum tercapainya penerapan formulir manajemen nyeri Permenkes 3438/3030 tentang standar pelayanan kedokteran Standar Akreditasi Rumah Sakit
NUMERATOR	Jumlah kasus yang penanganannya patuh dengan kriteria 5 <i>Clinical Pathways</i>
DENUMERATOR	a
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{N}{D} \times 100\%$
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	Retropeksi

INKLUSI	Semua pasien yg menderita penyakit yg ditetapkan dalam CP Onkologi
EKSKLUSI	Pasien yang pulang atas permintaan sendiri selama perawatan. Pasien yang meninggal
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 Bulan
FRKUENSI ANALISA DATA	3 bulan
SUMBER DATA	Format <i>Clinical Pathways</i> yang telah terisi
TYPE INDIKATOR	Proses dan outcome
AREA MONITORING	Perawatan
METODOLOGI ANALISA DATA	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart Diagram batang digunakan untuk menampilkan data pembanding masing-masing <i>Clinical Pathway</i>
SAMPEL	Total populasi (tidak menggunakan sampel)
STANDAR	>80%
LAMPIRAN FORMULIR	Formulir Kepatuhan CP
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	Kepala Instalasi RWI
PUBLIKASI DATA	(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

**PROFIL INDIKATOR MUTU
INSTALASI RAWAT JALAN**



**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 Instalasi Rawat Jalan 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 Unit 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 Instalasi Rawat Jalan 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. ketepatan Identifikasi pasien onkologi rawat jalan.....	1
2 Kelengkapan pendokumentasian catatan perkembangan terintegrasi (CPPT) rawat jalan metode SOAP	2
3 Ketepatan tatalaksana pasien resiko jatuh pada rawat jalan	3
4 Kepuasan pasien onkologi pada rawat jalan	4
5 Kepatuhan cuci tangan SDM rawat jalan.....	5
6 Waktu tunggu di rawat jalan \leq 60 menit.....	7

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

PROFIL INDIKATOR MUTU UNIT INSTALASI RAWAT JALAN

1. Ketepatan identifikasi pasien onkologi rawat jalan

JUDUL INDIKATOR	Ketepatan Identifikasi Pasien Onkologi pada rawat jalan
DEFINISI OPERASIONAL	Identifikasi pasien adalah proses pengecekan identitas pasien menggunakan minimal 2 identitas dari 3 identitas yang tercantum pada gelang, stiker atau pin sebelum memberikan pelayanan lainnya Pemberian atau pemakaian gelang identitas dengan mencantumkan nama lengkap, tanggal lahir dan nomor rekam medis gelang biru untuk laki-laki, gelang pink untuk pasien Perempuan, tulisan dalam cetak atau prin, posisi pemasangan menghadap kepetugas
TUJUAN	Mencegah terjadinya kesalahan pasien
DIMENSI MUTU	Keselamatan pasien
ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR/JUDUL	Pendekatan untuk memperbaiki atau meningkatkan ketelitian identifikasi pasien
NUMERATOR	Jumlah pasien onkologi baru yang terpasang gelang identitas dengan benar selama 1 bulan
DENUMERATOR	Jumlah seluruh pasien onkologi baru dalam 1 bulan
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
INKLUSI	Semua pasien onkologi rawat jalan
SEMBER DATA(INKLUSI &EKSKLUSI	OBSERVASI
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 Bulan
PERIODE ANALISA	3 bulan
RJ PENGUMPULAN DATA	Kepala ruangan
STANDAR	100%

2. Kelengkapan pendokumentasian catatan perkembangan terintegrasi rawat jalan

JUDUL INDIKATOR	Kelengkapan pengisian catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT)
DEFINISI OPERASIONAL	Catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) adalah pencatatan perkembangan pasien secara terintegrasi pada pasien dari para profesional asuhan (PPA) yang berisi. SOAP, S; subjektif, O; objektif A; asesmen, p; plan, kemudian DPJP melakukan verifikasi, evaluasi berkalaserta membuat notasi pada CPPT sesuai kebutuhan
TUJUAN	Tercapainya kelengkapan pengisian catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) dalam mengidentifikasi kebutuhan pelayanan Kesehatan pasien
DIMENSI MUTU	Efektifitas dan keselamatan
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Seluruh PPA dapat berkoordinasi dan berkolaborasi secara interprofesional dalam memberikan asuhan keperawatan secara efektif
NUMERATOR	Jumlah kelengkapan pengisian catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) tiap shift
DENUMIRATOR	Jumlah pengisian catatan perkembangan terintegrasi (CPPT)
FORMULA PENGUKURAN	$\frac{\text{Numerator}}{\text{denominator}} \times 100\%$
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	Retrospective
CAKUPAN DATA	Seluruh form catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) 24 jam rumah sakit dharma nugraha
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap hari
FREKUENSI ANALISA DATA	Data dianalisa sederhana setiap bulan
METODOLOGI ANALISA DATA	Line chart
SUMBER DATA	UGD, instalasi rawat jalan
PIC	Tim mutu Rumah sakit dharma nugraha
STANDAR	100%
PUBLIKASI DATA	<i>Publikasi internal</i>
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPULAN DATA	Kepala ruangan

3. Ketepatan tatalaksana pasien resiko jatuh rawat jalan

JUDUL INDIKATOR	Ketepatan tatalaksana pasien resiko jatuh rawat jalan
DEFINISI OPERASIONAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi risiko jatuh pada pasien anak jatuh dengan menggunakan skala Humpty Dumpty 2. Mengidentifikasi risiko jatuh pada pasien dewasa dengan menggunakan skala Morse 3. Penerapan asesmen risiko jatuh pada pasien dengan pemasangan siket kuning
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pasien yang mempunyai resiko jatuh dapat dijalankan 2. Optimal penggunaan asesmen jatuh untuk menentukan kategori risiko jatuh 3. Mendeskripsikan kebutuhan akan perlunya pemahaman factor risiko jatuh, pencegahan dan penanganan dalam meningkatkan klinis dan kepuasan pasien, serta menurunkan biaya Kesehatan yang diakibatkan pasien jatuh 4. Petugas memahami tatalaksan pasien resiko jatuh di Rumah Sakit Dharma Nugraha
DIMENSI MUTU	Keselamatan pasien
NUMERATOR	Jumlah asesmen awal risiko jatuh pada pasien rawat jalan yang disurvei 1 bulan yang di isi lengkap
DENUMERATOR	Jumlah assesmen awal risiko jatuh yang disurvei dalam 1bulan
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	survey
INKLUSI	Semua pasien rawat Inap
EKSKLUSI	-
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
FREKUENSI ANALISA DATA	3 bulan
SUMBER DATA	Laporan rawat jalan dan rekamedik
AREA MONITORING	Ruang poli
STANDAR	≥ 90%
LAMPIRAN FORMULIR	Kepala Instalasi Rawat jalan
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	Kepala instalasi Rawat jalan

4. Kepuasan pasien pada rawat jalan

JUDUL INDIKATOR	Kepuasan pasien pada rawat jalan
DEFINISI OPERASIONAL	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat, petugas rawat jalan
TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
DIMENSI MUTU	kenyamanan
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	Kepuasan pasien/keluarga menggambarkan kualitas pelayanan yang diberikan. Kualitas harus dimulai dari kebutuhan pelanggan dan berakhir pada persepsi keluarga (Kotler, 1994). Hal ini berarti bahwa citra kualitas yang baik bukanlah berdasarkan sudut pandang dan persepsi pelanggan. Persepsi pelanggan terhadap kualitas jasa merupakan penilaian menyeluruh atas keunggulan jasa.
NUMERATOR	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
DENUMERATOR	Jumlah seluruh pasien onkologi rawat jalan yang disurvei
FORMULA PENGUKURAN	<u>Jumlah kumulatif rerata penilaian pasien rawat jalan yang disurvei : jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei</u>
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	concurrent
KRITERIA INKLUSI	Pasien dewasa
KRITERIA EKSKLUSI	Pasien anak-anak
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
FREKUENSI ANALISA DATA	3 bulan
METODOLOGI ANALISA DATA	Linen chart
SUMBER DATA	Poli klinik rawat jalan
AREA MONITORING	Ugd, poli
CAKUPAN DATA	Purposive sampling
STANDAR	> 85%
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPULAN DATA/ PIC	Kepala instalasi rawat jalan
PUBLIKASI DATA	Publikasi internal

5. Kepatuhan cuci tangan SDM rawat jalan

JUDUL INDIKATOR	Kepatuhan perawat, bidan, dan dokter (SDM rawat jalan) dalam melakukan cuci tangan sebelum kontak dengan pasien
DEFINISI OPERASIONAL	<p>Kepatuhan petugas (perawat, bidan, dan dokter) dalam melakukan cuci tangan dengan menggunakan handrub atau handwash sebelum dan sesudah kontak dengan pasien menggunakan 6 langkah.</p> <p>Kebersihan tangan (hand hygiene) adalah segala usaha yang dilakukan untuk membersihkan kotoran secara kasat mata terlihat dan pengangkatan dengan menggunakan sabun dan air mengalir/handwash atau dengan cairan berbasis alkohol/handrub dalam 6 langkah (WHO,2009).</p> <p>6 langkah Teknik melakukan kebersihan tangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ratakan dan gosokan sabun dengan kedua tangan 2. Gosok punggung dan sela sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya 3. Gosok kedua telapak tangan dan sela sela jari 4. Jari jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci 5. Gosok ibu jari kiri berputar dalam gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya 6. Gosokan dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya
TUJUAN	Untuk mencegah penyebaran penyakit melalui kontak langsung antara pasien maupun dari pasien kepetugas kesehatan
DIMENSI MUTU	Utamakan keselamatan pasien dan petugas pelayanan
DASAR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan petugas dalam memcuci tangan akan menurunkan resiko penularan kepada pasien 2. Permenkes no.11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien
NUMERATOR	Jumlah SDM yang melakukan cuci tangan 6 langkah dan 5 moment
DENUMERATOR	Jumlah SDM yang melakukan cuci tangan
FORMULA PENGUKURAN	$N/D \times 100\%$
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	Observasi langsung
INKLUSI	Semua peluang cuci tangan
EKSKLUSI	-
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1Bulan
FREKUENSI ANALISA DATA	3 Bulan
METODOLOGI ANALISA DATA	Membandingkan data setiap bulan dengan grafik runchart
SUMBER DATA	Catatan data dan pengamatan kebersihan tangan disemua unit pelayanan pasien
TIPE INDIKATOR	Proses & Outcome

AREA MONITORING	Ruang ruang poli
SAMPEL	Semua peluang kebersihan tangan
STANDAR	> 85%
LAMPIRAN FORMULIR	Formulir monitoring kebersihan tangan (hand hygiene)
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	IPCN
PUBLIKASI DATA	(1) Laporan triwulan indikator mutu unit (2) Rapat pembahasan pencapaian mutu 1 bulan sekali Feedblack dari direktur RS yang diinformasikan

6. Waktu tunggu di rawat jalan ≤ 60 menit

JUDUL INDIKATOR	Waktu tunggu rawat jalan ≤ 60 menit
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 menanyakan dan mencaca/menginput data sebagai pasien atau pada pasein melakukan konfirmasi kehadiran untuk mendaftarkan online. <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. Pasein mendaftarkan onlin,maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendafrtan sesuai jam pelayanan pada dokter/dokter spesialis c. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendafrtan tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis
TUJUAN	Tergambarnya waktu pasien menunggu di pelayanan sebagai dasar untuk memperbaiki iproses pelayanan di unit rawat jalan agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien
DIMENSI MUTU	Efisiensi fokus pada pasien dan kesinambungan pelayanan
DASR PEMIKIRAN / ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-undang tentang rumah sakit 2. Rumah sakit harus menjamin ketepatan pelayanan Kesehatan termasuk diunit rawat jalan. walaupun tidak dalam kondisi gawat darurat namun tetap harus dilayanain dalam waktu yang ditetapkan. Hal ini untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan pasien akan rencana diagnosis dan pengobatan.waktu tunggu yang lama dapat menyebabkan ketidak puasan pasien dan keterlambatan diagnosis maupun pengobatn pasien
NUMERATOR	Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤ 60 menit
DENUMERATOR	Jumlah pasein rawat jalan yang diobservasi
FORMULA PENGUKURAN	Numerator/denominator x100%
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	restrospektif
INKLUSI	Semua pasien rawat jalan yang telah melakukan pendaftaran
EKSKLUSI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien medical check up, pasien poli gigi Pasien yangnada Tindakan pada pasien sebelumnya
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 Bulan

FREKUENSI ANALISA DATA	3 bulan
METODOLOGI ANALISIS DATA	Tabel dan run chart
SUMBER DATA	1.Catatan pendaftaran pasein rawat jalan 2.RM pasein rawatnjalan 3.formulir waktu tunggu rawat jalan
TIPE INDIKATOR	Proses & <i>Outcome</i>
AREA MONITORING	Ruang poli
SAMPEL	Semua peluang waktu tunggu
STANDAR	≥ 80%
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	Penanggungn jawab ruang poli
PUBLIKASI DATA	(1) Laporan triwulan indikator area SKP (2) Rapat pembahasan pencapaian mutu 1 bulan sekali <i>Feedback</i> dari Direktur RS yang di informasikan

PROFIL INDIKATOR MUTU UNIT RADIOLOGI



**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 Unit Radiologi 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 Unit 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 Unit Radiologi 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.....	ii
DAFTAR ISI.....	iii
PENGULANGAN FOTO RONTGEN (<i>REJECT ANALYSIS</i>).....	1
KETIDAK LENGKAPAN DALAM PENGISIAN FORMULIR PERMINTAAN RADIOLOGI	2
RESPON TIME PELAYANAN RADIOLOGI CITO	3
RESPON TIME PELAYANAN RADIOLOGI REGULER	4
WAKTU PELAPOR HASIL KRITIS RADIOLOGI.....	5

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

INDIKATOR UNIT RADIOLOGI	
JUDUL INDIKATOR	PENGULANGAN FOTO RONTGEN (<i>REJECT ANALYSIS</i>)
DEFINISI OPERASIONAL	Jumlah presentase pemeriksaan foto rontgen gagal/pengulangan yang diakibatkan oleh beberapa factor seperti : Human Error, Technical Error, Positioning Error, Identification Pasien Error
TUJUAN	Memonitor angka kegagalan foto pada pemeriksaan rontgen menggunakan CR
DIMENSI MUTU	<ul style="list-style-type: none"> • Efisiensi • Keselamatan dan Keamanan • Kestinambungan Pelayanan
NUMERATOR	Jumlah Pemeriksaan gagal/Film Rusak
DENOMIRATOR	Jumlah pasien yang dilakukan foto rontgen
FORMULA PENGUKURAN	$= \frac{\text{Jumlah Pemeriksaan ulang (Reject Film)}}{\text{Jumlah pasien yang dilakukan foto rontgen}} \times 100\%$
METODELOGI PENGUMPULAN DATA	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	100% Populasi
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Harian, Mingguan dan Bulanan
FREKUENSI ANALISA DATA	Tiga Bulan
STANDAR	$\leq 2,0\%$
METODELOGI ANALISA DATA	Kuantitatif
SUMBER DATA	Laporan Bulanan Radiologi
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	PIC Pengumpul data unit kerja Radiologi dan Kepala Unit Radiologi
PUBLIKASI DATA	<p>Tingkat Instalasi: Penanggung Jawab Program Mutu Ketua Tim PPRA mendiseminasikan hasil pencapaian mutu keseluruhan staf di wilayah kerjanya,</p> <p>Tingkat Rumah Sakit: Diseminasi dilakukan oleh Direktorat dengan instalasi/bidang/bagian terkait</p>

INDIKATOR UNIT RADIOLOGI	
JUDUL INDIKATOR	KETIDAK LENGKAPAN DALAM PENGISIAN FORMULIR PERMINTAAN RADIOLOGI
DEFINISI OPERASIONAL	Tidak terisi lengkap pada formular permintaan pemeriksaan radiologi, meliputi : Nomer Rekam Medis, Nama Lengkap Pasien, Tanggal Lahir, Dokter Pengirim, Unit Pengirim, Diagnosa pasien (harus Tertulis Jelas) dan permintaan pemeriksaan Radiologi.
TUJUAN	Untuk mengurangi ketidaksinambungan pelayanan radiologi
DIMENSI MUTU	<ul style="list-style-type: none"> • Keselamatan dan Keamanan • Kesenambungan Pelayanan
NUMERATOR	Jumlah formulir pemeriksaan radiologi yang tidak terisi lengkap
DENOMIRATOR	Jumlah keseluruhan pasien radiologi
FORMULA PENGUKURAN	$= \frac{\text{Jumlah formulir yang tidak lengkap}}{\text{Jumlah keseluruhan pasien radiologi}} \times 100\%$
METODELOGI PENGUMPULAN DATA	Sensus Harian
STANDAR	Kelengkapan Pengisian Data 100%
	0
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Harian, Mingguan dan Bulanan
FREKUENSI ANALISA DATA	Tiga Bulan
METODELOGI ANALISA DATA	Kuantitatif
SUMBER DATA	Laporan Bulanan Radiologi
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	PIC Pengumpul data unit kerja Radiologi dan Kepala Unit Radiologi
PUBLIKASI DATA	Tingkat Instalasi: Penanggung Jawab Program Mutu Ketua Tim PPRA mendiseminasikan hasil pencapaian mutu keseluruh staf di wilayah kerjanya.
	Tingkat Rumah Sakit: Diseminasi dilakukan oleh Direktur dengan instalasi/bidang/bagian terkait

INDIKATOR UNIT RADIOLOGI

JUDUL INDIKATOR	RESPON TIME PELAYANAN RADIOLOGI CITO
DEFINISI OPERASIONAL	Pelayanan radiologi emergency pada kasus, trauma kepala dengan pendarahan intracranial, trauma tumpul dengan rupture organ dalam, stroke haemorrhagic, tension pneumothorax, obstruksi ileus dengan perforasi, appendicitis akut dengan tanda perforasi, cholecystitis akut dengan tanda perforasi.
TUJUAN	Untuk mengurangi ketidaksinambungan pelayanan radiologi, memberikan pelayanan yang cepat dalam membantu penegakan diagnosa dan membantu dokter dalam pengambilan keputusan.
DIMENSI MUTU	<ul style="list-style-type: none"> • Keselamatan dan Keamanan • Kesinambungan Pelayanan • Efektifitas dan Efisiensi
NUMERATOR	Jumlah Kumulatif waktu tunggu hasil pemeriksaan radiologi emergency dalam waktu ≤ 60 menit
DENOMIRATOR	Jumlah keseluruhan hasil pemeriksaan radiologi dalam bulan yang sama.
FORMULA PENGUKURAN	$= \frac{\text{Jumlah hasil pemeriksaan radiologi emergency dalam waktu } \leq 60 \text{ menit dalam bulan yg sama}}{\text{Jumlah keseluruhan hasil pemeriksaan radiologi dalam bulan yang sama.}} \times 100\%$
METODELOGI PENGUMPULAN DATA	Sensus Harian
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Harian, Mingguan dan Bulanan
FREKUENSI ANALISA DATA	Tiga Bulan
STANDAR	100 %
	≤ 60 Menit
SUMBER DATA	Laporan Bulanan Radiologi
PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA	PIC Pengumpul data unit kerja Radiologi dan Kepala Unit Radiologi
PUBLIKASI DATA	Tingkat Instalasi: Penanggung Jawab Program Mutu Ketua Tim PPRA mendiseminasikan hasil pencapaian mutu keseluruh staf di wilayah kerjanya.
	Tingkat Rumah Sakit: Diseminasi dilakukan oleh Direktur dengan instalasi/bidang/bagian terkait

INDIKATOR UNIT RADIOLOGI	
JUDUL INDIKATOR	RESPON TIME PELAYANAN RADIOLOGI REGULER
DEFINISI OPERASIONAL	Tenggang waktu pelayanan radiologi rawat jalan, dan rawat inap mulai dari pasien datang, di foto sampai selesai dan diekspertice oleh dokter radiologi
TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
DIMENSI MUTU	<ul style="list-style-type: none"> • Efektifitas • Efisiensi • Keselamatan dan Keamanan • Kesiambungan Pelayanan
NUMERATOR	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan radiologi ≤24 Jam dibulan yg sama
DENOMIRATOR	Jumlah keseluruhan pasien yang di lakukan pemeriksaan radiologi di bulan yang sama
FORMULA PENGUKURAN	$= \frac{\text{Jumlah Kumulatif } \leq 24 \text{ pada bulan yg sama}}{\text{jumlah keseluruhan pasien radiologi}} \times 100\%$
METODELOGI PENGUMPULAN DATA	Sensus Harian
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISA DATA	Tiga Bulan
STANDAR	100%
	≤24 Jam
SUMBER DATA	Laporan Bulanan Radiologi
PENANGGUNG JAWAB	PIC Pengumpul data unit kerja Radiologi dan Kepala Unit Radiologi
PUBLIKASI DATA	Tingkat Instalasi: Penanggung Jawab Program Mutu Ketua Tim PPRA mendiseminasikan hasil pencapaian mutu keseluruh staf di wilayah kerjanya,
	Tingkat Rumah Sakit: Diseminasi dilakukan oleh Direktur dengan instalasi/bidang/bagian terkait

INDIKATOR UNIT RADIOLOGI

JUDUL INDIKATOR	WAKTU PELAPOR HASIL KRITIS RADIOLOGI
DEFINISI OPERASIONAL	Hasil kritis didefinisikan sebagai varian dari rentang normal yang menunjukkan adanya kondisi patofisiologis yang berisiko tinggi atau mengancam nyawa, yang dianggap gawat atau darurat, dan mungkin memerlukan tindakan medis segera untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah kejadian yang tidak diinginkan. Pelaporan hasil kritis adalah proses penyampaian nilai hasil pemeriksaan yang memerlukan penanganan segera dan harus dilaporkan ke DPJP untuk mencegah keterlambatan penatalaksanaan pasien.
TUJUAN	a. Terlaksananya proses pelaporan nilai-nilai yang perlu di waspadai (alert values) interpretasi radiologi. b. Mencegah keterlambatan penatalaksanaan pasien dengan hasil kritis. c. Hasil kritis dapat diterima oleh DPJP yang merawat dan diinformasikan pada pasien sesuai waktu.
DIMENSI MUTU	<ul style="list-style-type: none"> Keselamatan dan Keamanan Efektifitas dan Efisiensi
NUMERATOR	Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan ≤ 30 Menit
DENOMIRATOR	Jumlah keseluruhan pemeriksaan radiologi kritis
FORMULA PENGUKURAN	$= \frac{\text{Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan}}{\text{Jumlah keseluruhan pemeriksaan radiologi kritis}} \times 100\%$
METODELOGI PENGUMPULAN DATA	Sensus Harian
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Harian, Mingguan dan Bulanan
FREKUENSI ANALISA DATA	Tiga Bulan
STANDAR	100 %
	≤ 60 Menit
SUMBER DATA	Catatan Data dan Laporan Bulanan Radiologi
PENANGGUNGJAWAB	PIC Pengumpul data unit kerja Radiologi dan Kepala Unit Radiologi
PUBLIKASI DATA	Tingkat Instalasi: Penanggung Jawab Program Mutu Ketua Tim PPRA mendiseminasikan hasil pencapaian mutu keseluruhan staf di wilayah kerjanya,
	Tingkat Rumah Sakit: Diseminasi dilakukan oleh Direktorat dengan instalasi/bidang/bagian terkait

