

PROFIL
INDIKATOR NASIONAL MUTU
(INM)



Dharma
Nugraha
Hospital
Est.1996

RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
TAHUN 2023

PROFIL INDIKATOR MUTU KEMKES TAHUN 2022

No	Judul Indikator	Target	PIC
1	Kepatuhan kebersihan tangan	$\geq 85 \%$	Komite PPI RS
2	Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD)	100 %	Komite PPI RS
3	Kepatuhan identifikasi pasien	100 %	Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan
4	Waktu tanggap operasi seksio saesaria emergenci	$\geq 80 \%$	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
5	Waktu tunggu rawat jalan	$\geq 80 \%$	Kepala Instalasi Rawat Jalan
6	Penundaan operasi elektif	$\leq 5 \%$	Kepala Instalasi Bedah/Bedah Sentral
7	Kepatuhan waktu visite dokter	$\geq 80 \%$	Kepala Instalasi Rawat inap
8	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100 %	Kepala Instalasi Laboratorium
9	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	$\geq 80 \%$	Kepala Instalasi Farmasi
10	Kepatuhan terhadap alur klinis (<i>clinical pathway</i>)	$\geq 80 \%$	Bidang Pelayanan Medik, Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan lain
11	Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh	100 %	Bidang Keperawatan dan Komite Keselamatan pasien
12	Kecepatan waktu tanggap komplain	100 %	Kepala Bagian Humas/Unit Pengaduan/Bagian yang menangani complain
13	Kepuasan pasien	$\geq 76,61$	Kepala Bagian Humas

PROFIL INDIKATOR KEMKES 2022

Judul indikator	Kepatuhan Kebersihan Tangan
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none">1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien2. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).4. Rumah sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai dengan ketentuan WHO
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none">1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (<i>alcohol-based handrubs</i>) dengan

	<p>kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO. 3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan. 4. Lima indikasi (<i>five moment</i>) kebersihan tangan terdiri dari: <ol style="list-style-type: none"> a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh / permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien c. Sebelum melakukan prosedur aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, contoh : pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, suctioning, pemberian suntikan dan lain-lain. d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien 5. Peluang adalah periode di antara indikasi di mana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan 6. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan. 7. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan 8. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar 9. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan 10. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan di unit sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan. 11. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit). 12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi. 13. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi
--	---

	tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.
Jenis Indikator	Proses
Satuan pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan
Denominator (penyebut)	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi
Target pencapaian	$\geq 85 \%$
Kriteria	Kriteria Inklusi : Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan Kriteria Eksklusi : Tidak ada
Formula pengukuran	$\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100 \%$
Metode pengumpulan data	Observasi
Sumber data	Hasil observasi
Instrumen pengambilan data	Formulir kepatuhan cuci tangan
Besar sampel	Minimal 200 peluang
Cara pengambilan sampel	<i>Non probability sampling – consecutive sampling</i>
Periode pengumpulan data	Bulanan
Penyajian data	<ul style="list-style-type: none"> • Tabel • <i>Run chart</i>
Periode analisis dan pelaporan data	Bulanan, Triwulan, Tahunan
Penanggung jawab	Komite PPI

Judul indikator	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien. 2. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 4. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 5. Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri (APD). 6. Rumah Sakit harus memperhatikan kepatuhan pemberi pelayanan dalam menggunakan APD sesuai dengan prosedur.

Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur kepatuhan petugas Rumah Sakit dalam menggunakan APD 2. Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit. 2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne). 3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi. 4. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium. 5. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan. 6. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan
Jenis Indikator	Proses
Satuan pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah Petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi pada periode observasi
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi
Target pencapaian	100 %
Kriteria	<p>Kriteria Inklusi :</p> <p>Seluruh petugas yang terindikasi harus menggunakan APD</p> <p>Kriteria Eksklusi :</p> <p>Tidak ada</p>
Formula pengukuran	$\frac{\text{Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi}}{\text{Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi}} \times 100 \%$
Metode pengumpulan data	Observasi
Sumber data	Hasil observasi
Instrumen pengambilan data	Formulir observasi kepatuhan menggunakan APD
Besar sampel	<ul style="list-style-type: none"> • Total sampel (jika jumlah populasi ≤ 30) • Rumus Slovin (jika jumlah populasi > 30)

Cara pengambilan sampel	<i>Non probability sampling – consecutive sampling</i>
Periode pengumpulan data	Bulanan
Penyajian data	<ul style="list-style-type: none"> • Tabel • <i>Run chart</i>
Periode analisis dan pelaporan data	Bulanan, Triwulan, Tahunan
Penanggung jawab	Komite PPI

Judul indikator	Kepatuhan Identifikasi Pasien
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan RI tentang Keselamatan Pasien. 2. Ketepatan identifikasi menjadi sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien. 3. Untuk menjamin ketepatan identifikasi pasien maka diperlukan indikator yang mengukur dan memonitor tingkat kepatuhan pemberi pelayanan dalam melakukan proses identifikasi. Dengan adanya indikator tersebut diharapkan pemberi pelayanan akan menjadikan identifikasi sebagai proses rutin dalam proses pelayanan.
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan tindakan pelayanan
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. 2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit. 3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan) 4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti : Pemberian pengobatan : <ul style="list-style-type: none"> • pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi. • Prosedur tindakan : tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit. • Prosedur diagnostik : pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi, dan lain-lain. • Kondisi tertentu : pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar. 5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.
Jenis Indikator	Proses

Satuan pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi
Denominator (penyebut)	Jumlah pemberi pelayanan yang di observasi dalam periode observasi
Target pencapaian	100 %
Kriteria	Kriteria Inklusi : Semua pemberi pelayanan yang memberikan pelayanan kesehatan Kriteria Eksklusi : Tidak ada
Formula pengukuran	$\frac{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi}}{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang di observasi dalam periode observasi}} \times 100 \%$
Metode pengumpulan data	Observasi
Sumber data	Hasil observasi
Instrumen pengambilan data	Formulir observasi kepatuhan identifikasi pasien
Besar sampel	<ul style="list-style-type: none"> • Total sampel (jika jumlah populasi ≤ 30) • Rumus Slovin (jika jumlah populasi > 30)
Cara pengambilan sampel	<i>Non probability sampling – consecutive sampling</i>
Periode pengumpulan data	Bulanan
Penyajian data	<ul style="list-style-type: none"> • Tabel • <i>Run chart</i>
Periode analisis dan pelaporan data	Bulanan, Triwulan, Tahunan
Penanggung jawab	Rawat Inap

Judul indikator	Waktu tanggap operasi Seksio Sesaria Emergensi
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang Undang tentang Rumah Sakit 2. Berdasarkan SUPAS tahun 2015, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2015 adalah 305 per 100.000 kelahiran hidup, ini masih merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara. Kejadian kematian ibu ini terbanyak ditemukan di rumah sakit sebesar 78%. Tingginya Angka Kematian Ibu ini mengindikasikan masih perlunya dilakukan peningkatan tata kelola dan peningkatan mutu pelayanan antenatal care dan persalinan. Untuk itu diperlukan indikator untuk memantau kecepatan proses pelayanan operasi seksio sesarea.
Dimensi Mutu	Tepat waktu, efektif dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan kegawat daruratan operasi seksio saesaria yang cepat dan tepat sehingga mampu mengoptimalkan upaya menyelamatkan ibu dan bayi
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya

	<p>insisi operasi di kamar operasi yaitu ≤ 30 menit.</p> <p>2. Seksio sesarea emergensi adalah tindakan seksio sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya.</p> <p>3. Seksio sesarea emergensi kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan di mana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin.</p> <p>4. Pengukuran indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan seksio sesaria.</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesaria emergensi kategori I (satu) yang mendapatkan tindakan seksio sesaria emergensi ≤ 30 menit
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesaria emergensi kategori I
Target pencapaian	≥ 80 %
Kriteria	<p>Kriteria Inklusi :</p> <p>Seksio Sesaria emergency kategori I</p> <p>Ex : <i>Fetal distress</i> menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum / forseps, <i>ruptur uteri imminent</i>, <i>ruptur uteri</i> perdarahan <i>ante partum</i> dengan perdarahan aktif, persalinan pada bekas seksio sesaria (PBS)</p> <p>Kriteria Eksklusi :</p> <p>Tidak ada</p>
Formula pengukuran	<p>Jumlah pasien yg diputuskan tindakan SC emergensi kategori I yang mendapatkan tindakan SC ≤ 30 menit x 100 %</p> <p>Jumlah pasien yang diputuskan tindakan SC emergensi kategori I</p>
Metode pengumpulan data	Retrospektif
Sumber data	Data sekunder dari rekam medik dan laporan operasi
Instrumen pengambilan data	Formulir waktu tanggap seksio sesaria
Besar sampel	Total sampel
Cara pengambilan sampel	Total sampel
Periode pengumpulan data	Bulanan
Penyajian data	<ul style="list-style-type: none"> • Tabel • <i>Run chart</i>
Periode analisis dan pelaporan data	Bulanan, Triwulan, Tahunan
Penanggung jawab	Kabid Pelayanan Medik

Judul indikator	Waktu Tunggu Rawat Jalan
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang tentang Rumah Sakit. 2. Rumah sakit harus menjamin ketepatan pelayanan kesehatan termasuk di unit rawat jalan. Walaupun tidak dalam kondisi gawat maupun darurat namun tetap harus dilayani dalam waktu yang ditetapkan. Hal ini untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan pasien akan rencana diagnosis dan pengobatan. Waktu tunggu yang lama dapat menyebabkan ketidakpuasan pasien dan keterlambatan diagnosis maupun pengobatan pasien.
Dimensi Mutu	Berorientasi kepada pasien dan tepat waktu
Tujuan	Tergambarnya waktu pasien menunggu di pelayanan sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat jalan agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis. 2. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran 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. pasien mendaftar online, maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendaftaran online sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis. c. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.
Jenis Indikator	Proses
Satuan pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤ 60 menit
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien rawat jalan yang di observasi
Target pencapaian	≥ 80 %
Kriteria	<p>Kriteria Inklusi :</p> <p>Pasien yang berobat di rawat jalan</p> <p>Kriteria Ekslusi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien <i>medical check up</i>, pasien poli gigi 2. Pasien yang mendaftar <i>online</i> atau anjungan mandiri datang lebih dari 60 menit dari waktu yang sudah ditentukan 3. Pasien yang ada tindakan pasien sebelumnya
Formula pengukuran	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu } \leq 60 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien rawat jalan yang di observasi}} \times 100 \%$

Metode pengumpulan data	Retrospektif
Sumber data	Sumber data sekunder antara lain : 1. Catatan pendaftaran pasien rawat jalan 2. RM pasien rawat jalan 3. Formulir waktu tunggu rawat jalan
Instrumen pengambilan data	Formulir waktu tunggu rawat jalan
Besar sampel	<ul style="list-style-type: none"> • Total sampel (jika jumlah populasi ≤ 30) • Rumus Slovin (jika jumlah populasi > 30)
Cara pengambilan sampel	<i>Probability sampling – simple random sampling / Stratified random sampling</i> (berdasarkan poliklinik rawat jalan)
Periode pengumpulan data	Bulanan
Penyajian data	<ul style="list-style-type: none"> • Tabel • <i>Run chart</i>
Periode analisis dan pelaporan data	Bulanan, Triwulan, Tahunan
Penanggung jawab	Rawat Jalan

Judul indikator	Penundaan Operasi Elektif
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang tentang Rumah Sakit. 2. Rumah sakit harus menjamin ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan termasuk tindakan operasi, sesuai dengan kebutuhan pasien untuk mendapatkan hasil pelayanan seperti yang diinginkan dan menghindari komplikasi akibat keterlambatan operasi.
Dimensi Mutu	Tepat waktu, efisiensi, berorientasi pada pasien
Tujuan	Tergambarnya ketepatan pelayanan bedah dan penjadwalan operasi
Definisi Operasional	1. Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan. 2. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.
Jenis Indikator	Proses
Satuan pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien operasi elektif
Target pencapaian	$\leq 5 \%$
Kriteria	Kriteria Inklusi : Pasien operasi elektif Kriteria Eksklusi : Penundaan operasi atas indikasi medis
Formula pengukuran	$\frac{\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}} \times 100 \%$
Metode pengumpulan data	Retrospektif

Sumber data	Data sekunder dari catatan pasien yang dijadwalkan operasi dan data pelaksanaan operasi
Instrumen pengambilan data	Formulir penundaan operasi elektif
Besar sampel	<ul style="list-style-type: none"> • Total sampel (jika jumlah populasi ≤ 30) • Rumus Slovin (jika jumlah populasi > 30)
Cara pengambilan sampel	<i>Probability sampling – simple random sampling</i>
Periode pengumpulan data	Bulanan
Penyajian data	<ul style="list-style-type: none"> • Tabel • <i>Run chart</i>
Periode analisis dan pelaporan data	Bulanan, Triwulan, Tahunan
Penanggung jawab	Kamar Operasi

Judul indikator	Kepatuhan Waktu Visite Dokter
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang tentang Praktik Kedokteran 2. Undang-Undang tentang pelayanan publik 3. Pelayanan kesehatan harus berorientasi kepada kebutuhan pasien, bukan kepada keinginan rumah sakit
Dimensi Mutu	Berorientasi pada pasien
Tujuan	Tergambarnya kepatuhan dokter melakukan visitasi kepada pasien rawat inap sesuai waktu yang ditetapkan
Definisi Operasional	Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya
Jenis Indikator	Proses
Satuan pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang di visite dokter setiap hari
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien yang di observasi
Target pencapaian	$\geq 80 \%$
Kriteria	<p>Kriteria Inklusi :</p> <p>Visite Dokter pada pasien rawat inap</p> <p>Kriteria Eksklusi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang baru masuk rawat inap hari itu 2. Pasien konsul 3. Pasien yang sudah ada anjuran pulang
Formula pengukuran	$\frac{\text{Jumlah pasien yang di visite dokter}}{\text{Jumlah pasien yang di observasi}} \times 100 \%$
Metode pengumpulan data	Retrospektif
Sumber data	Data sekunder berupa laporan visite rawat inap dalam rekam medik
Instrumen pengambilan data	Formulir Kepatuhan waktu visite dokter

Besar sampel	<ul style="list-style-type: none"> • Total sampel (jika jumlah populasi ≤ 30) • Rumus Slovin (jika jumlah populasi > 30)
Cara pengambilan sampel	<i>Probability sampling – Stratified Random Sampling</i> (berdasarkan unit pelayanan)
Periode pengumpulan data	Bulanan
Penyajian data	<ul style="list-style-type: none"> • Tabel • <i>Run chart</i>
Periode analisis dan pelaporan data	Bulanan, Triwulan, Tahunan
Penanggung jawab	Rawat inap

Judul indikator	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien. 2. Kecepatan dan ketepatan pelaporan hasil laboratorium kritis sangat penting dalam kelanjutan tata laksana pasien. Hasil kritis menunjukkan kondisi pasien yang membutuhkan keputusan klinis yang segera untuk upaya pertolongan pasien dan mencegah komplikasi akibat keterlambatan
Dimensi Mutu	Tepat waktu, keselamatan
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium. 2. Tergambarnya sistem yang menunjukkan bagaimana nilai kritis dilaporkan dan didokumentasikan untuk menurunkan risiko keselamatan pasien
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera. 2. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter / analis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan. 3. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan ≤ 30 menit.
Jenis Indikator	Proses
Satuan pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan ≤ 30 menit
Denominator (penyebut)	Jumlah hasil kritis laboratorium yang di observasi
Target pencapaian	100 %
Kriteria	<p>Kriteria Inklusi :</p> <p>Semua hasil pemeriksaan laboratorium yang memenuhi kategori hasil kritis</p> <p>Kriteria Eksklusi :</p> <p>Tidak ada</p>
Formula pengukuran	Jumlah hasil kritis laboratorium

	yang dilaporkan ≤ 30 menit x 100 % Jumlah hasil kritis laboratorium yang di observasi
Metode pengumpulan data	Retrospektif
Sumber data	Data sekunder dari : Catatan data laporan hasil tes kritis laboratorium
Instrumen pengambilan data	Formulir pelaporan hasil kritis laboratorium
Besar sampel	<ul style="list-style-type: none"> • Total sampel (jika jumlah populasi ≤ 30) • Rumus Slovin (jika jumlah populasi > 30)
Cara pengambilan sampel	<i>Probability sampling – Simple Random Sampling / Systematic Random Sampling</i>
Periode pengumpulan data	Bulanan
Penyajian data	<ul style="list-style-type: none"> • Tabel • <i>Run chart</i>
Periode analisis dan pelaporan data	Bulanan, Triwulan, Tahunan
Penanggung jawab	Laboratorium

Judul indikator	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keputusan Menteri Kesehatan tentang Formularium Nasional. 2. Kepatuhan terhadap formularium dapat meningkatkan efisiensi dalam penggunaan obat-obatan. 3. Formularium rumah sakit disusun berdasarkan masukan-masukan pemberi layanan, dan pemilihannya berdasarkan kepada mutu obat, rasio risiko dan manfaat, berbasis bukti, efektivitas dan efisiensi. Pengadaan obat-obatan di rumah sakit mengacu pada formularium rumah sakit
Dimensi Mutu	Efisien dan efektif
Tujuan	Terwujudnya pelayanan obat kepada pasien yang efektif dan efisien berdasarkan daftar obat yang mengacu pada formularium nasional
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan. 2. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah persepsian obat (R/: <i>recipe</i> dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.
Jenis Indikator	Proses
Satuan pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional

Denominator (penyebut)	Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang di observasi
Target pencapaian	≥ 80 %
Kriteria	<p>Kriteria Inklusi :</p> <p>Resep yang dilayani di RS</p> <p>Kriteria Eksklusi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obat yang diresepkan di luar FORNAS tetapi dibutuhkan pasien dan telah mendapatkan persetujuan komite medik dan direktur. 2. Bila dalam resep terdapat obat di luar FORNAS karena stok obat nasional berdasarkan e-katalog habis / kosong.
Formula pengukuran	<p>Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang sesuai dengan Fornas x 100 %</p> <p>Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar Resep yang di observasi</p>
Metode pengumpulan data	Retrospektif
Sumber data	Lembar resep di instalasi farmasi
Instrumen pengambilan data	Formulir kepatuhan penggunaan formularium nasional
Besar sampel	<ul style="list-style-type: none"> • Total sampel (jika jumlah populasi ≤ 30) • Rumus Slovin (jika jumlah populasi > 30)
Cara pengambilan sampel	<i>Probability sampling – Simple Random Sampling / Systematic Random Sampling</i>
Periode pengumpulan data	Bulanan
Penyajian data	<ul style="list-style-type: none"> • Tabel • <i>Run chart</i>
Periode analisis dan pelaporan data	Bulanan, Triwulan, Tahunan
Penanggung jawab	Farmasi

Judul indikator	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang tentang Praktik Kedokteran 2. Permenkes tentang Standar Pelayanan Kedokteran. Untuk menjamin kepatuhan dokter atau dokter gigi di rumah sakit terhadap standar pelayanan maka perlu dilakukan monitor kepatuhan penggunaan <i>clinical pathway</i>. 3. Kepatuhan terhadap alur klinis / <i>clinical pathway</i> adalah kepatuhan seluruh Profesional Pemberi Asuhan terhadap alur klinis / <i>clinical pathway</i> yang telah ditetapkan. 4. Pemilihan penyakit yang akan dilakukan pengukuran kepatuhan terhadap alur klinis / <i>clinical pathway</i> sesuai dengan prioritas nasional adalah : <ol style="list-style-type: none"> a. Hipertensi b. Diabetes melitus

	c. TB d. HIV e. Keganasan 5. Pemilihan penyakit yang akan dilakukan pengukuran kepatuhan terhadap alur klinis / <i>clinical pathway</i> untuk RS khusus disesuaikan dengan program prioritas nasional yang ada dan pelayanan prioritas di rumah sakit tersebut.
Dimensi Mutu	Efektif, integrasi
Tujuan	Untuk menjamin kepatuhan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) di rumah sakit terhadap standar pelayanan dan untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis di rumah sakit
Definisi Operasional	1. <i>Clinical Pathway</i> adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu / terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit. 2. Kepatuhan terhadap <i>clinical pathway</i> adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i> yang ditetapkan Rumah Sakit.
Jenis Indikator	Proses
Satuan pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i>
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada <i>clinical pathway</i>
Target pencapaian	$\geq 80 \%$
Kriteria	Kriteria Inklusi : Pasien yang menderita penyakit sesuai batasan ruang lingkup <i>clinical pathway</i> yang di ukur Kriteria Eksklusi : 1. Pasien yang pulang atas permintaan sendiri selama perawatan 2. Pasien yang meninggal 3. Variasi yang terjadi sesuai dengan indikasi klinis pasien dalam perkembangan pelayanan
Formula pengukuran	$\frac{\text{Jumlah pelayanan oleh PPA yg sesuai dengan } \textit{clinical pathway}}{\text{Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA Pada } \textit{clinical pathway} \text{ yg di observasi}} \times 100 \%$
Metode pengumpulan data	Retrospektif
Sumber data	Data sekunder dari rekam medis
Instrumen pengambilan data	Formulir kepatuhan <i>Clinical Pathway</i>
Besar sampel	<ul style="list-style-type: none"> Total sampel (jika jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (jika jumlah populasi > 30)
Cara pengambilan	<i>Probability sampling – Stratified Random Sampling</i> (berdasarkan

sampel	masing – masing <i>clinical pathway</i>)
Periode pengumpulan data	Bulanan
Penyajian data	<ul style="list-style-type: none"> • Tabel • <i>Run chart</i>
Periode analisis dan pelaporan data	Bulanan, Triwulan, Tahunan
Penanggung jawab	Bidang pelayanan medik, komite medik, komite keperawatan dan tenaga kesehatan lain

Judul indikator	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
Dasar pemikiran	Permenkes tentang keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan dalam menjalankan upaya pencegahan jatuh agar terselenggaranya asuhan pelayanan yang aman dan mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien
Definisi Operasional	<p>1. Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Asesment</i> awal risiko jatuh b. <i>Assesment</i> ulang risiko jatuh c. Intervensi pencegahan risiko jatuh <p>2. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang di observasi
Target pencapaian	100 %
Kriteria	<p>Kriteria Inklusi :</p> <p>Pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh</p> <p>Kriteria Eksklusi :</p> <p>Pasien yang tidak dapat dilakukan assesmen ulang maupun edukasi seperti pasien meninggal, pasien gangguan jiwa yang sudah melewati fase akut, dan pasien yang menolak intervensi</p>
Formula pengukuran	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh}}{\text{Jumlah pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh yang di observasi}} \times 100 \%$
Metode pengumpulan data	Retrospektif
Sumber data	Data sekunder menggunakan data rekam medis

Instrumen pengambilan data	Formulir upaya pencegahan risiko pasien jatuh
Besar sampel	<ul style="list-style-type: none"> • Total sampel (jika jumlah populasi ≤ 30) • Rumus Slovin (jika jumlah populasi > 30)
Cara pengambilan sampel	<i>Probability sampling – Stratified Random Sampling</i> (berdasarkan unit pelayanan)
Periode pengumpulan data	Bulanan
Penyajian data	<ul style="list-style-type: none"> • Tabel • <i>Run chart</i>
Periode analisis dan pelaporan data	Bulanan, Triwulan, Tahunan
Penanggung jawab	Bidang keperawatan dan komite keselamatan pasien

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

	<p>dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain-lain.</p> <p>c. <i>Grading</i> Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien / keluarga / pengunjung. kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah complain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan <i>grading</i>
Denominator (penyebut)	Jumlah complain yang di survei
Target pencapaian	$\geq 80 \%$
Kriteria	<p>Kriteria Inklusi : Semua complain (lisan, tertulisa dan media massa)</p> <p>Kriteria Ekslusi : Tidak ada</p>
Formula pengukuran	$\frac{\text{Jumlah complain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan sesuai dengan } \textit{grading}}{\text{Jumlah komplain yang di survei}} \times 100 \%$
Metode pengumpulan data	Retrospektif
Sumber data	Data sekunder dari catatan komplain pasien
Instrumen pengambilan data	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulir complain 2. Laporan tindak lanjut komplain
Besar sampel	<ul style="list-style-type: none"> • Total sampel (jika jumlah populasi ≤ 30) • Rumus Slovin (jika jumlah populasi > 30)
Cara pengambilan sampel	<i>Probability sampling – Simple Random Sampling</i>
Periode pengumpulan data	Bulanan
Penyajian data	<ul style="list-style-type: none"> • Tabel • <i>Run chart</i>
Periode analisis dan pelaporan data	Bulanan, Triwulan, Tahunan
Penanggung jawab	Humas

Judul indikator	Kepuasan Pasien
Dasar pemikiran	Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi mengenai Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik.
Dimensi Mutu	Berorientasi pada pasien
Tujuan	Mengukur tingkat kepuasan masyarakat sebagai dasar upaya – upaya peningkatan mutu dan terselenggaranya pelayanan di semua unit

	yang mampu memberikan kepuasan pasien
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. 2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan. 3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Krejcie dan Morgan. 4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien. 5. Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variabel penyusunan survei kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan. 6. Unsur survei kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi: <ol style="list-style-type: none"> a. Persyaratan. b. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur. c. Waktu Penyelesaian. 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.
Jenis Indikator	<i>Outcome</i>
Satuan pengukuran	Indeks
Numerator (pembilang)	Tidak ada
Denominator (penyebut)	Tidak ada
Target pencapaian	$\geq 76,61$
Kriteria	<p>Kriteria Inklusi :</p> <p>Seluruh pasien</p> <p>Kriteria Eksklusi :</p> <p>Pasien yang tidak kompeten dalam mengisi kuesioner dan / atau tidak ada keluarga yang mendampingi</p>
Formula pengukuran	$\frac{\text{Total nilai persepsi seluruh responden}}{\text{Total unsur yang terisi dari seluruh responden}} \times 25$
Metode pengumpulan data	Survei
Sumber data	Hasil survei
Instrumen pengambilan data	Kuesioner

Besar sampel	Sesuai tabel Krejcie dan Morgan
Cara pengambilan sampel	<i>Stratified Random Sampling</i>
Periode pengumpulan data	Semesteran
Penyajian data	<ul style="list-style-type: none"> • Tabel • <i>Run chart</i>
Periode analisis dan pelaporan data	Semesteran, Tahunan
Penanggung jawab	Humas