

**PERATURAN DIREKTUR  
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA  
NOMOR : 025/PER/DIR/RSIH/II/2022**

**TENTANG  
PANDUAN PENINGKATAN MUTU  
LAYANAN PRIORITAS RS INTAN HUSADA  
(PELAYANAN IBU DAN ANAK)**

**RS INTAN HUSADA**

Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul – Garut 44151

**LEMBAR VALIDASI  
PANDUAN PENINGKATAN MUTU LAYANAN PRIORITAS RS INTAN HUSADA  
(PELAYANAN IBU DAN ANAK)**

**NOMOR: 025/PER/DIR/RSIH/II/2022**

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Desty Dwi Widiyanti, Amd.Kep	Ketua Subkomite Mutu		24-02-2022
Verifikator	:	dr. Iva Tania	Manajer Pelayanan Medik		24-02-2022
	:	Depi Rismayanti, S.Kep	Manajer Keperawatan		24-02-2022
	:	dr. Hadiyana Suryadi, Sp.B	Ketua Komite Medik		24-02-2022
Validator	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		24-02-2022

## DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
DAFTAR ISI .....	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
BAB I .....	1
DEFINISI .....	1
A. Pengertian .....	1
B. Tujuan .....	1
BAB II.....	2
RUANG LINGKUP .....	2
BAB III.....	3
TATA LAKSANA .....	3
BAB IV .....	5
DOKUMENTASI.....	5

**LEMBAR PENGESAHAN  
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

**NOMOR : 025/PER/DIR/RSIH/II/2022**

**TENTANG**

**PANDUAN PENINGKATAN MUTU PELAYANAN PRIORITAS RS INTAN HUSADA  
(PELAYANAN IBU DAN ANAK)**

**DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

Menimbang :

- a. bahwa untuk penyelenggaraan Pelayanan Ibu dan Anak yang efisien dan efektif diseluruh jajaran struktural dan fungsional Rumah Sakit Intan Husada, maka dipandang perlu dibuat Panduan Peningkatan Mutu Layanan Prioritas RS Intan Husada (Pelayanan Ibu dan Anak)
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a maka Direktur perlu menetapkan Panduan Peningkatan Mutu Layanan Prioritas RS Intan Husada (Pelayanan Ibu dan Anak)

Mengingat :

1. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
2. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
3. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek keDokteran;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438 Tahun 2010 Tentang Standar Pelayanan KeDokteran;
5. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit;
6. Surat Keputusan PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 34/PT-RSIH/XI/2021-S2 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur RS Intan Husada Periode 2021-2024;
7. Peraturan Direktur RS Intan Husada Nomor 3530/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit;

## MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PANDUAN PENINGKATAN MUTU LAYANAN PRIORITAS RS INTAN HUSADA (PELAYANAN IBU DAN ANAK)**
- Kesatu : Pengesahan Peraturan Direktur Nomor 025/PER/DIR/RSIH/II/2022 Tentang Panduan Peningkatan Mutu Layanan Prioritas RS Intan Husada (Pelayanan Ibu dan Anak)
- Kedua : Memberlakukan Peraturan Direktur Nomor 025/PER/DIR/RSIH/II/2022 Tentang Panduan Peningkatan Mutu Layanan Prioritas RS Intan Husada (Pelayanan Ibu dan Anak) di Rumah Sakit Intan Husada.
- Ketiga : Tentang Panduan Peningkatan Mutu Layanan Prioritas RS Intan Husada (Pelayanan Ibu dan Anak) digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan Tentang Panduan Peningkatan Mutu Layanan Prioritas RS Intan Husada (Pelayanan Ibu dan Anak) di Rumah Sakit Intan Husada.
- Keempat : Tentang Panduan Peningkatan Mutu Layanan Prioritas RS Intan Husada (Pelayanan Ibu dan Anak) sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Kelima : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut  
Pada Tanggal : 24 Februari 2022

Direktur,



**drg. Muhammad Hasan, MARS**  
**NIP.2111018363**

## **BAB I DEFINISI**

### **A. Pengertian**

1. Peningkatan layanan prioritas RS adalah upaya pengukuran dan peningkatan mutu yang mempengaruhi atau mencerminkan aktivitas di unit layanan prioritas.
2. Layanan Ibu dan Anak adalah layanan prioritas yang ditentukan RS Intan Husada pada tahun 2022.
3. Indikator Mutu Area Klinik (IAK) adalah indikator mutu yang bersumber dari area pelayanan.
4. Indikator Mutu Area Manajemen (IAM) adalah indikator mutu yang bersumber dari area manajemen.
5. Indikator Mutu Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) adalah indikator mutu yang mengukur kepatuhan Staf dalam penerapan sasaran keselamatan pasien dan budaya keselamatan.

### **B. Tujuan**

Sebagai upaya RS Intan Husada dalam rangka peningkatan mutu dan keselamatan pasien pada layanan prioritas layanan ibu dan anak di RS Intan Husada.

## **BAB II**

### **RUANG LINGKUP**

RS Intan Husada memiliki berbagai layanan untuk peningkatan mutu dan pelayanan Ibu dan Anak dipilih sebagai pelayanan prioritas. Adapun ruang lingkup Pelayanan Ibu dan Anak meliputi :

1. Unit Rawat Jalan
2. Unit Rawat Inap

Pelayanan Ibu dan Anak berhubungan dengan unit-unit lain diantaranya :

1. Unit Gawat Darurat
2. Unit Farmasi
3. Unit Rekam Medis
4. Unit Laboratorium

### **BAB III**

### **TATA LAKSANA**

Layanan prioritas Ibu dan Anak ditentukan oleh Direktur RS Bersama dengan Manajemen Pelayanan Medik, Manajer Keperawatan, Kepala Unit dan Komite-Komite. Adapun langkah penentuan pemilihan layanan prioritas Ibu dan Anak diantaranya :

1. Menentukan topik prioritas
2. Melengkapi dasar pemikiran dari layanan prioritas Ibu dan Anak yang terdiri dari :
  - a. Misi dan tujuan strategi RS
  - b. Data-data permasalahan yang ada di RS
  - c. Sistem dan proses yang memperlihatkan variasi proses penerapan pelayanan dan hasil pelayanan yang paling banyak
  - d. Perbaikan yang berdampak pada efisiensi
  - e. Dampak dari perbaikan system
3. Menetapkan implementasi prioritas peningkatan mutu pelayanan di unit yang terkait dengan layanan prioritas Ibu dan Anak
4. Menetapkan 5 PPK - *Clinical Pathway* yang akan di evaluasi di unit-unit terkait dengan layanan Ibu dan Anak
5. Menetapkan Indikator Area Klinik (IAK), Indikator Area Manajemen (IAM) dan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) untuk memantau peningkatan mutu dari layanan prioritas Ibu dan Anak diantaranya :
  - a. Indikator Area Klinis (IAK)
    - 1) Pengkajian awal medik untuk pasien Ibu dan Anak dalam 24 jam
    - 2) Pelaporan nilai kritis laboratorium
    - 3) Angka ketidaklengkapan *informed consent*
  - b. Indikator Area Manajemen (IAM)
    - 1) Ketepatan waktu laporan insiden keselamatan pasien 2x24 jam
    - 2) Kejadian pasien pulang APS
    - 3) Tingkat kepuasan pasien Ibu dan Anak di Unit Rawat Jalan dan Unit Rawat Inap
  - c. Sasaran Keselamatan Pasien
    - 1) Kepatuhan Identifikasi Pasien Ibu dan Anak
    - 2) Kepatuhan pelaksanaan SBAR terhadap *advice* DPJP
    - 3) Kepatuhan Penyimpanan Obat *High Alert* di Farmasi
    - 4) Kepatuhan *Surgical safety* checklist untuk tindakan pembedahan pada pasien Ibu dan Anak
    - 5) Kepatuhan *Handhygiene* pada Petugas Unit Rawat Jalan dan Unit Rawat Inap
    - 6) Asesmen Risiko Jatuh pasien Ibu dan Anak di Unit Rawat Jalan dan Unit Rawat Inap
6. Melakukan pengukuran indikator IAK, IAM dan SKP di area layanan prioritas Ibu dan Anak



7. Melakukan monitoring capaian indikator dan analisa untuk mengetahui dampak kendali mutu dan biaya dari layanan prioritas Layanan Ibu dan Anak
8. Melakukan upaya peningkatan mutu melalui PDSA
9. Melakukan evaluasi dari upaya peningkatan mutu yang dilakukan
10. Evaluasi akan dilakukan setiap tahun bersama Manajemen, Komite dan Unit-unit terkait
11. Melakukan rencana tindak lanjut dari hasil evaluasi upaya peningkatan mutu pelayanan prioritas Layanan Ibu dan Anak

## BAB IV DOKUMENTASI

Penetapan layanan prioritas hasil pengukuran grafik dan analisa didokumentasikan di Komite Mutu dan dibuat dalam bentuk Peraturan Direktur. Pelaporan hasil dibuat dalam bentuk laporan yang diserahkan setiap bulannya dan di *upload* dalam Mutu Fasyankes SIMAR.

### DAFTAR PROFIL INDIKATOR MUTU PRIORITAS

#### I. INDIKATOR AREA KLINIS

<b>Kode Indikator</b>	IAK-PRI 1
<b>Nama Indikator</b>	Pengkajian awal medik untuk pasien Ibu dan Anak dalam 24 jam
<b>Dasar Pemikiran / Literatur</b>	PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan berfokus pada pasien
<b>Tujuan</b>	Tercapainya kelengkapan pengisian formulir pengkajian awal pasien
<b>Definisi Operasional</b>	Tahap awal dari proses dimana Dokter mengevaluasi data pasien
<b>Jenis Indikator</b>	<i>Outcome</i>
<b>Numerator</b>	Jumlah form pengkajian awal medik pasien ibu dan anak yang di isi lengkap dalam waktu 1 x24 jam
<b>Denominator</b>	Jumlah seluruh form pengkajian awal medik pasien ibu dan anak dalam bulan tersebut
<b>Target Pencapaian</b>	100%
<b>Kriteria Inklusi</b>	Seluruh pasien ibu dan anak
<b>Kriteria Eksklusi</b>	-
<b>Formula</b>	Jumlah form pengkajian awal medik pasien ibu dan anak yang di isi lengkap dalam waktu 1 x24 jam dibagi Jumlah seluruh form pengkajian awal medik pasien ibu dan anak dalam bulan tersebut dikali 100%)
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Restrospective</i>
<b>Sumber Data</b>	Sensus
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Lembar Kerja Formulir Pengkajian Awal Medik
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Sampel Populasi
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>

<b>Penanggung jawab</b>	Pengumpul Data Mutu
<b>Kelompok Indikator</b>	IAK-1
<b>Area Indikator</b>	Prioritas
<b>Wilayah Pengamatan</b>	Unit Rekam Medis
<b>Fungsi Objektif</b>	Maksimal

<b>Kode Indikator</b>	IAK-PRI 2
<b>Nama Indikator</b>	Pelaporan nilai kritis laboratorium
<b>Dasar Pemikiran/ Literatur</b>	Pedoman Praktik Laboratorium Kesehatan Yang Benar/ <i>Good Laboratory Practice</i> (GLP), Indikator Mutu Nasional
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan berfokus pada pasien
<b>Tujuan</b>	Tercapainya tindakan terapi kepada pasien ibu dan anak dilakukan oleh DPJP/Dokter Jaga tepat waktu
<b>Definisi Operasional</b>	Tahapan dari proses dimana Dokter mengevaluasi data pasien untuk mendapatkan penanganan lebih cepat dan tepat
<b>Jenis Indikator</b>	<i>Outcome</i>
<b>Numerator</b>	Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan $\leq 30$ menit
<b>Denominator</b>	Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi
<b>Target Pencapaian</b>	100 %
<b>Kriteria Inklusi</b>	Semua hasil pemeriksaan laboratorium dengan kategori hasil kritis
<b>Kriteria Eksklusi</b>	Tidak ada
<b>Formula</b>	Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan $\leq 30$ menit dibagi Jumlah hasil kritis laboratorium pasien ibu dan anak yang di observasi dikali 100%)
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Concurrent</i>
<b>Sumber Data</b>	Observasi
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Lembar Kerja
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Total Sampling
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	Pengumpul Data Mutu
<b>Kelompok Indikator</b>	IAK & IMN
<b>Area Indikator</b>	Prioritas
<b>Wilayah Pengamatan</b>	Unit Laboratorium
<b>Fungsi Objektif</b>	Maksimal

<b>Kode Indikator</b>	IAK-PRI 3
<b>Nama Indikator</b>	Angka ketidaklengkapan <i>informed consent</i>
<b>Dasar Pemikiran/ Literatur</b>	PMK No. 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal RS
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan berfokus pada pasien
<b>Tujuan</b>	<p>Tercapainya perlindungan kepada pasien terhadap segala tindakan medis yang dilakukan tanpa sepengetahuan pasien;</p> <p>Tercapainya pemberian perlindungan hukum kepada Dokter terhadap akibat yang tidak terduga dan bersifat negatif, misalnya terhadap risk of treatment yang tak mungkin dihindarkan walaupun Dokter sudah mengusahakan dengan cara semaksimal mungkin dan bertindak dengan sangat hati-hati dan teliti</p>
<b>Definisi Operasional</b>	<p><i>Informed Consent</i> adalah persetujuan tindakan keDokteran yang diberikan oleh pasien/keluarga terdekatnya setelah mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai tindakan keDokteran yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut serta risiko yang akan terjadi terhadap pasien.</p> <p>Ketidaklengkapan <i>informed consent</i> adalah tidak terisinya form <i>informed consent</i> secara lengkap, data maupun tanda tangan, baik pada lembar informasi maupun pada lembar <i>consent</i></p>
<b>Jenis Indikator</b>	<i>Proses dan Outcome</i>
<b>Numerator</b>	<i>Informed consent</i> yang tidak lengkap pasien ibu dan anak dalam satu bulan
<b>Denominator</b>	Jumlah seluruh <i>informed consent</i> dalam bulan tersebut
<b>Target Pencapaian</b>	100 %
<b>Kriteria Inklusi</b>	Seluruh pasien ibu dan anak yang akan dilakukan tindakan
<b>Kriteria Eksklusi</b>	Selain ibu dan anak
<b>Formula</b>	<i>Informed consent</i> yang tidak lengkap di pasien Ibu dan Anak dalam satu bulan dibagi Jumlah seluruh <i>informed consent</i> Ibu dan Anak dalam bulan tersebut dikali 100 %
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Restrospective</i>
<b>Sumber Data</b>	Sensus
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Lembar Kerja Formulir <i>Informed Consent</i>
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Sampel Populasi

<b>Penyajian Data</b>	- Tabel - <i>Run chart</i>
<b>Penanggung jawab</b>	Pengumpul Data Mutu
<b>Kelompok Indikator</b>	IAK
<b>Area Indikator</b>	Prioritas
<b>Wilayah Pengamatan</b>	Unit Rekam Medik
<b>Fungsi Objektif</b>	Minimal

## II. INDIKATOR AREA MANAJEMEN

<b>Kode Indikator</b>	IAM-PRI 1
<b>Nama Indikator</b>	Ketepatan waktu laporan insiden keselamatan pasien 2x24 jam
<b>Dasar Pemikiran / Literatur</b>	PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan berfokus pada pasien
<b>Tujuan</b>	insiden keselamatan pasien dapat ditindaklanjuti dengan cepat dan tepat
<b>Definisi Operasional</b>	Pelaporan yang dilakukan oleh Petugas Pelayanan terhadap insiden keselamatan pasien
<b>Jenis Indikator</b>	<i>Outcome</i>
<b>Numerator</b>	Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien ibu dan anak selama 1 bulan
<b>Denominator</b>	Jumlah seluruh pasien ibu dan anak dalam bulan tersebut
<b>Target Pencapaian</b>	100%
<b>Kriteria Inklusi</b>	Seluruh pasien ibu dan anak
<b>Kriteria Eksklusi</b>	-
<b>Formula</b>	Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien ibu dan anak selama 1 bulan dibagi Jumlah seluruh pasien ibu dan anak dalam bulan tersebut dikali 100%)
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Restrospective</i>
<b>Sumber Data</b>	Bulanan
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Lembar Kerja
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Total Sampling
<b>Penyajian Data</b>	- Tabel - <i>Run chart</i>
<b>Penanggung jawab</b>	Pengumpul Data Mutu

<b>Kelompok Indikator</b>	IAK
<b>Area Indikator</b>	Prioritas
<b>Wilayah Pengamatan</b>	Komite Mutu
<b>Fungsi Objektif</b>	Maksimal

<b>Kode Indikator</b>	IAM-PRI 2
<b>Nama Indikator</b>	Kejadian pasien pulang APS
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan berfokus pada pasien
<b>Tujuan</b>	Tidak adanya pasien ibu dan anak yang pulang APS
<b>Definisi Operasional</b>	Pulang atas permintaan pasien sebelum dinyatakan pulang oleh DPJP
<b>Jenis Indikator</b>	<i>Outcome</i>
<b>Numerator</b>	Jumlah kejadian pasien pulang APS (Ibu dan Anak)
<b>Denominator</b>	Jumlah seluruh pasien ibu dan anak dalam bulan tersebut
<b>Target Pencapaian</b>	100%
<b>Kriteria Inklusi</b>	Seluruh pasien ibu dan anak
<b>Kriteria Eksklusi</b>	-
<b>Formula</b>	Jumlah kejadian pasien pulang APS dibagi jumlah seluruh pasien ibu dan anak dalam bulan tersebut dalam bulan tersebut dikali 100%)
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	Sensus
<b>Sumber Data</b>	<i>Restrospective</i>
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Lembar Kerja
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Total Sampling
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	Pengumpul Data Mutu
<b>Kelompok Indikator</b>	IAK
<b>Area Indikator</b>	Prioritas
<b>Wilayah Pengamatan</b>	Unit Rekam Medis
<b>Fungsi Objektif</b>	Maksimal

<b>Kode Indikator</b>	IAM-PRI 3
<b>Nama Indikator</b>	Tingkat kepuasan pasien Ibu dan Anak di Unit Rawat Jalan dan Unit Rawat Inap

<b>Dasar Pemikiran / Literatur</b>	PMK No. 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal RS, Indikator Mutu Nasional Rumah Sakit, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit, PermenPAN RB No.14 Tahun 2017
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan berfokus pada pasien
<b>Tujuan</b>	Tercapainya kepuasan pasien ibu dan anak di Unit Rawat Jalan dan Unit Rawat Inap dengan target skor $\geq 76,61$
<b>Definisi Operasional</b>	Kepuasan pasien ibu dan anak dalam pencapaian peningkatan mutu
<b>Jenis Indikator</b>	<i>Outcome</i>
<b>Numerator</b>	-
<b>Denominator</b>	-
<b>Target Pencapaian</b>	$\geq 76,61$
<b>Kriteria Inklusi</b>	Seluruh pasien ibu dan anak
<b>Kriteria Eksklusi</b>	Pasien yang tidak kompeten dalam mengisi kuesioner atau tidak ada yg mendampingi
<b>Formula</b>	Total nilai persepsi seluruh pasien ibu dan anak dibagi total unsur yang terisi dari seluruh pasien x 25
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Restrospective</i>
<b>Sumber Data</b>	Sensus
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Lembar Kerja
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Total Sampling
<b>Penyajian Data</b>	- Tabel - <i>Run chart</i>
<b>Penanggung jawab</b>	Pengumpul Data Mutu
<b>Kelompok Indikator</b>	IMN
<b>Area Indikator</b>	Prioritas
<b>Wilayah Pengamatan</b>	Unit Rawat Jalan dan Rawat Inap
<b>Fungsi Objektif</b>	Maksimal

### III. SASARAN KESELAMATAN PASIEN

<b>Kode Indikator</b>	SKP-PRI 1
<b>Nama Indikator</b>	Kepatuhan Identifikasi Pasien Ibu dan Anak
<b>Dasar Pemikiran / Literatur</b>	PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan berfokus pada pasien

<b>Tujuan</b>	Tercapainya deskripsi prosedur untuk memastikan tidak terjadinya kesalahan dalam identifikasi pasien selama pelayanan di Rawat Jalan dan Rawat Inap, Tergambarnya kejadian/kesalahan yang berhubungan dengan salah identifikasi. Kesalahan ini dapat berupa salah pasien, kesalahan prosedur, kesalahan medikasi, kesalahan transfusi dan kesalahan pemeriksaan diagnostik.
<b>Definisi Operasional</b>	proses pengumpulan data dan pencatatan segala keterangan tentang bukti-bukti dari seseorang sehingga kita dapat menetapkan dan menyamakan keterangan tersebut dengan individu seseorang.
<b>Jenis Indikator</b>	Proses dan <i>Outcome</i>
<b>Numerator</b>	Jumlah proses yang telah dilakukan identifikasi secara benar
<b>Denominator</b>	Jumlah seluruh pasien ibu dan anak dalam bulan tersebut
<b>Target Pencapaian</b>	100%
<b>Kriteria Inklusi</b>	Seluruh pasien ibu dan anak
<b>Kriteria Eksklusi</b>	-
<b>Formula</b>	Jumlah proses yang telah dilakukan identifikasi secara benar pada pasien ibu dan anak dibagi jumlah proses pelayanan pasien ibu dan anak yang di observasi dikali 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Restrospective</i>
<b>Sumber Data</b>	Observasi
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Lembar Kerja
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Sampel Populasi
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	Pengumpul Data Mutu
<b>Kelompok Indikator</b>	SKP
<b>Area Indikator</b>	Prioritas
<b>Wilayah Pengamatan</b>	Divisi Pelayanan Medik dan Keperawatan
<b>Fungsi Objektif</b>	Maksimal

  

<b>Kode Indikator</b>	SKP-PRI 2
<b>Nama Indikator</b>	Kepatuhan pelaksanaan SBAR terhadap <i>advice</i> DPJP
<b>Dasar Pemikiran / Literatur</b>	PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit



	Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan berfokus pada pasien
<b>Tujuan</b>	Terlaksananya pencegahan terhadap ketidaksesuaian antara instruksi atau laporan yang diberikan dengan yang diterima
<b>Definisi Operasional</b>	<p>Verbal Order adalah komunikasi secara verbal baik melalui telepon maupun secara langsung. komunikasi yang dimaksud adalah Komunikasi dalam memberikan intruksi (baik terapi, prosedur/ tindakan, diit, atau tindakan lainnya), komunikasi dalam melaporkan hasil pemeriksaan (fisik maupun Penunjang Laboratorium, Radiologi, <i>imaging</i>, atau pemeriksaan penunjang lainnya) atau Komunikasi dalam hal konsultasi antar Dokter (Dokter Jaga, DPJP atau Konsulen). Penerima informasi mencatat informasi yang diberikan (di form yang ditujukan untuk penulisan tersebut atau di secarik kertas untuk kemudian disalin di form yang semestinya). Setelah informasi dicatat, dilakukan pembacaan ulang terhadap informasi tadi, kemudian pemberi informasi mengkonfirmasi kebenaran hasil pembacaan ulang. Pada form diberi cap "konfirmasi perintah"</p> <p>Verifikasi Verbal Order adalah Pemeriksaan tentang kebenaran dari komunikasi secara verbal yang telah dilakukan. Verifikasi dibuktikan dengan pemberian tanda tangan nama jelas, tanggal dan waktu verifikasi pada cap konfirmasi perintah oleh pemberi dan penerima pesan</p>
<b>Jenis Indikator</b>	<i>Outcome</i>
<b>Numerator</b>	Jumlah verbal order/ <i>advice</i> yang dilakukan verifikasi (dibuktikan dengan adanya pengecapan TBAK)
<b>Denominator</b>	jumlah verbal order/ <i>advice</i> yang diamati
<b>Target Pencapaian</b>	100%
<b>Kriteria Inklusi</b>	Seluruh pasien ibu dan anak
<b>Kriteria Eksklusi</b>	-
<b>Formula</b>	Seluruh instruksi verbal yang dilakukan pengecapan TBAK dibagi seluruh instruksi verbal yang dilakukan pada pasien Ibu dan Anak yang diobservasi
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Restrospective</i>
<b>Sumber Data</b>	Sensus
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Dokumen Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan

<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Sampel Populasi
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	Pengumpul Data Mutu
<b>Kelompok Indikator</b>	SKP
<b>Area Indikator</b>	Prioritas
<b>Wilayah Pengamatan</b>	Unit Rawat Inap
<b>Fungsi Objektif</b>	Maksimal

<b>Kode Indikator</b>	SKP-PRI 3
<b>Nama Indikator</b>	Kepatuhan Penyimpanan Obat <i>High Alert</i> di Unit Farmasi
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan berfokus pada pasien
<b>Tujuan</b>	Tercapainya peningkatan kepatuhan terhadap prosedur penyimpanan obat <i>High Alert</i>
<b>Definisi Operasional</b>	disebut patuh apabila penyimpanan obat <i>High Alert</i> harus di tempat khusus dan terpisah dari obat-obat lain. Pada setiap obat harus diberi stiker berwarna merah yang bertuliskan <i>High Alert</i> .
<b>Jenis Indikator</b>	<i>Outcome</i>
<b>Numerator</b>	Jumlah temuan observasi penyimpanan yang sesuai dengan prosedur
<b>Denominator</b>	Total jumlah observasi penyimpanan yang dilakukan
<b>Target Pencapaian</b>	100 %
<b>Kriteria Inklusi</b>	Semua obat <i>High Alert</i> yang disimpan elektrolit pekat, sitostatika, narkotika injeksi, antikoagulan, sedasi injeksi
<b>Kriteria Eksklusi</b>	Semua obat selain obat <i>High Alert</i>
<b>Formula</b>	Jumlah temuan observasi penyimpanan yang sesuai dengan prosedur dibagi total jumlah observasi penyimpanan yang dilakukan dikali 100%
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Concurrent</i>
<b>Sumber Data</b>	Observasi
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Lembar Kerja
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Sampel Populasi

<b>Penyajian Data</b>	- Tabel - <i>Run chart</i>
<b>Penanggung jawab</b>	Pengumpul Data Mutu
<b>Kelompok Indikator</b>	SKP
<b>Area Indikator</b>	Prioritas
<b>Wilayah Pengamatan</b>	Unit Farmasi
<b>Fungsi Objektif</b>	Maksimal

<b>Kode Indikator</b>	SKP-PRI 4
<b>Nama Indikator</b>	Kepatuhan <i>Surgical Safety Checklist</i> untuk Tindakan Pembedahan pada pasien Ibu dan Anak
<b>Dasar Pemikiran / Literatur</b>	PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan berfokus pada pasien
<b>Tujuan</b>	Tercegahnya kejadian salah pasien, salah prosedur, salah lokasi dalam prosedur pembedahan
<b>Definisi Operasional</b>	<i>Surgical safety checklist</i> adalah alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim profesional di ruang operasi berupa daftar periksa untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien
<b>Jenis Indikator</b>	Proses dan <i>Outcome</i>
<b>Numerator</b>	Jumlah <i>surgical safety check list</i> yang telah diisi pada tindakan pembedahan ibu dan anak
<b>Denominator</b>	Jumlah seluruh tindakan pembedahan ibu dan anak
<b>Target Pencapaian</b>	100%
<b>Kriteria Inklusi</b>	Seluruh tindakan pembedahan ibu dan anak
<b>Kriteria Eksklusi</b>	-
<b>Formula</b>	Jumlah <i>surgical safety check list</i> yang telah diisi pada tindakan pembedahan ibu dan anak dalam satu bulan : jumlah seluruh tindakan pembedahan ibu dan anak dalam satu bulan x 100 %
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Restrospective</i>
<b>Sumber Data</b>	Observasi
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Lembar Kerja Formulir <i>Surgical safety check list</i>
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Total Sampling
<b>Penyajian Data</b>	Lembar Kerja
<b>Penanggung jawab</b>	Pengumpul Data Mutu
<b>Kelompok Indikator</b>	SKP

<b>Area Indikator</b>	Prioritas
<b>Wilayah Pengamatan</b>	Unit Kamar Operasi, Unit Rekam Medis
<b>Fungsi Objektif</b>	Maksimal

<b>Kode Indikator</b>	SKP-PRI 5
<b>Nama Indikator</b>	Kepatuhan <i>Handhygiene</i> pada Petugas Unit Rawat Jalan dan Unit Rawat Inap
<b>Dasar Pemikiran / Literatur</b>	PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan berfokus pada pasien
<b>Tujuan</b>	Tercapainya pemutusan rantai penularan infeksi menciptakan lingkungan yang aman, pelayanan kesehatan aman
<b>Definisi Operasional</b>	<p>Kebersihan tangan (<i>hand hygiene</i>) adalah segala usaha yang dilakukan untuk membersihkan kotoran yang secara kasat mata 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,2009)</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>
<b>Jenis Indikator</b>	Proses dan <i>Outcome</i>
<b>Numerator</b>	Total kebersihan tangan yang dilakukan oleh petugas Unit Rawat Jalan dan Unit Rawat Inap
<b>Denominator</b>	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi
<b>Target Pencapaian</b>	100%
<b>Kriteria Inklusi</b>	Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan
<b>Kriteria Eksklusi</b>	-
<b>Formula</b>	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan : jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi x 100 %
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Concurrent</i>

<b>Sumber Data</b>	Observasi
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Lembar Kerja
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Sampling Populasi
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	Pengumpul Data Mutu
<b>Kelompok Indikator</b>	SKP
<b>Area Indikator</b>	Prioritas
<b>Wilayah Pengamatan</b>	Komite PPI, Unit Rawat Inap & Rawat Jalan
<b>Fungsi Objektif</b>	maksimal

<b>Kode Indikator</b>	SKP-PRI 6
<b>Nama Indikator</b>	Assesmen Risiko Jatuh Pasien Ibu dan Anak di Unit Rawat Inap
<b>Dasar Pemikiran / Literatur</b>	PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan berfokus pada pasien
<b>Tujuan</b>	Tercapainya penurunan kejadian pasien jatuh
<b>Definisi Operasional</b>	Pengkajian resiko pasien jatuh adalah pengkajian untuk menilai resiko pasien jatuh, Dalam prosedur pengkajian pasien jatuh, seluruh pasien harus dikaji/ di <i>assessment</i> mengenai resiko jatuh pada saat masuk ke ruang perawatan, setiap hari dan setiap ada perubahan status klinis. Dalam monitoring ini yang dilihat adalah pengkajian pasien jatuh pada saat masuk ke Ruang Perawatan
<b>Jenis Indikator</b>	Proses dan <i>Outcome</i>
<b>Numerator</b>	Jumlah pasien ibu dan anak di Rawat Jalan dan Rawat Inap dan mendapatkan pengkajian resiko jatuh
<b>Denominator</b>	Jumlah pasien Rawat Inap risiko tinggi jatuh yang diobservasi
<b>Target Pencapaian</b>	100%
<b>Kriteria Inklusi</b>	Pasien yang tidak dapat dilakukan asesmen ulang maupun edukasi (meninggal, gangguan jiwa yang melewati fase akut)
<b>Kriteria Eksklusi</b>	-
<b>Formula</b>	Jumlah pasien ibu dan anak di yang melakukan pelayanan Rawat Inap dan mendapatkan pengkajian

	resiko jatuh : Jumlah pasien Rawat Inap risiko tinggi jatuh yang diobservasi x 100 %
<b>Metode Pengumpulan Data</b>	<i>Restrospective</i>
<b>Sumber Data</b>	Sensus
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Lembar Kerja
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
<b>Besaran Sampel</b>	Sampel Populasi
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
<b>Penanggung jawab</b>	Pengumpul Data Mutu
<b>Kelompok Indikator</b>	SKP
<b>Area Indikator</b>	Prioritas
<b>Wilayah Pengamatan</b>	Unit Rawat Inap & Rawat Jalan
<b>Fungsi Objektif</b>	Maksimal