



**KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA GARUT**  
**Nomor : 138/SK/DIR/RSIH/V/2022**

**TENTANG**

**PENETAPAN INDIKATOR MUTU PRIORITAS IBU DAN ANAK  
DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

Menimbang :

- a. bahwa rumah sakit dituntut untuk memperhatikan mutu pelayanan agar dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, akuntabel dan transparan kepada masyarakat, khususnya bagi jaminan keselamatan pasien (*Patient Safety*).
- b. bahwa mutu pelayanan rumah sakit harus ditingkatkan secara berkesinambungan.
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana yang dimaksud pada butir a dan b, perlu ditetapkan Keputusan Direktur Tentang Penetapan Indikator Mutu Prioritas Ibu dan Anak Rumah Sakit Intan Husada.

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
2. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1045/MENKES/PER/XI/2006 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit;
8. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C kepada Rumah Sakit Intan Husada;

9. Keputusan Direktur Utama PT. RS Intan Husada Nomor 34/PT.RSIH/XI/2021 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Diretur Rumah Sakit Intan Husada;
10. Peraturan Direktur Utama PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 052/PT-RSIH/X/2021-S0 Tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Intan Husada;
11. Peraturan Direktur RS Intan Husada Nomor 3530/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit;
12. Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 3531/A000/XI/2021 Tentang Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*);

### MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA TENTANG PENETAPAN INDIKATOR MUTU PRIORITAS IBU DAN ANAK RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**
- Kesatu : Memberlakukan Keputusan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 138/SK/DIR/RSIH/V/2022 Tentang Penetapan Indikator Mutu Prioritas Ibu dan Anak Rumah Sakit Intan Husada
- Kedua : Penetapan Indikator Mutu Prioritas Ibu dan Anak Rumah Sakit Intan Husada digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Intan Husada
- Ketiga : Penetapan Indikator Mutu Prioritas Ibu dan Anak Rumah Sakit Intan Husada sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Keempat : 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 : 13 Mei 2022  
Direktur,



drg. Muhammad Hasan, MARS  
NIK: 21110183633

Lampiran Keputusan Direktur  
Rumah Sakit Intan Husada  
Nomor : 138/SK/DIR/RSIH/V/2022  
Tentang : Penetapan Indikator Mutu Prioritas Ibu dan Anak Rumah Sakit Intan Husada

**PENETAPAN INDIKATOR MUTU PRIORITAS IBU DAN ANAK  
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

**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 x 24 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>	$\frac{\text{Jumlah form pengkajian awal medik pasien ibu dan anak yang di isi lengkap dalam waktu 1 x24 jam}}{\text{Jumlah seluruh form pengkajian awal medik pasien ibu dan anak dalam bulan tersebut}} \times 100\%$
<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>	- Tabel - <i>Run chart</i>
<b>Penanggung jawab</b>	Pengumpul Data Mutu



Kelompok Indikator	IAK-1
Area Indikator	Prioritas
Wilayah Pengamatan	Unit Rekam Medis
Fungsi Objektif	Maksimal

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

Kode Indikator	IAK-PRI 3
Nama Indikator	Angka ketidaklengkapan <i>informed consent</i>
Dasar Pemikiran/ Literatur	PMK No. 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan berfokus pada pasien
Tujuan	<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 <i>treatment</i> yang tak mungkin dihindarkan walaupun Dokter sudah mengusahakan dengan cara semaksimal mungkin dan bertindak dengan sangat hati-hati dan teliti</p>
Definisi Operasional	<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>
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Numerator	<i>Informed consent</i> yang tidak lengkap pasien ibu dan anak dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh <i>informed consent</i> dalam bulan tersebut
Target Pencapaian	100 %
Kriteria Inklusi	Seluruh pasien ibu dan anak yang akan dilakukan tindakan
Kriteria Eksklusi	Selain ibu dan anak
Formula	<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 %
Metode Pengumpulan Data	Restrospective
Sumber Data	Sensus
Instrumen Pengambilan Data	Lembar Kerja Formulir Informed Consent
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan dan Tahunan

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

## II. INDIKATOR AREA MANAJEMEN

Kode Indikator	IAM-PRI 1
Nama Indikator	Ketepatan waktu laporan insiden keselamatan pasien 2x24 jam
Dasar Pemikiran / Literatur	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
Dimensi Mutu	Keselamatan berfokus pada pasien
Tujuan	insiden keselamatan pasien dapat ditindaklanjuti dengan cepat dan tepat
Definisi Operasional	Pelaporan yang dilakukan oleh Petugas Pelayanan terhadap insiden keselamatan pasien
Jenis Indikator	<i>Outcome</i>
Numerator	Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien ibu dan anak selama 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien ibu dan anak dalam bulan tersebut
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Seluruh pasien ibu dan anak
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien ibu dan anak selama 1 bulan dibagi Jumlah seluruh pasien ibu dan anak dalam bulan tersebut dikali 100%)
Metode Pengumpulan Data	<i>Restrospective</i>
Sumber Data	Bulanan
Instrumen Pengambilan Data	Lembar Kerja
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
Besaran Sampel	Total Sampling
Penyajian Data	- 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>	- 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 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

Kode Indikator	SKP-PRI 1
Nama Indikator	Kepatuhan Identifikasi Pasien Ibu dan Anak
Dasar Pemikiran / Literatur	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
Dimensi Mutu	Keselamatan berfokus pada pasien
Tujuan	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.
Definisi Operasional	proses pengumpulan data dan pencatatan segala keterangan tentang bukti-bukti dari seseorang sehingga kita dapat menetapkan dan menyamakan keterangan tersebut dengan individu seseorang.
Jenis Indikator	Proses dan <i>Outcome</i>
Numerator	Jumlah proses yang telah dilakukan identifikasi secara benar
Denominator	Jumlah seluruh pasien ibu dan anak dalam bulan tersebut
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Seluruh pasien ibu dan anak
Kriteria Eksklusi	-
Formula	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%
Metode Pengumpulan Data	<i>Restrospective</i>
Sumber Data	Observasi
Instrumen Pengambilan Data	Lembar Kerja
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
Besaran Sampel	Sampel Populasi
Penyajian Data	- Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	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, diet, 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</p> <p>(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

Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Seluruh pasien ibu dan anak
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Seluruh instruksi verbal yang dilakukan pengecekan TBAK dibagi seluruh instruksi verbal yang dilakukan pada pasien Ibu dan Anak yang diobservasi
Metode Pengumpulan Data	<i>Restrospective</i>
Sumber Data	Sensus
Instrumen Pengambilan Data	Dokumen Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
Besaran Sampel	Sampel Populasi
Penyajian Data	- Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Pengumpul Data Mutu
Kelompok Indikator	SKP
Area Indikator	Prioritas
Wilayah Pengamatan	Unit Rawat Inap
Fungsi Objektif	Maksimal

Kode Indikator	SKP-PRI 3
Nama Indikator	Kepatuhan Penyimpanan Obat <i>High Alert</i> di Unit Farmasi
Dasar Pemikiran/Literatur	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
Dimensi Mutu	Keselamatan berfokus pada pasien
Tujuan	Tercapainya peningkatan kepatuhan terhadap prosedur penyimpanan obat <i>High Alert</i>
Definisi Operasional	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> .
Jenis Indikator	<i>Outcome</i>
Numerator	Jumlah temuan observasi penyimpanan yang sesuai dengan prosedur
Denominator	Total jumlah observasi penyimpanan yang dilakukan
Target Pencapaian	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 surgical <i>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 Surgical <i>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>	- 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>	Komite PPI, Unit Rawat Inap & Rawat Jalan
<b>Fungsi Objektif</b>	maksimal

<b>Kode Indikator</b>	SKP-PRI 6
<b>Nama Indikator</b>	<i>Assesmen</i> 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 : $\frac{\text{Jumlah pasien Rawat Inap risiko tinggi jatuh yang diobservasi}}{\text{Jumlah pasien Rawat Inap}} \times 100 \%$
<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>	- 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 Rawat Inap & Rawat Jalan
<b>Fungsi Objektif</b>	Maksimal