

POLRI DAERAH JAWA TIMUR
BIDANG KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
RS. BHAY. TK. III WAHYU TUTUKO BOJONEGORO



**KAMUS INDIKATOR MUTU DAN KESELAMATAN
PASIEN RS BHAYANGKARA TK.III WAHYU
TUTUKO BOJONEGORO
TAHUN 2022**



KEPUTUSAN KARUMKIT BHAYANGKARA TK. III WAHYU TUTUKO BOJONEGORO
NOMOR : Kep/ 29 /VI/2022

POLRI DAERAH JAWA TIMUR
BIDANG KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
RS. BHAY. TK. III WAHYU TUTUKO BOJONEGORO



**KEPUTUSAN KEPALA RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK.III WAHYU TUTUKO
BOJONEGORO**

Nomor : Kep / 29 / VI /2022

tentang

**PEMBERLAKUAN KAMUS INDIKATOR MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK.III WAHYU TUTUKO BOJONEGORO
TAHUN 2022**

KEPALA RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK.III WAHYU TUTUKO BOJONEGORO

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka mencapai visi dan misi Rumah Sakit Bhayangkara TK.III Wahyu Tutuko Bojonegoro, maka diperlukan penyelenggaraan pelayanan yang berfokus pada peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- b. bahwa dalam upaya meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dilingkup Rumah Sakit Bhayangkara TK.III Wahyu Tutuko Bojonegoro yang efektif dan efisien sesuai dengan standar yang berlaku, maka diperlukan kamus indikator mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit, yang telah disusun oleh Tim Penyusun Rumah Sakit Bhayangkara TK.III Wahyu Tutuko Bojonegoro;
- c. bahwa sehubungan dengan Kamus Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien tersebut dalam huruf b maka perlu ditetapkan dalam keputusan Kepala Rumah Sakit Bhayangkara TK.III Wahyu Tutuko Bojonegoro.
- 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 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit;
 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran
 8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1128 Tahun 2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;
 9. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
 10. Petunjuk Pelaksanaan Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit, WHO-Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2001;
 11. Buku pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit, Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pelayanan Medik;
 12. Buku panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety) Departemen Kesehatan RI 2006;
 13. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP), KKP-RS tahun 2008.

MEMUTUSKAN

Menetapkan : PEMBERLAKUAN KAMUS INDIKATOR MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK.III WAHYU TUTUKO BOJONEGORO TAHUN 2022.

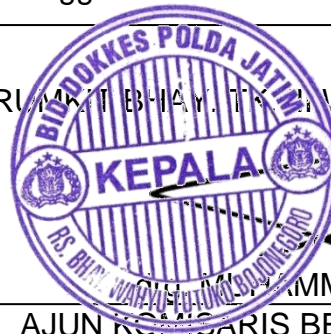
1. Kamus Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Bhayangkara TK.III Wahyu Tutuko Bojonegoro adalah profil indikator mutu dan keselamatan pasien yang didalamnya mencakup IMU / Indikator Mutu Unit RS, IMP / Indikator Mutu Prioritas RS, dan INM / Indikator Nasional Mutu, sebagaimana yang tercantum dalam lampiran keputusan ini;

2. Tujuan pemberlakuan kebijakan ini adalah untuk memberikan pedoman kepada seluruh staf dalam rangka upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien melalui penilaian indikator mutu yang telah ditetapkan melalui Keputusan Kepala Rumah Sakit;
3. Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan dan akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapan ini.

Ditetapkan di : Bojonegoro

Pada tanggal : 9 JUNI 2022

KARUMKIT BHAYANGKARA TK. III WAHYU TUTUKO BOJONEGORO



MUHAMMAD ZAKIR, S.H., M.H

AJUN KOMSARIS BESAR POLISI NRP 72070739

Tembusan:

1. Wakarumkit Bhayangkara TK.III WAHYU TUTUKO BOJONEGORO
2. Para Kasubbag/ Kasubbid RS Bhayangkara TK.III WAHYU TUTUKO BOJONEGORO
3. Ketua Seluruh Komite RS Bhayangkara TK.III WAHYU TUTUKO BOJONEGORO
4. Kepala Instalasi / Unit RS Bhayangkara TK.III WAHYU TUTUKO BOJONEGORO

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas perkenananNya Kamus Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Bhayangkara TK.III Wahyu Tutuko Bojonegoro Tahun 2022 ini dapat terselesaikan. Buku ini berisi penjelasan tentang Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien yang telah ditetapkan di Rumah Sakit Bhayangkara TK.III Wahyu Tutuko Bojonegoro sekaligus merupakan pedoman bagi pengukuran dan evaluasi mutu dalam rangka pelaksanaan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Tersusunnya Kamus Indikator Mutu ini merupakan wujud dari komitmen Rumah Sakit dalam upaya memberikan pelayanan yang semakin berkualitas melalui upaya-upaya pemantauan terhadap indikator yang menjadi prioritas sesuai dengan ketersediaan sumber daya yang ada. Indikator yang dimaksud akan selalu dimonitor, dianalisa, dievaluasi serta dikembangkan agar menjangkau dimensi mutu yang semakin luas dalam rangka memberikan pelayanan yang makin berkualitas serta aman kepada masyarakat sebagai bentuk tanggung jawab terhadap tugas yang dipercayakan oleh pemerintah dan masyarakat.

Kami menyadari buku ini masih belum sempurna, oleh karena itu saran dan kritik yang membangun sangat kami harapkan, sehingga akan lebih sempurna di masa mendatang.

Akhirnya dengan dikeluarkannya Kamus Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien ini, semoga pelaksanaan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat berjalan sesuai dengan harapan kita bersama.

Bojonegoro, 9 Juni 2022
KARUMKIT BHAY. TK. III WAHYU TUTUKO BOJONEGORO

drg. MUHAMMAD ZAKIR,S.H.,M.H
AJUN KOMISARIS BESAR POLISI NRP 72070739

DAFTAR ISI

KEPUTUSAN KEPALA RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK.III WAHYU TUTUKO BOJONEGORO	i
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI	v
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG.....	1
B. TUJUAN	2
1. Tujuan Umum.....	2
2. Tujuan Khusus	2
C. RUANG LINGKUP & TATA URUT.....	3
D. LANDASAN	3
BAB II DEFINISI OPERASIONAL.....	5
A. DEFINISI UMUM	5
B. DEFINISI PROFIL INDIKATOR	5
BAB III PROFIL INDIKATOR MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN	8
A. INDIKATOR NASIONAL MUTU / INM	8
1. KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN	9
2. KEPATUHAN PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI	12
3. KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN	14
4. WAKTU TANGGAP SEKSIO SESAREA EMERGENSI	16
5. WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN	18
6. PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF	19
7. KEPATUHAN WAKTU VISITE DOKTER	20
8. PELAPORAN HASIL KRITIS LABORATORIUM	21
9. KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL	23
10. KEPATUHAN TERHADAP CLINICAL PATHWAY	25
11. KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RISIKO PASIEN JATUH	27
12. KECEPATAN WAKTU TANGGAP TERHADAP KOMPLAIN	28
13. KEPUASAN PASIEN DAN KELUARGA	30
B. INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT / IMP-RS	33
1. KEPATUHAN PEMASANGAN GELANG PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI	34
2. KEPATUHAN READ BACK/KONFIRMASI PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI	35
3. KEPATUHAN DOUBLE CHECK OBAT RISIKO TINGGI PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI	37
4. TIDAK ADANYA KEJADIAN OPERASI SALAH SISI PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI	38
5. INSIDEN INFEKSI LUKA INFUS (ILI) PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI	39
6. TIDAK ADANYA KEJADIAN JATUH PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI	40
7. KEPATUHAN MELAKUKAN PROSES TIME OUT PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI	41
8. WAKTU TANGGAP PELAYANAN DOKTER DI GAWAT DARURAT PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI	42
9. KELAYAKAN BERKAS CLAIM BPJS	43
10. WAKTU TUNGGU PELAYANAN OBAT JADI PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI	45
C. INDIKATOR MUTU UNIT RUMAH SAKIT / IMU	46

1.	KEPATUHAN PENGISIAN LEMBAR ASSESMENT PASIEN TRIAGE DI IGD	47
2.	KEPATUHAN JADWAL PRAKTEK DOKTER SPESIALIS ANAK	49
3.	KEPATUHAN JADWAL PRAKTEK SPESIALIS KANDUNGAN DI POLI KLINIK	50
4.	KEPATUHAN MELAKUKAN PENGKAJIAN DALAM WAKTU 1 X 24 JAM PADA PASIEN RANAP	51
5.	KEPATUHAN KELENGKAPAN RESUME MEDIS DOKTER DPJP RAWAT INAP	52
6.	KEPATUHAN PELEPASAN PERHIASAN/ AKSESORIS SEBELUM OPERASI	53
7.	KEPATUHAN PENANDAAN LOKASI OPERASI	54
8.	KEPATUHAN LABELING OBAT EMERGENCY DALAM BENTUK PEMBERIAN TITRASI	55
9.	KECEPATAN WAKTU KEDATANGAN DOKTER JAGA PADA KEJADIAN EMERGENCY DI RUANG ICU	56
10.	KEPATUHAN WAKTU PEMERIKSAAN RONGT THORAK, CT SCAN DAN USG	57
11.	WAKTU TUNGGU PENGAMBILAN SAMPEL DARAH (≤ 15 MENIT)	58
12.	WAKTU TUNGGU HASIL PELAYANAN LABORATORIUM ≤ 2 JAM	59
13.	WAKTU TUNGGU PELAYANAN OBAT RACIKAN KURANG DARI 30 MENIT	60
14.	TIDAK ADANYA KEJADIAN KESALAHAN PEMBERIAN NAMA OBAT PADA PASIEN RAWAT INAP	61
15.	KETEPATAN WAKTU DISTRIBUSI MAKAN	62
16.	KELENGKAPAN PENGKAJIAN GIZI 2 X 24 JAM	63
17.	KEPATUHAN KEDATANGAN DOKTER OBGYN UNTUK PERTOLONGAN PARTUS NORMAL	64
18.	KEPATUHAN MELAKUKAN ASSESMENT AWAL MEDIS DALAM 1 X 24 JAM	65
19.	ANGKA KEJADIAN PHLEBITIS PADA BAYI DI RUANG ICU	66
20.	KEMAMPUAN MENANGANI BBLR 1500GR-2500GR	67
21.	KETEPATAN WAKTU PENGEMBALIAN STATUS REKAM MEDIS PASIEN RAWAT INAP KE INSTALASI REKAM MEDIS < 48 JAM	68
22.	KETEPATAN WAKTU MAXIMAL 10 MENIT DALAM PENYELESAIAN ADMINISTRASI BAGI PASIEN RAWAT JALAN UMUM SETELAH BERKAS DITERIMA	69
23.	ANGKA KEPATUHAN PETUGAS DALAM MENANGGAPI PANGGILAN DARI UNIT LAIN	70
24.	KEPATUHAN DALAM MELAKUKAN PEMBERSIHAN SELURUH RUANGAN	71
25.	KEPATUHAN WAKTU MENGGAPI PANGGILAN EMERGENSI LINGKUNGAN RS BHAYANGKARA BOJONEGORO	72
26.	KEPATUHAN MENJAGA KEBERSIHAN BAGI DRIVER UNTUK MOBIL AMBULAN	73
27.	KETEPATAN WAKTU DISTRIBUSI LINEN BERSIH	74
28.	KETEPATAN PENERIMAAN DAN DISTRIBUSI JUMLAH LINEN OLEH PETUGAS LAUNDRY DIRUANG RAWAT INAP	75
29.	KETEPATAN WAKTU MENANGGAPI LAPORAN KERUSAKAN ALAT	76
	BAB IV PENUTUP	77



**KAMUS INDIKATOR MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK.III WAHYU TUTUKO BOJONEGORO
TAHUN 2022**

**BAB I
PENDAHULUAN**

A. LATAR BELAKANG

Mutu adalah faktor yang mendasar dari pelanggan. Mutu adalah penentuan pelanggan berdasarkan atas pengalaman nyata pelanggan terhadap produk dan jasa pelayanan, mengukurnya, mengharapkannya, dijanjikan atau tidak, sadar atau hanya dirasakan, operasional teknik atau subyektif sama sekali dan selalu menggambarkan target yang bergerak dalam pasar yang kompetitif (Wiyono, 1999).

Berbagai definisi tentang mutu berikut memberikan gambaran bahwa mutu mengandung pengertian yang luas, sebagai contoh : Juran menyebutkan bahwa mutu produk adalah kecocokan penggunaan produk untuk memenuhi kebutuhan dan kepuasan pelanggan; Crosby mendefinisikan mutu adalah *conformance to requirement*, yaitu sesuai dengan yang disyaratkan atau distandarkan; Deming mendefinisikan mutu, bahwa mutu adalah kesesuaian dengan kebutuhan pasar; Feigenbaum mendefinisikan mutu adalah kepuasan pelanggan sepenuhnya; Garvin dan Davis menyebutkan bahwa mutu adalah suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, manusia/tenaga kerja, proses dan tugas, serta lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan pelanggan atau konsumen.

Dari berbagai definisi tersebut diatas memberikan gambaran bahwa mutu memiliki dimensi yang luas, namun secara keseluruhan definisi tentang mutu menggambarkan sesuatu yang penting untuk diwujudkan oleh organisasi sebagai bukti kemampuan organisasi memberikan pelayanan yang lebih baik kepada masyarakat.

Indikator adalah petunjuk atau tolak ukur atau fenomena yang dapat diukur. Indikator mutu asuhan kesehatan atau pelayanan kesehatan dapat mengacu pada indikator yang relevan berkaitan dengan struktur, proses, dan outcomes. Selanjutnya Indikator dispesifikasikan dalam berbagai kriteria. Penetapan indikator mutu adalah mutlak diperlukan agar organisasi dapat mengevaluasi kualitas pelayanan yang diberikan dalam

berbagai dimensi serta selanjutnya dapat mengambil tindak lanjut atas hasil evaluasi yang diperoleh sebagai dasar melakukan upaya-upaya untuk meningkatkan hasil kearah yang lebih baik lagi.

Mutu asuhan kesehatan suatu organisasi pelayanan kesehatan dapat diukur dengan memperhatikan atau memantau dan menilai indikator, kriteria, dan standar yang diasumsikan relevan dan berlaku sesuai dengan aspek-aspek struktur, proses, dan outcome dari organisasi pelayanan kesehatan tersebut.

Indikator mutu rumah sakit akan mencerminkan mutu pelayanan dari rumah sakit tersebut. Fungsi dari penetapan indikator tersebut antara lain sebagai alat untuk melaksanakan manajemen kontrol dan alat untuk mendukung pengambilan keputusan dalam rangka perencanaan kegiatan untuk masa yang akan datang.

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penyusunan Kamus Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Bhayangkara TK.III WAHYU TUTUKO BOJONEGORO adalah untuk memberikan pedoman dalam upaya pengelolaan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Bhayangkara TK.III WAHYU TUTUKO BOJONEGORO.

2. Tujuan Khusus

- a. Menjadi panduan dalam mengontrol mutu pelayanan.
- b. Mengarahkan upaya-upaya peningkatan mutu lebih spesifik dan terarah
- c. Memberikan kemudahan bagi unit kerja dalam memahami indikator mutu yang dimaksud

C. RUANG LINGKUP & TATA URUT

Ruang lingkup kamus indikator ini meliputi jenis dan macam indikator mutu dan keselamatan pasien yang telah ditetapkan melalui Keputusan Kepala Rumah Sakit baik pada area manajemen, area klinis maupun sasaran keselamatan pasien dengan Profil Indikator untuk masing-masing Indikator yang dipilih.

Tata urut penyusunan Kamus Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien ini meliputi:

- I. PENDAHULUAN
- II. DEFINISI OPERASIONAL
- III. PROFIL INDIKATOR MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
- IV. PENUTUP

D. LANDASAN

Penyusunan Kamus Indikator Mutu ini didasarkan pada berbagai regulasi sebagai berikut:

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 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran
8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1128 Tahun 2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

10. Petunjuk Pelaksanaan Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit, WHO-Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2001;
11. Buku pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit, Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pelayanan Medik;
12. Buku panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety) Departemen Kesehatan RI 2006;
13. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP), KKP- RS tahun 2008.

BAB II

DEFINISI OPERASIONAL

A. DEFINISI UMUM

1. **Kamus Indikator** adalah buku yang berisi tentang berbagai macam indikator mutu pelayanan yang telah ditetapkan beserta profil indikatornya baik pada area manajerial, area klinis maupun sasaran keselamatan pasien.
2. **Indikator Nasional Mutu** adalah tolok ukur yang digunakan untuk menilai tingkat keberhasilan mutu pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.
3. **Indikator Mutu Prioritas Unit** adalah indikator prioritas yang khusus dipilih oleh kepala unit terdiri dari minimal 1 indikator.
4. **Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit** adalah indikator prioritas yang khusus dipilih oleh kepala Rumah Sakit terdiri dari :
 - a. Indikator terkait 6 Sasaran SKP
 - b. Indikator pelayanan klinis prioritas
 - c. Indikator sesuai tujuan strategis rumah sakit (KPI)
 - d. Indikator terkait perbaikan sistem
 - e. Indikator terkait manajemen risiko

B. DEFINISI PROFIL INDIKATOR

- a. **Judul Indikator** adalah judul singkat yang spesifik mengenai indikator apa yang akan diukur tanpa menyebutkan satuan pengukuran.
- b. **Dasar Pemikiran** adalah dasar pemilihan indikator, yang berasal dari ketentuan peraturan, literatur, data, analisis situasi.
- c. **Dimensi Mutu** adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan yang diberikan, berdasarkan standar WHO dilihat dari:

1. Efisiensi	Memaksimalkan penggunaan sumber daya dan menghindari pemborosan.
2. Efektivitas	Perawatan kesehatan berbasis bukti dan menghasilkan hasil kesehatan yang lebih baik sesuai kebutuhan.
3. Tepat Waktu	Perawatan kesehatan yang tepat waktu diberikan kepada pasien.
4. Berorientasi	Perawatan kesehatan yang mempertimbangkan preferensi

Pada Pasien	dan aspirasi pengguna layanan perorangan dan budaya komunitas mereka.
5. Keadilan	Perawatan kesehatan yang tidak berbeda kualitasnya karena karakteristik pribadi seperti jenis kelamin, ras, etnisitas, lokasi geografis, atau status sosial ekonomi.
6. Keselamatan Pasien	Layanan kesehatan yang meminimalkan risiko dan kerugian bagi pengguna jasa.
7. Terintegrasi/ Kesenambungan Pelayanan	Pelayanan terhadap pasien yang terintegrasi, aksesibel, masuk akal secara geografis, dan disediakan dalam setting dimana keterampilan dan sumber daya sesuai dengan kebutuhan medis.

- d. **Tujuan** adalah suatu hasil yang ingin dicapai dengan melakukan pengukuran indikator.
- e. **Definisi Operasional** adalah batasan pengertian yang dijadikan pedoman dalam melakukan pengukuran indikator untuk menghindari kerancuan.
- f. **Jenis Indikator** adalah jenis / tipe dari indikator yang diukur, beberapa jenis indikator meliputi :
- 1) **Input** : untuk menilai apakah fasilitas pelayanan kesehatan memiliki kemampuan sumber daya yang cukup untuk memberikan pelayanan
 - 2) **Proses** : untuk menilai apa yang dikerjakan staf fasilitas pelayanan kesehatan dan bagaimana pelaksanaan pekerjaannya
 - 3) **Output** : untuk menilai hasil dari proses yang dilaksanakan
 - 4) **Outcome** : untuk menilai dampak layanan yang diberikan terhadap pengguna layanan
- g. **Satuan Pengukuran** adalah standar atau dasar ukuran yang digunakan , antara lain: jumlah, persentase, dan satuan waktu.
- h. **Numerator** adalah jumlah subjek atau kondisi yang ingin diukur dalam populasi atau sampel yang memiliki karakteristik tertentu
- i. **Denominator** adalah semua peluang yang ingin diukur dalam populasi atau sampel.
- j. **Target Pencapaian / Standar** adalah adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
- k. **Kriteria** :
- 1) **Kriteria Inklusi** adalah karakteristik subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditentukan

- 2) Kriteria Eksklusi adalah batasan yang mengakibatkan subjek tidak dapat diikuti dalam pengukuran
- l. **Formula** adalah rumus untuk menghasilkan nilai indikator.
- m. **Metode Pengumpulan Data** :
- 1) Retrospektif : Data diambil dari kegiatan yang telah lalu.
 - 2) Observasi Harian / Concurrent : Data diambil dari kegiatan yang baru dimulai/ akan dilakukan.
- n. **Sumber Data** adalah asal atau tempat memperoleh data (primer atau sekunder), atau sumber bahan nyata / keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.
- Jenis Sumber Data :
- 1) Data Primer (mengumpulkan langsung menggunakan lembar pencatatan hasil observasi, kuesioner)
 - 2) Data sekunder (rekam medis, buku catatan keluhan)
- o. **Instrumen Pengambilan Data** adalah suatu alat / perangkat yang digunakan untuk melakukan pengumpulan data
- p. **Populasi / Sampel** adalah jumlah data yang harus dikumpulkan agar mewakili populasi. Besar sampel disesuaikan dengan kaidah-kaidah statistik.
- Cara memilih sampel dari populasi untuk mengumpulkan informasi/data yang menggambarkan sifat atau ciri yang dimiliki populasi. Secara umum ada 2 cara:
- 1) Probability Sampling
 - 2) Non Probability Sampling
- q. **Periode Pengumpulan Data** adalah kurun waktu yang ditetapkan untuk melakukan pengumpulan data, contohnya setiap hari, bulan, triwulan, semester, atau tahunan.
- r. **Periode Analisis dan Pelaporan Data** adalah kurun waktu yang ditetapkan untuk melakukan analisis dan melaporkan data, contohnya setiap bulan, setiap triwulan, semester, atau tahunan.
- s. **Penyajian Data** adalah cara sebuah data disajikan, dalam bentuk grafik atau tabel, run chart, atau control chart.
- t. **Penanggung Jawab** adalah petugas yang bertanggung jawab untuk mengkoordinir upaya pencapaian target yang ditetapkan.

BAB III
PROFIL INDIKATOR MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

A. INDIKATOR NASIONAL MUTU / INM

13 Indikator Nasional Mutu seperti tertera pada tabel berikut:

NO	INDIKATOR	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	PENANGGUNG JAWAB
1	2	3	4	5
1.	PPI	KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN	≥85%	KOMITE PPI
2.	PPI	KEPATUHAN PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI	100%	KOMITE PPI
3.	SKP	KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN	100%	RAWAT INAP
4.	IBS	WAKTU TANGGAP SEKSIO SESAREA EMERGENSI	≥80%	IBS
5.	IRJA	WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN	≥80%	RAWAT JALAN
6.	IBS	PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF	≤5%	IBS
7.	IRNA	KEPATUHAN WAKTU VISITE DOKTER	≥80%	RAWAT INAP
8.	LAB	PELAPORAN HASIL KRITIS LABORATORIUM	100%	LABORATORIUM
9.	FARMASI	KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL	≥80%	FARMASI
10.	ADMIN / MANAJEMEN	KEPATUHAN TERHADAP CLINICAL PATHWAY	≥80%	RAWAT INAP
11.	SKP	KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RISIKO PASIEN JATUH	100%	RAWAT INAP
12.	ADMIN / MANAJEMEN	KECEPATAN WAKTU TANGGAP TERHADAP KOMPLAIN	≥80%	WASIINTERN
13.	ADMIN / MANAJEMEN	KEPUASAN PASIEN DAN KELUARGA	≥76.61%	WASIINTERN

1. KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN

a. JUDUL INDIKATOR	KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN
b. DASAR PEMIKIRAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permenkes No.11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien pada pasal 5 ayat 5 mengamanatkan bahwa setiap fasyankes harus mengurangi resiko infeksi akibat perawatan kesehatan 2. Permenkes No.27 tahun 2017 tentang Pencegahan dan pengendalian infeksi di Fasyankes, pasal 3 ayat 1 setiap Fasyankes harus melaksanakan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). 3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.01.07/Menkes/413/2020 Tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian <i>Coronavirus Disease 2019 (Covid-19)</i> 4. Rumah sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai dengan ketentuan WHO.
c. DIMENSI MUTU	1. Keselamatan
d. TUJUAN	Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan
e. DEFINISI OPERASIONAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan jelas kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (<i>alcohol-based handrubs</i>) bila tangan tidak tampak kotor. 2. Kebersihan tangan dilakukan dengan 5 indikasi (<i>Five moments</i>) dan momen lainnya serta 6 langkah kebersihan tangan (WHO). 3. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan terhadap petugas yang melakukan kebersihan tangan sesuai dengan 5 indikasi (<i>Five moments</i>) yang terdiri dari: <ol style="list-style-type: none"> a. Sebelum kontak dengan pasien, yaitu sebelum menyentuh pasien (permukaan tubuh atau pakaian pasien). b. Sesudah Kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh pasien (permukaan tubuh atau pakaian pasien).
	<ol style="list-style-type: none"> c. Sebelum melakukan Prosedur aseptik contoh: Pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, <i>suctioning</i>, pemberian

	<p>suntikan dan lain lain</p> <p>d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi drain, dan setelah melepas sarung tangan</p> <p>e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien, kertas/lembar untuk menulis yang ada di sekitar pasien.</p> <p>f. Selain itu, kebersihan tangan juga dilakukan pada saat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melepas sarung tangan steril 2) Melepas APD 3) Setelah kontak dengan permukaan benda mati dan objek termasuk peralatan medis 4) Setelah melepaskan sarung tangan steril. 5) Sebelum menangani obat-obatan atau menyiapkan makanan. <p>4. Moment adalah penilaian saat pelaksanaan kebersihan tangan harus dilakukan</p> <p>5. Pemberi Pelayanan Kesehatan yang dinilai adalah semua tenaga medis dan tenaga kesehatan yang bertugas di ruang pelayanan/perawatan pasien serta tenaga penunjang yang bekerja sebagai cleaning service, pemulasaran jenazah, sopir ambulans, dan tenaga penunjang yang kontak erat dengan pasien / spesimen.</p> <p>6. Auditor adalah orang yang paham dan memiliki kompetensi untuk melakukan penilaian kepatuhan kebersihan tangan dengan metode dan tool yang telah ditentukan.</p> <p>7. Sesi adalah lama waktu untuk observasi yang dihitung sejak mulai sampai selesai</p> <p>8. Pengamatan dilakukan maksimal 15 menit dalam satu periode pengamatan</p>
f. JENIS INDIKATOR	Proses
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah orang yang melakukan kebersihan tangan sesuai dengan 5 Indikasi
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah orang yang diamati/observasi
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	≥ 85%

k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	Seluruh tenaga medis dan tenaga kesehatan yang bertugas di ruang pelayanan/perawatan pasien serta tenaga penunjang yang bekerja sebagai cleaning service, pemulasaran jenazah, sopir ambulan, dan tenaga penunjang yang kontak erat dengan pasien/spesimen yang akan di observasi
	Kriteria Eksklusi:	Tidak ada
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	<i>Concurrent</i> (Survei harian)	
n. SUMBER DATA	Hasil observasi	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Formulir Kepatuhan Kebersihan Tangan	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Jumlah seluruh tenaga medis dan tenaga kesehatan yang bertugas di ruang pelayanan/perawatan pasien serta tenaga penunjang yang bekerja sebagai cleaning service, pemulasaran jenazah, sopir ambulan, dan tenaga penunjang yang kontak erat dengan pasien/spesimen yang akan di observasi yang dibagi dalam beberapa periode	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Triwulan
	PERIODE ANALISIS	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart	
t. PENANGGUNG JAWAB	Komite PPI RS	

2. KEPATUHAN PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI

a. JUDUL INDIKATOR	KEPATUHAN PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI
b. DASAR PEMIKIRAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permenkes No.11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien pada pasal 5 ayat 5 mengamanatkan bahwa setiap fasyankes harus mengurangi resiko infeksi akibat perawatan kesehatan 2. Permenkes No.27 tahun 2017 tentang Pencegahan dan pengendalian infeksi di Fasyankes, pasal 3 ayat 1 setiap Fasyankes harus melaksanakan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). 3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.01.07/Menkes/413/2020 Tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian <i>Coronavirus Disease</i> 2019 (Covid-19) 4. Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri (APD) dalam menghadapi wabah Covid 19 (Dirjen Yankes tahun 2020) 5. Rumah Sakit harus memperhatikan kepatuhan pemberi pelayanan dalam menggunakan APD sesuai dengan prosedur.
c. DIMENSI MUTU	<ol style="list-style-type: none"> 1. Efektivitas 2. Keselamatan
d. 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.
e. 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 penyebaran infeksi atau penyakit. 2. APD digunakan sesuai dengan standar dan indikasi 3. Indikasi penggunaan APD adalah jika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau kemungkinan pasien terkontaminasi dari petugas. 4. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas kesehatan dalam menggunakan APD sesuai standar dan indikasi. 5. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian yang dilakukan terhadap petugas kesehatan dalam menggunakan

	APD saat melakukan tindakan atau prosedur pelayanan kesehatan	
f. JENIS INDIKATOR	Proses	
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase	
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah petugas kesehatan yang menggunakan APD sesuai indikasi dan standar dalam periode pengamatan	
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah petugas kesehatan diamati	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	100%	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	Semua petugas yang terindikasi harus menggunakan APD
	Kriteria Eksklusi:	Tidak ada
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	<i>Concurrent</i> (Survei harian)	
n. SUMBER DATA	Sumber data primer yaitu melalui observasi	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Formulir observasi	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Sampel dihitung sesuai dengan kaidah statistik	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
	PERIODE ANALISIS	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart	
t. PENANGGUNG JAWAB	Komite PPI RS	

3. KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN

a. JUDUL INDIKATOR	KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN
b. DASAR PEMIKIRAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien pada pasal 5 ayat 5 bahwa salah satu Sasaran Keselamatan Pasien adalah mengidentifikasi pasien dengan benar. 2. Ketepatan identifikasi menjadi sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien. Untuk menjamin kepatuhan identifikasi maka diperlukan indikator yang mengukur dan memonitor tingkat kepatuhan pemberi pelayanan dalam melakukan proses identifikasi. Sehingga pemberi pelayanan akan menjadikan identifikasi sebagai proses rutin dalam proses pelayanan pasien.
c. DIMENSI MUTU	1. Keselamatan
d. TUJUAN	Meningkatkan kepatuhan pemberi layanan dalam melaksanakan proses identifikasi pasien dalam pelayanan.
e. DEFINISI OPERASIONAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pasien secara benar adalah proses mencocokkan identitas pasien menggunakan minimal dua dari tiga identitas yang tercantum pada gelang, label atau bentuk alat identifikasi lainnya sebelum memberikan pelayanan dan sesuai dengan regulasi yang berlaku di rumah sakit. 2. Proses identifikasi pasien oleh petugas dilakukan secara aktif dengan visual dan atau verbal. 3. Peluang adalah indikasi dilakukan identifikasi pasien secara benar pada saat : <ol style="list-style-type: none"> a. Pemberian pengobatan : pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi. b. Prosedur tindakan : tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang di tetapkan rumah sakit. c. Prosedur diagnostik : pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi dll.
f. JENIS INDIKATOR	Proses.
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase.
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah proses identifikasi pasien yang dilakukan secara benar
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah total peluang yang di observasi
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	100%

k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	Semua pasien yang mendapatkan pelayanan di rumah sakit
	Kriteria Eksklusi:	Tidak ada
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	<i>Concurrent</i> (Survei harian)	
n. SUMBER DATA	Data primer	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Formulir Observasi	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
	PERIODE ANALISIS	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart	
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Rawat Inap	

4. WAKTU TANGGAP SEKSIO SESAREA EMERGENSI

a. JUDUL INDIKATOR	WAKTU TANGGAP SEKSIO SESAREA EMERGENSI
b. DASAR PEMIKIRAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, pada pasal 29 ayat 1 disebutkan bahwa Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban untuk memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya. 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 <i>seksio sesarea</i>.
c. DIMENSI MUTU	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tepat waktu, 2. Efektif, 3. Keselamatan
d. TUJUAN	Tergambarnya pelayanan kegawatdaruratan operasi seksio sesarea yang cepat dan tepat sehingga mampu mengoptimalkan upaya menyelamatkan Ibu dan Bayi
e. DEFINISI OPERASIONAL	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu ≤ 30 menit
f. JENIS INDIKATOR	Proses
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien yg mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sesuai dengan waktu tanggap

i. DENOMINATOR.....

i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yg diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	≥ 80%	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	Pasien yang diputuskan untuk tindakan SC emergensi dengan toleransi operasi baik (Maksimal ASA 2)
	Kriteria Eksklusi:	Ibu hamil yg memerlukan distabilisasi terlebih dahulu
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Retrospektif	
n. SUMBER DATA	Data sekunder dari rekam medik, laporan operasi	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Formulir pengumpulan data WTO SC-E	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
	PERIODE ANALISIS	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart	
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Bedah Sentral	

5. WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN

a. JUDUL INDIKATOR	WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN (WTRJ)	
b. DASAR PEMIKIRAN	Dalam mutu pelayanan kesehatan, salah satu dari faktor penyebab ketidakpuasan pasien adalah waktu tunggu/antrean. Lamanya waktu tunggu dianggap sebagai penyebab pasien enggan berkunjung kembali ke Pelayanan kesehatan.	
c. DIMENSI MUTU	<ol style="list-style-type: none"> 1. Efektivitas 2. Efisiensi 3. Aksesibilitas 4. Berorientasi Pada Pasien 	
d. TUJUAN	Tersedianya pelayanan rawat jalan pada hari kerja di Rumah Sakit yang mudah diakses oleh pasien.	
e. DEFINISI OPERASIONAL	Waktu tunggu adalah lama waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar dengan administrasi lengkap sampai dilayani oleh dokter spesialis dibawah 1 jam.	
f. JENIS INDIKATOR	Proses.	
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase.	
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei.	
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei.	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	≥ 80%	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	Pasien yang datang ke rawat jalan untuk mendapatkan pelayanan.
	Kriteria Eksklusi:	Pasien yang administrasinya tidak lengkap, Pasien yang akan melakukan pemeriksaan penunjang.
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator (N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Survei Harian	
n. SUMBER DATA	Formulir Supervisi	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Formulir Supervisi	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Sensus	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
	PERIODE ANALISIS	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart	
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Rawat Jalan	

6. PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF

a. JUDUL INDIKATOR	PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF	
b. DASAR PEMIKIRAN	1. Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, pada pasal 29 ayat 1 disebutkan bahwa Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban untuk memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan 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.	
c. DIMENSI MUTU	1. Efektivitas 2. Efisiensi 3. Aksesibilitas 4. Berorientasi Pada Pasien	
d. TUJUAN	Tergambarnya ketepatan pelayanan bedah dan penjadwalan operasi	
e. DEFINISI OPERASIONAL	Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang terencana atau dijadwalkan yang tertunda \geq 1 jam dari jadwal operasi yang direncanakan sebelumnya yang terjadi pada hari pelaksanaan operasi.	
f. JENIS INDIKATOR	Proses.	
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase.	
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien yang waktu jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam	
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien operasi elektif	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	<5%	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	Seluruh pasien op elektif
	Kriteria Eksklusi:	Tidak ada
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator (N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Retrospektif	
n. SUMBER DATA	Data sekunder dari catatan pasien yang dijadwalkan operasi dan data pelaksanaan operasi.	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Formulir Penundaan Operasi Elektif	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
	PERIODE ANALISIS	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart	
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Bedah Sentral	

7. KEPATUHAN WAKTU VISITE DOKTER

a. JUDUL INDIKATOR	KEPATUHAN WAKTU VISITE DOKTER	
b. DASAR PEMIKIRAN	1. Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pasal 51 Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien. Pada pasal 52 disebutkan bahwa pasien mempunyai hak untuk mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis. Undang-Undang No.25 Tahun 2009 ayat 15 disebutkan bahwa Penyelenggara pelayanan publik berkewajiban melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan. 2. Pelayanan kesehatan harus berorientasi kepada kebutuhan pasien, bukan kepada keinginan rumah sakit.	
c. DIMENSI MUTU	Berorientasi kepada pasien	
d. TUJUAN	Tergambarnya kepatuhan dokter spesialis terhadap ketepatan waktu melakukan visitasi kepada pasien rawat inap.	
e. DEFINISI OPERASIONAL	Waktu <i>visite</i> Dokter Spesialis adalah waktu kunjungan DPJP untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya setiap hari termasuk hari libur.	
f. JENIS INDIKATOR	Proses.	
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase.	
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah <i>visite</i> Dokter Spesialis yang paling lambat jam 14:00.	
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah <i>visite</i> Dokter Spesialis yang harus divisit pada hari tersebut	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	≥ 80%	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	Pasien rawat Inap
	Kriteria Eksklusi:	Pasien yang baru masuk rawat inap hari itu. Pasien konsul
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator (N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Retrospektif	
n. SUMBER DATA	Data sekunder berupa laporan <i>visite</i> rawat inap dalam rekam medik	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Formulir KWV DPJP	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Menggunakan populasi maupun sampel minimal sesuai dengan referensi	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
	PERIODE ANALISIS	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart	
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Bedah Sentral	

8. PELAPORAN HASIL KRITIS LABORATORIUM

JUDUL INDIKATOR	PELAPORAN HASIL KRITIS LABORATORIUM
a. DASAR PEMIKIRAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan No.11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, dalam lampiran Sasaran 2: meningkatkan komunikasi yang efektif seperti pelaporan hasil pemeriksaan kritis dan hasil pemeriksaan segera/<i>cito</i>. 2. Kecepatan dan ketepatan pelaporan hasil laboratorium kritis sangat penting dalam kelanjutan tatalaksana pasien. Hasil kritis menunjukkan kondisi pasien yang membutuhkan keputusan klinis yang segera untuk upaya pertolongan pasien dan mencegah komplikasi akibat keterlambatan.
b. DIMENSI MUTU	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tepat waktu, 2. keselamatan
c. 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 resiko keselamatan pasien.
d. 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/analisis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan. 3. Standar Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan < 30 menit.
e. JENIS INDIKATOR	Proses.
f. SATUAN PENGUKURAN	Persentase.

g. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan < 30 menit	
h. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah hasil kritis laboratorium yang survei	
i. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	100%	
j. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	Semua hasil pemeriksaan laboratorium yang memenuhi kategori kritis.
	Kriteria Eksklusi:	Tidak ada.
k. FORMULA	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
l. METODE PENGUMPULAN DATA	<i>Retrospektif</i>	
m. SUMBER DATA	Data sekunder dari : 1. Catatan data Laporan Hasil Tes kritis Laboratorium 2. Rekam medik	
n. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Formulir PHKL	
o. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Menggunakan populasi maupun sampel dengan jumlah sesuai dengan referensi	
p. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian	
q. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	1 Bulan	
r. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart	
s. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Laboratorium	

9. KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL

a. JUDUL INDIKATOR	KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL	
b. DASAR PEMIKIRAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.02.02/Menkes/137/2016 tentang Formularium Nasional disebutkan bahwa dalam rangka pelaksanaan Jaminan 2. Kesehatan Nasional dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan perlu menjamin aksesibilitas obat yang aman, berkhasiat, bermutu, dan terjangkau dalam jenis dan jumlah yang cukup. 3. Kepatuhan terhadap formularium dapat meningkatkan efisiensi dalam penggunaan obat-obatan. 4. Formularium rumah sakit disusun berdasarkan masukan-masukan pemberi layanan, dan pemilihannya berdasarkan kepada mutu obat, rasio resiko dan manfaat, berbasis bukti, efektivitas dan efisiensi. Pengadaan obat-obatan di rumah sakit mengacu kepada formularium rumah sakit. 	
c. DIMENSI MUTU	Efisien dan efektif	
d. TUJUAN	Terwujudnya pelayanan obat kepada pasien yang efektif dan efisien berdasarkan daftar obat yang mengacu kepada formularium nasional.	
e. DEFINISI OPERASIONAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formularium Nasional adalah daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan harus tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan dalam rangka pelaksanaan JKN. 2. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah Peresepan obat oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional. 	
f. JENIS INDIKATOR	Proses.	
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase.	
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah R/ yang sesuai dengan formularium nasional.	
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah R/ yang disurvei	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	≥ 80%	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	Resep yang dilayani di RS Kriteria

	Kriteria Eksklusi:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obat diluar FORNAS tetapi dibutuhkan pasien dan telah mendapatkan persetujuan komite medik dan direktur. 2. Bila dalam resep terdapat obat diluar FORNAS karena stok obat nasional berdasarkan e-katalog habis/kosong.
I. FORMULA	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Retrospektif	
n. SUMBER DATA	Lembar resep di Instalasi Farmasi	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Formulir KPFN	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Menggunakan populasi maupun sampel minimal sesuai dengan referensi	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
	PERIODE ANALISIS	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart	
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Farmasi	

10. KEPATUHAN TERHADAP CLINICAL PATHWAY

a. JUDUL INDIKATOR	KEPATUHAN TERHADAP <i>CLINICAL PATHWAY</i>
b. DASAR PEMIKIRAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pasal 44 disebutkan bahwa dokter atau dokter gigi dalam menyelenggarakan praktik kedokteran wajib mengikuti standar pelayanan kedokteran atau kedokteran gigi dan pada pasal 49 disebutkan bahwa setiap dokter dan dokter gigi wajib menjalankan kendali mutu dan kendali biaya. 2. Permenkes No.1438/MENKES/PER/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran pada pasal 10 bahwa Standar Prosedur 3. Operasional disusun dalam bentuk Panduan Praktik Klinis yang dapat dilengkapi dengan alur klinis (<i>clinical pathway</i>) , <i>algoritme</i>, protokol, prosedur atau <i>standing order</i>. 4. Untuk menjamin kepatuhan dokter atau dokter gigi dirumah sakit terhadap standar pelayanan maka perlu dilakukan monitor kepatuhan penggunaan <i>clinical pathway</i>.
c. DIMENSI MUTU	Efektif
d. TUJUAN	Untuk menjamin kepatuhan dokter atau dokter gigi dirumah sakit terhadap standar pelayanan dan untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis dirumah sakit.
e. DEFINISI OPERASIONAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Clinical Pathway</i> adalah suatu konsep perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, yang berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan & standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien di rawat di Rumah Sakit. 2. Kepatuhan terhadap <i>clinical pathway</i> adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan kepada pasien oleh DPJP, Perawat, Farmasi, Gizi yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i> yang ditetapkan Rumah Sakit. 3. Dinyatakan tidak patuh apabila terdapat varian dalam pelayanan. 4. Varian adalah perbedaan pelayanan yang diberikan dengan <i>clinical pathway</i> yang ditetapkan rumah sakit meliputi komponen: Pemberian Terapi, Pemeriksaan penunjang (Laboratorium dan Radiologi) dan Lama hari

	rawat (LOS),	
f. JENIS INDIKATOR	Proses	
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase	
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah proses pelayanan yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i>	
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah <i>clinical pathway</i> yang disurvei	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	≥ 80%	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	Pasien yang menderita penyakit sesuai CP yang diukur
	Kriteria Eksklusi:	Pasien yang pulang atas permintaan sendiri selama perawatan. Pasien yang meninggal
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator (N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	<i>Concurrent</i> (Survei harian)	
n. SUMBER DATA	Data sekunder dari rekam medis pasien	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Formulir evaluasi <i>Clinical Pathway</i>	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Menggunakan populasi maupun sampel minimal sesuai dengan referensi	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Bulanan	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
	PERIODE ANALISIS	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart	
t. PENANGGUNG JAWAB	Bidang Pelayanan Medik, Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan lain	

11. KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RISIKO PASIEN JATUH

a. JUDUL INDIKATOR	KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RISIKO PASIEN JATUH	
b. DASAR PEMIKIRAN	Permenkes No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien pada pasal 5 ayat 5 bahwa salah satu Sasaran Keselamatan Pasien adalah mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh.	
c. DIMENSI MUTU	Keselamatan	
d. TUJUAN	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan dalam menjalankan upaya pencegahan jatuh agar terselenggara pelayanan keperawatan yang aman dan mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien.	
e. DEFINISI OPERASIONAL	Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi: 1. <i>Asesment</i> awal risiko jatuh 2. <i>Assesment</i> Ulang risiko jatuh 3. Intervensi pencegahan risiko jatuh Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.	
f. JENIS INDIKATOR	Proses	
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase	
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh	
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang disurvei	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	100%	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	Pasien Rawat inap berisiko tinggi

	Kriteria Eksklusi:	Pasien yang tidak dapat dilakukan asesmen ulang maupun edukasi seperti pasien meninggal, pasien gangguan jiwa yang sudah melewati fase akut, dan pasien menolak intervensi
I. FORMULA	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Retrospektif	
n. SUMBER DATA	Data sekunder menggunakan data dari rekam medis	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Formulir KUPRC	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Menggunakan populasi maupun sampel minimal sesuai dengan referensi	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Bulanan	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
	PERIODE ANALISIS	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart	
t. PENANGGUNG JAWAB	Bidang Keperawatan dan Komite Keselamatan pasien	

12. KECEPATAN WAKTU TANGGAP TERHADAP KOMPLAIN

a. JUDUL INDIKATOR	KECEPATAN WAKTU TANGGAP TERHADAP KOMPLAIN
b. DASAR PEMIKIRAN	1. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Pasal 32: Hak Pasien dimana mempunyai hak mengajukan pengaduan atas

	<p>kualitas pelayanan yang didapatkan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.
c. DIMENSI MUTU	Berorientasi Pada Pasien
d. TUJUAN	Tergambarnya kecepatan rumah sakit dalam merespon keluhan pasien agar dapat diperbaiki dan ditingkatkan untuk sebagai bentuk pemenuhan hak pasien.
e. 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 masa melalui tahapan identifikasi, penetapan grading risiko, analisa hingga tindak lanjutnya. 2. Grading risiko Komplain dan standar waktu tanggap Komplain: <ol style="list-style-type: none"> a. Grading Merah (Ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam. Kriteria: cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain. b. Grading Kuning (Tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari. Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian in material, dan lain-lain. c. Grading Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari. Kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial <p style="text-align: right;">Pemantauan.....</p> <p>Pemantauan dan pengukuran kepuasan pasien dan keluarga adalah kegiatan untuk mengukur tingkat kesenjangan pelayanan rumah sakit yang diberikan dengan harapan pasien dan keluarga di rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat.</p>

	3. Pelayanan yang diukur berdasarkan persepsi dan pengalaman pasien dan keluarga terhadap: <ul style="list-style-type: none"> a. Fasilitas : sarana, prasarana, alat b. SDM: perawat, dokter, petugas lain c. Farmasi: kecepatan, sikap petugas, penjelasan penggunaan obat d. Administrasi : pendaftaran, ruang tunggu dan pelayanan: kecepatan, kemudahan, kenyamanan 	
f. JENIS INDIKATOR	Proses	
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase	
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan grading	
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah komplain yang disurvei	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	> 80%	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	Semua komplain (Grading Merah, Kuning, Hijau)
	Kriteria Eksklusi:	Tidak Ada
l. FORMULA	Sesuai dengan formula perhitungan survei kepuasan masyarakat berdasarkan Permenpan No. 14 Tahun 2017	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Retrospektif	
n. SUMBER DATA	Data sekunder dari catatan Komplain	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Formulir Komplain Laporan tindak lanjut Komplain	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi.	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Bulanan	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
	PERIODE ANALISIS	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart	
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Bagian Humas / Unit Pengaduan / Bagian yang menangani Komplain	

13. KEPUASAN PASIEN DAN KELUARGA

a. JUDUL INDIKATOR	KEPUASAN PASIEN DAN KELUARGA
b. DASAR PEMIKIRAN	1. Undang-Undang No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, pada pasal 29 ayat 1 disebutkan bahwa Setiap Rumah Sakit

	<p>mempunyai kewajiban untuk memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit.</p> <p>2. Permen PAN-RB No. 14 Tahun 2017 menyebutkan bahwa penyelenggara pelayanan publik wajib melakukan Survei Kepuasan Masyarakat secara berkala minimal 1 kali tahun dan wajib mempublikasikan hasilnya, sebagai pelaksanaan amanah UU No. 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.</p>
c. DIMENSI MUTU	Berorientasi Pada Pasien
d. TUJUAN	Mengukur tingkat kepuasan pasien dan keluarga sebagai dasar upaya-upaya peningkatan mutu dan terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pelanggan.
e. DEFINISI OPERASIONAL	<p>1. Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit. Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survei kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM).</p> <p>2. Pemantauan dan pengukuran kepuasan pasien dan keluarga adalah kegiatan untuk mengukur tingkat kesenjangan pelayanan rumah sakit yang diberikan dengan harapan pasien dan keluarga di rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat.</p> <p>3. Pelayanan yang diukur berdasarkan persepsi dan pengalaman pasien dan keluarga terhadap:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Fasilitas: sarana, prasarana, alat b. SDM: perawat, dokter, petugas lain c. Farmasi: kecepatan, sikap petugas, penjelasan penggunaan obat d. Administrasi: pendaftaran, ruang tunggu dan pelayanan: kecepatan, kemudahan, kenyamanan
f. JENIS INDIKATOR	<i>Output</i>
g. SATUAN PENGUKURAN	Nilai Indeks
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Sesuai dengan formula perhitungan survei kepuasan masyarakat berdasarkan Permenpan No. 14 Tahun 2017

i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Sesuai dengan formula perhitungan survei kepuasan masyarakat berdasarkan Permenpan No. 14 Tahun 2017	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	>76,60	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	Semua pasien, keluarga, pengunjung
	Kriteria Eksklusi:	Tidak Ada
l. FORMULA	Sesuai dengan formula perhitungan survei kepuasan masyarakat berdasarkan Permenpan No. 14 Tahun 2017	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	<i>Concurrent</i> (Survei Harian)	
n. SUMBER DATA	Kuesioner kepuasan	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Kuesioner kepuasan pasien	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Sesuai dengan formula perhitungan jumlah sampel dalam survei kepuasan masyarakat berdasarkan Permenpan No. 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Minimal satu kali dalam 6 bulan	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	setiap 6 (enam) bulan
	PERIODE ANALISIS	setiap 6 (enam) bulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart	
t. PENANGGUNG JAWAB	Wasintern	

B. INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT / IMP-RS

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	PENANGGUNG JAWAB
1	3	4	5
1.	SKP: KEPATUHAN PEMASANGAN GELANG PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI	100%	SUBKOMITE KESELAMATAN PASIEN
2.	SKP: KEPATUHAN READ BACK/KONFIRMASI PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI	100%	SUBKOMITE KESELAMATAN PASIEN
3.	SKP: KEPATUHAN DOUBLE CHECK OBAT RISIKO TINGGI PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI	100%	SUBKOMITE KESELAMATAN PASIEN
4.	SKP: TIDAK ADANYA KEJADIAN OPERASI SALAH SISI PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI	100%	SUBKOMITE KESELAMATAN PASIEN
5.	SKP: INSIDEN INFEKSI LUKA INFUS (ILI) PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI	≤0.1%	SUBKOMITE KESELAMATAN PASIEN
6.	SKP: TIDAK ADANYA KEJADIAN JATUH PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI	100%	SUBKOMITE KESELAMATAN PASIEN
7.	INDIKATOR PELAYANAN KLINIS PRIORITAS: KEPATUHAN MELAKUKAN PROSES TIME OUT PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI	100%	INSTALASI BEDAH SENTRAL
8.	KPI: WAKTU TANGGAP PELAYANAN DOKTER DI GAWAT DARURAT PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI	100%	KEPALA INSTALASI GAWAT DARURAT
9.	PERBAIKAN SISTEM : KELAYAKAN BERKAS CLAIM BPJS	90%	CASEMIX
10.	INDIKATOR MANAJEMEN RISIKO WAKTU TUNGGU PELAYANAN OBAT JADI PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI	100%	FARMASI

1. KEPATUHAN PEMASANGAN GELANG PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI

a. JUDUL INDIKATOR	KEPATUHAN PEMASANGAN GELANG PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI	
b. DASAR PEMIKIRAN	Permenkes 11/2017 tentang Keselamatan Pasien pada pasal 5 ayat 5 bahwa salah satu Sasaran Keselamatan Pasien adalah mengidentifikasi pasien dengan benar.	
c. DIMENSI MUTU	Keselamatan	
d. TUJUAN	Tergambarnya upaya rumah sakit dalam menjaga keselamatan pasien dengan memberikan identitas pada pasien dengan kasus ortopedi dan traumatologi	
e. DEFINISI OPERASIONAL	Pemasangan Gelang Identifikasi Pasien secara benar adalah proses staf Rumah Sakit melakukan tindakan pemasangan gelang dengan mencocokkan identitas pasien menggunakan minimal dua dari tiga identitas yang tercantum pada gelang, label atau bentuk alat identifikasi lainnya sebelum memberikan pelayanan dan sesuai dengan regulasi yang berlaku di rumah sakit, yang terutama dilakukan pada pasien prioritas (Ortopedi dan Traumatologi)	
f. JENIS INDIKATOR	Proses.	
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase.	
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien yang dipasangkan gelang identitas pada saat baru masuk keruang rawat inap	
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah total pasien baru pada semua unit rawat inap	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	100%	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	Semua pasien Ortopedi dan Traumatologi yang dirawat inap di rumah sakit
	Kriteria Eksklusi:	Tidak ada
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Concurrent (Survei harian)	
n. SUMBER DATA	Data primer	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Formulir Observasi	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
	PERIODE ANALISIS	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart	
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Rawat Inap	

2. KEPATUHAN READ BACK/KONFIRMASI PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI

a. JUDUL INDIKATOR	KEPATUHAN READ BACK/KONFIRMASI PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI
b. DASAR PEMIKIRAN	Permenkes 11/2017 tentang Keselamatan Pasien Sasaran Keselamatan Pasien Komunikasi Efektif
c. DIMENSI MUTU	Keselamatan
d. TUJUAN	Mencegah terjadinya kesalahan instruksi, pelaporan hasil pemeriksaan
e. DEFINISI OPERASIONAL	<p>Komunikasi verbal yang dimaksud adalah :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Komunikasi via telepon maupun secara langsung - Komunikasi dalam memberikan instruksi - Komunikasi dalam melaporkan hasil pemeriksaan - Komunikasi dalam hal konsultasi antar dokter <p>Persyaratan komunikasi verbal :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tulis : Penerima informasi mencatat informasi yang diberikan - Baca : dilakukan pembacaan ulang terhadap informasi yang diberikan - Konfirmasi : Pemberi informasi mengkonfirmasi kebenaran hasil pembacaan ulang - Diform pencatatan ditulis identitas pemberi informasi, penerima informasi dan waktu (tanggal dan jam) <p>Kepatuhan komunikasi verbal yang efektif adalah tingkat kepatuhan staf dalam melakukan komunikasi verbal yang efektif sesuai ketentuan diatas</p>
f. JENIS INDIKATOR	Proses.
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase.
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah proses yang melakukan komunikasi verbal efektif dengan benar dalam satu bulan

i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah proses yang diamati dalam bulan yang sama.	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	100%	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	Seluruh Proses komunikasi verbal
	Kriteria Eksklusi:	Tidak ada
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	<i>Concurrent</i> (Survei harian)	
n. SUMBER DATA	Data primer	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Formulir Observasi	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
	PERIODE ANALISIS	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart	
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Rawat Inap	

3. KEPATUHAN DOUBLE CHECK OBAT RISIKO TINGGI PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI

a. JUDUL INDIKATOR	KEPATUHAN DOUBLE CHECK OBAT RISIKO TINGGI PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI	
b. DASAR PEMIKIRAN	Permenkes 11/2017 tentang Keselamatan Pasien Sasaran Keselamatan Pasien Mengenai obat-obatan risiko tinggi	
c. DIMENSI MUTU	Keselamatan	
d. TUJUAN	Tergambarnya kepatuhan petugas dalam pengecekan ganda pada pemberian obat high alert	
e. DEFINISI OPERASIONAL	Kepatuhan petugas untuk melakukan pengecekan ganda pada pemberian obat high alert. Pengecekan ganda dilakukan setiap akan memberikan obat high alert.	
f. JENIS INDIKATOR	Proses.	
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase.	
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien yang mendapat terapi obat high alert dan tidak dilakukan pengecekan ganda	
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang mendapat obat high alert	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	100%	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	Pasien dengan pemberian obat high alert
	Kriteria Eksklusi:	Tidak ada
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator (N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Concurrent (Survei harian)	
n. SUMBER DATA	Data primer	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Formulir Observasi	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
	PERIODE ANALISIS	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart	
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Rawat Inap	

4. TIDAK ADANYA KEJADIAN OPERASI SALAH SISI PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI

a. JUDUL INDIKATOR	TIDAK ADANYA KEJADIAN OPERASI SALAH SISI PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI	
b. DASAR PEMIKIRAN	Permenkes 11/2017 tentang Keselamatan Pasien Sasaran Keselamatan Pasien Mengenai tepat operasi, tepat sisi, tepat orang	
c. DIMENSI MUTU	Keselamatan	
d. TUJUAN	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien	
e. DEFINISI OPERASIONAL	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya	
f. JENIS INDIKATOR	Proses.	
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase.	
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan	
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	100%	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	Semua pasien ortopedi dan traumatologi yang akan dilakukan tindakan operasi
	Kriteria Eksklusi:	Tidak ada
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	<i>Retrospektif</i>	
n. SUMBER DATA	Laporan KTD	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Laporan KTD	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
	PERIODE ANALISIS	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart	
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Bedah Sentral	

5. INSIDEN INFEKSI LUKA INFUS (ILI) PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI

a. JUDUL INDIKATOR	INSIDEN INFEKSI LUKA INFUS (ILI) PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI	
b. DASAR PEMIKIRAN	Permenkes 11/2017 tentang Keselamatan Pasien Sasaran Keselamatan Pasien Mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	
c. DIMENSI MUTU	Keselamatan	
d. TUJUAN	1. Meningkatkan keselamatan pasien dalam pemberian obat dan cairan melalui intravena 2. Mencegah dan menurunkan angka infeksi rumah sakit	
e. DEFINISI OPERASIONAL	Phlebitis adalah kejadian yang terjadi di sekitar luka tusukan jarum infus dan timbul lebih dari 2 x 24 jam (hari ke-3).	
f. JENIS INDIKATOR	Outcome.	
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase.	
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kejadian phlebitis dalam waktu satu bulan.	
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah lama hari pemasangan infus perifer dalam waktu satu bulan.	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	<0,1 %	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	Pasien Ortopedi dan Traumatologi yang terpasang Infus Perifer.
	Kriteria Eksklusi:	Pasien Ortopedi dan Traumatologi dengan Phlebitis sebelum pemasangan Infus Perifer.
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Retrospektif	
n. SUMBER DATA	Formulir Supervisi	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Formulir Supervisi	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
	PERIODE ANALISIS	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart	
t. PENANGGUNG JAWAB	IPCN, IPCLN	

6. TIDAK ADANYA KEJADIAN JATUH PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI

a. JUDUL INDIKATOR	TIDAK ADANYA KEJADIAN JATUH PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI	
b. DASAR PEMIKIRAN	Permenkes 11/2017 tentang Keselamatan Pasien Sasaran Keselamatan Pasien Mengenai Pencegahan Risiko Jatuh	
c. DIMENSI MUTU	Keselamatan	
d. TUJUAN	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien	
e. DEFINISI OPERASIONAL	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian	
f. JENIS INDIKATOR	Outcome.	
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase.	
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien orthopedy yang dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian.	
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang dirawat dalam bulan tersebut	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	100 %	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	Semua pasien Ortopedi dan Traumatologi yang dirawat inap
	Kriteria Eksklusi:	Tidak ada
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Retrospektif	
n. SUMBER DATA	Formulir Supervisi	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Formulir Supervisi	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
	PERIODE ANALISIS	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart	
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Rawat Inap	

7. KEPATUHAN MELAKUKAN PROSES TIME OUT PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI

a. JUDUL INDIKATOR	KEPATUHAN MELAKUKAN PROSES TIME OUT PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI	
b. DASAR PEMIKIRAN	Time Out menunjang keselamatan pasien	
c. DIMENSI MUTU	Keselamatan	
d. TUJUAN	Mencegah terjadinya salah pasien, salah prosedur dan salah insisi	
e. DEFINISI OPERASIONAL	Kepatuhan tim bedah dalam melaksanakan semua persyaratan Time out, yang meliputi: Dilakukan di kamar operasi sebelum insisi dilakukan- Dipimpin oleh petugas yang ditunjuk- Diikuti oleh seluruh tim bedah- Berisi konfirmasi kebenaran identifikasi pasien, lokasi pembedahan dan prosedur pembedahan- Didokumentasikan dalam bentuk cek lis	
f. JENIS INDIKATOR	Outcome.	
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase.	
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah komulatif prosedur operasi yang dilakukan time out sesuai ketentuan dalam sebulan	
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang dilakukan pembedahan dalam satu bulan	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	100 %	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	Semua pasien Ortopedi dan Traumatologi yang akan dilakukan tindakan
	Kriteria Eksklusi:	Tidak ada
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator (N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Concurrent	
n. SUMBER DATA	Formulir Supervisi	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Formulir Supervisi	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
	PERIODE ANALISIS	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart	
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Rawat Bedah Sentral	

8. WAKTU TANGGAP PELAYANAN DOKTER DI GAWAT DARURAT PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI

a. JUDUL INDIKATOR	WAKTU TANGGAP PELAYANAN DOKTER DI GAWAT DARURAT PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI	
b. DASAR PEMIKIRAN	Permenkes 11/2017 tentang Keselamatan Pasien pada pasal 5 ayat 5 bahwa salah satu Sasaran Keselamatan Pasien adalah mengidentifikasi pasien dengan benar.	
c. DIMENSI MUTU	Keselamatan Efektivitas	
d. TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat	
e. DEFINISI OPERASIONAL	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah Kecepatan pasien ortopedi dan traumatologi dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter Dibawah 5 menit	
f. JENIS INDIKATOR	Proses.	
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase.	
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter	
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang di sampling	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	100%	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	Semua pasien Ortopedi dan Traumatologi yang datang ke IGD
	Kriteria Eksklusi:	Tidak ada
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	<i>Concurrent</i> (Survei harian)	
n. SUMBER DATA	Data primer	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Formulir Observasi	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
	PERIODE ANALISIS	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart	
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Gawat Darurat	

9. KELAYAKAN BERKAS CLAIM BPJS

a. JUDUL INDIKATOR	KELAYAKAN BERKAS CLAIM BPJS
b. DASAR PEMIKIRAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permenkes Reuplik Indonesia No.26 Tahun 2021 tentang Pedoman INDONESIAN CASE BASE GROUPS (INA-CBGS) dalam pelaksanaan jaminan Kesehatan. 2. Kepmenkes Reuplik Indonesia Nomor HK.01.07 / MENKES / 342 / 2017 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana sepsis 3. Permenkes Reuplik Indonesia No. 51 Tahun 2018 tentang Pengenaan urun biaya dan selisih biaya dalam program jaminan Kesehatan 4. Kepmenkes RI No. HK.02.02 / MENKES / 514 / 2015 tentang Panduan Praktik Klinis bagi dokter di fasilitas pelayanan Kesehatan tingkat pertama 5. Kesepakatan Bersama Panduan penatalaksanaan solusi permasalahan klaim INA CBG tahun 2018 No. JP.02.03/3/2468/2018 6. Kesepakatan Bersama Panduan penatalaksanaan solusi permasalahan klaim INA CBG tahun 2019 No. JP.02.03/3/1693/2020 7. ICD 9 CM 2010 Classification of procedures. International Clasifikasi of disease 9th revision . Clinical modification 8. Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG Edisi 2. Jakarta : Badan penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan; 2018 9. Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG Edisi 1. Jakarta : Badan penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan; 2018 10. Buku Panduan Koding ICD Pada Bidang urologi Edisi ke-1.Jakarta : Ikatan Ahli urologi Indonesia
c. DIMENSI MUTU	<ol style="list-style-type: none"> 1. Efektif 2. Efisien
d. TUJUAN	Tergambarnya administrasi berkas klaim BPJS kesehatan yang sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan

e. DEFINISI.....

e. DEFINISI OPERASIONAL	Berkas klaim BPJS kesehatan yang layak adalah seluruh berkas klaim BPJS kesehatan yang telah diverifikasi dan dimasukkan dalam Formulir Pengajuan Klaim (FPK)	
f. JENIS INDIKATOR	Outcome	
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase.	
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah berkas klaim BPJS kesehatan yang layak dalam satu bulan	
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh berkas klaim BPJS kesehatan yang diajukan dalam bulan tersebut	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	90%	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	Berkas klaim BPJS kesehatan yang layak
	Kriteria Eksklusi:	Berkas klaim BPJS kesehatan yang tidak tebayar klaimnya yang diajukan pada bulan tersebut
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Concurrent	
n. SUMBER DATA	Sensus bulanan	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Formulir Sensus Harian	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
	PERIODE ANALISIS	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart	
t. PENANGGUNG JAWAB	Petugas casemix	

10. WAKTU TUNGGU PELAYANAN OBAT JADI PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI

a. JUDUL INDIKATOR	WAKTU TUNGGU PELAYANAN OBAT JADI PADA PASIEN RAWAT JALAN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI	
b. DASAR PEMIKIRAN	Semakin cepat waktu tunggu, akan memberikan kepuasan pada keluarga dan pasien	
c. DIMENSI MUTU	Efisiensi Efektivitas	
d. TUJUAN	Menurunkan waktu tunggu penyerahan obat ke pasien rawat jalan	
e. DEFINISI OPERASIONAL	Waktu tunggu dihitung sejak resep diterima apotik sampai obat diserahkan pada pasien dibawah 30 menit.	
f. JENIS INDIKATOR	Proses dan Outcome.	
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase.	
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah penyerahan obat yang tepat waktu dalam satu bulan pada pasien rawat jalan	
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh resep pada periode waktu yang sama	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	100%	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	Resep dari pasien Ortopedi dan Traumatologi
	Kriteria Eksklusi:	Tidak ada
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	<i>Retrospektif</i>	
n. SUMBER DATA	Buku Waktu Resep	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Formulir Observasi	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Bulanan	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
	PERIODE ANALISIS	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart	
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Farmasi	

C. INDIKATOR MUTU UNIT RUMAH SAKIT / IMU

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	PENANGGUNG JAWAB
1	3	4	5
1.	KEPATUHAN PENGISIAN ASSESMENT PASIEN TRIAGE DI IGD	100%	KEPALA INSTALASI GAWAT DARURAT
2.	KEPATUHAN JADWAL PRAKTEK DOKTER SPESIALIS ANAK	80%	KEPALA INSTALASI RAWAT JALAN
3.	KEPATUHAN JADWAL PRAKTEK SPESIALIS KANDUNGAN DI POLI KLINIK	>85 %	KEPALA INSTALASI RAWAT JALAN
4.	KEPATUHAN MELAKUKAN ASSESMENT AWAL MEDIS DALAM WAKTU 1 X 24 JAM PADA PASIEN RANAP	100%	KEPALA INSTALASI RAWAT INAP
5.	KEPATUHAN KELENGKAPAN RESUME MEDIS DOKTER DPJP RAWAT INAP	100	KEPALA INSTALASI RAWAT INAP
6.	KEPATUHAN PELEPASAN PERHIASAN/ AKSESORIS SEBELUM OPERASI	100%	KEPALA INSTALASI BEDAH SENTRAL
7.	KEPATUHAN PENANDAAN OPERASI	100%	KEPALA INSTALASI BEDAH SENTRAL
8.	KEPATUHAN LABELING OBAT EMERGENCY DALAM BENTUK PEMBERIAN TITRASI	90%	KEPALA INTENSIVE CARE UNIT
9.	KECPATAN WAKTU KEDATANGAN DOKTER JAGA PADA KEJADIAN EMERGENCY DI RUANG ICU	90%	KEPALA INTENSIVE CARE UNIT
10.	KEPATUHAN WAKTU PEMERIKSAAN RONTGEN THORAK, CT SCAN DAN USG	90%	KEPALA INSTALASI RADIOLOGI
11.	WAKTU TUNGGU PENGAMBILAN SAMPEL DARAH (≤ 15 MENIT)	80 %	KEPALA INSTALASI LABORATORIUM
12.	WAKTU TUNGGU HASIL PELAYANAN LABORATORIUM ≤ 2 JAM	$\leq 80\%$	KEPALA INSTALASI LABORATORIUM
13.	WAKTU TUNGGU PELAYANAN OBAT RACIKAN KURANG DARI 30 MENIT	>30%	KEPALA INSTALASI FARMASI
14.	TIDAK ADANYA KEJADIAN KESALAHAN PEMBERIAN NAMA OBAT PADA PASIEN RAWAT INAP	100%	KEPALA INSTALASI FARMASI
15.	KETEPATAN WAKTU DISTRIBUSI MAKAN	90%	KEPALA

			INSTALASI GIZI
16.	KELENGKAPAN PENGKAJIAN GIZI 2 X 24 JAM	90%	KEPALA INSTALASI GIZI
17.	KEPATUHAN KEDATANGAN DOKTER OBGYN UNTUK PERTOLONGAN PARTUS NORMAL	80%	KEPALA INTALASI KAMAR BERSALIN
18.	KEPATUHAN MELAKUKAN ASSESMEN AWAL MEDIS DALAM 1 X 24 JAM	100%	KEPALA INSTALASI NEONATUS
19.	ANGKA KEJADIAN PHLEBITIS PADA PASIEN BAYI DI RUANG NICU	<1%	KEPALA INSTALASI NEONATUS
20.	KEMAMPUAN MENANGANI BBLR 1500GR-2500GR	>80%	KEPALA INSTALASI NEONATUS
21.	KETEPATAN WAKTU PENGEMBALIAN STATUSREKAM MEDIS PASIEN RAWAT INAP KE INSTALASI REKAM MEDIS < 48 JAM	80%	KEPALA INSTALASI REKAM MEDIS
22.	KETEPATAN WAKTU MAXIMAL 10 MENIT DALAM PENYELESAIAN ADMINISTRASI BAGI PASIEN RAWAT JALAN UMUM SETELAH BERKAS DITERIMA	90%	KEPALA KASIR
23.	ANGKA KEPATUHAN PETUGAS DALAM MENANGGAPI PANGGILAN DARI UNIT LAIN	100%	KEPALA INSTALASI CLEANING SERVICE
24.	KEPATUHAN DALAM MELAKUKAN PEMBERSIHAN SELURUH RUANGAN	100%	KEPALA INSTALASI CLEANING SERVICE
25.	KEPATUHAN WAKTU MENANGGAPI PANGGILAN EMERGENSI LINGKUNGAN RS BHAYANGKARA BOJONEGORO	100%	KEPALA UNIT AMBULANCE
26.	KEPATUHAN MENJAGA KEBERSIHAN BAGI DRIVER UNTUK MOBIL AMBULANCE	100%	KEPALA UNIT AMBULANCE
27.	KETEPATAN WAKTU DISTRIBUSI LINEN BERSIH	80%	KEPALA INSTALASI LAUNDRY
28.	KEPATUHAN PENERIMAAN DAN DISTRIBUSI JUMLAH LINEN OLEH PETUGAS LAUNDRI	80%	KEPALA INSTALASI LAUNDRY
29.	KETEPATAN WAKTU MENANGGAPI LAPORAN KERUSAKAN ALAT JUMLAH OELH	85 %	KEPALA INSTALASI PEMELIHARAAN SARANA DAN PRASARANA RUMAH SAKIT

1. KEPATUHAN PENGISIAN LEMBAR ASSESMEN PASIEN TRIAGE DI IGD

a. JUDUL INDIKATOR	Kepatuhan Pengisian Lembar Assesmen Pasien Triage di IGD
b. DASAR PEMIKIRAN	Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
c. DIMENSI MUTU	Keefektifan dan keselamatan
d. TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan yang efektif di IGD dan mampu menangani pasien sesuai dengan kegawatan dan kedaruratannya
e. DEFINISI OPERASIONAL	Triage adalah usaha pemilahan korban sebelum ditangani, berdasarkan tingkat kegawatdaruratan trauma atau penyakit dengan mempertimbangkan prioritas penanganan dan sumber daya yang ada
f. JENIS INDIKATOR	Kepatuhan pengisian lembar assesmen pasien triage di IGD
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase.
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif pengisian triage di lembar rekam medik IGD
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah kumulatif lembar triage IGD yang disampling (jumlah minimal 50)
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	100 %
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Seluruh pasien IGD yang rawat inap
l. FORMULA	$N/D \times 100\%$
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Sampel dengan metode yang digunakan untuk mengumpulkan data <i>Concurrent</i> (nilai /ukuran dari seberapa baik tes tertentu berkolerasi dengan ukuran sebelumnya yang tervalidasi);
n. SUMBER DATA	BRM (Formulir Assesmen Gawat Darurat)
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Formulir pengumpulan data assesmen awal keperawatan
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Total sampling
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Bulanan
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	3 Bulanan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart
t. PENANGGUNG JAWAB	Tim mutu Instalasi Gawat Darurat

2. KEPATUHAN JADWAL PRAKTEK DOKTER SPESIALIS ANAK

a. JUDUL INDIKATOR	Ketepatan praktek dokter spesialis anak di poliklinik spesialis
b. DASAR PEMIKIRAN	Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
c. DIMENSI MUTU	Ketepatan wa Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit ktu
d. TUJUAN	Memberikan pelayanan yang bermutu, professional dan mengutamakan keselamatan pasien
e. DEFINISI OPERASIONAL	Ketepatan jam praktek dokter spesialis kandungan dalam pelayanan di poliklinik sesuai dengan kesepakatan rumah sakit.
f. JENIS INDIKATOR	Proses
g. SATUAN PENGUKURAN	Prosentase
h. NUMERATOR	Jumlah ketepatan jam praktek dokter spesialis anak, jam 06.00-07.00 wib Waktu kepatuhan jadwal praktek dokter spesialis 15 menit
i. DENOMINATOR	Jumlah dokter spesialis anak dalam 1 bulan
j. TARGER PENCAPAIAN	80%
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Seluruh dokter spesialis
l. FORMULA	$N/D \times 100\%$
m. METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	Retrospektif
n. SUMBER DATA	Register rawat jalan
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Laporan harian
p. POPULASI / SAMPEL	Seluruh jadwal dokter spesialis Anak
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Bulanan
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	3 Bulanan
s. PANYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Unit Rawat Jalan

3. KEPATUHAN JADWAL PRAKTEK SPESIALIS KANDUNGAN DI POLI KLINIK

a. JUDUL INDIKATOR	Angka ketepatan praktek dokter spesialis kandungan di poliklinik spesialis
b. DASAR PEMIKIRAN	Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
c. DIMENSI MUTU	Ketepatan wa Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit ktu
d. TUJUAN	Memberikan pelayanan yang bermutu, professional dan mengutamakan keselamatan pasien
e. DEFINISI OPERASIONAL	Ketepatan jam praktek dokter spesialis kandungan dalam pelayanan di poliklinik sesuai dengan kesepakatan rumah sakit.
f. JENIS INDIKATOR	Proses
g. SATUAN PENGUKURAN	Prosentase
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah ketepatan jam praktek dokter spesialis kandungan, jam 15.00-18.00 wib Waktu kepatuhan jadwal praktek dokter spesialis 15 menit
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah dokter spesialis kandungan dalam 1 bulan
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	>85%
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Seluruh dokter spesialis
l. FORMULA	$N/D \times 100\%$
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Retrospektif
n. SUMBER DATA	Register rawat jalan
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Laporan Harian
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Total sampling Seluruh jadwal dokter spesialis kandungan
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Bulanan
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	3 Bulanan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart
t. PENANGGUNG JAWAB	Ka instalasi Rawat Jalan

4. KEPATUHAN MELAKUKAN PENGKAJIAN DALAM WAKTU 1 X 24 JAM PADA PASIEN RANAP

a. JUDUL INDIKATOR	Pengkajian keperawatan yang diberikan di rawat inap	
b. DASAR PEMIKIRAN	Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit	
c. DIMENSI MUTU	Ketepatan waktu, kesinambungan	
d. TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kesinambungan 2. Fokus kepada pasien 3. Efektifitas 	
e. DEFINISI OPERASIONAL	<input type="checkbox"/> Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk di kaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan. Pengkajian awal yang dilakukan lengkap oleh perawat rawat inap harus memenuhi semua unsur dalam form pengkajian awal keperawatan di rawat inap (RM 12 A) yang secara lengkap terisi mulai pengkajian sampai tanda tangan dan nama terang pengkaji dan tidak ada satu pun poin yang dikosongi tanpa adanya keterangan.	
f. JENIS INDIKATOR	Proses	
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase.	
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah asesment awal / pengkajian keperawatan yang sudah lengkap yang dilakukan perawat rawat inap dalam waktu 1 x 24 jam	
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	jumlah seluruh asesment awal / pengkajian keperawatan yang sudah lengkap yang dilakukan perawat rawat inap	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	100%	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Asesmen awal keperawatan yang diberikan di rawat inap	
l. FORMULA	Jumlah asesment awal keperawatan yang sudah lengkap	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Concurrent melalui sensus harian	
n. SUMBER DATA	Dokumen rekam medik semua pasien baru yang rawat inap	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Form Pengkajian (RM 12 A)	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Bulanan	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
	PERIODE ANALISIS	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart	
t. PENANGGUNG JAWAB	Ka Instalasi Rawat Inap,	

5. KEPATUHAN KELENGKAPAN RESUME MEDIS DOKTER DPJP RAWAT INAP

a. JUDUL INDIKATOR	Kepatuhan kelengkapan resume medis dokter DPJP rawat inap
b. DASAR PEMIKIRAN	<input type="checkbox"/> Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit <input type="checkbox"/> KMK 1128 Tahun 2022 tentang standart akreditasi rumah sakit
c. DIMENSI MUTU	Tepat waktu, Kesyukuran
d. TUJUAN	Mengetahui tingkat kepatuhan kelengkapan resum medis oleh dokter DPJP dalam waktu 2 x 24 jam setelah pasien pulang
e. DEFINISI OPERASIONAL	Resume medis yang dilengkapi dalam waktu 2 x 24 jam setelah pasien pulang. sebagaimana terdapat di rekam medis (RM 14) harus terisi lengkap mulai dari identitas pasien, nomor register, diagnosa masuk, riwayat penyakit dahulu, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, terapi, hasil konsultasi, diagnosa utama, tindakan, reaksi obat, hasil laboratorium belum selesai, diet, kondisi waktu keluar, pengobatan dilanjutkan, instruksi, waktu kontrol, terapi pualng dan tanda tangan dokter DPJP
f. JENIS INDIKATOR	Out put
g. SATUAN PENGUKURAN	Prosentase
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah resume medis yang sudah lengkap oleh dokter DPJP dalam waktu 2 x 24 jam
i. DENOMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh resume medis yang sudah lengkap oleh dokter DPJP
j. TARGET PENCAPAIAN	100%
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Seluruh resume medis yang dilengkapi oleh dokter DPJP di rawat inap
l. FORMULA	Jumlah resume medis yang sudah lengkap oleh dokter DPJP dalam waktu 1 bulan
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Total sampling
n. SUMBER DATA	Dari semua resume medis yang sudah lengkap oleh dokter DPJP di rawat inap pada hari tersebut
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Form resume medis (RM 14)
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	<i>f</i> Populasi
	<i>f</i> Sampel : Metode : Ketersediaan / Convinience Random Sampling
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	- Analisis : Triwulan Pelaporan Data : Bulanan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel

t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi rawat inap
----------------------------	-----------------------------

6. KEPATUHAN PELEPASAN PERHIASAN/ AKSESORIS SEBELUM OPERASI

a. JUDUL INDIKATOR	Kepatuhan pelepasan perhiasan/aksesoris sebelum operasi
b. DASAR PEMIKIRAN	Permenkes no 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien
c. DIMENSI MUTU	Keselamatan pasien
d. TUJUAN	Tergambarkannya angka kepatuhan pelepasan perhiasan/aksesoris pada pasien pre operasi
e. DEFINISI OPERASIONAL	Kepatuhan pelepasan perhiasaan/aksesoris pada tubuh pasien ysgn sksn di lskuksn Tindakan operasi
f. JENIS INDIKATOR	outcome
g. SATUAN PENGUKURAN	Prosentase
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien yang masih menggunakan perhiasaan saat di R operasi
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah total operasi dalam waktu satu bulan
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	100%
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Semua pasien pre operasi yang menggunakan perhiasan/aksesoris dan Semua pasien pre operasi tanpa menggunakan perhiasan/aksesoris
l. FORMULA	$\frac{\text{Num}}{\text{Den}} \times 100 \%$
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Observasi
n. SUMBER DATA	Cek list harian IBS
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Form cek list harian
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Bulanan
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	3 Bulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart
t. PENANGGUNG JAWAB	Karu Ruang IBS

7. KEPATUHAN PENANDAAN LOKASI OPERASI

a. JUDUL INDIKATOR	Kepatuhan Penandaan lokasi operasi
b. DASAR PEMIKIRAN	Permenkes no 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien
c. DIMENSI MUTU	Keselamatan pasien
d. TUJUAN	Tergambarkannya angka kepatuhan penandaan lokasi operasi oleh operator dan perawat
e. DEFINISI OPERASIONAL	Kepatuhan Penandaan lokasi operasi oleh operator dan perawat pada bagian atau sisi yang akan dilakukan Tindakan di Ruang perawatan
f. JENIS INDIKATOR	Proses
g. SATUAN PENGUKURAN	Prosentase
h. NUMERATOR	Jumlah sisi atau bagian tubuh yang dilakukan penandaan
i. DENOMINATOR	Jumlah total operasi dalam waktu satu bulan
j. TARGET PENCAPAIAN	100%
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Semua pasien yang dilakukan penandaan lokasi operasi
l. FORMULA	$\frac{\text{Num}}{\text{Den}} \times 100 \%$
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Observasi
n. SUMBER DATA	Cek list harian IBS
o. INSTRUMENT PENGAMBILAN DATA	Form cek list harian
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN DATA)	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Bulanan
r. PERIODE ANALISA DAN PELAPORAN DATA	3 Bulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart
t. PENANGGUNG JAWAB	Karu Ruang IBS

**8. KEPATUHAN LABELING OBAT EMERGENCY DALAM BENTUK
 PEMBERIAN TITRASI**

a. JUDUL INDIKATOR	Kepatuhan label obat emergency dalam bentuk pemberian titrasi
b. DASAR PEMIKIRAN	Undang – Undang Nomer 44 2009 tentang Rumah Sakit
c. DIMENSI MUTU	1.Keselamatan 2.Fokus kepada pasien 3.Ketepatan
d. TUJUAN	Tergambarnya angka kepatuhan prosedur pemberian obat emergency dalam bentuk titrasi
e. DEFINISI OPERASIONAL	Pemberian label identitas pada obat- obat emergency dalam bentuk titrasi/pengoplosan yang memiliki resiko lebih tinggi untuk menimbulkan adanya komplikasi atau membayakan pasien secara signifikan jika terdapat kesalahan dalam penggunaan dan pemberian
f. JENIS INDIKATOR	Proses
g. SATUAN PENGUKURAN	Prosentase
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah komulatif pemberian label pada obat titrasi diruangan dalam waktu satu bulan
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah total pemberian obat obatan dalam bentuk titrasi dalam satu bulan
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	90%
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Semua obat emergency yang diberikan dalam bentuk titrasi Semua obat yang tidak diberikan dalam bentuk titrasi
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Concurrent
n. SUMBER DATA	Rekam Medis
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Ceklis
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Populasi Sampel : Metode : ketersediaan / convenience Besar Sampel:
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Ruangan ICU

9. KECEPATAN WAKTU KEDATANGAN DOKTER JAGA PADA KEJADIAN EMERGENCY DI RUANG ICU

a. JUDUL INDIKATOR	Kecepatan waktu kedatangan dokter jaga pada kejadian emergency di ruang icu
b. DASAR PEMIKIRAN	Undang undang nomer 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
c. DIMENSI MUTU	1.Keselamatan 2.Fokus kepada pasien 3.Kecepatan
d. TUJUAN	Tergambarnya kecepatan kedatangan dokter jaga pada pada kejadian emergency (lifesaving) diruang icu
e. DEFINISI OPERASIONAL	Waktu yang dibutuhkan mulai permintaan/laporan perawat icu (per telfon) sampai kedatangan dokter jaga di ruangan dan memberikan pelayanan lifesaving pada pasien emergency tidak lebih dari 3 menit
f. JENIS INDIKATOR	Proses
g. SATUAN PENGUKURAN	Prosentase
h. NUMERATOR(PEMBILANG)	Juml;ah Kumulatif waktu kecepatan kedatangan dokter jaga saat kejadian emergency tidak lebih dari 3 menit dalam kurun waktu satu bulan.
i. DENOMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh kedatangan dokter jaga pada saat kejadian emergency di ruang icu dalam kurun waktu satu bulan
j. TARGET PENCAPAIAN	90%
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	- Semua kedatangan dokter jaga pada saat kejadian emergency - Semua kedatangan dokter jaga pada saat bukan kejadian emergency (visite harian)
l. FORMULA	$\frac{N \text{ (numerator)}}{D \text{ (denominator)}} \times 100\%$
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Concurrent
n. SUMBER DATA	Rekam Medis
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Fotm CPPT
p. POPULASI/SAMPEL	Populasi Sampel : Metode : ketersediaan / convenience Besarnya Sampel:
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Ruang ICU

10. KEPATUHAN WAKTU PEMERIKSAAN RONGT THORAK, CT SCAN DAN USG

a. JUDUL INDIKATOR	Ketepatan Waktu Pemeriksaan Pasien Rongt thorak, ct scan, dan usg di Instalasi Radiologi RS. Bhayangkara TK. III Wahyu Tutuko Bojonegoro
b. DASAR PEMIKIRAN	Waktu tunggu dalam sebuah pelayanan akan mempengaruhi kepuasan pasien, dimana diharapkan semakin cepat waktu tunggu suatu pelayanan maka akan memberikan kepuasan terhadap pasien
c. DIMENSI MUTU	Ketepatan waktu dalam pemeriksaan rontgen dari pasien masuk ruang rontgen sampai selesai dilakukan pemeriksaan.
d. TUJUAN	- Untuk mengetahui ketepatan waktu dalam pemeriksaan rongen - Tergambarnya frekwensi efektifitas pelayanan rontgen
e. DEFINISI OPERASIONAL	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi adalah Waktu Tunggu dari dikirimnya hasil radiologi ke dokter Spesialis hingga Dokter Spesialis melakukan Ekspertise: 1. Radiologi Konvensional Cito: ≤ 1 Jam 2. Radiologi Konvensional Non Kontras: ≤3 Jam 3. Radiologi Konvensional Kontras: ≤4 Jam 4. Ultrasonografi: ≤24 Jam 5. CT-Scan Non Kontras: ≤24 Jam 6. CT-Scan Kontras: ≤24 Jam 7. MRI Non Kontras: Max ≤2x24 Jam 8. MRI Kontras: Max ≤2x24 Jam
f. JENIS INDIKATOR	Proses
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase.
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien yang disurvei yang mendapat pemeriksaan tepat waktu dalam 1 bulan
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	90%
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Seluruh pasien yang diperiksa
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Retrospective
n. SUMBER DATA	Survey buku registrasi pasien dalam bulan tersebut
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	bulanan
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Radiologi

11. WAKTU TUNGGU PENGAMBILAN SAMPEL DARAH (≤15 MENIT)

a. JUDUL INDIKATOR	waktu tunggu pengambilan sampel darah (≤15 menit)	
b. DASAR PEMIKIRAN	Permenkes No. 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal	
c. DIMENSI MUTU	Efisiensi Efektivitas Kesinambungan pelayanan	
d. TUJUAN	Mengukur kecepatan pelayanan pengambilan darah pasien di laboratorium	
e. DEFINISI OPERASIONAL	Waktu tunggu pelayanan pengambilan darah adalah waktu tunggu mulai dari pasien menyerahkan lembar permintaan pemeriksaan sampai dengan selesai pengambilan darah	
f. JENIS INDIKATOR	Proses	
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase.	
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah lembar permintaan pemeriksaan dengan waktu pelayanan pengambilan darah pasien yang disurvei dan tercapai satu bulan	
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang di survei dalam 1 bulan tersebut	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	80%	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	a. Petugas terampil b. Bahan pembantu kualitas baik
	Kriteria Eksklusi:	Tidak ada
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Retrospective	
n. SUMBER DATA	Buku Waktu tunggu pelayanan pengambilan sampel darah di Laboratorium RS bhayangkara	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Data TAT (Turn Around Time) hasil laboratorium	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Total lembar permintaan yang di survei (lembar Permintaan pengambilan sampel darah pasien rawat jalan dan pasien rawat inap)	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	1 Bulan	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart	
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Laboratorium	

12. WAKTU TUNGGU HASIL PELAYANAN LABORATORIUM ≤2 JAM

a. JUDUL INDIKATOR	Waktu tunggu Hasil pelayanan Laboratorium ≤2 Jam	
b. DASAR PEMIKIRAN	Permenkes No. 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal	
c. DIMENSI MUTU	Efektivitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi	
d. TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium	
e. DEFINISI OPERASIONAL	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample samapai dengan menerima hasil yang sudah diekspertise	
f. JENIS INDIKATOR	Proses	
g. SATUAN PENGUKURAN	Prosentase	
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam 1 bulan	
i. DENOMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam 1 bulan tersebut	
j. TARGET PENCAPAIAN	≤ 80%	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	a. Petugas terampil b. Bahan pembantu kualitas baik
	Kriteria Eksklusi:	Tidak ada
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Retrospective	
n. SUMBER DATA	1 buku waktu tunggu hasil pelayanan	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Data TAT (Turn Around Time) hasil laboratorium	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Total lembar permintaan yang di survei (lembar Permintaan pengambilan sampel dara pasien rawat jalan dan pasien rawat inap)	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	1 Bulan	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPOR DATA	3 Bulan	
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart	
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Laboratorium	

13. WAKTU TUNGGU PELAYANAN OBAT RACIKAN KURANG DARI 30 MENIT

a. JUDUL INDIKATOR	Waktu tunggu pelayanan obat racikan < 30 menit	
b. DASAR PEMIKIRAN	1. Undang- Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit 2. KMK 1128 Tahun 2022 tentang Standart Akreditasi Rumah Sakit 3. KMK No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	
c. DIMENSI MUTU	1. Efektifitas 2. Kesenambungan pelayanan 3. Efisiensi	
d. TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi	
e. DEFINISI OPERASIONAL	Waktu tunggu pelayanan obat racikan < 30 menit adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan < 30 menit,.	
f. JENIS INDIKATOR	Outcome	
g. SATUAN PENGUKURAN	Prosentase	
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien < 30 menit yang telah disurvei dalam satu bulan	
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang menyerahkan resep obat racikan yang telah disurvei dalam bulan tersebut.	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	>30%	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	Semua resep obat racikan < 30 menit yang diterima di RS Bhayangkara Wahyu Tutuko Bojonegoro
	Kriteria Eksklusi:	Semua resep obat yang diterima di RS Bhayangkara Wahyu Tutuko Bojonegoro
l. FORMULA	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien < 30 menit yang telah disurvei dalam satu bulan/jumlah pasien yang menyerahkan resep obat racikan yang telah disurvei dalam bulan tersebut X 100%	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	<i>Retrospektif</i>	
n. SUMBER DATA	Survey Resep	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Survey harian	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Populasi Sampel : Metode : Ketersediaan / Convinience Random sampling	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
	PERIODE ANALISIS	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	<i>Control chart, Run chart</i>	
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Rehab mediki	

14. TIDAK ADANYA KEJADIAN KESALAHAN PEMBERIAN NAMA OBAT PADA PASIEN RAWAT INAP

a. JUDUL	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian nama obat pada pasien rawat inap
b. DASAR PEMIKIRAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang- Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit 2. KMK 1128 Tahun 2022 tentang Standart Akreditasi Rumah Sakit 3. KMK No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
c. DIMENSI MUTU	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keselamatan 2. Kenyamanan
d. TUJUAN	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat pada pasien rawat inap
e. DEFINISI OPERASIONAL	Kesalahan dalam pemberian nama obat pada pasien rawat inap yaitu kesalahan dalam memberikan nama obat pasien pada etiket dengan jumlah resep 100 lembar.
f. TIPE INDIKATOR	Outcome
g. UKURAN INDIKATOR	Prosentase
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah seluruh pasien rawat inap Instalasi Farmasi yang menyerahkan resep dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian nama obat pasien pada etiket dalam satu bulan
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien rawat inap Instalasi Farmasi yang menyerahkan resep dalam bulan tersebut.
j. TARGET PENCAPAIAN	100 %
k. KRITERIA: INKLUSI ESKLUSI	<p>Semua resep obat yang diterima pada pasien rawat inap di Instalasi Farmasi RS Bhayangkara Wahyu Tutuko Bojonegoro</p> <p>Semua resep obat yang diterima pada pasien di Instalasi Farmasi RS Bhayangkara Wahyu Tutuko Bojonegoro</p>
l. FORMULA	Jumlah seluruh pasien rawat inap Instalasi Farmasi yang menyerahkan resep dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian nama obat pasien pada etiket dalam satu bulan/ Jumlah seluruh pasien rawat inap Instalasi Farmasi yang menyerahkan resep dalam bulan tersebut X 100%
m. SUMBER DATA	Survey Resep
n. FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Harian
o. PERIODE PELAPORAN DATA	Bulanan

p. PERIODE ANALISIS	Triwulan
q. SAMPEL	<ul style="list-style-type: none"> • Populasi • Sampel : Metode : Ketersediaan / Convenience Random sampling
r. RENCANA ANALISIS DATA	<ul style="list-style-type: none"> • Run Chart • Control Chart
s. INSTRUMEN PENGAMBILAN	Form Survey
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Farmasi

15. KETEPATAN WAKTU DISTRIBUSI MAKAN

a. JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien rawat inap
b. DASAR PEMIKIRAN	Perlu diadakannya pengukuran terhadap ketepatan dalam pemberian diet pasien yang telah di konsultasi ke Ahli Gizi.
c. DIMENSI MUTU	Efektivitas.efisien
d. TUJUAN	<p>Untuk mengetahui ketepatan waktu distribusi makanan kepada pasien di rawat inap</p> <p>Tergambarnya ketepatan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi</p>
e. DEFINISI OPERASIONAL	<p>Ketepatan waktu distribusi makanan adalah ketepatan penyediaan makanan kepada pasien sesuai dengan jadwal yang telah di tentukan</p> <p>Jadwal tersebut:</p> <p>Makan pagi 06.00 – 07.00</p> <p>Makan siang 11.00 – 12.00</p> <p>Makan malam 17.00 – 18.00</p>
f. JENIS INDIKATOR	Proses
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase.
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien rawat inap yang di survey yang mendapat makanan tepat waktu dalam 1 bulan
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvey dalam bulan tersebut.
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	90 %
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Seluruh pasien rawat inap yang mendapatkan pelayanan diet dan Pasien puasa dan pasien yang mendapat nutrisi parentral
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$
m. METODE PENGUMPULAN DATA	<i>Pengumpulan data secara Concurrent dengan melihatlangsung waktu distribusi makanan pasien</i>
n. SUMBER DATA	Buku distribusi makan pasien
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
q. PERIODE PENGUMPULAN	triwulan

DATA	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	Membandingkan dengan nilai standar selama triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Gizi

16. KELENGKAPAN PENKAJIAN GIZI 2 X 24 JAM

a. JUDUL INDIKATOR	Angka kelengkapan pengkajian gizi 2 x 24 jam			
b. DASAR PEMIKIRAN	Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit			
c. DIMENSI MUTU	Ketepatan waktu. kesinambungan			
d. TUJUAN	Semua pasien baru harus mendapatkan pengkajian gizi sebagai pertanggung jawaban petugas gizi dalam memberikan pelayanan gizi			
e. DEFINISI OPERASIONAL	Kegiatan pengumpulan data secara lengkap dan sistematis untuk di kaji dengan tujuan mengetahui permasalahan gizi dari pasien rawat inap yang terdiri riwayat gizi.data biokimia.data antropometri.data fisik klinis.dan data riwayat personal dalam waktu 2 x 24 jam			
f. JENIS INDIKATOR	proses			
g. SATUAN PENGUKURAN	Prosentase			
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien pasien baru yang sudah di lakukan pengkajian gizi dengan lengkap dalam waktu 2 x 24 jam			
i. DEMONINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien baru yang di rawat inap			
j. TARGET PENCAPAIAN	90 %			
k. KRETERIA INKLUSI DAN KRITERIA EKSKLUSI	Seluruh pasien rawat inap yang mendapatkan pelayanan gizi			
l. FORMULA	$N/D \times 100\%$			
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Pengumpulan data secara Concurrent dengan melihat langsung waktu distribusi makanan pasien			
n. SUMBER DATA	Data pengkajian Gizi			
o. INSTRUMENT PENGUMPULAN DATA	bulanan			
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi			
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	3 bulan			
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	Membandingkan dengan nilai standar selama triwulan			
s. PENYAJIAN DATA	n o	pasien	Tgl mrs	Pengkajia gizi
			tepat	Tidak tepat

	Ket: Tepat : pengkajian gizi di lakukan kurang lebih dari 2 x 24 jam Tidak tepat : pengkajian gizi di lakukan lebih dari 2 x 24 jam
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi gizi

17. KEPATUHAN KEDATANGAN DOKTER OBGYN UNTUK PERTOLONGAN PARTUS NORMAL

a. JUDUL INDIKATOR	kedatangan dokter spesialis obgyn dalam pertolongan persalinan normal	
b. DASAR PEMIKIRAN	Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit	
c. DIMENSI MUTU	1. Kestinambungan 2. Fokus kepada pasien 3. Efektifitas	
d. TUJUAN	Untuk mengetahui tingkat kepatuhan kedatangan dokter spesialis obgyn untuk tindakan persalinan normal dalam waktu 1 jam	
e. DEFINISI OPERASIONAL	Kedatangan dokter spesialis obgyn untuk persalinan normal	
f. JENIS INDIKATOR	Proses	
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase.	
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pertolongan persalinan normal yang ditolong oleh dokter spesialis obgyn dalam waktu 1 jam	
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh persalinan normal dalam waktu 1 bulan	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	80% persalinan normal ditolong oleh spesialis obgyn	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	- - Semua persalinan normal yang ditolong selain oleh dokter spesialis obgyn	
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Total sampling	
n. SUMBER DATA	Buku laporan persalinan dan rekam medis	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	buku laporan persalinan	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	<i>f</i> Populasi <i>f</i> Sampel : Metode : Ketersediaan / Convinience Besar Sampel:	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
	PERIODE ANALISIS	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	<i>Control chart, Run chart</i>	
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Farmasi	

18. KEPATUHAN MELAKUKAN ASSESMENT AWAL MEDIS DALAM 1 X 24 JAM

a. JUDUL INDIKATOR	Kepatuhan melakukan asesmen awal medis dalam 1 x 24 jam Pada NICU
b. DASAR PEMIKIRAN	Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
c. DIMENSI MUTU	1. Kesenambungan 2. Fokus kepada pasien 3. Efektifita
d. TUJUAN	Untuk mengetahui tingkat kepatuhan perawat dalam melakukan pengkajian awal keperawatan dalam waktu 1 x 24 jam
e. DEFINISI OPERASIONAL	Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk di kaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan. Pengkajian awal yang dilakukan lengkap oleh perawat rawat inap harus memenuhi semua unsur dalam form pengkajian awal keperawatan di rawat inap (RM 12 A) yang secara lengkap terisi mulai pengkajian sampai tanda tangan dan nama terang pengkaji dan tidak ada satu pun poin yang dikosongi tanpa adanya keterangan
f. JENIS INDIKATOR	Proses
g. SATUAN PENGUKURAN	Prosentase
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah asesment awal / pengkajian keperawatan yang sudah lengkap yang dilakukan perawat/bidan diruang nicu dalam waktu 1 x 24 jam
i. DENOMERATOR (PENYEBUT)	jumlah seluruh asesment awal / pengkajian keperawatan yang sudah lengkap yang dilakukan perawat/bidan diruang ruang nicu pada waktu 1 x 24 jam
j. TARGET PENCAPAIAN	100%
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	assesment awal yg diberikan kepada pasien di nicu
l. FORMULA	Jumlah asesment awal keperawatan yang sudah lengkap dalam waktu 1 bulan
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Total sampling
n. SUMBER DATA	Dokumen rekam medik semua pasien baru yang rawat inap
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Form Pengkajian (RM 12 A)
p. POPULASI/ SAMPEL	<i>f</i> Populasi <i>f</i> Sampel : Metode : Ketersediaan / Convinience Besar Sampel:
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Bulanan
r. PERIODE ANALISA DAN	Triwulan

PELAPORAN DATA	Bulanan
s. PENYAJIAN DATA	<i>f</i> Run chart <i>f</i> Control chart
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Ruangan Nicu

19. ANGKA KEJADIAN PHLEBITIS PADA BAYI DI RUANG ICU

a. JUDUL INDIKATOR	Angka kejadian phlebitis pada pasien bayi di ruang nicu
b. DASAR PEMIKIRAN	Peraturan Menteri Kesehatan no 27 tahun 2017
c. DIMENSI MUTU	- Keselamatan pasien -Fokus kepada pasien
d. TUJUAN	Menurunkan angka kejadian phlebitis pada bayi di ruang nicu
e. DEFINISI OPERASIONAL	Phlebitis adalah kejadian infeksi yang terjadi di sekitar tusukan yang terjadi dalam waktu 3 x 24 jam
f. JENIS INDIKATOR	Out put
g. SATUAN PENGUKURAN	Prosentase
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kejadian phlebitis pada pasien bayi di ruang nicu dalam waktu 1 bulan
i. DENOMERATOR (PENYEBUT)	jumlah pemasangan infus perifer pada pasien bayi diruang nicu di dalam waktu 1 bulan
j. TARGET PENCAPAIAN	<1%
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Pasien yang terpasang infus perifer Pasien yang sudah ada tanda tanda infeksi di bagian tusukan
l. FORMULA	Jumlah kejadian phebitis di ruang nicu dalam waktu 1 bulan
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Total sampling
n. SUMBER DATA	Formulir survailens infeksi harian
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Form survailens infeksi
p. POPULASI/ SAMPEL	<i>f</i> Populasi <i>f</i> Sampel : Metode : Ketersediaan / Convinience Besar Sampel:
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Bulanan
r. PERIODE ANALISA DAN PELAPORAN DATA	Triwulan Bulanan
s. PENYAJIAN DATA	<i>f</i> Run chart <i>f</i> Control chart
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Ruang Bersalin

20. KEMAMPUAN MENANGANI BBLR 1500GR-2500GR

a. JUDUL INDIKATOR	Kemampuan menangani BBLR 1500gr-2500gr	
b. DASAR PEMIKIRAN	PMK No 53 tentang pelayanan kesehatan neonatal esensial	
c. DIMENSI MUTU	Efektifitas dan keselamatan pasien	
d. TUJUAN	Terlaksananya peningkatan mutu pelayanan secara berkesinambungan dan berkelanjutan diruang NICU	
e. DEFINISI OPERASIONAL	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500gr-2500gr sampai dengan pulang sembuh	
f. JENIS INDIKATOR	Keselamatan pasien	
g. SATUAN PENGUKURAN	Prosentase	
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah BBLR yang berhasil ditangani	
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah BBLR yang ditangani	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	>80%	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	Jumlah bayi BBLR yang ditangani diruang neonatus
	Kriteria Eksklusi:	Jumlah seluruh bayi yang ditangani di ruang neonatus
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Concurrent	
n. SUMBER DATA	Rekam Medik	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Sensus harian	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Total sampling	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
	PERIODE ANALISIS	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	<i>Run chart</i>	
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Radiologi	

21. KETEPATAN WAKTU PENGEMBALIAN STATUS REKAM MEDIS PASIEN RAWAT INAP KE INSTALASI REKAM MEDIS < 48 JAM

a. JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu pengembalian status rekam medis pasien rawat inap ke Instalasi Rekam Medis < 48 jam	
b. DASAR PEMIKIRAN	Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit KMK 1128 Tahun 2022 tentang standart akreditasi rumah sakit.	
c. DIMENSI MUTU	Tepat Waktu, berkesinambungan	
d. TUJUAN	Mengetahui tingkat kepatuhan kelengkapan resum medis oleh dokter DPJP dalam waktu 2 x 24 jam setelah pasien pulang	
e. DEFINISI OPERASIONAL	Resume medis yang lengkap adalah resume medis yang telah diisi lengkap oleh dokter dan perawat dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan pasien rawat inap diputuskan untuk pulang.	
f. JENIS INDIKATOR	Out put	
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase.	
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah berkas rekam medis pasien rawat inap yang tepat pengembalian berkas ke Instalasi Rekam Medis.	
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh seluruh berkas rekam medis pasien rawat inap.	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	80%	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Seluruh resume medis yang dilengkapi oleh dokter DPJP di rawat inap	
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Total sampling	
n. SUMBER DATA	Dari semua resume medis yang tepat pengembalian dalam waktu 1 bulan	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Form resume medis	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Populasi Sampel : Metode : Ketersediaan Random Sampling	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
	PERIODE ANALISIS	Triwulan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel	
t. PENANGGUNG JAWAB	Kaur SIM RM	

22. KETEPATAN WAKTU MAXIMAL 10 MENIT DALAM PENYELESAIAN ADMINISTRASI BAGI PASIEN RAWAT JALAN UMUM SETELAH BERKAS DITERIMA

a. JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu maksimal 10 menit dalam penyelesaian administrasi bagi pasien rawat jalan umum setelah berkas diterima
b. DASAR PEMIKIRAN	Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit KMK 1128 Tahun 2022 tentang standart akreditasi rumah sakit.
c. DIMENSI MUTU	Efektivitas , efisiensi, dan terintegrasi
d. TUJUAN	Untuk mengetahui kecepatan dan ketepatan dalam menyelesaikan administrasi pembayaran pasien rawat jalan umum baik dari poli, ugd, atau instalasi lainnya yang di telah melakukan pemeriksaan
e. DEFINISI OPERASIONAL	Waktu yang dibutuhkan maksimal 10 menit dalam menyelesaikan administrasi pembayaran bagi pasien rawat jalan umum dari poli, ugd atau instalasi lainnya yang telah melakukan pemeriksaan
f. JENIS INDIKATOR	Proses dan input
g. SATUAN PENGUKURAN	Prosentase
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	jumlah pasien rawat jalan umum yg mendapatkan ketepatan pelayanan administrasi pembayaran kurang dari 10 menit dalam satu bulan"
i. DENOMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien rawat jalan umum baik dari poli, ugd atau instalasi lainnya yang telah selesai melakukan pemeriksaan dalam satu bulan
j. TARGET PENCAPAIAN	90%
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Seluruh pasien rawat jalan umum baik dari poli, ugd atau instalasi lainnya yang telah selesai melakukan pemeriksaan
l. FORMULA	$N/D \times 100\%$
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Metode yang digunakan untuk mengumpulkan data <i>Concurrent</i> (nilai/ ukuran dari seberapa baik tes tertentu berkolerasi dengan ukuran sebelumnya yang tervalidasi)
n. SUMBER DATA	Seluruh pasien rawat jalan umum baik dari poli, ugd atau instalasi lainnya yang telah selesai melakukan pemeriksaan di RS. Bhayangkara Wahyu Tutuko Bojonegoro
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Sensus harian
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Populasi Sampel : Metode : Ketersediaan Random Sampling
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian
r. PERIODE ANALISIS	Bulanan

DAN PELAPORAN DATA	
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / <i>Control chart</i> / <i>Run chart</i>
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala ruangan kasir

23. ANGKA KEPATUHAN PETUGAS DALAM MENANGGAPI PANGGILAN DARI UNIT LAIN

a. JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu menanggapi panggilan dari unit atau bagian yang terkait
b. DASAR PEMIKIRAN	Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit KMK 1128 Tahun 2022 tentang standart akreditasi rumah sakit.
c. DIMENSI MUTU	Efektifitas, efisiensi dan terintegrasi
d. TUJUAN	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi panggilan dari unit atau bagian yang terkait
e. DEFINISI OPERASIONAL	Waktu yang dibutuhkan apabila ada panggilan yang membutuhkan kehadiran petugas maksimal waktu 10 menit harus sudah ditanggapi
f. JENIS INDIKATOR	Proses dan Input
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase.
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah laporan panggilan ditanggapi kurang atau sama
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	dengan 10 menit dalam 1 hari
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	100%
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Seluruh panggilan yang membutuhkan kehadiran petugas
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator (N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Metode yang digunakan untuk mengumpulkan data Concurrent (nilai /ukuran dari seberapa baik tes tertentu berkolerasi dengan ukuran sebelumnya yang tervalidasi);
n. SUMBER DATA	Seluruh ruangan / unit di RS Bhayangkara
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Sensus harian
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Random sampling
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	Bulanan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Cleaning Service

24. KEPATUHAN DALAM MELAKUKAN PEMBERSIHAN SELURUH RUANGAN

a. JUDUL INDIKATOR	Kepatuhan petugas cleaning servis dalam melakukan pembersihan seluruh ruangan
b. DASAR PEMIKIRAN	Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit KMK 1128 Tahun 2022 tentang standart akreditasi rumah sakit.
c. DIMENSI MUTU	Efektifitas, efisiensi dan integrase
d. TUJUAN	Tergambarnya kepatuhan petugas dalam melakukan pembersihan seluruh ruangan sesuai cek list
e. DEFINISI OPERASIONAL	Proses observasi kepatuhan petugas cleaning servis dalam melakukan pembersihan ruangan sesuai cek list
f. JENIS INDIKATOR	Proses dan Input
g. SATUAN PENGUKURAN	Presetase
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah cek list yang ditandatangani dari perawat / staf dari unit / bagian yang dibersihkan dalam 1 hari
i. DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh cek list pembersihan dalam satu bulan
j. TARGET PENCAPAIAN	100%
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Seluruh cek list pembersihan ruangan / unit
l. FORMULA	$N/D \times 100$
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Metode yang digunakan untuk mengumpulkan data <i>Concurent</i> (nilai /ukuran dari seberapa baik tes tertentuberkolerasi dengan ukuran sebelumnya yang tervalidasi);
n. SUMBER DATA	Seluruh ruangan/unit di RS Bhayangkara
o. INSTRUMEN PENGUMPULAN DATA	Sensus harian
p. POPULASI / SAMPEL	Random sampling
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian
r. PERIODE ANALISIS DATA	Bulanan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel

t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala ruangan Instalasi cleaning service
----------------------------	---

25. KEPATUHAN WAKTU MENGGAPI PANGGILAN EMERGENSI LINGKUNGAN RS BHAYANGKARA BOJONEGORO

a. JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu menanggapi panggilan Emergency
b. DASAR PEMIKIRAN	Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit KMK 1128 Tahun 2022 tentang standart akreditasi rumah sakit.
c. DIMENSI MUTU	Efektifitas, efisiensi dan terintegrasi
d. TUJUAN	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi panggilan emergency yang mengharapkan kehadiran
e. DEFINISI OPERASIONAL	Waktu yang dibutuhkan apabila ada panggilan emergency dari unit atau bagian dalam 10 menit harus sudah ditanggapi
f. JENIS INDIKATOR	Proses dan output
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase.
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah panggilan yang ditanggapi dalam 10 menit dalam 1 bulan
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh panggilan di RS Bhayangkara wahyu tutuko Bojonegorodalam satu bulan
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	100%
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Seluruh panggilan yang membutuhkan kehadiran petugas
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator (N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Metode yang digunakan untuk mengumpulkan data Concurrent (nilai /ukuran dari seberapa baik tes tertentu berkolerasi dengan ukuran sebelumnya yang tervalidasi);
n. SUMBER DATA	Seluruh ruangan / unit di RS Bhayangkara
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Sensus harian
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Random sampling
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	Bulanan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Ambulance

**26. KEPATHAN MENJAGA KEBERSIHAN BAGI DRIVER UNTUK MOBIL
 AMBULAN**

a. JUDUL INDIKATOR	Kepatuhan petugas driver dalam melakukan pembersihan seluruh Ambulance
b. DASAR PEMIKIRAN	Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit KMK 1128 Tahun 2022 tentang standart akreditasi rumah sakit.
c. DIMENSI MUTU	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
d. TUJUAN	Tergambarnya kepatuhan petugas dalam melakukan pembersihan seluruh ambulan
e. DEFINISI OPERASIONAL	Proses observasi kepatuhan petugas driver dalam melakukan pembersihan seluruh Ambulance
f. TIPE INDIKATOR	Proses
g. SATUAN PENGUKURAN	Presentase
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pembersihan seluruh ambulan yang terjadwal dan telah dikerjakan disetiap shift jaga driver dalam 1 hari
i. DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah pembersihan seluruh ambulan yang terjadwal dan telah dikerjakan disetiap shift jaga driver dalam 1 bulan
j. TARGET PENCAPAIAN	100%
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Seluruh ambulance RS Bhayangkara Wahyu Tutuko Bojonegoro
l. FORMULA	$N/D \times 100$
m. STANDAR	100 %
n. METODOLOGI PENGUMPULAN DATA	Metode yang digunakan untuk mengumpulkan data <i>Concurent</i> (nilai /ukuran dari seberapa baik tes tertentu berkolerasi dengan ukuran sebelumnya yang tervalidasi);
o. SUMBER DATA	Seluruh ruangan / unit di RS Bhayangkara
p. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Sensus harian
q. POPULASI / SAMPEL	Random Sampling

r. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian
s. PERIODE ANALISIA DATA	Bulanan
t. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart
u. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Ambulance

27. KETEPATAN WAKTU DISTRIBUSI LINEN BERSIH

a. JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu distribusi linen bersih	
b. DASAR PEMIKIRAN	Berdasarkan PMK No 7 tahun 2019 tentang persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit	
c. DIMENSI MUTU	Tepat waktu	
d. TUJUAN	Proses penggantian linen bersih di ruang keperawatan berjalan lancar	
e. DEFINISI OPERASIONAL	Pengembalian linen bersih sesuai dengan jumlah dan jenis linen kotor ke ruang perawatan maksimal 6 jam semenjak pengambilan linen kotor	
f. JENIS INDIKATOR	proses	
g. SATUAN PENGUKURAN	Prosentase	
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah unit ruangan yang mendapatkan distribusi linen bersih maksimal 6 jam	
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Unit seluruh ruangan yang menirinkan linen kotor dalam periode yang sama	
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	80%	
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Kriteria Inklusi:	Unit ruangan yang mengirimin linen kotor meliputi : rawat inap, Rawat jalan, dan IGD
	Kriteria Eksklusi:	ruang kerja selain rawat inap, rawat jalan dan IGD
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Concurrent	
n. SUMBER DATA	Laporan kegiatan instansi loundry	
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Sensus Harian	
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Populasi	
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Bulanan	
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	PERIODE PELAPORAN	Bulanan
	PERIODE	Triwulan

		ANALISIS
s.	PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart
t.	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Laundry

28. KETEPATAN PENERIMAAN DAN DISTRIBUSI JUMLAH LINEN OLEH PETUGAS LAUNDRY DIRUANG RAWAT INAP

a.	NAMA INDIKATOR	Ketepatan penerimaan dan distribusi linen oleh petugas laundry di ruang rawat inap
b.	DASAR PEMIKIRAN	Berdasarkan PMK No 7 tahun 2019 tentang persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit
c.	DIMENSI MUTU	Efisien
d.	TUJUAN	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
e.	DEFINISI OPERASIONAL	<input type="checkbox"/> Penerimaan linen dengan mencatat linen yang diterima dan telah dipilah antara infeksius dan non infeksius. <input type="checkbox"/> Distribusi dilakukan petugas laundry dengan menyerahkan linen bersih kepada petugas rawat inap.
f.	TIPE INDIKATOR	outcome
g.	UKURAN INDIKATOR	Prosentase
h.	NUMERATOR	Jumlah linen bersih yang di distribusikan ke ruangan rawat inap
i.	DENOMINATOR	Jumlah linen kotor yang diterima petugas laundry
j.	TARGET PENCAPAIAN	80%
k.	KRITERIA	<input type="checkbox"/> Inklusi : Unit ruangan yang mengirimkan dan distribusi linen meliputi : rawat inap. <input type="checkbox"/> Eksklusi : ruang kerja selain rawat inap, meliputi: rawat jalan,IGD,OK
l.	FORMULA	$\frac{N}{D} \times 100\%$
m.	SUMBER DATA	Laporan penerimaan dan ditribusi laundry dan rawat inap
n.	FREKUENSI PENGUNPULAN	Setiap hari
o.	PERIODE PELAPORAN DATA	Bulanan
p.	PERIODE ANALISA	Triwulan
q.	METODE PENGUMPULAN DATA	Concurrent
r.	SAMPEL	Populasi
s.	RENCANA ANALISA DATA	Run chart
t.	INSTRUMEN PENGAMBILAN	Sensus harian
u.	PIC	Ka instalasi laundry dan karu Rawat Inap

29. KETEPATAN WAKTU MENANGGAPI LAPORAN KERUSAKAN ALAT

a. JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu menanggapi laporan kerusakan alat
b. DASAR PEMIKIRAN	Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit KMK 1128 Tahun 2022 tentang standart akreditasi rumah sakit.
c. DIMENSI MUTU	Efektifitas, efisiensi dan terintegrasi Efektivitas
d. TUJUAN	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi laporan kerusakan dalam waktu 10 menit
e. DEFINISI OPERASIONAL	Waktu yang dibutuhkan apabila ada laporan kerusakan dari unit atau bagian maksimal waktu 10 menit harussudah ditanggapi
f. JENIS INDIKATOR	Proses dan Input
g. SATUAN PENGUKURAN	Persentase.
h. NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 10 menit dalam 1 bulan
i. DENOMINATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR	85%
k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI	Seluruh Laporan Kerusakan
l. FORMULA	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$
m. METODE PENGUMPULAN DATA	Metode yang digunakan untuk mengumpulkan data Concurrent (nilai /ukuran dari seberapa baik tes tertentu berkolerasi dengan ukuran sebelumnya yang tervalidasi);
n. SUMBER DATA	Total seluruh unit / ruangan di RS Bhayangkara
o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Sensus harian
p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)	Random sampling
q. PERIODE PENGUMPULAN DATA	Harian
r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA	Bulanan
s. PENYAJIAN DATA	Tabel / Control chart / Run chart
t. PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Laundry

BAB IV PENUTUP

Pemenuhan tuntutan masyarakat terhadap kebutuhan akan pelayanan yang bermutu tinggi harus menjadi prioritas dalam pengelolaan pelayanan kesehatan. Keterjaminan mutu dan keselamatan pasien akan memberi kontribusi yang dominan terhadap kepercayaan masyarakat yang berdampak pada eksistensi institusi ditengah persaingan global.

Keberadaan Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit bermanfaat untuk mengukur mutu pelayanan di rumah sakit. Oleh karena itu, keberhasilan dalam mempertahankan mutu serta upaya yang terus-menerus dalam meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien harus terus dilaksanakan. Untuk mendukung hal tersebut diperlukan upaya yang terpadu dari semua komponen terlibat dalam pelayanan baik langsung maupun tidak langsung. Dalam hal ini diperlukan komitmen pimpinan rumah sakit dan seluruh staf serta karyawan untuk turut bertanggungjawab dalam rangka mewujudkan mutu pelayanan yang berkualitas serta aman.

Bojonegoro, 9 JUNI 2022

KARUMKIT BHAYANGKARA WILAYAH BOJONEGORO
KEPALA



AD ZAKIR, S.H., M.H
AJUN KOMISARIS BESAR POLISI NRP 72070739