

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 ( $\leq 15$ MENIT) ....	58
12.	WAKTU TUNGGU HASIL PELAYANAN LABORATORIUM $\leq 2$ 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. <b>Efisiensi</b>	Memaksimalkan penggunaan sumber daya dan menghindari pemborosan.
2. <b>Efektivitas</b>	Perawatan kesehatan berbasis bukti dan menghasilkan hasil kesehatan yang lebih baik sesuai kebutuhan.
3. <b>Tepat Waktu</b>	Perawatan kesehatan yang tepat waktu diberikan kepada pasien.
4. <b>Berorientasi</b>	Perawatan kesehatan yang mempertimbangkan preferensi

<b>Pada Pasien</b>	dan aspirasi pengguna layanan perorangan dan budaya komunitas mereka.
<b>5. Keadilan</b>	Perawatan kesehatan yang tidak berbeda kualitasnya karena karakteristik pribadi seperti jenis kelamin, ras, etnisitas, lokasi geografis, atau status sosial ekonomi.
<b>6. Keselamatan Pasien</b>	Layanan kesehatan yang meminimalkan risiko dan kerugian bagi pengguna jasa.
<b>7. Terintegrasi/ Kesenambungan Pelayanan</b>	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:

<b>NO</b>	<b>INDIKATOR</b>	<b>JUDUL INDIKATOR</b>	<b>STANDAR</b>	<b>PENANGGUNG JAWAB</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
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**

<b>a. JUDUL INDIKATOR</b>	<b>KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN</b>
<b>b. DASAR PEMIKIRAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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).</li> <li>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></li> <li>4. Rumah sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai dengan ketentuan WHO.</li> </ol>
<b>c. DIMENSI MUTU</b>	1. Keselamatan
<b>d. TUJUAN</b>	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
<b>e. DEFINISI OPERASIONAL</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. Kebersihan tangan dilakukan dengan 5 indikasi (<i>Five moments</i>) dan momen lainnya serta 6 langkah kebersihan tangan (WHO).</li> <li>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"> <li>a. Sebelum kontak dengan pasien, yaitu sebelum menyentuh pasien (permukaan tubuh atau pakaian pasien).</li> <li>b. Sesudah Kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh pasien (permukaan tubuh atau pakaian pasien ).</li> </ol> </li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>c. Sebelum melakukan Prosedur aseptik contoh: Pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, <i>suctioning</i>, pemberian</li> </ol>

	<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"> <li>1) Melepas sarung tangan steril</li> <li>2) Melepas APD</li> <li>3) Setelah kontak dengan permukaan benda mati dan objek termasuk peralatan medis</li> <li>4) Setelah melepaskan sarung tangan steril.</li> <li>5) Sebelum menangani obat-obatan atau menyiapkan makanan.</li> </ol> <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>
<b>f. JENIS INDIKATOR</b>	Proses
<b>g. SATUAN PENGUKURAN</b>	Persentase
<b>h. NUMERATOR (PEMBILANG)</b>	Jumlah orang yang melakukan kebersihan tangan sesuai dengan 5 Indikasi
<b>i. DENOMINATOR (PENYEBUT)</b>	Jumlah orang yang diamati/observasi
<b>j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR</b>	≥ 85%

<b>k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI</b>	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
<b>l. FORMULA</b>	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
<b>m. METODE PENGUMPULAN DATA</b>	<i>Concurrent</i> (Survei harian)	
<b>n. SUMBER DATA</b>	Hasil observasi	
<b>o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA</b>	Formulir Kepatuhan Kebersihan Tangan	
<b>p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)</b>	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	
<b>q. PERIODE PENGUMPULAN DATA</b>	Harian	
<b>r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA</b>	<b>PERIODE PELAPORAN</b>	Triwulan
	<b>PERIODE ANALISIS</b>	Triwulan
<b>s. PENYAJIAN DATA</b>	Tabel / Control chart / Run chart	
<b>t. PENANGGUNG JAWAB</b>	Komite PPI RS	

**2. KEPATUHAN PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI**

<b>a. JUDUL INDIKATOR</b>	<b>KEPATUHAN PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI</b>
<b>b. DASAR PEMIKIRAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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).</li> <li>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)</li> <li>4. Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri (APD) dalam menghadapi wabah Covid 19 (Dirjen Yankes tahun 2020)</li> <li>5. Rumah Sakit harus memperhatikan kepatuhan pemberi pelayanan dalam menggunakan APD sesuai dengan prosedur.</li> </ol>
<b>c. DIMENSI MUTU</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Efektivitas</li> <li>2. Keselamatan</li> </ol>
<b>d. TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur kepatuhan petugas Rumah Sakit dalam menggunakan APD</li> <li>2. Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi.</li> </ol>
<b>e. DEFINISI OPERASIONAL</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. APD digunakan sesuai dengan standar dan indikasi</li> <li>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.</li> <li>4. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas kesehatan dalam menggunakan APD sesuai standar dan indikasi.</li> <li>5. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian yang dilakukan terhadap petugas kesehatan dalam menggunakan</li> </ol>

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

**3. KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN**

<b>a. JUDUL INDIKATOR</b>	<b>KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN</b>
<b>b. DASAR PEMIKIRAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>
<b>c. DIMENSI MUTU</b>	1. Keselamatan
<b>d. TUJUAN</b>	Meningkatkan kepatuhan pemberi layanan dalam melaksanakan proses identifikasi pasien dalam pelayanan.
<b>e. DEFINISI OPERASIONAL</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. Proses identifikasi pasien oleh petugas dilakukan secara aktif dengan visual dan atau verbal.</li> <li>3. Peluang adalah indikasi dilakukan identifikasi pasien secara benar pada saat : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pemberian pengobatan : pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi.</li> <li>b. Prosedur tindakan : tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang di tetapkan rumah sakit.</li> <li>c. Prosedur diagnostik : pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi dll.</li> </ol> </li> </ol>
<b>f. JENIS INDIKATOR</b>	Proses.
<b>g. SATUAN PENGUKURAN</b>	Persentase.
<b>h. NUMERATOR (PEMBILANG)</b>	Jumlah proses identifikasi pasien yang dilakukan secara benar
<b>i. DENOMINATOR (PENYEBUT)</b>	Jumlah total peluang yang di observasi
<b>j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR</b>	100%

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

**4. WAKTU TANGGAP SEKSIO SESAREA EMERGENSI**

<b>a. JUDUL INDIKATOR</b>	<b>WAKTU TANGGAP SEKSIO SESAREA EMERGENSI</b>
<b>b. DASAR PEMIKIRAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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>.</li> </ol>
<b>c. DIMENSI MUTU</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tepat waktu,</li> <li>2. Efektif,</li> <li>3. Keselamatan</li> </ol>
<b>d. TUJUAN</b>	Tergambarnya pelayanan kegawatdaruratan operasi seksio sesarea yang cepat dan tepat sehingga mampu mengoptimalkan upaya menyelamatkan Ibu dan Bayi
<b>e. DEFINISI OPERASIONAL</b>	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
<b>f. JENIS INDIKATOR</b>	Proses
<b>g. SATUAN PENGUKURAN</b>	Persentase
<b>h. NUMERATOR (PEMBILANG)</b>	Jumlah pasien yg mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sesuai dengan waktu tanggap

i. DENOMINATOR.....

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

**5. WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN**

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

**6. PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF**

<b>a. JUDUL INDIKATOR</b>	<b>PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF</b>	
<b>b. DASAR PEMIKIRAN</b>	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.	
<b>c. DIMENSI MUTU</b>	1. Efektivitas 2. Efisiensi 3. Aksesibilitas 4. Berorientasi Pada Pasien	
<b>d. TUJUAN</b>	Tergambarnya ketepatan pelayanan bedah dan penjadwalan operasi	
<b>e. DEFINISI OPERASIONAL</b>	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.	
<b>f. JENIS INDIKATOR</b>	Proses.	
<b>g. SATUAN PENGUKURAN</b>	Persentase.	
<b>h. NUMERATOR (PEMBILANG)</b>	Jumlah pasien yang waktu jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam	
<b>i. DENOMINATOR (PENYEBUT)</b>	Jumlah pasien operasi elektif	
<b>j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR</b>	<5%	
<b>k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI</b>	Kriteria Inklusi:	Seluruh pasien op elektif
	Kriteria Eksklusi:	Tidak ada
<b>l. FORMULA</b>	$\frac{\text{Numerator (N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
<b>m. METODE PENGUMPULAN DATA</b>	Retrospektif	
<b>n. SUMBER DATA</b>	Data sekunder dari catatan pasien yang dijadwalkan operasi dan data pelaksanaan operasi.	
<b>o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA</b>	Formulir Penundaan Operasi Elektif	
<b>p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)</b>	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi	
<b>q. PERIODE PENGUMPULAN DATA</b>	Harian	
<b>r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA</b>	<b>PERIODE PELAPORAN</b>	Bulanan
	<b>PERIODE ANALISIS</b>	Triwulan
<b>s. PENYAJIAN DATA</b>	Tabel / Control chart / Run chart	
<b>t. PENANGGUNG JAWAB</b>	Kepala Instalasi Bedah Sentral	

**7. KEPATUHAN WAKTU VISITE DOKTER**

<b>a. JUDUL INDIKATOR</b>		<b>KEPATUHAN WAKTU VISITE DOKTER</b>	
<b>b. DASAR PEMIKIRAN</b>	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.		
<b>c. DIMENSI MUTU</b>	Berorientasi kepada pasien		
<b>d. TUJUAN</b>	Tergambarnya kepatuhan dokter spesialis terhadap ketepatan waktu melakukan visitasi kepada pasien rawat inap.		
<b>e. DEFINISI OPERASIONAL</b>	Waktu <i>visite</i> Dokter Spesialis adalah waktu kunjungan DPJP untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya setiap hari termasuk hari libur.		
<b>f. JENIS INDIKATOR</b>	Proses.		
<b>g. SATUAN PENGUKURAN</b>	Persentase.		
<b>h. NUMERATOR (PEMBILANG)</b>	Jumlah <i>visite</i> Dokter Spesialis yang paling lambat jam 14:00.		
<b>i. DENOMINATOR (PENYEBUT)</b>	Jumlah <i>visite</i> Dokter Spesialis yang harus divisit pada hari tersebut		
<b>j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR</b>	≥ 80%		
<b>k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI</b>	Kriteria Inklusi:	Pasien rawat Inap	
	Kriteria Eksklusi:	Pasien yang baru masuk rawat inap hari itu. Pasien konsul	
<b>l. FORMULA</b>	$\frac{\text{Numerator (N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$		
<b>m. METODE PENGUMPULAN DATA</b>	Retrospektif		
<b>n. SUMBER DATA</b>	Data sekunder berupa laporan <i>visite</i> rawat inap dalam rekam medik		
<b>o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA</b>	Formulir KWV DPJP		
<b>p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)</b>	Menggunakan populasi maupun sampel minimal sesuai dengan referensi		
<b>q. PERIODE PENGUMPULAN DATA</b>	Harian		
<b>r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA</b>	<b>PERIODE PELAPORAN</b>	Bulanan	
	<b>PERIODE ANALISIS</b>	Triwulan	
<b>s. PENYAJIAN DATA</b>	Tabel / Control chart / Run chart		
<b>t. PENANGGUNG JAWAB</b>	Kepala Instalasi Bedah Sentral		

**8. PELAPORAN HASIL KRITIS LABORATORIUM**

<b>JUDUL INDIKATOR</b>	<b>PELAPORAN HASIL KRITIS LABORATORIUM</b>
<b>a. DASAR PEMIKIRAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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>.</li> <li>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.</li> </ol>
<b>b. DIMENSI MUTU</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tepat waktu,</li> <li>2. keselamatan</li> </ol>
<b>c. TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium</li> <li>2. Tergambarnya sistem yang menunjukkan bagaimana nilai kritis dilaporkan dan didokumentasikan untuk menurunkan resiko keselamatan pasien.</li> </ol>
<b>d. DEFINISI OPERASIONAL</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera.</li> <li>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.</li> <li>3. Standar Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan &lt; 30 menit.</li> </ol>
<b>e. JENIS INDIKATOR</b>	Proses.
<b>f. SATUAN PENGUKURAN</b>	Persentase.

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

**9. KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL**

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

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

**10. KEPATUHAN TERHADAP CLINICAL PATHWAY**

<b>a. JUDUL INDIKATOR</b>	<b>KEPATUHAN TERHADAP <i>CLINICAL PATHWAY</i></b>
<b>b. DASAR PEMIKIRAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. Permenkes No.1438/MENKES/PER/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran pada pasal 10 bahwa Standar Prosedur</li> <li>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>.</li> <li>4. Untuk menjamin kepatuhan dokter atau dokter gigi dirumah sakit terhadap standar pelayanan maka perlu dilakukan monitor kepatuhan penggunaan <i>clinical pathway</i>.</li> </ol>
<b>c. DIMENSI MUTU</b>	Efektif
<b>d. TUJUAN</b>	Untuk menjamin kepatuhan dokter atau dokter gigi dirumah sakit terhadap standar pelayanan dan untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis dirumah sakit.
<b>e. DEFINISI OPERASIONAL</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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 &amp; standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien di rawat di Rumah Sakit.</li> <li>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.</li> <li>3. Dinyatakan tidak patuh apabila terdapat varian dalam pelayanan.</li> <li>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</li> </ol>

	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**

<b>a. JUDUL INDIKATOR</b>	<b>KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RISIKO PASIEN JATUH</b>	
<b>b. DASAR PEMIKIRAN</b>	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.	
<b>c. DIMENSI MUTU</b>	Keselamatan	
<b>d. TUJUAN</b>	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan dalam menjalankan upaya pencegahan jatuh agar terselenggara pelayanan keperawatan yang aman dan mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien.	
<b>e. DEFINISI OPERASIONAL</b>	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.	
<b>f. JENIS INDIKATOR</b>	Proses	
<b>g. SATUAN PENGUKURAN</b>	Persentase	
<b>h. NUMERATOR (PEMBILANG)</b>	Jumlah pasien berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh	
<b>i. DENOMINATOR (PENYEBUT)</b>	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang disurvei	
<b>j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR</b>	100%	
<b>k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI</b>	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
<b>I. FORMULA</b>	$\frac{\text{Numerator(N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$	
<b>m. METODE PENGUMPULAN DATA</b>	Retrospektif	
<b>n. SUMBER DATA</b>	Data sekunder menggunakan data dari rekam medis	
<b>o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA</b>	Formulir KUPRC	
<b>p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)</b>	Menggunakan populasi maupun sampel minimal sesuai dengan referensi	
<b>q. PERIODE PENGUMPULAN DATA</b>	Bulanan	
<b>r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA</b>	<b>PERIODE PELAPORAN</b>	Bulanan
	<b>PERIODE ANALISIS</b>	Triwulan
<b>s. PENYAJIAN DATA</b>	Tabel / Control chart / Run chart	
<b>t. PENANGGUNG JAWAB</b>	Bidang Keperawatan dan Komite Keselamatan pasien	

**12. KECEPATAN WAKTU TANGGAP TERHADAP KOMPLAIN**

<b>a. JUDUL INDIKATOR</b>	<b>KECEPATAN WAKTU TANGGAP TERHADAP KOMPLAIN</b>
<b>b. DASAR PEMIKIRAN</b>	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"> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>
<b>c. DIMENSI MUTU</b>	Berorientasi Pada Pasien
<b>d. TUJUAN</b>	Tergambarnya kecepatan rumah sakit dalam merespon keluhan pasien agar dapat diperbaiki dan ditingkatkan untuk sebagai bentuk pemenuhan hak pasien.
<b>e. DEFINISI OPERASIONAL</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. Grading risiko Komplain dan standar waktu tanggap Komplain: <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>b. Grading Kuning (Tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari. Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian in material, dan lain-lain.</li> <li>c. Grading Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari. Kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial</li> </ol> </li> </ol> <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"> <li>a. Fasilitas : sarana, prasarana, alat</li> <li>b. SDM: perawat, dokter, petugas lain</li> <li>c. Farmasi: kecepatan, sikap petugas, penjelasan penggunaan obat</li> <li>d. Administrasi : pendaftaran, ruang tunggu dan pelayanan: kecepatan, kemudahan, kenyamanan</li> </ul>	
<b>f. JENIS INDIKATOR</b>	Proses	
<b>g. SATUAN PENGUKURAN</b>	Persentase	
<b>h. NUMERATOR (PEMBILANG)</b>	Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan grading	
<b>i. DENOMINATOR (PENYEBUT)</b>	Jumlah komplain yang disurvei	
<b>j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR</b>	> 80%	
<b>k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI</b>	Kriteria Inklusi:	Semua komplain (Grading Merah, Kuning, Hijau)
	Kriteria Eksklusi:	Tidak Ada
<b>l. FORMULA</b>	Sesuai dengan formula perhitungan survei kepuasan masyarakat berdasarkan Permenpan No. 14 Tahun 2017	
<b>m. METODE PENGUMPULAN DATA</b>	Retrospektif	
<b>n. SUMBER DATA</b>	Data sekunder dari catatan Komplain	
<b>o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA</b>	Formulir Komplain Laporan tindak lanjut Komplain	
<b>p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)</b>	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi.	
<b>q. PERIODE PENGUMPULAN DATA</b>	Bulanan	
<b>r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA</b>	<b>PERIODE PELAPORAN</b>	Bulanan
	<b>PERIODE ANALISIS</b>	Triwulan
<b>s. PENYAJIAN DATA</b>	Tabel / Control chart / Run chart	
<b>t. PENANGGUNG JAWAB</b>	Kepala Bagian Humas / Unit Pengaduan / Bagian yang menangani Komplain	

### 13. KEPUASAN PASIEN DAN KELUARGA

<b>a. JUDUL INDIKATOR</b>	<b>KEPUASAN PASIEN DAN KELUARGA</b>
<b>b. DASAR PEMIKIRAN</b>	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>
<b>c. DIMENSI MUTU</b>	Berorientasi Pada Pasien
<b>d. TUJUAN</b>	Mengukur tingkat kepuasan pasien dan keluarga sebagai dasar upaya-upaya peningkatan mutu dan terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pelanggan.
<b>e. DEFINISI OPERASIONAL</b>	<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"> <li>a. Fasilitas: sarana, prasarana, alat</li> <li>b. SDM: perawat, dokter, petugas lain</li> <li>c. Farmasi: kecepatan, sikap petugas, penjelasan penggunaan obat</li> <li>d. Administrasi: pendaftaran, ruang tunggu dan pelayanan: kecepatan, kemudahan, kenyamanan</li> </ol>
<b>f. JENIS INDIKATOR</b>	<i>Output</i>
<b>g. SATUAN PENGUKURAN</b>	Nilai Indeks
<b>h. NUMERATOR (PEMBILANG)</b>	Sesuai dengan formula perhitungan survei kepuasan masyarakat berdasarkan Permenpan No. 14 Tahun 2017

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

**B. INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT / IMP-RS**

<b>NO</b>	<b>JUDUL INDIKATOR</b>	<b>STANDAR</b>	<b>PENANGGUNG JAWAB</b>
<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
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	<b>KEPATUHAN PEMASANGAN GELANG PADA PASIEN DENGAN KASUS ORTOPEDI DAN TRAUMATOLOGI</b>	
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**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**9. KELAYAKAN BERKAS CLAIM BPJS**

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

e. DEFINISI.....

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

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

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

**C. INDIKATOR MUTU UNIT RUMAH SAKIT / IMU**

<b>NO</b>	<b>JUDUL INDIKATOR</b>	<b>STANDAR</b>	<b>PENANGGUNG JAWAB</b>
<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
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 ( $\leq 15$ MENIT)	80 %	KEPALA INSTALASI LABORATORIUM
12.	WAKTU TUNGGU HASIL PELAYANAN LABORATORIUM $\leq 2$ 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 ASSESMENT 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 ASSESMENT PASIEN TRIAGE DI IGD**

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

**2. KEPATUHAN JADWAL PRAKTEK DOKTER SPESIALIS ANAK**

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

### 3. KEPATUHAN JADWAL PRAKTEK SPESIALIS KANDUNGAN DI POLI KLINIK

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

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

a. <b>JUDUL INDIKATOR</b>	Pengkajian keperawatan yang diberikan di rawat inap	
b. <b>DASAR PEMIKIRAN</b>	Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit	
c. <b>DIMENSI MUTU</b>	Ketepatan waktu, kesinambungan	
d. <b>TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesinambungan</li> <li>2. Fokus kepada pasien</li> <li>3. Efektifitas</li> </ol>	
e. <b>DEFINISI OPERASIONAL</b>	<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. <b>JENIS INDIKATOR</b>	Proses	
g. <b>SATUAN PENGUKURAN</b>	Persentase.	
h. <b>NUMERATOR (PEMBILANG)</b>	Jumlah asesment awal / pengkajian keperawatan yang sudah lengkap yang dilakukan perawat rawat inap dalam waktu 1 x 24 jam	
i. <b>DENOMINATOR (PENYEBUT)</b>	jumlah seluruh asesment awal / pengkajian keperawatan yang sudah lengkap yang dilakukan perawat rawat inap	
j. <b>TARGET PENCAPAIAN / STANDAR</b>	100%	
k. <b>KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI</b>	Asesmen awal keperawatan yang diberikan di rawat inap	
l. <b>FORMULA</b>	Jumlah asesment awal keperawatan yang sudah lengkap	
m. <b>METODE PENGUMPULAN DATA</b>	Concurrent melalui sensus harian	
n. <b>SUMBER DATA</b>	Dokumen rekam medik semua pasien baru yang rawat inap	
o. <b>INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA</b>	Form Pengkajian (RM 12 A)	
p. <b>POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)</b>	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi	
q. <b>PERIODE PENGUMPULAN DATA</b>	Bulanan	
r. <b>PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA</b>	<b>PERIODE PELAPORAN</b>	Bulanan
	<b>PERIODE ANALISIS</b>	Triwulan
s. <b>PENYAJIAN DATA</b>	Tabel / Control chart / Run chart	
t. <b>PENANGGUNG JAWAB</b>	Ka Instalasi Rawat Inap,	

**5. KEPATUHAN KELENGKAPAN RESUME MEDIS DOKTER DPJP RAWAT INAP**

<b>a. JUDUL INDIKATOR</b>	Kepatuhan kelengkapan resume medis dokter DPJP rawat inap
<b>b. DASAR PEMIKIRAN</b>	<input type="checkbox"/> Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit <input type="checkbox"/> KMK 1128 Tahun 2022 tentang standart akreditasi rumah sakit
<b>c. DIMENSI MUTU</b>	Tepat waktu, Kesiambungan
<b>d. TUJUAN</b>	Mengetahui tingkat kepatuhan kelengkapan resum medis oleh dokter DPJP dalam waktu 2 x 24 jam setelah pasien pulang
<b>e. DEFINISI OPERASIONAL</b>	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
<b>f. JENIS INDIKATOR</b>	Out put
<b>g. SATUAN PENGUKURAN</b>	Prosentase
<b>h. NUMERATOR (PEMBILANG)</b>	Jumlah resume medis yang sudah lengkap oleh dokter DPJP dalam waktu 2 x 24 jam
<b>i. DENOMERATOR (PENYEBUT)</b>	Jumlah seluruh resume medis yang sudah lengkap oleh dokter DPJP
<b>j. TARGET PENCAPAIAN</b>	100%
<b>k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI</b>	Seluruh resume medis yang dilengkapi oleh dokter DPJP di rawat inap
<b>l. FORMULA</b>	Jumlah resume medis yang sudah lengkap oleh dokter DPJP dalam waktu 1 bulan
<b>m. METODE PENGUMPULAN DATA</b>	Total sampling
<b>n. SUMBER DATA</b>	Dari semua resume medis yang sudah lengkap oleh dokter DPJP di rawat inap pada hari tersebut
<b>o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA</b>	Form resume medis (RM 14)
<b>p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)</b>	<i>f</i> Populasi
	<i>f</i> Sampel : Metode : Ketersediaan / Convinience Random Sampling
<b>q. PERIODE PENGUMPULAN DATA</b>	Harian
<b>r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA</b>	- Analisis : Triwulan Pelaporan Data : Bulanan
<b>s. PENYAJIAN DATA</b>	Tabel

t. <b>PENANGGUNG JAWAB</b>	Kepala Instalasi rawat inap
----------------------------	-----------------------------

**6. KEPATUHAN PELEPASAN PERHIASAN/ AKSESORIS SEBELUM OPERASI**

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

## 7. KEPATUHAN PENANDAAN LOKASI OPERASI

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

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

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

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

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

**10. KEPATUHAN WAKTU PEMERIKSAAN RONGNT THORAK, CT SCAN DAN USG**

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

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

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

**12. WAKTU TUNGGU HASIL PELAYANAN LABORATORIUM ≤2 JAM**

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

**13. WAKTU TUNGGU PELAYANAN OBAT RACIKAN KURANG DARI 30 MENIT**

<b>a. JUDUL INDIKATOR</b>	Waktu tunggu pelayanan obat racikan < 30 menit	
<b>b. DASAR PEMIKIRAN</b>	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	
<b>c. DIMENSI MUTU</b>	1. Efektifitas 2. Kesiambungan pelayanan 3. Efisiensi	
<b>d. TUJUAN</b>	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi	
<b>e. DEFINISI OPERASIONAL</b>	Waktu tunggu pelayanan obat racikan < 30 menit adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan < 30 menit,.	
<b>f. JENIS INDIKATOR</b>	Outcome	
<b>g. SATUAN PENGUKURAN</b>	Prosentase	
<b>h. NUMERATOR (PEMBILANG)</b>	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien < 30 menit yang telah disurvei dalam satu bulan	
<b>i. DENOMINATOR (PENYEBUT)</b>	Jumlah pasien yang menyerahkan resep obat racikan yang telah disurvei dalam bulan tersebut.	
<b>j. TARGET PENCAPAIAN / STANDAR</b>	>30%	
<b>k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI</b>	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
<b>l. FORMULA</b>	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%	
<b>m. METODE PENGUMPULAN DATA</b>	<i>Retrospektif</i>	
<b>n. SUMBER DATA</b>	Survey Resep	
<b>o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA</b>	Survey harian	
<b>p. POPULASI / SAMPEL (BESAR SAMPEL DAN CARA PENGAMBILAN SAMPEL)</b>	Populasi Sampel : Metode : Ketersediaan / Convinience Random sampling	
<b>q. PERIODE PENGUMPULAN DATA</b>	Harian	
<b>r. PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA</b>	<b>PERIODE PELAPORAN</b>	Bulanan
	<b>PERIODE ANALISIS</b>	Triwulan
<b>s. PENYAJIAN DATA</b>	<i>Control chart, Run chart</i>	
<b>t. PENANGGUNG JAWAB</b>	Kepala Instalasi Rehab mediki	

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

<b>a. JUDUL</b>	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian nama obat pada pasien rawat inap
<b>b. DASAR PEMIKIRAN</b>	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
<b>c. DIMENSI MUTU</b>	1. Keselamatan 2. Kenyamanan
<b>d. TUJUAN</b>	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat pada pasien rawat inap
<b>e. DEFINISI OPERASIONAL</b>	Kesalahan dalam pemberian nama obat pada pasien rawat inap yaitu kesalahan dalam memberikan nama obat pasien pada etiket dengan jumlah resep 100 lembar.
<b>f. TIPE INDIKATOR</b>	Outcome
<b>g. UKURAN INDIKATOR</b>	Prosentase
<b>h. NUMERATOR (PEMBILANG)</b>	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
<b>i. DENOMINATOR (PENYEBUT)</b>	Jumlah seluruh pasien rawat inap Instalasi Farmasi yang menyerahkan resep dalam bulan tersebut.
<b>j. TARGET PENCAPAIAN</b>	100 %
<b>k. KRITERIA: INKLUSI ESKLUSI</b>	Semua resep obat yang diterima pada pasien rawat inap di Instalasi Farmasi RS Bhayangkara Wahyu Tutuko Bojonegoro Semua resep obat yang diterima pada pasien di Instalasi Farmasi RS Bhayangkara Wahyu Tutuko Bojonegoro
<b>l. FORMULA</b>	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%
<b>m. SUMBER DATA</b>	Survey Resep
<b>n. FREKUENSI PENGUMPULAN DATA</b>	Harian
<b>o. PERIODE PELAPORAN DATA</b>	Bulanan

p. PERIODE ANALISIS	Triwulan
q. SAMPEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Populasi</li> <li>• Sampel : Metode : Ketersediaan / Convenience Random sampling</li> </ul>
r. RENCANA ANALISIS DATA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Run Chart</li> <li>• Control Chart</li> </ul>
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

<b>DATA</b>	
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 PENGAJIAN 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
<b>t. PENANGGUNG JAWAB</b>	Kepala Instalasi gizi

**17. KEPATUHAN KEDATANGAN DOKTER OBGYN UNTUK PERTOLONGAN PARTUS NORMAL**

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

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

<b>a. JUDUL INDIKATOR</b>	Kepatuhan melakukan asesmen awal medis dalam 1 x 24 jam Pada NICU
<b>b. DASAR PEMIKIRAN</b>	Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
<b>c. DIMENSI MUTU</b>	1. Kesenambungan 2. Fokus kepada pasien 3. Efektifita
<b>d. TUJUAN</b>	Untuk mengetahui tingkat kepatuhan perawat dalam melakukan pengkajian awal keperawatan dalam waktu 1 x 24 jam
<b>e. DEFINISI OPERASIONAL</b>	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
<b>f. JENIS INDIKATOR</b>	Proses
<b>g. SATUAN PENGUKURAN</b>	Prosentase
<b>h. NUMERATOR (PEMBILANG)</b>	Jumlah asesment awal / pengkajian keperawatan yang sudah lengkap yang dilakukan perawat/bidan diruang nicu dalam waktu 1 x 24 jam
<b>i. DENOMERATOR (PENYEBUT)</b>	jumlah seluruh asesment awal / pengkajian keperawatan yang sudah lengkap yang dilakukan perawat/bidan diruang ruang nicu pada waktu 1 x 24 jam
<b>j. TARGET PENCAPAIAN</b>	100%
<b>k. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI</b>	assesment awal yg diberikan kepada pasien di nicu
<b>l. FORMULA</b>	Jumlah asesment awal keperawatan yang sudah lengkap dalam waktu 1 bulan
<b>m. METODE PENGUMPULAN DATA</b>	Total sampling
<b>n. SUMBER DATA</b>	Dokumen rekam medik semua pasien baru yang rawat inap
<b>o. INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA</b>	Form Pengkajian (RM 12 A)
<b>p. POPULASI/ SAMPEL</b>	<i>f</i> Populasi <i>f</i> Sampel : Metode : Ketersediaan / Convinience Besar Sampel:
<b>q. PERIODE PENGUMPULAN DATA</b>	Bulanan
<b>r. PERIODE ANALISA DAN</b>	Triwulan

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

### 19. ANGKA KEJADIAN PHLEBITIS PADA BAYI DI RUANG ICU

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

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

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

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

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

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

**23. ANGKA KEPATUHAN PETUGAS DALAM MENANGGAPI PANGGILAN DARI UNIT LAIN**

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

**24. KEPATUHAN DALAM MELAKUKAN PEMBERSIHAN SELURUH RUANGAN**

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

t. <b>PENANGGUNG JAWAB</b>	Kepala ruangan Instalasi cleaning service
----------------------------	---

**25. KEPATUHAN WAKTU MENGGAPI PANGGILAN EMERGENSI LINGKUNGAN RS BHAYANGKARA BOJONEGORO**

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

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

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

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



*[Handwritten Signature]*

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