



BUPATI BANJARNEGARA
PROVINSI JAWA TENGAH
PERATURAN BUPATI BANJARNEGARA
NOMOR 37 TAHUN 2024

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Hj. ANNA LASMANAH BANJARNEGARA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BANJARNEGARA,

- Menimbang : a. bahwa penyelenggaraan kesehatan merupakan urusan wajib pelayanan dasar yang menjadi tanggung jawab pemerintah daerah yang harus dilaksanakan sepenuhnya dalam pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan di Kabupaten Banjarnegara;
- b. bahwa Rumah Sakit Umum Daerah Hj. Anna Lasmanah Banjarnegara sebagai rumah sakit pemerintah daerah yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara paripurna perlu fleksibilitas dalam pengelolaan sebagai Badan Layanan Umum Daerah untuk memberikan pelayanan kesehatan secara prima kepada masyarakat;
- c. bahwa untuk memberikan kepastian hukum dalam penerapan Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Hj. Anna Lasmanah Banjarnegara, perlu diatur dalam Peraturan Bupati;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c, perlu menetapkan Keputusan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Hj. Anna Lasmanah Banjarnegara;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Provinsi Jawa Tengah (Berita Negara Republik Indonesia 1950 Nomor 42);

3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 1419);
6. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2023 tentang Provinsi Jawa Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6867);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Hj. ANNA LASMANAH BANJARNEGARA.

**BAB I
KETENTUAN UMUM**

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan:

1. Bupati adalah Bupati Banjarnegara.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur Penyelenggara Pemerintah Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Rumah Sakit Umum Daerah Hj. Anna Lasmanah Kabupaten Banjarnegara yang selanjutnya disebut RSUD Hj. Anna Lasmanah adalah RSUD sebagai Satuan Perangkat Daerah Kabupaten Banjarnegara yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Bupati Banjarnegara melalui Sekertaris Daerah.
4. Direktur adalah Direktur RSUD Hj. Anna Lasmanah Kabupaten Banjarnegara.
5. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal.

BAB II JENIS SPM

Pasal 2

- (1) Jenis SPM yang diatur dalam Peraturan Bupati ini adalah:
 - a. pelayanan gawat darurat;
 - b. pelayanan rawat jalan;
 - c. pelayanan rawat inap;
 - d. pelayanan bedah sentral;
 - e. pelayanan anetesi;
 - f. pelayanan persalinan, perinatal;
 - g. pelayanan intensive care unit;
 - h. pelayanan haemodialisa;
 - i. pelayanan radiologi;
 - j. pelayanan laboratorium;
 - k. pelayanan rehabilitasi medik;
 - l. pelayanan farmasi;
 - m. pelayanan gizi;
 - n. pelayanan rekam medik;
 - o. pelayanan sanitasi dan pertamanan;
 - p. pelayanan administrasi dan manajemen;
 - q. pelayanan ambulance;
 - r. pelayanan pemulasarana jenazah;
 - s. pelayanan elektromedik;
 - t. pelayanan Instalasi pemeliharaan sarana rumah sakit kesehatan dan keselamatan kerja rumah sakit;
 - u. central sterile supply department; dan
 - v. pencegah pengendalian infeksi.
- (2) SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB III PELAKSANAAN

Pasal 3

- (1) Direktur bertanggung jawab dalam penyelenggaraan layanan pada RSUD Hj. Anna Lasmanah sesuai SPM Badan Layanan Umum Daerah yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Penyelenggaraan layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB IV PENERAPAN

Pasal 4

- (1) Direktur melalui unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD Hj. Anna Lasmanah menyusun rencana bisnis, anggaran, target serta upaya dan pelayanan peningkatan mutu pelayanan tahunan RSUD Hj. Anna Lasmanah berdasarkan SPM.
- (2) Setiap unit kerja dalam menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya selalu berpedoman SPM.

BAB V PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu Pembinaan

Pasal 5

Bupati melalui Sekretaris Daerah melakukan pembinaan pelaksanaan SPM Badan Layanan Umum Daerah.

Bagian Kedua Pengawasan

Pasal 6

- (1) Pengawas Internal melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan SPM Badan Layanan Umum Daerah.
- (2) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktur.

Pasal 7

Pembinaan dan Pengawasan terhadap pelaksanaan SPM RSUD selain dilakukan oleh pejabat pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 dan Pasal 6 ayat (1), dilakukan juga oleh Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

BAB VI KETENTUAN PENUTUP

Pasal 8

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, maka Peraturan Bupati Banjarnegara Nomor 3 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Hj. Anna Lasmanah Banjarnegara (Berita Daerah Kabupaten Banjarnegara Tahun 2019 Nomor 3) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 9

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Banjarnegara.

Ditetapkan di Banjarnegara
pada tanggal 21-10-2024

Pj. BUPATI BANJARNEGARA,

Cap ttd,

MUHAMAD MASROFI

Diundangkan di Banjarnegara
pada tanggal 21-10-2024

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BANJARNEGARA,

Cap ttd,

INDARTO

BERITA DAERAH KABUPATEN BANJARNEGARA TAHUN 2024 NOMOR 37

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM,



Syahbudin Usmoyo, S.H.

Pembina Tk.I

NIP. 19740223 199803 1 006

LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI BANJARNEGARA

NOMOR 37 TAHUN 2024

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN
UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Hj.
ANNA LASMANAH BANJARNEGARA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Hj. ANNA LASMANAH BANJARNEGARA

BAB 1

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar setiap manusia dan merupakan modal setiap warga negara dan setiap bangsa dalam mencapai tujuannya dan mencapai kemakmuran. Seseorang tidak bisa mencukupi seluruh kebutuhan hidupnya jika dia berada dalam kondisi tidak sehat. Sehingga kesehatan merupakan modal setiap individu untuk meneruskan kehidupannya secara layak.

Pemerintah mempunyai tanggung jawab untuk menjamin setiap warga negara memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan kebutuhan guna meningkatkan cakupan pemenuhan hak dasar masyarakat Banjarnegara. Sebagai suatu kebutuhan dasar, setiap individu bertanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan hidup dirinya dan orang yang menjadi tanggung jawabnya, sehingga pada dasarnya pemenuhan kebutuhan masyarakat terhadap kesehatan adalah tanggung jawab setiap warganegara.

Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan upaya kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks.

Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam, berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang

berkembang yang sangat pesat yang perlu diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu standar, membuat semakin kompleksnya permasalahan di rumah sakit.

Pada hakekatnya rumah sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Fungsi dimaksud memiliki makna tanggung jawab yang seyogyanya merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat.

Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal hal tersebut tertuang dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal.

Sedangkan yang dimaksud dengan Indikator Standar Pelayanan Minimal adalah tolak ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi di dalam pencapaian suatu SPM tertentu berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan.

Pencapaian target SPM bersama-sama dengan program prioritas lain menjadi indikator apakah kinerja Kepala Daerah baik atau tidak sebagaimana telah di atur dalam Undang-Undang 23 tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah, sehingga ada konsekwensi tertentu atas tercapai/tidaknya indikator-indikator tersebut.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Standar Pelayanan Minimal ini di maksudkan untuk memberikan panduan kepada daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal di rumah sakit.

Standar Pelayanan Minimal ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan, rujukan, target nasional.

C. PENGERTIAN

Umum :

1. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang di berikan oleh RSUD Hj. Anna Lasmanah kepada masyarakat.
2. Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan rawat gawat darurat.

D. PRINSIP PENYUSUNAN DAN PENETAPAN SPM

Dalam menyusun SPM telah memperhatikan beberapa hal sebagai berikut :

1. Konsensus, berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau sektor terkait dari unsur-unsur kesehatan dan departemen terkait yang secara rinci terlampir dalam daftar tim penyusun;
2. Sederhana, SPM disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan dipahami;

3. Nyata, SPM disusun dengan memperhatikan dimensi ruang, waktu dan persyaratan atau prosedur teknis;
4. Terukur, seluruh indikator dan standar di dalam SPM dapat diukur baik kualitatif ataupun kuantitatif;
5. Terbuka, SPM dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat;
6. Terjangkau, SPM dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia;
7. Akuntabel, SPM dapat dipertanggung gugatkan kepada publik;
8. Bertahap, SPM mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaian SPM.

E. LANDASAN HUKUM

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
2. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal ;
3. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal;

BAB II

PENUTUP

Standar pelayanan minimal rumah sakit pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan di RSUD yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah Kabupaten Banjarnegara dengan standar kinerja yang ditetapkan. Mengingat SPM sebagai hak konstituonal maka seyogyanya SPM menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran daerah.

Dengan disusunnya Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit maka Pemerintah Daerah diharapkan dapat melaksanakan pengawasan, pembinaan dan memberikan dukungan politis terhadap kelancaran penerapan Standar Pelayanan Minimal di RSUD.

SPM ini dapat dijadikan acuan bagi pengelola rumah sakit dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan melaksanakan setiap jenis pelayanan.

SPM SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR RUMAH SAKIT
A	GAWAT DARURAT	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa di Gawat Darurat	100%
		2. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam
		3. Pemberian Pelayanan Kegawat Daruratan yang Bersertifikat ATLS/ BTLS/ ACLS/PPGD	100%
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim
		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit
		6. Kematian pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat	≤ 2‰
B	RAWAT JALAN	1. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100% Dokter Spesialis

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR RUMAH SAKIT
		2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan	100% a. Klinik Dalam b. Klinik Bedah c. Klinik Anak d. Klinik Obsgyn dan Ginekologi e. Klinik Syaraf f. Klinik THT g. Klinik Kulit dan Kelamin h. Klinik Mata i. Klinik Paru j. Klinik Gizi k. Klinik Jantung l. Klinik Gigi m. Klinik Orthopedi n. Klinik Rehabilitas Medik o. Klinik Psikologi
		3. Jam buka pelayanan	Senin s/d Kamis 07.30 s/d 14.00 WIB Jumat 07.30 s/d 11.00 WIB Sabtu 07.30 s/d 13.30 WIB
		4. Waktu tunggu di rawat jalan (≤ 60 menit)	≤ 60 menit
		5. Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB	100%
C	RAWAT INAP	1. Pemberi pelayanan di rawat inap	a. dr. Spesialis b. Perawat Minimal Pendidikan D3
		2. Dokter penanggungjawab pasien rawat inap	100%
		3. Ketersediaan pelayanan rawat inap	a. Penyakit Dalam b. Bedah c. Anak d. Kebidanan e. Syaraf f. THT g. Kulit dan Kelamin h. Mata i. Paru j. Jantung k. Orthopedi
		4. Jam Visit Dokter	08.00 s/d 14.00 WIB (setiap hari kerja)
		5. Kepatuhan Identifikasi Pasien	100 %
		6. Kepatuhan waktu visite dokter	≥ 80 %

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR RUMAH SAKIT
		7. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	≥ 80 %
		8. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100 %
		9. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%
		10. Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24%
		11. Kejadian Pulang Atas Permintaan Sendiri	≤ 5%
		12. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	≥ 60 %
D	BEDAH SENTRAL	1. Penundaan operasi elektif	≤ 5 %
		2. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi	≥ 80 %
		3. Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1 %
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%
		5. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%
		6. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%
		7. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%
		8. Perawat Kamar Bedah Harus Bersertifikat Pelatihan Kamar Bedah	100 %
E	ANESTESI	1. Kelengkapan Asesmen Pre Anestesi	100%
		2. Kelengkapan Asesmen Pra Sedasi	100 %
		3. Kelengkapan Pengisian Status Fisiologi Selama Anestesi	100 %
		4. Kelengkapan Proses Monitoring Waktu Pemulihan Anestesi Dan Sedasi Dalam	100 %
		5. Kejadian Efek Samping Dan Komplikasi Selama Sedasi Moderat Dan Dalam Serta Pemakaian Anestesi	0 %
		6. Ketepatan transfer pasien post anestesi dari recovery room IBS ke ruang rawat inap dengan metode Aldrette Score	100%

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR RUMAH SAKIT
F	PERSALINAN, PERINATAL	1. Kejadian kematian ibu melahirkan karena persalinan	a. Perdarahan $\leq 1\%$ b. Pre-eklampsia $\leq 30\%$ c. Sepsis $\leq 0,2\%$
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp.OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100%
		6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	$\leq 20\%$
		7. Keluarga Berencana Ketersediaan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan KB	100%
G	INTENSIVE CARE UNIT	1. Pasien yang kembali ke Instalasi Pelayanan Intensif (ICU) dengan kasus yang sama < 48 jam	1. $\leq 3\%$
		2. Pemberi pelayanan Unit Intensif a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)	a. 100% b. 80%
H	HEMODIALISA	1. Presentase Pasien HD rutin dengan akses vaskuler AVF / Cimino	80%
		2. Insiden terlepasnya jarum vena fistula intra HD (Venous Needle Dislodgement)	0%
		3. Dokter PJP Pemberi pelayanan hemodialisa yang bersertifikat Dialisis	100%
		4. Dokter Pelaksana Pemberi pelayanan hemodialisa yang bersertifikat Dialisis	100%
		5. Perawat Pemberi pelayanan hemodialisa yang bersertifikat Mahir Ginjal / Ginjal Intensif/Dialisis	80%

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR RUMAH SAKIT
		6. Kejadian tertukarnya dialiser pakai ulang pada tindakan HD (<i>Incorrect Dialyzer</i>)	0%
I	RADIOLOGI	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam
		2. Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.Rad
		3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2 %
J	LABORATORIUM	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit Kimia darah dan darah rutin
		2. Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.PK
		3. Kejadian kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium	0 %
		4. Angka Keterlambatan Penyediaan Darah (> 60 menit)	0 %
		5. Kejadian Reaksi transfusi	≤ 0,01 %
		6. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium;	
K	REHABILITASI MEDIK	1. Pasien Rehabilitasi Medik yang Drop Out	≤ 50 %
		2. Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	0%
L	FARMASI	1. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	80%
		2. Keterlambatan Waktu Penerimaan Obat Non Racikan	≤ 30 menit
		3. Keterlambatan Waktu Penerimaan Obat Racikan	≤ 60 menit
		4. Penggunaan E-Resep pada Pelayanan Rawat Jalan	≥ 80 %
		5. Angka Kesalahan Pengobatan (<i>Medication Error</i>)	0 %
M	GIZI	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %
		3. Kesalahan Diit Pasien	0 %
N	REKAM MEDIK	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %
		2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR RUMAH SAKIT
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit
O	SANITASI DAN PERTAMANAN	1. Kejadian linen hilang	0%
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%
		3. Baku mutu limbah cair	100% a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9
		4. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100 %
P	ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100 %
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %
		4. Ketepatan Waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100 %
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60 %
		6. <i>Cost recovery</i>	≥ 40 %
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %
		8. Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 %
		10. Kecepatan Waktu Tanggap Terhadap Komplain	≥ 80%
		11. Kepuasan Pasien dan Keluarga	≥ 76,61
Q	AMBULANCE	1. Kecepatan Pelayanan Ambulance/ Mobil Jenazah di Rumah Sakit	≤ 30 menit
		2. Penyedia Pelayanan Ambulance dan Mobil Jenazah yang Bersertifikat	100%
R	PEMULASARAAN JENAZAH	1. Waktu Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	24 Jam
		2. Response time pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 Jam
S	ELEKTROMEDIK	1. Waktu tanggap kerusakan alat < 15 menit	≥ 80 %

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR RUMAH SAKIT
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%
		3. Alat ukur dan alat laboratorium yang terkalibrasi tepat waktu	100%
T	PELAYANAN INSTALASI PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA RUMAH SAKIT	1. Waktu Tanggap Kerusakan Sarana Dan Prasarana < 15 Menit	≥ 80 %
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan sarana dan prasarana	100 %
		3. Petugas keamanan bersertifikat pengamanan	100%
		4. Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yg hilang	100%
U	CENTRAL STERILE SUPPLY DEPARTMENT	1. Waktu Sterilisasi Alat < 1 hari	100%
		2. Presentase Kehilangan Alat yang di Strerilisasi	0%
V	PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %
		2. Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 85 %
		3. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100 %
		4. Ketersediaan APD di Setiap Instalasi atau Ruang	80 %
		5. Infeksi Luka Infus (ILI / Plebitis)	<1 ‰
		6. Infeksi Saluran Kemih (ISK)	< 2 ‰
		7. Infeksi Daerah Operasi (IDO)	< 2 %
		8. Kejadian dekubitus selama masa perawatan	< 2 %

A. GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa di Gawat Darurat

Judul Indikator	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa di Gawat Darurat
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi Mutu	Keselamatan

Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat pada bayi, anak, orang dewasa dan ibu melahirkan
Definisi Operasional	Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation (ABC).
Jenis indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan life saving di Instalasi Gawat Darurat
Target Pencapaian	100%
Standar Nasional	100%
Kriteria Inklusi	Seluruh pasien yang membutuhkan penanganan life saving
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\text{Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat} \div \text{Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan life saving di Instalasi Gawat Darurat} \times 100\%$
Sumber data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Jam buka pelayanan gawat darurat

Judul Indikator	Jam buka pelayanan Gawat Darurat
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien

Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedia pelayanan Gawat Darurat 24 jam di rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Satuan Waktu
Numerator (Pembilang)	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan gawat darurat dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Target Pencapaian	24 Jam
Standar nasional	24 jam
Kriteria Inklusi	Semua pasien baru dilakukan pengkajian keperawatan
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan Pemulasaraan jenazah dalam satu bulan ÷ Jumlah hari dalam bulan tersebut x 100 %
Sumber data	Laporan bulanan
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan yang Bersertifikat ATLS/ BTLS/ ACLS/PPGD

Judul Indikator	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis

Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga Kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Jenis indikator	Input
Periode analisa	Enam bulan sekali (semesteran)
Numerator (Pembilang)	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS/ BTLS/ ACLS/PPGD
Denominator (Penyebut)	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Target Pencapaian	100 %
Standar nasional	100%
Kriteria Inklusi	Semua tenaga yang kompeten dalam penanganan gawat darurat
Kriteria Eksklusi	Tenaga yang tidak mendapatkan pelatihan kegawat daruratan
Formula	$\frac{\text{Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD}}{\text{Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan}} \times 100\%$
Sumber data	Data Kepegawaian
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggungjawab	Sub.Bagian Umum dan Kepegawaian

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul Indikator	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien

Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
Jenis indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Jumlah Tim
Numerator (Pembilang)	Jumlah Tim Penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator (Penyebut)	-
Target Pencapaian	Satu tim
Standar nasional	Satu tim
Kriteria Inklusi	Semua pegawai yang terdaftar dalam tim penanggulangan bencana
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah Tim Penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Sumber data	Instalasi Gawat Darurat
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggungjawab	

5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul Indikator	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi	Kecepatan pelayanan dokter gawat darurat adalah

Operasional	kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai dengan mendapat pelayanan dokter
Jenis indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	menit
Numerator (Pembilang)	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang disampling
Target Pencapaian	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Standar nasional	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Kriteria Inklusi	Pasien gawat darurat
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter \div Jumlah seluruh pasien yang disampling
Sumber data	Sample
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Gawat Darurat

6. Kematian pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

Judul Indikator	Kematian Pasien di IGD (≤ 8 jam)
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	Kematian pasien di IGD adalah kematian pasien yang terjadi dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang ke IGD

Jenis indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien meninggal di IGD \leq 24 jam sejak datang
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di IGD dalam bulan tersebut
Target Pencapaian	\leq 2 ‰
Standar Nasional	\leq 2 ‰
Kriteria Inklusi	Pasien yang meninggal di IGD \leq 24 Jam
Kriteria Eksklusi	Pasien DOA (Death On Arrival)
Formula	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode \leq 24 jam sejak pasien datang÷ Jumlah Seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gawat Darurat

B. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Dokter Spesialis Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis

Judul Indikator	Dokter Spesialis Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
Dimensi mutu	Kompetensi teknis, Kesiambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan poliklinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi operasional	Klinik spesialis adalah poliklinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Jenis indikator	Input
Satuan Pengukuran	Persentase

Numerator (pembilang)	Jumlah kumulatif hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah hari kerja dalam satu bulan dikalikan jumlah klinik spesialis
Target Pencapaian	100 %
Kriteria Inklusi	Jumlah hari buka poliklinik spesialis
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Jumlah kumulatif hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan}}{\text{Jumlah hari kerja dalam satu bulan dikalikan jumlah klinik spesialis}} \times 100\%$
Sumber data	Register rawat jalan klinik spesialis
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul Indikator	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan poliklinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tersebut.
Jenis indikator	Input
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada
Denominator (Penyebut)	Jumlah jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang wajib ada

Target Pencapaian	100 %
Kriteria Inklusi	Jumlah jenis pelayanan spesialistik
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada ÷ Jumlah jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang wajib ada x 100%
Sumber data	Register rawat jalan klinik spesialis
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. Jam buka pelayanan

Judul Indikator	Jam buka pelayanan
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di rumah sakit
Definisi operasional	<p>Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka</p> <ul style="list-style-type: none"> - Senin s/d Kamis 07.30 s/d 14.00 WIB - Jumat 07.30 s/d 11.00 WIB - Sabtu 07.30 s/d 13.30 WIB
Jenis indikator	Input
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Target Pencapaian	100 %
Kriteria Inklusi	Jumlah jenis pelayanan spesialistik
Kriteria Eksklusi	-

Formula	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan ÷ Seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan x 100%
Sumber data	Register rawat jalan klinik spesialis
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

4. Waktu Tunggu Rawat Jalan (≤ 60 menit)

Judul Indikator	1. Waktu Tunggu Rawat Jalan (≤ 60 menit)
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan Rumah sakit harus menjamin ketepatan pelayanan kesehatan termasuk di unit rawat jalan. Walaupun tidak dalam kondisi gawat maupun darurat namun tetap harus dilayani dalam waktu yang ditetapkan. Hal ini untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan pasien akan rencana diagnosis dan pengobatan. Waktu tunggu yang lama dapat menyebabkan ketidakpuasan pasien dan keterlambatan diagnosis maupun pengobatan pasien
Dimensi mutu	Berorientasi kepada pasien, tepat waktu
Tujuan	Tergambarnya waktu pasien menunggu di pelayanan sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat jalan agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien.

Definisi operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis. 2. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran online. <ol style="list-style-type: none"> a. pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis. b. pasien mendaftar online, maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendaftaran online sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis. c. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu \leq 60 menit
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi
Target Pencapaian	\geq 80 %
Standar nasional	100%
Kriteria Inklusi	Pasien yang berobat di rawat jalan
Kriteria Eksklusi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien medical check up, pasien poli gigi 2. Pasien yang mendaftar online atau anjungan mandiri 24ating lebih dari 60 menit dari waktu yang sudah ditentukan 3. Pasien yang ada tindakan pasien sebelumnya
Formula	Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu \leq 60 menit \div Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi x 100%
Sumber Data	<p>Sumber data sekunder antara lain dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Catatan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan 2. Rekam Medik Pasien Rawat Jalan 3. Formulir Waktu Tunggu Rawat Jalan
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart

Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan
------------------	------------------------------

5. Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB

Judul Indikator	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat ke RS baik di rawat jalan maupun di rawat inap
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Presentase
Numerator (pembilang)	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator (penyebut)	Seluruh kasus TB rawat jalan di RS
Target Pencapaian	100 %
Standar Nasional	100%
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\text{Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan} \div \text{Seluruh kasus TB rawat jalan di RS}$
Sumber data	Rekam medis
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Bidang Pelayanan Medis

C. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi pelayanan rawat inap

Judul Indikator	Pemberi pelayanan rawat inap
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
Dimensi mutu	Kompetensi teknis

Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberian pelayanan rawat inap adalah doktr dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Jenis indikator	Input
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan diruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Target Pencapaian	100 %
Standar Nasional	100%
Kriteria Inklusi	Pemberi pelayanan sesuai ketentuan
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan diruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan}}{\text{Jumlah seluruh dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap}} \times 100\%$
Sumber data	Kepegawaian
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Dokter penanggungjawab pasien rawat inap

Judul Indikator	Dokter penanggungjawab pasien rawat inap
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
Dimensi mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjadim kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Penanggungjawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien

Jenis indikator	Input
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien dalam waktu satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggungjawab
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Target Pencapaian	100 %
Standar nasional	100%
Kriteria Inklusi	Pasien dengan dokter penanggungjawab
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\text{Jumlah pasien dalam waktu satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggungjawab} \div \text{Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan} \times 100\%$
Sumber data	Rekam medik
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul Indikator	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan tirah baring di rumah sakit
Jenis indikator	Input
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jenis – jenis pelayanan rawat inap spealistik yang ada (kualitatif)

Denominator (Penyebut)	-
Target Pencapaian	100 %
Standar nasional	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Kriteria Inklusi	Jenis pelayanan spesialistik
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jenis – jenis pelayanan rawat inap spealistik yang tersedia ÷ Jumlah spesialistik yang ada x 100%
Sumber data	Register rawat inap
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

4. Jam Visit Dokter

Judul Indikator	Jam Visit Dokter
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Undang-Undang Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik 3. Pelayanan kesehatan harus berorientasi kepada kebutuhan pasien, bukan kepada keinginan rumah sakit
Dimensi Mutu	Berorientasi kepada pasien
Tujuan	Tergambarnya kepatuhan dokter melakukan visitasi kepada pasien rawat inap sesuai waktu yang ditetapkan.
Definisi operasional	<p>Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya</p> <p>Waktu yang ditetapkan untuk visite adalah pukul 06.00 – 14.00</p>
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang di-visitasi dokter pada pukul 06.00 – 14.00
Denominator	Jumlah pasien yang diobservasi

Target pencapaian	≥ 80 %
Standar nasional	100%
Kriteria Inklusi	Visite dokter pada pasien rawat inap
Kriteria Eksklusi	1. Pasien yang baru masuk rawat inap hari itu 2. Pasien konsul
Formula	Jumlah pasien yang di-visite dokter pada pukul 06.00 – 14.00 ÷ Jumlah pasien yang diobservasi x 100%
Sumber data	Data sekunder berupa laporan visite rawat inap dalam rekam medik
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Bidang

5. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Judul Indikator	Kepatuhan Identifikasi Pasien
Dasar pemikiran	1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 2. Ketepatan identifikasi menjadi sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien. 3. Untuk menjamin ketepatan identifikasi pasien maka diperlukan indikator yang mengukur dan memonitor tingkat kepatuhan pemberi pelayanan dalam melakukan proses identifikasi. Dengan adanya indikator tersebut diharapkan pemberi pelayanan akan menjadikan identifikasi sebagai proses rutin dalam proses pelayanan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan tindakan pelayanan

Definisi operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan 2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit. 3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan). 4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti : <ol style="list-style-type: none"> a. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi. b. Prosedur tindakan: tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit. c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi, dan lainlain. d. Kondisi tertentu: pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar. e. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi
Denominator (penyebut)	Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi
Target Pencapaian	100 %
Standar Nasional	100%
Kriteria Inklusi	Semua pemberi pelayanan yang memberikan pelayanan kesehatan
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi ÷ Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi x 100%
Metode Pengumpulan Data	Observasi
Sumber data	Hasil observasi / pengamatan menggunakan formulir pengumpulan data/aplikasi pelaporan

Instrumen Pengambilan Data	Formulir Observasi Kepatuhan Identifikasi Pasien
Besar Sampel	a. total sampel jika jumlah populasi < 30 b. Rumus Slovin jika jumlah populasi ≥ 30
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non Probability Sampling – Consecutive Sampling</i> Keterangan: 1. Non probability sampling merupakan suatu teknik sampling yang tidak memberikan peluang yang sama setiap objek untuk terpilih. Artinya, teknik ini tidak secara acak memilih sampelnya. Beberapa teknik menggunakan metode ini adalah <ul style="list-style-type: none"> • Tidak mudah untuk mendapatkan setiap sampel • Sampel hanya tersedia di waktu tertentu 2. <i>Consecutive Sampling</i> Teknik ini mirip dengan convenience sampling , bedanya pada teknik ini mengikutsertakan semua subject sebagai sampel. Sehingga teknik ini lebih merepresentatif daripada convenience sampling dalam hal mengontrol bias. Contoh kasusnya yaitu misalkan kita ingin mengetahui bagaimana kesan dan pesan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit. Karena terbatasnya waktu, maka sampel yaitu semua orang yang menggunakan pelayanan rumah sakit di tanggal 2-4 November 2021 (hal ini karena sampel tersebut mudah diakses dan peneliti dekat dengan tempat tersebut).
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Bidang Pelayanan

6. Kepatuhan Waktu Visite Dokter

Judul Indikator	Kepatuhan Waktu Visite Dokter
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Undang-Undang Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik 3. Pelayanan kesehatan harus berorientasi kepada kebutuhan pasien, bukan kepada keinginan rumah sakit
Dimensi Mutu	Berorientasi kepada pasien

Tujuan	Tergambarnya kepatuhan dokter melakukan visitasi kepada pasien rawat inap sesuai waktu yang ditetapkan.
Definisi operasional	Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya Waktu yang ditetapkan untuk visite adalah pukul 06.00 – 14.00
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang di-visitasi dokter pada pukul 06.00 – 14.00
Denominator	Jumlah pasien yang diobservasi
Standar	≥ 80 %
Standar Nasional	100%
Kriteria Inklusi	Visite dokter pada pasien rawat inap
Kriteria Eksklusi	1. Pasien yang baru masuk rawat inap hari itu 2. Pasien konsul
Formula	$\text{Jumlah pasien yang di-visitasi dokter pada pukul 06.00 – 14.00} \div \text{Jumlah pasien yang diobservasi} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Data sekunder berupa laporan visite rawat inap dalam rekam medik
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Waktu Visite Dokter
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	Probability Sampling – Stratified Random Sampling (berdasarkan unit pelayanan)
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart

Penanggung jawab	Kepala Bidang
------------------	---------------

7. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

Judul Indikator	Kepatuhan Terhadap <i>Clinical Pathway</i>
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang mengenai Praktik Kedokteran 2. Permenkes mengenai Standar Pelayanan Kedokteran. Untuk menjamin kepatuhan dokter atau dokter gigi di rumah sakit terhadap standar pelayanan maka perlu dilakukan monitor kepatuhan penggunaan clinical pathway. 3. Kepatuhan terhadap alur klinis/clinical pathway adalah kepatuhan seluruh Profesional Pemberi Asuhan terhadap alur klinis/clinical pathway yang telah ditetapkan. 4. Pemilihan penyakit yang akan dilakukan pengukuran kepatuhan terhadap alur klinis/clinical pathway sesuai dengan prioritas nasional adalah: <ol style="list-style-type: none"> a. Hipertensi b. Diabetes mellitus c. TB d. HIV e. Keganasan 5. Pemilihan penyakit yang akan dilakukan pengukuran kepatuhan terhadap alur klinis/clinical pathway untuk RS khusus disesuaikan dengan program prioritas nasional yang ada dan pelayanan prioritas di rumah sakit tersebut.
Dimensi mutu	Efektif, Integrasi
Tujuan	Untuk menjamin kepatuhan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) di rumah sakit terhadap standar pelayanan dan untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis di rumah sakit.
Definisi operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Clinical Pathway</i> adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit. 2. Kepatuhan terhadap <i>clinical pathway</i> adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i> yang ditetapkan Rumah Sakit.
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i>
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada <i>clinical pathway</i> yang diobservasi

Target Pencapaian	≥ 80 %
Standar Nasional	-
Kriteria Inklusi	Pasien yang menderita penyakit sesuai batasan ruang lingkup clinical pathway yang diukur
Kriteria Eksklusi	1. Pasien yang pulang atas permintaan sendiri selama perawatan 2. Pasien yang meninggal 3. Variasi yang terjadi sesuai dengan indikasi klinis pasien dalam perkembangan pelayanan
Formula	Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan clinical pathway ÷ Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada clinical pathway yang diobservasi x 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Data sekunder dari rekam medis pasien
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan <i>Clinical Pathway</i>
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	Probability Sampling – Stratified Random Sampling (berdasarkan masing-masing <i>Clinical Pathway</i>)
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Bidang Pelayanan Medik, Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan lain

8. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Judul Indikator	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
Dasar pemikiran	Permenkes mengenai Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan dalam menjalankan upaya pencegahan jatuh agar terselenggara asuhan pelayanan yang aman dan mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien

Definisi operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi: <ol style="list-style-type: none"> a. Asesment awal risiko jatuh b. Assesment ulang risiko jatuh c. Intervensi pencegahan risiko jatuh 2. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi
Target Pencapaian	100 %
Standar Nasional	100%
Kriteria Inklusi	Pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh
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
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh}}{\text{Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Data sekunder menggunakan data dari rekam medis
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
Besar Sampel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	Probability Sampling – Stratified Random Sampling (berdasarkan Unit Pelayanan)
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)

Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Bidang Keperawatan dan Komite Keselamatan pasien

9. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian

Judul Indikator	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian
Dasar pemikiran	Permenkes mengenai Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi: <ol style="list-style-type: none"> a. Asesment awal risiko jatuh b. Assesment ulang risiko jatuh c. Intervensi pencegahan risiko jatuh 2. Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dan sebagainya yang berakibat kecacatan atau kematian
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Target Pencapaian	100 %
Standar nasional	100 %
Kriteria Inklusi	Pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh
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
Formula	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian ÷ Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Data sekunder menggunakan data dari rekam medis

Instrumen Pengambilan Data	Formulir Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	Probability Sampling – Stratified Random Sampling (berdasarkan Unit Pelayanan)
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Bidang Keperawatan dan Komite Keselamatan pasien

10. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul Indikator	Kematian Pasien > 48 Jam
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Permenkes No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang SPM Rumah Sakit 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit 4. Pedoman Penyusunan SPM RS Tahun 2019
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Jenis indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan

Target Pencapaian	$\leq 0,24 \%$
Standar Nasional	$\leq 0,24 \%$
Kriteria Inklusi	Semua pasien yang meninggal di rumah sakit dalam periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Kriteria Eksklusi	Kematian pasien ≤ 48 jam Kematian pasien setelah pulang dari rumah sakit
Formula	$\frac{\text{jumlah kejadian kematian pasien rawat inap} > 48 \text{ jam dalam satu bulan}}{\text{jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	rekam medis
Instrumen Pengambilan Data	formulir assessment pada rekam medis pasien
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Ketua Komite Mutu

11. Kejadian Pulang Atas Permintaan Sendiri

Judul Indikator	Kejadian Pulang Atas Permintaan Sendiri
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Permenkes No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang SPM Rumah Sakit 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit 4. Pedoman Penyusunan SPM RS Tahun 2019
Dimensi mutu	Efektivitas, Kesenambungan Pelayanan

Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumahsakit
Definisi operasional	Pulang atas permintaan sendiri adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan pulang oleh dokter
Jenis indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien pulang atas permintaan sendiri dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam bulan tersebut
Target Pencapaian	$\leq 5 \%$
Standar Nasional	$\leq 5 \%$
Kriteria Inklusi	Semua pasien pulang atas permintaan sendiri
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah pasien pulang atas permintaan sendiri \div Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam bulan tersebut $\times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Rekam Medis
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Instrumen Pengambilan Data	formulir assessment pada rekam medis pasien
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)

Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

12. Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB

Judul Indikator	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat ke RS baik di rawat jalan maupun di rawat inap
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Presentase
Numerator (pembilang)	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan dan rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator (penyebut)	Seluruh kasus TB rawat jalan dan rawat inap di RS
Target Pencapaian	100 %
Standar Nasional	100%
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan dan rawat inap yang dicatat dan dilaporkan}}{\text{Seluruh kasus TB rawat jalan dan rawat inap di RS}}$
Cara Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Rekam medis
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel

Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Bidang Pelayanan Medis

D. BEDAH SENTRAL

1. Penundaan Operasi Elektif

Judul Indikator	Penundaan Operasi Elektif
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Rumah sakit harus menjamin ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan termasuk tindakan operasi, sesuai dengan kebutuhan pasien untuk mendapatkan hasil pelayanan seperti yang diinginkan dan menghindari komplikasi akibat keterlambatan operasi.
Dimensi mutu	Tepat waktu, efisiensi, berorientasi pada pasien
Tujuan	Tergambarnya ketepatan pelayanan bedah dan penjadwalan operasi
Definisi operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan. 2. Penundaan operasi elektif adalah tindakan Tindakan operasi elektif termasuk mata, paru operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien operasi elektif
Target Pencapaian	$\leq 5\%$
Standar Nasional	$\leq 6\%$
Kriteria Inklusi	Pasien operasi elektif
Kriteria Eksklusi	Penundaan operasi atas indikasi medis
Formula	$\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam} \div \text{Jumlah pasien operasi elektif} \times 100\%$

Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Data sekunder dari catatan pasien yang dijadwalkan operasi dan data pelaksanaan operasi.
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Penundaan Operasi Elektif
Besar Sampel 1	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	Probability Sampling – Simple Random Sampling
Periode Pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel, Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral

2. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi

Judul Indikator	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi
Dasar pemikiran	1. Undang Undang mengenai Rumah Sakit 2. Berdasarkan SUPAS tahun 2015, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2015 adalah 305 per 100.000 kelahiran hidup, ini masih merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara. Kejadian kematian ibu ini terbanyak ditemukan di rumah sakit sebesar 78%. Tingginya Angka Kematian Ibu ini mengindikasikan masih perlunya dilakukan peningkatan tata kelola dan peningkatan mutu pelayanan antenatal care dan persalinan. Untuk itu diperlukan 42 indikator untuk memantau kecepatan proses pelayanan operasi seksio sesarea
Dimensi mutu	Tepat Waktu, Efektif, Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan kegawatdaruratan operasi seksio sesarea yang cepat dan tepat sehingga mampu mengoptimalkan upaya menyelamatkan Ibu dan Bayi

Definisi operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu ≤ 30 menit. 2. Seksio sesarea emergensi adalah tindakan seksio sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya. 3. Seksio sesarea emergensi kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan di mana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin. 4. Pengukuran 43 ndicator waku tanggap operasi seksio sesarea emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan seksio sesaria.
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I (satu) yang mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi ≤ 30 menit
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I
Target	≥ 80 %
Standar Nasional	-
Kriteria Inklusi	<p>Seksio sesarea emergensi kategori I</p> <p>Misalnya: fetal distress menetap, 43upture43 tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/forsep, 43upture uteri imminent, 43upture uteri, perdarahan ante partum dengan perdarahan aktif</p>
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I (satu) yang mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi } \leq 30 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Data sekunder dari rekam medik, laporan operasi
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Waktu Tanggap Seksio Sesarea Emergensi
Besar Sampel	Total sampel

Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel, Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Bidang Pelayanan

3. Kejadian Kematian di Meja Operasi

Judul Indikator	Kejadian Kematian di Meja Operasi
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Jenis indikator	Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Target Pencapaian	$\leq 1 \%$
Standar Nasional	$\leq 1 \%$
Kriteria Inklusi	Semua pasien yang dilakukan tindakan operasi
Kriteria Eksklusi	-
Formula	jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan \div jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan $\times 100 \%$

Metode pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan, Web S-PUTER (MIRIS)
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral

4. Tidak adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Judul Indikator	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan

Denominator (Penyebut)	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Target Pencapaian	100 %
Standar Nasional	100%
Kriteria Inklusi	Semua pasien yang dilakukan operasi
Kriteria Eksklusi	-
Formula	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan ÷ jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan x 100%
Metode pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan, Web S-PUTER (MIRIS)
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral

5. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Judul Indikator	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	keselamatan pasien

Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator (Penyebut)	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Target Pencapaian	100 %
Standar Nasional	100%
Kriteria Inklusi	Semua pasien yang dilakukan operasi
Kriteria Eksklusi	-
Formula	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan ÷ jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan x 100%
Metode pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	rekam medis
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan, Web S-PUTER (MIRIS)
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)

Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral

6. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan pada Operasi

Judul Indikator	Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan pada Operasi
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Target Pencapaian	100 %
Standar Nasional	100%
Kriteria Inklusi	Pasien yang terjadi kesalahan saat tindakan operasi
Kriteria Eksklusi	-
Formula	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan ÷ jumlah pasien yang dioperasi dalam tiga bulan x 100%
Metode pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	rekam medis

Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan, Web S-PUTER (MIRIS)
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral

7. Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi

Judul Indikator	Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi operasional	kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Target Pencapaian	0%

Standar Nasional	0%
Kriteria Inklusi	Tertinggalnya 50nstrument/kasa/benda lain saat operasi
Kriteria Eksklusi	-
Formula	jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan ÷ jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan x 100%
Metode pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	rekam medis, dan laporan MIRIS
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan, Web S-PUTER (MIRIS)
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral

8. Perawat Kamar Bedah Harus Bersertifikat Pelatihan Kamar Bedah

Judul Indikator	Perawat Kamar Bedah Harus Bersertifikat Pelatihan Kamar Bedah
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan kamar bedah oleh tenaga yang kompeten

Definisi operasional	Tenaga kompeten adalah tenaga pemberi pelayanan bedah yang sudah memiliki sertifikat pelatihan terkait bedah yang masih berlaku
Jenis indikator	Input
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah perawat yang memiliki sertifikat pelatihan kamar bedah
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh perawat yang memberikan pelayanan di kamar bedah
Target Pencapaian	100 %
Standar Nasional	-
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah perawat yang memiliki sertifikat pelatihan kamar bedah ÷ Jumlah seluruh perawat yang memberikan pelayanan di kamar bedah x 100 %
Metode pengumpulan Data	Concurrent
Sumber data	Kepegawaian
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

E. ANESTESI

1. Kelengkapan Asesmen Pre Anestesi

Judul Indikator	Kelengkapan Asesmen Pre Anestesi
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien

Dimensi mutu	Keselamatan pasien, Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan asesmen pra anestesi dalam hal mempersiapkan pasien sebelum proses pembiusan berlangsung dalam rekam medis pasien
Definisi operasional	Angka kelengkapan asesmen pra anestesi adalah kondisi dimana dokter anestesi pada saat melakukan asesmen pra anestesi yang meliputi anamnesa pasien, pemeriksaan sistem organ, analisa dan perencanaan pembiusan, rekam medis terisi secara lengkap sebelum pasien dilakukan anestesi
Jenis indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien yang diasesment secara lengkap per bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien operasi dengan anestesi umum dan regional anetesi dalam bulan tersebut
Target Pencapaian	100 %
Standar Nasional	-
Kriteria Inklusi	Semua pasien yang akan dilakukan operasi dengan anestesi umum dan regional anestesi
Kriteria Eksklusi	Pasien operasi dengan anestesi lokal
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang dilakukan asesmen pra anestesi secara lengkap per bulan}}{\text{Jumlah pasien operasi dengan anestesi umum dan regional anetesi dalam bulan tersebut}} \times 100\%$
Metode pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	rekam medis dan laporan data IBS
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Anestesi

2. Kelengkapan Asesmen Pra Sedasi

Judul Indikator	Kelengkapan Asesmen Pra Sedasi
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan asesmen prasedasi dalam hal mempersiapkan pasien sebelum proses sedasi berlangsung dalam rekam medis pasien
Definisi operasional	Angka kelengkapan asesmen pra sedasi adalah kondisi dimana dokter anestesi pada saat melakukan asesmen pra sedasi yang meliputi anamnesa pasien, pemeriksaan sistem organ, analisa dan perencanaan sedasi terisi secara lengkap dalam rekam medis pasien sebelum dilakukan sedasi
Jenis indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien yang dilakukan asesmen pra sedasi secara lengkap per bulan.
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien yang dilakukan sedasi moderat dan dalam, dalam bulan tersebut
Target Pencapaian	100%
Standar Nasional	-
Kriteria Inklusi	Semua pasien yang dilakukan tindakan sedasi moderat dan dalam.
Kriteria Eksklusi	Semua pasien yang tindakan lokal anestesi, general anestesi dan regional anetesi
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang dilakukan asesmen pra sedasi secara lengkap per bulan}}{\text{Jumlah pasien yang dilakukan sedasi moderat dan dalam, dalam bulan tersebut}} \times 100\%$
Metode pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	rekam medis dan laporan data IBS

Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Anestesi

3. Kelengkapan Pengisian Status Fisiologi Selama Anestesi

Judul Indikator	Kelengkapan Pengisian Status Fisiologi Selama Anestesi
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan dalam kelengkapan rekam medis selama pemantauan tindakan anestesi
Definisi operasional	Angka kelengkapan pengisian status fisiologi selama anestesi adalah kondisi dimana pada saat pemantauan selama anestesi yaitu tekanan darah, nadi, saturasi oksigen, RR yang dilakukan kepada pasien selama pemberian anestesi terdokumentasi dengan lengkap di rekam medis pasien.
Jenis indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien yang dilakukan monitoring status fisiologis (kondisi umum) selama pemberian anestesi secara lengkap per bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien yang menerima tindakan anestesi umum dan regional anestesi dalam bulan tersebut
Target Pencapaian	100%
Standar Nasional	-
Kriteria Inklusi	Semua pasien yang mendapatkan general anestesi dan regional anestesi
Kriteria Eksklusi	Semua pasien yang mendapat lokal anestesi dan sedasi

Formula	Jumlah pasien yang dilakukan monitoring status fisiologis (kondisi umum) selama pemberian anestesi secara lengkap per bulan ÷ Jumlah pasien yang menerima tindakan anestesi umum dan regional anestesi dalam bulan tersebut x 100%
Metode pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Rekam medis dan laporan data IBS
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Anestesi

4. Kelengkapan Proses Monitoring waktu Pemulihan Anestesi dan Sedasi Dalam

Judul Indikator	Kelengkapan Proses Monitoring waktu Pemulihan Anestesi dan Sedasi Dalam
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggarakannya kegiatan pemantauan secara lengkap di ruang pulih sadar secara tepat dan cermat pada pasien setelah menjalani prosedur anestesi dan sedasi dalam
Definisi operasional	Kelengkapan dokumentasi proses monitoring waktu pemulihan anestesi dan sedasi dalam adalah mencakup proses pemantauan kondisi pasien di ruang pulih sadar setelah menjalani pemberian anestesi dan sedasi dalam
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase

Numerator (Pembilang)	Jumlah kelengkapan dokumen rekam medis proses monitoring selama pemulihan anestesi dan sedasi dalam di ruang pulih sadar yang dilakukan sesuai aturan dalam waktu satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien yang dioperasi dengan anestesi dan sedasi dalam selama jangka waktu satu bulan
Target Pencapaian	100%
Standar Nasional	-
Kriteria Inklusi	Semua pasien yang dilakukan anestesi dan sedasi
Kriteria Eksklusi	Semua pasien Lokal anestesi
Formula	Jumlah kelengkapan proses monitoring selama pemulihan anestesi dan sedasi dalam di ruang pulih sadar yang dilakukan sesuai aturan dalam waktu satu bulan ÷ Jumlah pasien yang dioperasi dengan anestesi dan sedasi dalam selama jangka waktu satu bulan x 100 %
Metode pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	rekam medis
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Anestesi

5. Kejadian Efek Samping dan Komplikasi Selama Sedasi Moderat dan Dalam Serta Pemakaian Anestesi

Judul Indikator	Kejadian Efek Samping dan Komplikasi Selama Sedasi Moderat dan Dalam Serta Pemakaian Anestesi
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	keselamatan pasien

Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan sedasi yang dilakukan kepada pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi operasional	Efek samping dan komplikasi selama sedasi moderat dan dalam serta pemakaian anestesi adalah suatu dampak atau pengaruh yang merugikan dan tidak diinginkan, yang timbul sebagai hasil tindakan sedasi dan anestesi. Efek samping dan komplikasi dapat terjadi karena overdosis, reaksi anestesi, salah penempatan endotracheal tube, dan efek samping lainnya
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien yang mengalami reaksi efek samping dan komplikasi selama sedasi moderat dan dalam serta pemakaian anestesi dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang mendapatkan tindakan sedasi dan anestesi dalam waktu satu bulan
Target Pencapaian	0 %
Standar Nasional	≤ 6%
Kriteria Inklusi	Semua pasien yang dilakukan tindakan sedasi moderat dan dalam serta pemakaian anestesi
Kriteria Eksklusi	Semua pasien yang dilakukan lokal anestesi
Formula	Jumlah pasien yang mengalami reaksi efek samping dan komplikasi selama sedasi moderat dan dalam serta pemakaian anestesi dalam satu bulan ÷ Jumlah seluruh pasien yang mendapatkan tindakan sedasi dan anestesi dalam waktu satu bulan x 100%
Metode pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Rekam Medis
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel

Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Anestesi

6. Ketepatan Transfer Pasien Post Anestesi dari Recovery Room IBS ke Ruang Rawat Inap dengan Metode Aldrette Score

Judul Indikator	Ketepatan Transfer Pasien Post Anestesi dari Recovery Room IBS ke Ruang Rawat Inap dengan Metode Aldrette Score
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan PPA anestesi dalam melakukan penilaian kondisi pasien pada saat di ruang pemulihan

<p>Definisi operasional</p>	<p>Ketepatan transfer pasien post anestesi dari recovery room IBS ke ruang rawat inap dengan metode Aldrete Score adalah satu cara penilaian dan pemantauan pasien setelah dilakukan anestesi general diruang pemulihan dengan menggunakan metoda Aldrete Score sesuai standar baku yang telah ditentukan.</p> <p>Aldrete score yaitu meliputi penilaian aktivitas motorik, respirasi, tekanan darah, warna kulit, dan kesadaran.</p> <p>Aldrete Score merupakan alat ukur untuk menentukan keadaan pasien sudah pulih dan layak pindah ke ruang perawatan atau ICU.</p> <p>Pasien bisa dipindahkan ke ruang perawatan dari ruang pemulihan jika nilai pengkajian post anestesi ≥ 8 dan pasien dipindah ke ICU jika score ≤ 8.</p> <table border="1" data-bbox="552 847 1421 1485"> <thead> <tr> <th data-bbox="552 847 646 917">No</th> <th data-bbox="646 847 1279 917">Parameter Aldtere Score</th> <th data-bbox="1279 847 1421 917">Nilai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="552 917 646 1183">1</td> <td data-bbox="646 917 1279 1183"> Kesadaran : - Sadar penuh - Bangun bila dipanggil - Tidak ada respon </td> <td data-bbox="1279 917 1421 1183"> 2 1 0 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="552 1183 646 1485"></td> <td data-bbox="646 1183 1279 1485"> Pernafasan : - Dapat nafas dalam dan batuk kuat - Dysneu, nafas dangkal dan pelan sekali - Apneu / tidak bernafas </td> <td data-bbox="1279 1183 1421 1485"> 2 1 0 </td> </tr> </tbody> </table>	No	Parameter Aldtere Score	Nilai	1	Kesadaran : - Sadar penuh - Bangun bila dipanggil - Tidak ada respon	2 1 0		Pernafasan : - Dapat nafas dalam dan batuk kuat - Dysneu, nafas dangkal dan pelan sekali - Apneu / tidak bernafas	2 1 0
No	Parameter Aldtere Score	Nilai								
1	Kesadaran : - Sadar penuh - Bangun bila dipanggil - Tidak ada respon	2 1 0								
	Pernafasan : - Dapat nafas dalam dan batuk kuat - Dysneu, nafas dangkal dan pelan sekali - Apneu / tidak bernafas	2 1 0								

	No	Parameter Aldtere Score	Nilai	
	3	Anggota gerak :		2
		- Anggota gerak bebas dan dapat digerakan		1
		- Anggota gerak tertentu yang dapat digerakan - Tidak ada yang dapat digerakan		0
	4	Tekanan darah :		2
		- Kurang lebih 20 mmHg perbedaan TD dibandingkan pre operasi		1
		- Kurang lebih 20 – 50 mmHg perbedaan TD dibandingkan pre operasi - Kurang lebih 50 mmHg perbedaan TD dibandingkan pre operasi		0
5	Warna kulit :		2	
	- Normal		1	
	- Pucat - Sianotik		0	
Total score			10	
Jenis indikator	Proses			
Satuan Pengukuran	Persentase			
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien yang dipindahkan ke ruang rawat inap dengan menggunakan Aldrete score dalam satu bulan			
Denominator (Penyebut)	Jumlah semua pasien yang dioperasi dengan general anestesi dan sedasi dalam satu bulan			
Target Pencapaian	100 %			
Standar Nasional	-			
Kriteria Inklusi	Semua pasien yang dilakukan anestesi umum dan sedasi			

Kriteria Eksklusi	Semua pasien yang dilakukan regional anestesi dan lokal anestesi
Formula	Jumlah pasien yang dapat dipindahkan ke ruang rawat inap dengan menggunakan Aldrete score dalam satu bulan ÷ Jumlah semua pasien yang dioperasi dengan anestesi general anestesi dan sedasi dalam satu bulan x 100%
Metode pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	rekam medis
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Anestesi

F. PERSALINAN, PERINATAL

1. Kejadian Kematian Ibu Melahirkan karena Persalinan

Judul Indikator	Kematian Ibu Melahirkan karena Persalinan
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan

Definisi operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklamsia, partus lama dan sepsis.</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklamsia dan eklamsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, preeklamsia dan elamsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <p>Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg</p> <p>Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitati</p> <p>Oedem tungkai</p> <p>Eklamsia adalah tanda pre eklamsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong</p>
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklamsia/eklamsia dan sepsis
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklamsia/eklamsia dan sepsis
Target Pencapaian	<p>Pendarahan < 1%</p> <p>pre-eklamsia < 30%</p> <p>sepsis < 0,2%</p>
Standar Nasional	<p>Pendarahan < 1%</p> <p>pre-eklamsia < 30%</p> <p>sepsis < 0,2%</p>
Kriteria Inklusi	Semua ibu hamil / bersalin / nifas yang mengalami pendarahan, pre-eklamsia/eklamsia dan sepsis
Kriteria Eksklusi	Hipertensi menahun (kronik)
Formula	$\frac{\text{Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklamsia/eklamsia dan sepsis}}{\text{Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklamsia/eklamsia dan sepsis}} \times 100\%$

Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Rekam medis
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Dokter Spesialis Obsgyn / Kepala Bangsal Kebidanan

2. Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul Indikator	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp,OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal.
Target Pencapaian	100%
Standar Nasional	100%
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-

Formula	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal ÷ Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal x 100%
Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Kepegawaian
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kasubbag Umum dan Kepegawaian

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul Indikator	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp,OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih)
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator (penyebut)	Tidak Ada

Target Pencapaian	Tersedia
Standar Nasional	Tersedia
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	-
Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Kepegawaian
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kasubbag Umum dan Kepegawaian

4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Judul Indikator	Pemberi pelayanan persalinan <i>dengan tindakan operasi</i>
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	1 Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp,OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase

Numerator (pembilang)	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Target Pencapaian	100%
Standar Nasional	100%
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi ÷ Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Kepegawaian
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kasubbag Umum dan Kepegawaian

5. Kemampuan Menangani BBLR 1500 – 2500 gr

Judul Indikator	Kemampuan Menangani BBLR 1500 – 2500 gr
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR

Definisi operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 – 2500 gr Kategori berhasil : bayi pulang dalam kondisi membaik
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah BBLR 1500 – 2500 gr dengan usia kehamilan \geq 32 minggu yang berhasil ditangani per bulan
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh BBLR 1500 – 2500 gr dengan usia kehamilan \geq 32 minggu yang ditangani dalam bulan tersebut
Target Pencapaian	100%
Standar Nasional	100%
Kriteria Inklusi	Berat badan bayi < 2500 gram, dengan usia kehamilan \geq 32 minggu
Kriteria Eksklusi	Berat badan bayi < 1500 gram, usia kehamilan < 32 minggu Bayi ada kelainan bawaan mayor (PJB, atresia ani, kelainan kongenital), Pasien yang pulang atas permintaan sendiri selama perawatan
Formula	$\frac{\text{Jumlah BBLR 1500 – 2500 gr dengan usia kehamilan } \geq 32 \text{ minggu yang berhasil ditangani per bulan}}{\text{Jumlah seluruh BBLR 1500 – 2500 gr dengan usia kehamilan } \geq 32 \text{ minggu yang ditangani dalam bulan tersebut}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Rekam medis
Instrumen Pengambilan Data	Form Resusitasi
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)

Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

6. Pertolongan Persalinan melalui Seksio Cesaria

Judul Indikator	Pertolongan Persalinan melalui Seksio Cesaria
Dasar pemikiran	Undang Undang mengenai Rumah Sakit
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh persalinan dalam satu bulan
Target Pencapaian	$\leq 20 \%$
Standar Nasional	$\leq 100 \%$
Kriteria Inklusi	Semua pasien yang dilakukan tindakan persalinan dengan seksio cesaria
Kriteria Eksklusi	persalinan selain seksio cesaria
Formula	$\frac{\text{Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh persalinan dalam satu bulan}} \times 100\%$
Metode pengumpulan data	Sensus harian
Sumber data	Rekam medis
Instrumen Pengambilan Data	Ceklist assement pasien
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel

Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Bidang Pelayanan

7. Ketersediaan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan KB

Judul Indikator	Ketersediaan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan KB
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 2. Kepmenkes RI, No. HK. 01.07/Menkes/1128/2023 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit 3. Permenkes RI No. 97 Tahun 2014
Dimensi mutu	Akses, Efektivitas
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan KB
Definisi operasional	Pelayanan KB diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten yaitu dokter, bidan dan perawat terlatih, sesuai dengan ketentuan yang berlaku
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Presentase
Numerator (pembilang)	Jumlah tenaga kesehatan yang tersedia untuk memberikan pelayanan KB
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh tenaga kesehatan yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan KB sesuai dengan ketentuan
Target Pencapaian	100 %
Standar nasional	100%
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Jumlah tenaga kesehatan yang tersedia untuk memberikan pelayanan KB}}{\text{Jumlah seluruh tenaga kesehatan yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan KB sesuai dengan ketentuan}} \times 100 \%$

Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Rekam medis
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total Populasi (tidak menggunakan sampel)
Cara Pengambilan Sampel	Total Populasi (tidak menggunakan sampel)
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bidang Pelayanan, Tim PKBRS

8. Persentase Pemberian Konseling dan Pelayanan KB Pasca Salin dan Pasca Keguguran

Judul Indikator	Persentase Pemberian Konseling dan Pelayanan KB Pasca Salin dan Pasca Keguguran
Dasar pemikiran	Undang Undang mengenai Rumah Sakit
Dimensi mutu	Akses, Efektivitas
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan KB
Definisi operasional	Cakupan peserta KB yang mendapat Konseling dan Pelayanan KB Pasca Salin dan Pasca Keguguran Proses konsultasi antara pasien dengan dr.Sp.OG, dokter umum dan Bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB Pasca Salin dan Pasca Keguguran yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase

Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien yang mendapat konseling dan pelayanan KB Pasca Salin dan Pasca Keguguran dr. Sp.OG, dokter umum dan Bidan terlatih
Denominator (Penyebut)	Jumlah semua pasien yang seharusnya mendapat konseling dan pelayanan KB Pasca Salin dan Pasca Keguguran dr. Sp.OG, dokter umum dan Bidan terlatih pada periode waktu yang sama
Target Pencapaian	100 %
Standar nasional	100 %
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	1. Bidan yang memberikan konseling belum terlatih 2. Pasien bukan pasien pasca salin dan pasca keguguran
Formula	Jumlah pasien yang mendapat konseling dan pelayanan KB Pasca Salin dan Pasca Keguguran dr. Sp.OG, dokter umum dan Bidan terlatih ÷ Jumlah semua pasien yang seharusnya mendapat konseling dan pelayanan KB Pasca Salin dan Pasca Keguguran dr. Sp.OG, dokter umum dan Bidan terlatih pada periode waktu yang sama x 100%
Metode pengumpulan data	Sensus harian
Sumber data	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
Instrumen Pengambilan Data	Ceklist assement pasien
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Bidang Pelayanan

G. INTENSIVE CARE UNIT

1. Pasien yang Kembali ke Instalasi Pelayanan Intensif (ICU) dengan Kasus yang Sama < 48 jam

Judul Indikator	Pasien yang kembali ke Instalasi Pelayanan Intensif (ICU) dengan kasus yang sama < 48 jam
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi operasional	Pasien kembali ke pelayanan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 48 jam
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien yang kembali ke Instalasi Pelayanan Intensif dengan kasus yang sama dalam waktu < 48 jam pada per bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di Instalasi Pelayanan Intensif dalam bulan tersebut
Target Pencapaian	≤ 3 %
Standar nasional	≤ 3 %
Kriteria Inklusi	Semua pasien yang kembali ke ruang perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 48 jam
Kriteria Eksklusi	1. Pasien kembali ke Instalasi Pelayanan Intensif atas permintaan sendiri 2. Pasien keluar dari Instalasi Pelayanan Intensif atas permintaan sendiri
Formula	Jumlah pasien yang kembali ke Instalasi Pelayanan Intensif dengan kasus yang sama dalam waktu < 48 jam pada per bulan ÷ Jumlah seluruh pasien yang dirawat di Instalasi Pelayanan Intensif dalam bulan tersebut x 100 %
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Rekam medis
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel

Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala ICU

2. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani

Judul Indikator	Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 4. Permenkes No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan intensif dengan tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani
Jenis indikator	Input
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Denominator (Penyebut)	-
Target Pencapaian	100 %
Standar nasional	100 %
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	-

Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Kepegawaian
Instrumen Pengambilan Data	formulir assessment pada rekam medis pasien
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kasubbag Kepegawaian

3. Perawat (D3/S1 dengan Sertifikat Perawat ICU/Setara) Pemberi pelayanan unit intensif

Judul Indikator	Perawat (D3/S1 dengan Sertifikat Perawat ICU/Setara) Pemberi pelayanan unit intensif
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan intensif dengan tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan intensif adalah Perawat D3/S1 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Jenis indikator	Input
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah tenaga Perawat D3/S1 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh tenaga perawat yang melayani perawatan intensif
Target Pencapaian	80 %

Standar nasional	-
Kriteria Inklusi	Semua tenaga medis yang bersertifikat
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah tenaga Perawat D3/S1 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara ÷ Jumlah seluruh tenaga perawat yang melayani perawatan intensif x 100%
Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Kepegawaian
Instrumen Pengambilan Data	formulir assessment pada rekam medis pasien
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kasubbag Kepegawaian

H. PELAYANAN HEMODIALISA

1. Presentase Pasien HD rutin dengan akses vaskuler AVF /Cimino

Judul Indikator	Presentase Pasien HD rutin dengan akses vaskuler AVF /Cimino
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Efektivitas, Efisiensi
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan hemodialisa

Definisi operasional	Arteriovenous fistulae (AVF) akses yang dipilih untuk pasien yang memerlukan hemodialisis rutin dan lokasi yang dipilih adalah pergelangan tangan, terutama lengan yang bukan utama. Pemilihan akses arteriovena (AV) lebih direkomendasikan dibandingkan penggunaan kateter vena karena menghasilkan laju darah yang lebih tinggi daripada kateter vena. Selain itu juga memiliki risiko lebih rendah untuk terkena infeksi, thrombosis, septisemia dan stenosis vena pusat.
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah kumulatif Pasien HD rutin dengan akses vaskuler AVF /Cimino
Denominator (Penyebut)	Jumlah semua Pasien HD rutin
Target Pencapaian	> 80 %
Standar Nasional	-
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah kumulatif Pasien HD rutin dengan akses vaskuler AVF /Cimino : Jumlah semua Pasien HD rutin x 100%
Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Rekam medis
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Hemodialisa

2. Insiden terlepasnya jarum vena fistula intra HD (Venous Needle Dislodgement)

Judul Indikator	Insiden terlepasnya jarum vena fistula intra HD (Venous Needle Dislodgement)
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan 77ialysis yang aman bagi pasien
Definisi operasional	Insiden terlepasnya jarum vena fistula intra HD (<i>Venous Needle Dislodgement</i>) adalah kejadian terlepasnya jarum vena fistula (ou let) intra dialysis yang mengakibatkan perdarahan atau berkurangnya volume cairan tubuh pasien
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah insiden terlepasnya jarum vena fistula intra Dialisis
Denominator (Penyebut)	jumlah tindakan HD
Target Pencapaian	0 %
Standar nasional	-
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\text{Jumlah insiden terlepasnya jarum vena fistula intra Dialisis} \div \text{jumlah tindakan HD} \times 100 \%$
Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Rekam medis, laporan IKP
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Hemodialisa

3. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) Pemberi pelayanan hemodialisa yang bersertifikat Dialisis

Judul Indikator	Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) Pemberi pelayanan hemodialisa yang bersertifikat Dialisis
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Hemodialisa oleh tenaga kompeten dalam bidangnya
Definisi Operasional	Dokter PJP Pemberi pelayanan hemodialisa yang kompeten adalah DPJP yang sudah memiliki sertifikat dialisis
Jenis indikator	Input
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah DPJP Pemberi pelayanan hemodialisa yang bersertifikat Dialisis
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh DPJP pemberi pelayanan hemodialisa
Target Pencapaian	100%
Standar nasional	-
Kriteria Inklusi	Semua DPJP yang kompeten dalam pelayanan hemodialisa
Kriteria Eksklusi	Tenaga yang tidak mendapatkan pelatihan tentang pelayanan hemodialisa (ginjal/ ginjal intensif)
Formula	$\frac{\text{Jumlah DPJP Pemberi pelayanan hemodialisa yang bersertifikat Dialisis}}{\text{Jumlah seluruh DPJP pemberi pelayanan hemodialisa}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Data Kepegawaian
Instrumen	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan

Pengambilan Data	
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggungjawab	Subbag Kepegawaian

4. Dokter Pelaksana Pemberi pelayanan hemodialisa yang bersertifikat Dialisis

Judul Indikator	Dokter Pelaksana Pemberi pelayanan hemodialisa yang bersertifikat Dialisis
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Hemodialisa oleh tenaga kompeten dalam bidangnya
Definisi Operasional	Dokter Pelaksana Pemberi pelayanan hemodialisa yang kompeten adalah Dokter pelaksana yang sudah memiliki sertifikat dialisis
Jenis indikator	Input
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah Dokter Pelaksana Pemberi pelayanan hemodialisa yang bersertifikat Dialisis
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh Dokter Pelaksana pemberi pelayanan hemodialisa
Target Pencapaian	100%
Standar nasional	-
Kriteria Inklusi	Semua Dokter Pelaksana yang kompeten dalam pelayanan hemodialisa
Kriteria Eksklusi	Tenaga yang tidak mendapatkan pelatihan tentang pelayanan hemodialisa (ginjal/ ginjal intensif)
Formula	Jumlah Dokter Pelaksana Pemberi pelayanan hemodialisa yang bersertifikat Dialisis ÷ Jumlah seluruh

	Dokter Pelaksana pemberi pelayanan hemodialisa x 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Data Kepegawaian
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggungjawab	Subbag Kepegawaian

5. Perawat Pemberi pelayanan hemodialisa yang bersertifikat Mahir Ginjal / Ginjal Intensif/Dialisis

Judul Indikator	Perawat Pemberi pelayanan hemodialisa yang bersertifikat Mahir Ginjal / Ginjal Intensif/Dialisis
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Hemodialisa oleh tenaga kompeten dalam bidangnya
Definisi Operasional	Perawat Pemberi pelayanan hemodialisa yang kompeten adalah perawat yang sudah memiliki sertifikat Mahir Ginjal / Ginjal Intensif/Dialisis
Jenis indikator	Input
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Perawat Pemberi pelayanan hemodialisa yang bersertifikat

(Pembilang)	Mahir Ginjal / Ginjal Intensif/Dialisis
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh perawat pemberi pelayanan hemodialisa
Target Pencapaian	100%
Standar nasional	-
Kriteria Inklusi	Semua DPJP yang kompeten dalam pelayanan hemodialisa
Kriteria Eksklusi	Tenaga yang tidak mendapatkan pelatihan tentang pelayanan hemodialisa (ginjal/ ginjal intensif)
Formula	Perawat Pemberi pelayanan hemodialisa yang bersertifikat Mahir Ginjal / Ginjal Intensif/Dialisis ÷ Jumlah seluruh perawat pemberi pelayanan hemodialisa x 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Data Kepegawaian
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggungjawab	Subbag Kepegawaian

6. Kejadian tertukarnya dialiser pakai ulang pada tindakan HD (Incorrect Dialyzer)

Judul Indikator	Kejadian tertukarnya dialiser pakai ulang pada tindakan HD (Incorrect Dialyzer)
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien

Dimensi mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Tergambarnya proses identifikasi dialiser pakai ulang sebelum dipakai pasien Hemodialisis dan untuk memastikan identitas dialiser sesuai dengan identitas pasien
Definisi operasional	Kejadian tertukarnya dialiser pakai ulang pada tindakan HD adalah kejadian kesalahan identifikasi dialiser dimana pasien memakai dialiser orang lain untuk tindakan HD
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah insiden tertukarnya dialiser pakai ulang pada tindakan HD
Denominator (Penyebut)	jumlah tindakan HD yang menggunakan dialiser pakai ulang
Target Pencapaian	0 %
Standar nasional	-
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Jumlah insiden tertukarnya dialyzer pakai ulang pada tindakan HD}}{\text{jumlah tindakan HD yang menggunakan dialiser pakai ulang}} \times 100 \%$
Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Rekam medis, laporan IKP
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Hemodialisa

I. PELAYANAN RADIOLOGI

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto

Judul Indikator	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Rumah sakit harus menjamin ketepatan pelayanan kesehatan termasuk di Instalasi Radiologi. Walaupun tidak dalam kondisi gawat maupun darurat namun tetap harus dilayani dalam waktu yang ditetapkan. Hal ini untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan pasien akan rencana diagnosis dan pengobatan. Waktu tunggu yang lama dapat menyebabkan ketidakpuasan pasien dan keterlambatan diagnosis maupun pengobatan pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kesenambungan Pelayanan, Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	jumlah pasien yang di foto thorax dalam satu bulan tersebut
Target Pencapaian	≤ 3 jam
Standar nasional	≤ 3 jam
Kriteria Inklusi	Pasien yang berobat di radiologi
Kriteria Eksklusi	-
Formula	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan \div jumlah pasien yang di foto thorax dalam satu bulan tersebut $\times 100\%$
Metode pengumpulan data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	1. Catatan Pendaftaran layanan Instalasi Radiologi 2. Rekam Medik Pasien
Instrumen Pengambilan Data	1. formulir sensus harian 2. formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	a. total sampel jika jumlah populasi < 30 b. Rumus Slovin jika jumlah populasi ≥ 30

Cara Pengambilan Sampel	<p><i>Non Probability Sampling – Consecutive Sampling</i></p> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Non probability sampling merupakan suatu teknik sampling yang tidak memberikan peluang yang sama setiap objek untuk terpilih. Artinya, teknik ini tidak secara acak memilih sampelnya. Beberapa alasan menggunakan metode ini adalah <ul style="list-style-type: none"> • Tidak mudah untuk mendapatkan setiap sampel • Sampel hanya tersedia di waktu tertentu 2. <i>Consecutive Sampling</i> Teknik ini mirip dengan convenience sampling, bedanya pada teknik ini mengikutsertakan semua subject sebagai sampel. Sehingga teknik ini lebih merepresentatif daripada convenience sampling dalam hal mengontrol bias. <ul style="list-style-type: none"> • Contoh kasusnya yaitu misalkan kita ingin mengetahui bagaimana kesan dan pesan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit. Karena terbatasnya waktu, maka sampel yaitu semua orang yang menggunakan pelayanan rumah sakit di tanggal 2-4 November 2021 (hal ini karena sampel tersebut mudah diakses dan peneliti dekat dengan tempat tersebut).
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi

2. Pelaksana ekspertisi (dokter Sp. Rad)

Judul Indikator	Pelaksana ekspertisi (dokter Sp.Rad)
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi semua hasil pemeriksaan di Instalasi Radiologi dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/ hasil pemeriksaan radiologi lainnya. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta

Jenis indikator	Input
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah hasil pemeriksaan yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu periode waktu tertentu
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pemeriksaan dalam periode yang sama
Target Pencapaian	100 %
Standar nasional	100%
Kriteria Inklusi	Semua tenaga radiologi yang kompeten
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah hasil pemeriksaan yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu periode waktu tertentu ÷ Jumlah seluruh pemeriksaan dalam periode yang sama x 100%
Metode pengumpulan data	Retrospektif
Sumber data	Kepegawaian, Register di Instalasi Radiologi
Instrumen Pengambilan Data	1. formulir sensus harian 2. formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi

3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgent (Pemeriksaan Ulang Radiologi)

Judul Indikator	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgent (Pemeriksaan Ulang Radiologi)
Dasar pemikiran	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi Mutu	Efisiensi, Efektifitas, Kesenambungan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan radiologi

Definisi operasional	Terjadinya kesalahan pelaksanaan pemeriksaan radiologi
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pemeriksaan ulang radiologi per bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan radiologi pada bulan tersebut
Target Pencapaian	$\leq 2 \%$
Standar nasional	$\leq 2 \%$
Kriteria Inklusi	Pemeriksaan radiologi diulang karena salah posisi, kesalahan teknik fotografi, tidak sesuai dengan permintaan dan pelaksanaan pemeriksaan radiologi
Kriteria Eksklusi	Pemeriksaan ulang karena faktor pasien
Formula	Jumlah pemeriksaan ulang radiologi per bulan \div Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan radiologi pada bulan tersebut $\times 100\%$
Metode pengumpulan data	<i>Concurrent</i>
Sumber data	Register radiologi, laporan insiden
Instrumen Pengambilan Data	1. formulir sensus harian 2. formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	a. total sampel jika jumlah populasi < 30 b. Rumus Slovin jika jumlah populasi ≥ 30
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non Probability Sampling – Consecutive Sampling</i> Keterangan: 1. Non probability sampling merupakan suatu teknik sampling yang tidak memberikan peluang yang sama setiap objek untuk terpilih. Artinya, teknik ini tidak secara acak memilih sample nya. Beberapa alasan menggunakan metode ini adalah <ul style="list-style-type: none"> • Tidak mudah untuk mendapatkan setiap sampel • Sampel hanya tersedia di waktu tertentu

	<p>2. <i>Consecutive Sampling</i></p> <p>Teknik ini mirip dengan convenience sampling, bedanya pada teknik ini mengikutsertakan semua subject sebagai sampel. Sehingga teknik ini lebih merepresentatif daripada convenience sampling dalam hal mengontrol bias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contoh kasusnya yaitu misalkan kita ingin mengetahui bagaimana kesan dan pesan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit. Karena terbatasnya waktu, maka sampel yaitu semua orang yang menggunakan pelayanan rumah sakit di tanggal 2-4 November 2021 (hal ini karena sampel tersebut mudah diakses dan peneliti dekat dengan tempat tersebut).
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi

J. PELAYANAN LABORATORIUM

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Judul Indikator	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan Rumah sakit harus menjamin ketepatan pelayanan kesehatan termasuk di Instalasi Radiologi. Walaupun tidak dalam kondisi gawat maupun darurat namun tetap harus dilayani dalam waktu yang ditetapkan. Hal ini untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan pasien akan rencana diagnosis dan pengobatan. Waktu tunggu yang lama dapat menyebabkan ketidakpuasan pasien dan keterlambatan diagnosis maupun pengobatan pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kesiambungan Pelayanan, Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	<p>Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah.</p> <p>Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratoium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi</p>
Jenis indikator	Proses

Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Target Pencapaian	≤ 120 menit
Standar nasional	≤ 140 menit
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan ÷ jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut x 100%
Metode pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Survei
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	a. total sampel jika jumlah populasi < 30 b. Rumus Slovin jika jumlah populasi ≥ 30
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non Probability Sampling – Consecutive Sampling</i> Keterangan: 1. Non probability sampling merupakan suatu teknik sampling yang tidak memberikan peluang yang sama setiap objek untuk terpilih. Artinya, teknik ini tidak secara acak memilih sample nya. Beberapa alasan menggunakan metode ini adalah <ul style="list-style-type: none"> • Tidak mudah untuk mendapatkan setiap sampel • Sampel hanya tersedia di waktu tertentu 2. <i>Consecutive Sampling</i> Teknik ini mirip dengan convenience sampling , bedanya pada teknik ini mengikutsertakan semua subject sebagai sampel. Sehingga teknik ini lebih merepresentatif daripada convenience sampling dalam hal mengontrol bias.

	<ul style="list-style-type: none"> • Contoh kasusnya yaitu misalkan kita ingin mengetahui bagaimana kesan dan pesan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit. Karena terbatasnya waktu, maka sampel yaitu semua orang yang menggunakan pelayanan rumah sakit di tanggal 2-4 November 2021 (hal ini karena sampel tersebut mudah diakses dan peneliti dekat dengan tempat tersebut).
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

2. Pelaksana ekspertisi (dokter Sp.PK)

Judul Indikator	Pelaksana ekspertisi (dokter Sp.PK)
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.
Jenis indikator	Input
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam periode waktu
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam periode waktu yang sama
Target Pencapaian	100 %
Standar nasional	100 %
Kriteria Inklusi	Seluruh hasil laboratorium yang di ekspertisi
Kriteria Eksklusi	-

Formula	Jumlah hasil laborat yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis Pkdalam 1 bulan÷ Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan x 100%
Metode pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Register buku di Instalasi laboratorium
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

3. Kejadian Kesalahan Pemberian Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul Indikator	Kejadian Kesalahan Pemberian Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Dasar pemikiran	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan administrasi dalam pelayanan laboratorium meliputi kesalahan identifikasi, kesalahan registrasi, kesalahan pelabelan sampel, dan kesalahan penyerahan hasil laboratorium
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah kesalahan dalam pemberian hasil pemeriksaan laboratorium
Denominator (Penyebut)	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam periode waktu yang sama
Target Pencapaian	0%
Standar nasional	0%

Kriteria Inklusi	Semua pasien yang diperiksa laboratorium
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah kesalahan dalam pemberian hasil pemeriksaan laboratorium ÷ jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam periode waktu yang sama x 100%
Metode pengumpulan Data	Concurrent
Sumber data	Rekam medis
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

4. Angka Keterlambatan Penyediaan Darah (> 60 menit)

Judul Indikator	Angka Keterlambatan Penyediaan Darah (> 60 menit)
Dasar pemikiran	Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi operasional	Adalah keterlambatan waktu menyediakan labu darah sesuai pesanan > 60 menit dihitung mulai form permintaan darah diterima oleh petugas Bank darah rumah sakit sampai dengan labu darah diterima oleh perawat ruangan.
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah ibu hamil / bersalin / nifas yang mengalami keterlambatan penyediaan darah
Denominator (penyebut)	Jumlah ibu hamil / bersalin / nifas yang membutuhkan transfusi darah pada bulan tersebut.

Target Pencapaian	0%
Standar nasional	0 %
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Metode pengumpulan Data	Retropektif
Sumber data	Rekam Medis
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

5. Kejadian Reaksi Transfusi

Judul Indikator	Kejadian Reaksi Transfusi
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen resiko pada UTD
Definisi operasional	Reaksi 92ransfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat 92ransfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat 92ransfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan 92ransfusi imun sebagai akibat pemberian 92ransfusi darah.
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah kejadian reaksi 92ransfusi dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang mendapat 92ransfusi dalam satu bulan

Target Pencapaian	≤ 0,01 %
Standar nasional	≤ 0,01 %
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	Kelainan pada darah atau sepsis yang bukan disebabkan oleh transfusi darah
Formula	Jumlah kasus reaksi transfusi darah per hari ÷ Jumlah total kasus pemasangan transfusi darah (kantong darah) dalam bulan tersebut x 100%
Metode pengumpulan Data	Concurrent
Sumber data	Rekam medis
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

6. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

Judul Indikator	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. 2. Kecepatan dan ketepatan pelaporan hasil laboratorium kritis sangat penting dalam kelanjutan tata laksana pasien. Hasil kritis menunjukkan kondisi pasien yang membutuhkan keputusan klinis yang segera untuk upaya pertolongan pasien dan mencegah komplikasi akibat keterlambatan
Dimensi mutu	Tepat waktu, keselamatan
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium. 2. Tergambarnya sistem yang menunjukkan bagaimana nilai kritis dilaporkan dan didokumentasikan untuk menurunkan risiko keselamatan pasien

Definisi operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera. 2. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analisis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan. 3. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan ≤ 30 menit
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan ≤ 30 menit
Denominator (penyebut)	Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi
Target Pencapaian	100%
Standar nasional	100 %
Kriteria Inklusi	Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi
Kriteria Eksklusi	Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan } \leq 30 \text{ menit}}{\text{Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Data sekunder dari: Catatan Data Laporan Hasil Tes Kritis Laboratorium
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
Besar Sampel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	Probability Sampling – Simple Random Sampling / Systematic Random Sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

K. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

1. Pasien Rehabilitasi Medik yang Drop Out

Judul Indikator	Pasien Rehabilitasi Medik yang Drop Out
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi operasional	Pasien drop out terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien rawat jalan yang tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang telah direncanakan
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medis dalam 3 bulan
Target Pencapaian	$\leq 50 \%$
Standar nasional	$\leq 50 \%$
Kriteria Inklusi	Pasien yang tidak meneruskan program rehabilitasi medis sesuai program.
Kriteria Eksklusi	-
Target	
Formula	$\frac{\text{Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medis dalam 3 bulan}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Rekam medis, Buku Register Rehabilitasi Medik
Instrumen Pengambilan Data	formulir assessment pada rekam medis pasien
Besar Sampel	<ol style="list-style-type: none"> a. total sampel jika jumlah populasi < 30 b. Rumus Slovin jika jumlah populasi ≥ 30

Cara Pengambilan Sampel	<p><i>Non Probability Sampling – Consecutive Sampling</i></p> <p>Keterangan:</p> <p>1. Non probability sampling merupakan suatu teknik sampling yang tidak memberikan peluang yang sama setiap objek untuk terpilih. Artinya, teknik ini tidak secara acak memilih sampelnya. Beberapa alasan menggunakan metode ini adalah</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak mudah untuk mendapatkan setiap sampel • Sampel hanya tersedia di waktu tertentu
	<p>2. <i>Consecutive Sampling</i></p> <p>Teknik ini mirip dengan convenience sampling, bedanya pada teknik ini mengikutsertakan semua subject sebagai sampel. Sehingga teknik ini lebih merepresentatif daripada convenience sampling dalam hal mengontrol bias.</p> <p>Contoh kasusnya yaitu misalkan kita ingin mengetahui bagaimana kesan dan pesan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit. Karena terbatasnya waktu, maka sampel yaitu semua orang yang menggunakan pelayanan rumah sakit di tanggal 2-4 November 2021 (hal ini karena sampel tersebut mudah diakses dan peneliti dekat dengan tempat tersebut).</p>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

2. Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medis

Judul Indikator	Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medis
Dasar pemikiran	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medis adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medis yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman standar pelayanan rehabilitasi medis
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase

Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medis
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medis dalam bulan tersebut
Target Pencapaian	0 %
Standar nasional	0 %
Kriteria Inklusi	Kesalahan tindakan oleh dokter spesialis rehabilitasi medis dan petugas rehabilitasi medis
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medis ÷ Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medis dalam bulan tersebut x 100%
Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Rekam medis, laporan IKP
Instrumen Pengambilan Data	formulir assessment pada rekam medis pasien, WEB MIRIS/ MIRIS
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

L. PELAYANAN FARMASI

1. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Judul Indikator	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> Keputusan Menteri Kesehatan mengenai Formularium Nasional. Kepatuhan terhadap formularium dapat meningkatkan efisiensi dalam penggunaan obat-obatan. Formularium rumah sakit disusun berdasarkan masukan-masukan pemberi layanan, dan pemilihannya berdasarkan kepada mutu obat, rasio risiko dan manfaat, berbasis bukti, efektivitas dan efisiensi. Pengadaan obat-obatan di rumah sakit mengacu pada formularium rumah sakit.

Dimensi mutu	Efisien dan efektif
Tujuan	Terwujudnya pelayanan obat kepada pasien yang efektif dan efisien berdasarkan daftar obat yang mengacu pada formularium nasional
Definisi operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan. 2. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah persepsan obat (R/: recipe dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah R/recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional
Denominator (penyebut)	Jumlah R/recipe dalam lembar resep yang diobservasi
Target Pencapaian	≥ 80 %
Standar nasional	-
Kriteria Inklusi	Semua resep yang dilayani di RS
Kriteria Eksklusi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bila dalam resep terdapat obat diluar FORNAS tetapi dibutuhkan oleh pasien dan telah mendapatkan rekomendasi dari Komite Medik dan mendapatkan persetujuan dari Direktur 2. Bila dalam resep terdapat obat diluar FORNAS karena stok obat nasional berdasarkan e-katalog habis/kosong.
Formula	Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional ÷ Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang diobservasi x 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Lembar resep di Instalasi Farmasi
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
Besar Sampel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	Probability Sampling – Simple Random Sampling/ Systematic random Sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

2. Waktu Penerimaan Obat Non Racikan

Judul Indikator	Waktu Penerimaan Obat Non Racikan
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat non racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Target Pencapaian	≤ 30 menit
Kriteria Inklusi	Semua pasien rawat jalan yang menyerahkan resep obat non racikan kepada petugas Farmasi
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan ÷ Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Survey, Catatan penerimaan obat non racikan di rawat jalan
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel

Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

3. Waktu Penerimaan Obat Racikan

Judul Indikator	Waktu Penerimaan Obat Racikan
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Efektifitas, Kestinambungan Pelayanan, Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien rawat jalan yang disurvei dalam satu bulan tersebut
Target Pencapaian	≤ 60 menit
Kriteria Inklusi	Semua pasien rawat jalan yang menerima obat setelah menyerahkan resep obat racikan kepada petugas farmasi rawat jalan.
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan ÷ Jumlah pasien rawat jalan yang disurvei dalam satu bulan tersebut
Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Survey, Catatan keterlambatan penerimaan obat non racikan di rawat jalan
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan

Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

4. Penggunaan E-Resep pada Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Penggunaan E-Resep pada Pelayanan Rawat Jalan
Dasar pemikiran	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Kecepatan, Efektif, Efisien, Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan Instalasi Rawat Jalan dan Farmasi yang aman, cepat, efektif dan efisien bagi pasien
Definisi operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teknologi elektronik yang memungkinkan dokter dan praktisi medis lainnya untuk menulis resep elektronik (e-resep) dan mengirimkannya ke komputer apotek yang dikehendaki yang tergabung dalam jaringan e-prescribing, langsung dari tempat praktik dokter/ tempat perawatan 2. Proses elektronik yang menghasilkan dan mengirimkan permintaan resep elektronik dari dokter untuk dikirimkan oleh provider ke komputer apotek yang dikehendaki langsung dari tempat perawatan/tempat praktek dokter
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien rawat jalan yang menerima resep elektronik (e-resep) dari dokter
Denominator (Penyebut)	Jumlah total pasien rawat jalan yang menerima resep dari dokter pada periode waktu yang sama
Target Pencapaian	$\geq 80 \%$
Standar nasional	-
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	klินิก tutup atau libur
Formula	Jumlah pasien rawat jalan yang menerima resep elektronik (e-resep) dari dokter \div Jumlah total pasien rawat jalan yang menerima resep dari dokter pada periode waktu yang sama $\times 100\%$

Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Observasi langsung
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian
Besar Sampel	a. total sampel jika jumlah populasi < 30 b. Rumus Slovin jika jumlah populasi ≥ 30
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non Probability Sampling – Consecutive Sampling</i> Keterangan: 1. Non probability sampling merupakan suatu teknik sampling yang tidak memberikan peluang yang sama setiap objek untuk terpilih. Artinya, teknik ini tidak secara acak memilih sample nya. Beberapa alasan menggunakan metode ini adalah <ul style="list-style-type: none"> • Tidak mudah untuk mendapatkan setiap sampel • Sampel hanya tersedia di waktu tertentu 2. <i>Consecutive Sampling</i> Teknik ini mirip dengan convenience sampling , bedanya pada teknik ini mengikutsertakan semua subject sebagai sampel. Sehingga teknik ini lebih merepresentatif daripada convenience sampling dalam hal mengontrol bias. <ul style="list-style-type: none"> • Contoh kasusnya yaitu misalkan kita ingin mengetahui bagaimana kesan dan pesan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit. Karena terbatasnya waktu, maka sampel yaitu semua orang yang menggunakan pelayanan rumah sakit di tanggal 2-4 November 2021 (hal ini karena sampel tersebut mudah diakses dan peneliti dekat dengan tempat tersebut).
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Bidang Pelayanan

5. Angka Kesalahan Pengobatan (Medication Error)

Judul Indikator	Angka Kesalahan Pengobatan (Medication Error)
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi

Definisi operasional	Kesalahan yang dapat terjadi selama proses pelayanan pengobatan.
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien yang mengalami Kesalahan Pengobatan (<i>Medication Error</i>)
Denominator (Penyebut)	Jumlah total sampel pasien yang mendapat obat
Target Pencapaian	0 %
Standar nasional	0 %
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\text{Jumlah pasien yang mengalami Kesalahan Pengobatan (Medication Error)} \div \text{Jumlah total sampel pasien yang mendapat obat} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Laporan IKP
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan, WEB MIRIS/ MIRIS
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

M. PELAYANAN GIZI

1. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan kepada Pasien

Judul Indikator	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan kepada Pasien
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien

Dimensi mutu	Efektifitas, Akses, Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Target Pencapaian	≥ 90 %
Standar nasional	≥ 90 %
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\text{Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu} \div \text{Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Laporan data instalasi gizi
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	a. total sampel jika jumlah populasi < 30 b. Rumus Slovin jika jumlah populasi ≥ 30

Cara Pengambilan Sampel	<p><i>Non Probability Sampling – Consecutive Sampling</i></p> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Non probability sampling merupakan suatu teknik sampling yang tidak memberikan peluang yang sama setiap objek untuk terpilih. Artinya, teknik ini tidak secara acak memilih sampelnya. Beberapa alasan menggunakan metode ini adalah <ul style="list-style-type: none"> • Tidak mudah untuk mendapatkan setiap sampel • Sampel hanya tersedia di waktu tertentu 2. <i>Consecutive Sampling</i> Teknik ini mirip dengan convenience sampling, bedanya pada teknik ini mengikutsertakan semua subject sebagai sampel. Sehingga teknik ini lebih merepresentatif daripada convenience sampling dalam hal mengontrol bias. <ul style="list-style-type: none"> • Contoh kasusnya yaitu misalkan kita ingin mengetahui bagaimana kesan dan pesan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit. Karena terbatasnya waktu, maka sampel yaitu semua orang yang menggunakan pelayanan rumah sakit di tanggal 2-4 November 2021 (hal ini karena sampel tersebut mudah diakses dan peneliti dekat dengan tempat tersebut).
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi

2. Sisa Makanan yang Tidak Termakan oleh Pasien

Judul Indikator	Sisa Makanan yang Tidak Termakan oleh Pasien
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Jenis indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase

Numerator (Pembilang)	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah porsi makanan pasien pasien yang disurvei dalam satu bulan
Target Pencapaian	$\leq 20 \%$
Standar nasional	$\leq 20 \%$
Kriteria Inklusi	Sisa makan siang yang tidak habis dimakan oleh pasien $\geq \frac{1}{2}$ porsi makan yang disediakan.
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah pasien yang tidak menghabiskan makan siangnya $\geq \frac{1}{2}$ porsi per bulan \div Jumlah pasien rawat inap yang makan siang dalam bulan tersebut $\times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Sensus harian
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	a. total sampel jika jumlah populasi < 30 b. Rumus Slovin jika jumlah populasi ≥ 30
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non Probability Sampling – Consecutive Sampling</i> Keterangan: 1. Non probability sampling merupakan suatu teknik sampling yang tidak memberikan peluang yang sama setiap objek untuk terpilih. Artinya, teknik ini tidak secara acak memilih sample nya. Beberapa alasan menggunakan metode ini adalah <ul style="list-style-type: none"> • Tidak mudah untuk mendapatkan setiap sampel • Sampel hanya tersedia di waktu tertentu 2. <i>Consecutive Sampling</i> Teknik ini mirip dengan convenience sampling , bedanya pada teknik ini mengikutsertakan semua subject sebagai sampel. Sehingga teknik ini lebih merepresentatif daripada convenience sampling dalam hal mengontrol bias. <ul style="list-style-type: none"> • Contoh kasusnya yaitu misalkan kita ingin mengetahui bagaimana kesan dan pesan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit. Karena terbatasnya waktu, maka sampel yaitu semua orang yang menggunakan pelayanan rumah sakit di tanggal 2-4 November 2021 (hal ini karena sampel tersebut mudah diakses dan peneliti dekat dengan tempat tersebut).

Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi

3. Kesalahan Diit Pasien

Judul Indikator	Kesalahan Diit Pasien
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesesuaian jenis diit antara yang diminta oleh dokter dengan yang disajikan pada saat makan. Kesesuaian diit meliputi jumlah kalori, jenis makanan, volume diit cair
Jenis indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah kejadian kesalahan jenis diit makanan pasien
Denominator (Penyebut)	Jumlah porsi makanan diit dalam bulan tersebut
Target Pencapaian	0 %
Standar nasional	0 %

Kriteria Inklusi	Petugas diit menyajikan makanan yang tidak sesuai dengan jenis diet yang diminta pada saat makan.
Kriteria Eksklusi	Diet bebas
Formula	Jumlah kejadian kesalahan jenis diit makanan pasien ÷ Jumlah porsi makanan diit dalam bulan tersebut x 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Laporan data gizi dan MIRIS
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	a. total sampel jika jumlah populasi < 30 b. Rumus Slovin jika jumlah populasi ≥ 30
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non Probability Sampling – Consecutive Sampling</i> Keterangan: 1. Non probability sampling merupakan suatu teknik sampling yang tidak memberikan peluang yang sama setiap objek untuk terpilih. Artinya, teknik ini tidak secara acak memilih sample nya. Beberapa alasan menggunakan metode ini adalah <ul style="list-style-type: none"> • Tidak mudah untuk mendapatkan setiap sampel • Sampel hanya tersedia di waktu tertentu 2. <i>Consecutive Sampling</i> Teknik ini mirip dengan convenience sampling , bedanya pada teknik ini mengikutsertakan semua subject sebagai sampel. Sehingga teknik ini lebih merepresentatif daripada convenience sampling dalam hal mengontrol bias. <ul style="list-style-type: none"> • Contoh kasusnya yaitu misalkan kita ingin mengetahui bagaimana kesan dan pesan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit. Karena terbatasnya waktu, maka sampel yaitu semua orang yang menggunakan pelayanan rumah sakit di tanggal 2-4 November 2021 (hal ini karena sampel tersebut mudah diakses dan peneliti dekat dengan tempat tersebut).
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi

N. REKAM MEDIK

1. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul Indikator	Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan resume
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator (Penyebut)	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Target Pencapaian	100%
Standar nasional	100%
Kriteria Inklusi	Jumlah rekam medis pasien yang diisi lengkap
Kriteria Eksklusi	Rekam medis yang tidak diisi lengkap dalam 24 jam
Formula	$\frac{\text{Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap}}{\text{Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Metode pengumpulan data	Retrospektif
Sumber data	Rekam Medis
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	<ol style="list-style-type: none"> a. total sampel jika jumlah populasi < 30 b. Rumus Slovin jika jumlah populasi ≥ 30

Cara Pengambilan Sampel	Probability Sampling – Simple Random Sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medik

2. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul Indikator	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi operasional	<p>Informed Consent adalah persetujuan tindakan kedokteran yang diberikan oleh pasien/keluarga terdekatnya setelah mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut serta risiko yang akan terjadi terhadap pasien.</p> <p>Kelengkapan informed consent adalah terisinya form informed consent secara lengkap, data maupun tanda tangan, baik pada lembar informasi maupun pada lembar consent.</p>
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Informed consent yang lengkap dan pemberian informasi yang jelas pada pasien/keluarga/pendamping pasien per hari
Denominator (Penyebut)	Jumlah tindakan kedokteran dari seluruh pasien dalam bulan tersebut
Target Pencapaian	100 %

Standar nasional	100%
Kriteria Inklusi	Setiap tindakan yang memerlukan inform consent
Kriteria Eksklusi	Tindakan yang tidak membutuhkan inform consent
Formula	Informed consent yang lengkap dan pemberian informasi yang jelas pada pasien/ keluarga/pendamping pasien per hari ÷ Jumlah tindakan kedokteran dari seluruh pasien dalam bulan tersebut x 100%
Metode pengumpulan data	Retrospektif
Sumber data	Rekam medis
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	a. total sampel jika jumlah populasi < 30 b. Rumus Slovin jika jumlah populasi ≥ 30
Cara Pengambilan Sampel	Probability Sampling – Simple Random Sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medik

3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

Judul Indikator	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Efektivitas, Kenyamanan, Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase

Numerator (Pembilang)	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat jalan yang diamati
Denominator (Penyebut)	Total penyediaan rekam medis yang diamati
Target Pencapaian	≤ 10 menit
Standar nasional	≤ 10 menit
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat jalan yang diamati ÷ Total penyediaan rekam medis yang diamati
Metode pengumpulan data	Retrospektif
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medik

4. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul Indikator	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Efektivitas, Kenyamanan, Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat

	inap
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di ruang pasien
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator (Penyebut)	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Target Pencapaian	≤ 15 menit
Standar nasional	≤ 15 menit
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati ÷ Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Metode pengumpulan data	Retrospektif
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medik

O. PELAYANAN SANITASI DAN PERTAMANAN

1. Kejadian Linen Hilang

Judul Indikator	Kejadian Linen Hilang
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pemeliharaan linen
Definisi operasional	Kejadian linen yang hilang di masing-masing unit
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah linen yang hilang
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh linen dalam bulan tersebut
Target Pencapaian	0%
Standar nasional	0%
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\text{Jumlah linen yang hilang} \div \text{Jumlah seluruh linen dalam bulan tersebut} \times 100\%$
Matode pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Instalasi Sanitasi dan Pertamanan, Catatan kehilangan linen
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)

Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Sanitasi dan Pertamanan

2. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen untuk Ruang Rawat Inap

Judul Indikator	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen untuk Ruang Rawat Inap
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Waktu penyediaan linen adalah waktu yang menunjukkan periode penyediaan/pendistribusian linen bersih (siap pakai) untuk tiap-tiap ruang rawat inap yang membutuhkan darimulai permintaan sampai dikirim ke unit yang membutuhkan maksimal 30 menit.
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah linen yang didistribusikan tepat waktu ke semua ruang rawat inap /unit yang membutuhkan.
Denominator (Penyebut)	Jumlah semua linen yang seharusnya didistribusikan ke semua ruang rawat inap sesuai jadwal pendistribusian
Target Pencapaian	100%
Standar nasional	100%
Kriteria Inklusi	Untuk linen yang tidak tersedia di ruangan
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Jumlah linen yang didistribusikan tepat waktu ke semua ruang rawat inap /unit yang membutuhkan}}{\text{Jumlah semua linen yang seharusnya didistribusikan ke semua ruang rawat inap sesuai jadwal pendistribusian}} \times 100\%$
Matode pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Register laundry
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan

Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Sanitasi dan Pertamanan

3. Baku Mutu Limbah Cair

Judul Indikator	Baku Mutu Limbah Cair
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi operasional	<p>Baku Mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolelir dan diukur dengan indikator :</p> <p>BOD (Biological Oxygen Demand) \leq 30 mg/liter</p> <p>COD (Chemical Oxygen Demand) \leq 80 mg/liter</p> <p>TSS (Total Suspended Solid) \leq 30 mg/liter</p> <p>PH : 6-9</p>
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair

Target Pencapaian	100 %
Standar nasional	100 %
Kriteria Inklusi	Seluruh hasil pemeriksaan limbah cair rumah sakit, yang terdiri dari BOD, COD, TSS dan PH, masing-masing dengan bobot 25% jika memenuhi syarat
Kriteria Eksklusi	Limbah yang tidak sesuai dengan baku mutu
Formula	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu ÷ Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair x 100%
Metode pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Data pemeriksaan limbah
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Sanitasi dan Pertamanan

4. Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Dengan Aturan

Judul Indikator	Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Dengan Aturan
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit

Definisi operasional	<p>Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa Ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan 5. Limbah padat lain yang infeksius
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Operating Prosedur yang diamati
Denominator (Penyebut)	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Target Pencapaian	100 %
Standar nasional	100 %
Kriteria Inklusi	Seluruh limbah padat infeksius yang dikelola sesuai SOP
Kriteria Eksklusi	<p>Limbah padat yang tidak dikelola sesuai SOP</p> <p>Limbah padat non infeksius</p>
Formula	$\frac{\text{Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Operating Prosedur yang diamati}}{\text{Operating Prosedur yang diamati}} \times 100\%$
Metode pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	hasil pengamatan
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Sanitasi dan Pertamanan

P. ADMINISTRASI DAN KEUANGAN

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi

Judul Indikator	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 129 /Menkes /SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
Dimensi mutu	efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumahsakit
Definisi operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing.
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Enam bulan sekali (semester)
Numerator (Pembilang)	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Target Pencapaian	100 %
Standar nasional	100 %
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan ÷ Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan x 100%
Metode pengumpulan data	Survei data
Sumber data	Notulen rapat

Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul Indikator	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 129 /Menkes /SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumahsakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi operasional	<p>Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah Meliputi seluruh program dan kegiatan dari masing-masing bidang dan sekretariat.</p> <p>Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 1 tahun sekali paling lambat bulan Maret tahun berikutnya</p>
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap disusun dan dilaporkan tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Target Pencapaian	100 %
Standar nasional	100 %

Kriteria Inklusi	Seluruh laporan akuntabilitas kinerja yang disusun dalam satu tahun
Kriteria Eksklusi	Data akuntabilitas yang tidak dilaporkan dalam satu tahun
Formula	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap disusun dan dilaporkan tepat waktu dalam satu tahun÷ Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun x 100%
Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Laporan data bagian tata usaha
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul Indikator	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 129 /Menkes /SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Jenis indikator	Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun

Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Target Pencapaian	100%
Standar nasional	100 %
Kriteria Inklusi	Seluruh pegawai yang diusulkan
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun ÷ Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun x 100%
Metode pengumpulan data	Survey
Sumber data	Data dari sub bag kepegawaian
Instrumen Pengambilan Data	Pelaporan kenaikan pangkat
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul Indikator	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 129 /Menkes /SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
Dimensi mutu	efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Kenaikan gaji berkala adalah Kenaikan gaji PNS setiap 2 tahun
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase

Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Target Pencapaian	100 %
Standar nasional	100 %
Kriteria Inklusi	Seluruh pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun}}{\text{Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun}}$
Sumber data	Laporan Sub Bag Kepegawaian
Instrumen Pengambilan Data	Pelaporan data bagian kepegawaian
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Judul Indikator	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 129 /Menkes /SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
Dimensi mutu	kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumahsakit ataupun di luar rumahsakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun

Jenis indikator	Proses
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Target Capaian	≥ 60 %
Standar nasional	≥ 60 %
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun ÷ Jumlah seluruh karyawan rumah sakit x 100 %
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Instalasi Diklat
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total Populasi
Cara Pengambilan Sampel	Total Populasi
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run chart
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

6. Cost recovery

Judul Indikator	<i>Cost recovery</i>
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 129 /Menkes /SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
Dimensi mutu	efisiensi, efektivitas
Tujuan	tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	<i>Cost recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Jenis indikator	Outcome

Numerator	jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Target Pencapaian	≥ 40 %
Standar nasional	≥ 40 %
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Fomula	jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan÷ jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan x 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Laporan Bidang Keuangan
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total Populasi
Cara Pengambilan Sampel	Total Populasi
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run chart
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul Indikator	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 129 /Menkes /SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
Dimensi mutu	efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumahsakit
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Jenis indikator	Outcome

Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Target Pencapaian	100%
Standar nasional	100%
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan ÷ Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan x 100%
Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Bidang Keuangan
Instrumen Pengambilan Data	Ceklist data keuangan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Bidang Keuangan

8. Ketepatan Waktu Pemberian Informasi tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

Judul Indikator	Ketepatan Waktu Pemberian Informasi tentang Tagihan Pasien Rawat Inap
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129 /Menkes /SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
Dimensi mutu	Efektivitas, Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap

Definisi operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan Ketepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai berkas lengkap pasien pulang diterima petugas kasir sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator (penyebut)	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Target Pencapaian	≤ 2 jam
Standar Nasional	-
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan}}{\text{Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan}}$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	hasil pengamatan dibangsal dan kasir
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Bidang Keuangan

9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) yang sesuai kesepakatan waktu (maksimal tanggal 15 setiap bulannya)

Judul Indikator	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) yang sesuai kesepakatan waktu (maksimal tanggal 15 setiap bulannya)
Dasar pemikiran	Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
Dimensi mutu	Efektivitas, kepuasan karyawan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan pemberian insentif kepada karyawan
Definisi operasional	Pemberian Insentif adalah pemberian jasa atas pelayanan yang sudah diberikan oleh karyawan kepada semua pasien. Ketepatan waktu pemberian intensif adalah ketepatan terhadap batas waktu yang sudah ditentukan.
Jenis indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah bulan denganketepatan waktu pemberian intensif
Denominator (Penyebut)	Jumlah bulan dalam satu tahun
Target Pencapaian	100 %
Standar Nasional	-
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah bulan denganketepatan waktu pemberian intensif÷ Jumlah bulan dalam satu tahun x 100%
Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Catatan di bidang keuangan
Instrumen Pengambilan Data	List data laporan keuangan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Bidang Keuangan

10. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

Judul Indikator	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 129 /Menkes /SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 3. 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 complain 4. Untuk itu rumah sakit perlu memiliki unit yang merespon dan menindaklanjuti keluhan tersebut dalam waktu yang telah ditetapkan agar keluhan pasien dapat segera teratasi
Dimensi mutu	Berorientasi pada Pasien
Tujuan	Tergambarnya kecepatan rumah sakit dalam merespon keluhan pasien agar dapat diperbaiki dan ditingkatkan untuk sebagai bentuk pemenuhan hak pasien
Definisi operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan grading risiko, analisis hingga tindak lanjutnya. 2. Grading risiko dan standar waktu tanggap komplain: <ol style="list-style-type: none"> a. Grading Merah (ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/ kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain. b. Grading Kuning (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain-lain. c. Grading Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial

Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan grading
Denominator (penyebut)	Jumlah komplain yang disurvei
Target Pencapaian	≥ 80%
Standar Nasional	≥ 80%
Kriteria Inklusi	Semua komplain (lisan, tertulis, dan media massa)
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan grading ÷ Jumlah komplain yang disurvei x 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Data sekunder dari catatan Komplain
Instrumen Pengambilan Data	1. Formulir Komplain 2. Laporan Tindak Lanjut Komplain
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	Probability Sampling – Simple Random Sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Bagian Humas/Unit Pengaduan/Bagian yang menangani complain

11. Kepuasan Pasien

Judul Indikator	Kepuasan Pasien
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2014 tentang Pelayanan Publik 2. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi mengenai Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik. 3. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 129 /Menkes /SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Dimensi mutu	Berorientasi kepada pasien
Tujuan	Mengukur tingkat kepuasan masyarakat sebagai dasar upaya-upaya peningkatan mutu dan terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pasien.
Definisi operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. 2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan. 3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Krejcie dan Morgan. 4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien. 5. Unsur pelayanan adalah 131 variabel atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai 131 variabel penyusunan survei kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan 6. aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai 131 variabel penyusunan survei kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan 7. Unsur survei kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi: <ol style="list-style-type: none"> a. Persyaratan. b. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur. c. Waktu Penyelesaian d. Biaya/Tarif.
	<ol style="list-style-type: none"> e. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan. f. Kompetensi Pelaksana g. Perilaku Pelaksana h. Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan. i. Sarana dan prasarana <p>8. Indeks Kepuasan adalah hasil pengukuran dari kegiatan Survei Kepuasan berupa angka</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Indeks
Numerator (pembilang)	Tidak Ada
Denominator (penyebut)	Tidak Ada
Target Pencapaian	≥ 80%

Standar Nasional	≥ 70%
Kriteria Inklusi	Semua pasien
Kriteria Eksklusi	Pasien yang tidak kompeten dalam mengisi kuesioner dan/atau tidak ada keluarga yang mendampingi
Formula	Total Nilai Persepsi seluruh responden ÷ Total Unsur yang terisi dari seluruh responden x 25
Metode Pengumpulan Data	Survei
Sumber data	Hasil survei
Instrumen Pengambilan Data	Kuisisioner (terlampir)
Besar Sampel	Sesuai tabel Sampel Krejcie dan Morgan
Cara Pengambilan Sampel	Stratified Random Sampling
Periode Pengumpulan Data	Semesteran
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Bagian Humas

Q. PELAYANAN AMBULANCE

1. Kecepatan Pelayanan Ambulance/ Mobil Jenazah di Rumah Sakit

Judul Indikator	Kecepatan Pelayanan Ambulance/ Mobil Jenazah di Rumah Sakit
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumahsakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/mobil jenazah
Definisi operasional	Kecepatan pemberian pelayanan ambulance/ kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/mobil jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumahsakit sampai tersedianya ambulance/mobil jenazah, minimal tidak lebih dari 30 menit
Jenis indikator	Proses

Satuan Pengukuran	Satuan Waktu
Numerator (Pembilang)	Jumlah kumulatif waktu kecepatan pemberian pelayanan ambulans/mobil jenazah dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh permintaan ambulance/mobil jenazah dalam satu bulan
Target Pencapaian	≤ 30 menit
Standar Nasional	-
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah penyediaan ambulance/mobil jenazah yang tepat waktu ≤ 15 menit dalam 1 bulan ÷ Jumlah seluruh permintaan ambulance/mobil jenazah dalam satu bulan
Metode pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	catatan penggunaan ambulance/mobil jenazah
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Koordinator Pengemudi

2. Penyedia Pelayanan Ambulance dan Mobil Jenazah yang Bersertifikat

Judul Indikator	Penyedia Pelayanan Ambulance dan Mobil Jenazah yang Bersertifikat
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan ambulans dan mobil jenazah oleh tenaga yang kompeten

Definisi operasional	Pemberi Pelayanan ambulans dan mobil jenazah adalah supir ambulans/mobil jenazah yang terlatih
Jenis indikator	Input
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah pemberi pelayanan ambulance dan mobil jenazah yang bersertifikat
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pemberi pelayanan ambulance dan mobil jenazah
Target Pencapaian	100%
Standar Nasional	100%
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah pemberi pelayanan ambulance dan mobil jenazah yang bersertifikat ÷ Jumlah seluruh pemberi pelayanan ambulance dan mobil jenazah x 100%
Metode pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Kepegawaian
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Koordinator Pengemudi

R. PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH

1. Waktu Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

Judul Indikator	Waktu Pelayanan Pemulasaraan Jenazah
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi Mutu	Keterjangkauan

Tujuan	Tersedia pelayanan pemulasaran jenazah 24 jam di rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Instalasi pemulasaraan jenazah melayani pemulsaraan jenazah selama 24 jam
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Satuan Waktu
Numerator (Pembilang)	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan Pemulasaraan jenazah dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Target Pencapaian	24 Jam
Standar Nasional	24 Jam
Kriteria Inklusi	Semua pasien baru dilakukan pengkajian keperawatan
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan Pemulasaraan jenazah dalam satu bulan ÷ Jumlah hari dalam bulan tersebut x 100 %
Metode pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Laporan bulanan
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah (IPJ)

2. Respon Time Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

Judul Indikator	Respon Time Pelayanan Pemulasaraan Jenazah
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Definisi operasional	Waktu pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas (maksimal ≤ 2 jam)
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Satuan waktu
Numerator (Pembilang)	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Target Pencapaian	≤ 2 jam
Standar Nasional	≤ 2 jam
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan \div Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Metode pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Register Kematian IPJ dan hasil pengamatan
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah (IPJ)

S. ELEKTROMEDIK

1. Waktu Tanggap Kerusakan Alat < 15 Menit

Judul Indikator	Waktu Tanggap Kerusakan Alat < 15 Menit
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menangani kerusakan alat
Definisi operasional	Waktu tanggap kerusakan alat adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Target Pencapaian	$\geq 80 \%$
Standar Nasional	-
Kriteria Inklusi	Seluruh jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi ≤ 15 Menit
Kriteria Eksklusi	Kerusakan alat yang ditangani lebih dari 15 menit
Formula	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan \div Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan $\times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Laporan data kerusakan alat

Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Elmed

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul Indikator	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Efektivitas, Efisiensi, Kesenambungan Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Target Pencapaian	100 %
Standar Nasional	-
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan}} \times 100\%$

Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Elmed

3. Alat Ukur dan Alat Laboratorium yang Terkalibrasi Tepat Waktu

Judul Indikator	Alat Ukur dan Alat Laboratorium yang Terkalibrasi Tepat Waktu
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan oleh Lembaga Kalibrasi yang sah
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah seluruh alat ukur dan alat lab yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator (Penyebut)	Jumlah alat ukur dan alat lab yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Target Pencapaian	100 %
Standar Nasional	-
Kriteria Inklusi	Seluruh alat yang terkalibrasi
Kriteria Eksklusi	Seluruh alat yang terkalibrasi

Formula	Jumlah seluruh alat ukur dan alat lab yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun ÷ Jumlah alat ukur dan alat lab yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun x 100%
Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Buku register alat dan dokumen bukti kalibrasi
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Elmed

T. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit

1. Waktu Tanggap Kerusakan Sarana Dan Prasarana < 15 Menit

Judul Indikator	Waktu Tanggap Kerusakan Sarana Dan Prasarana < 15 Menit
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menangani kerusakan sarana prasarana
Definisi operasional	Waktu tanggap kerusakan sarana prasarana adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan sarpras rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap sarpras yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah laporan kerusakan sarpras yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan

Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh laporan kerusakan sarpras dalam satu bulan
Target Pencapaian	≥ 80%
Standar Nasional	-
Kriteria Inklusi	Seluruh jumlah laporan kerusakan sarpras yang ditanggapi ≤15 Menit
Kriteria Eksklusi	Kerusakan sarpras yang ditangani lebih dari 15 menit
Formula	Jumlah laporan kerusakan sarpras yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan ÷ Jumlah seluruh laporan kerusakan sarpras dalam satu bulan x 100%
Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Laporan data kerusakan sarpras
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala IPSRS

2. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Sarana dan Prasarana

Judul Indikator	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Sarana dan Prasarana
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Efektivitas, Efisiensi, Kesenambungan Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan sarpras
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan sarpras adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap sarpras sesuai ketentuan yang berlaku
Jenis indikator	Proses

Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah sarpras yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh sarpras yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Target Pencapaian	100 %
Standar Nasional	-
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Jumlah sarpras yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh sarpras yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sumber data	Register pemeliharaan sarpras
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala IPSRS

3. Petugas Kemananan Bersertifikat Pengamanan

Judul Indikator	Petugas Kemananan Bersertifikat Pengamanan
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Keamanan, kompetensi teknis dan kenyamanan
Tujuan	Terlaksananya suasana rasa aman bagi pasien dan keluarganya

Definisi operasional	Petugas Keamanan bersertifikat Pengamanan adalah petugas keamanan yang telah mendapat pelatihan pengamanan dari Kepolisian sesuai dengan standar pengamanan yang berlaku
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah petugas keamanan yang memiliki sertifikat pengamanan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh petugas keamanan
Target Pencapaian	100 %
Standar Nasional	-
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\text{Jumlah petugas keamanan yang memiliki sertifikat pengamanan} \div \text{Jumlah seluruh petugas keamanan} \times 100\%$
Metode pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Data Kepegawaian
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kasubag Umum dan Kepegawaian

4. Tidak Adanya Barang Milik Pasien, Pengunjung dan Karyawan yang Hilang

Judul Indikator	Tidak Adanya Barang Milik Pasien, Pengunjung dan Karyawan yang Hilang
-----------------	---

Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Keamanan dan kenyamanan
Tujuan	Terciptanya rasa aman dan rasa nyaman bagi pasien, pengunjung dan karyawan rumah sakit
Definisi operasional	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung dan karyawan rumah sakit yang hilang adalah semua barang milik pasien, pengunjung dan karyawan tetap terjaga dan tidak hilang
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah hari yang disurvei dikurang dengan jumlah hari adanya kehilangan barang milik pasien/pengunjung/karyawan
Denominator (Penyebut)	Jumlah hari yang disurvei
Target Pencapaian	100 %
Standar Nasional	-
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah hari yang disurvei dikurangi dengan jumlah hari adanya kehilangan barang milik pasien/pengunjung/karyawan ÷ Jumlah hari yang disurvei x 100%
Metode pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Survey
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)

Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Subbag Umpeg

U. Central Sterile Supply Department

1. Waktu Sterilisasi Alat < 1 hari

Judul Indikator	Waktu Sterilisasi Alat Waktu Sterilisasi Alat < 1 hari
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam proses sterilisasi alat
Definisi operasional	Waktu sterilisasi alat adalah rentang waktu antara alat mulai dilakukan dekontaminasi sampai selesainya proses sterilisasi alat
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah alat yang selesai dibersihkan dan disterilkan < 1 hari
Denominator (Penyebut)	Jumlah semua alat yang selesai dibersihkan dan disterilkan dalam 1 hari
Target Pencapaian	100 %
Standar Nasional	-
Kriteria Inklusi	Waktu mulai alat dilakukan perendaman, pembilasan/pembersihan, pengeringan, pengemasan, pelabelan, sterilisasi
Kriteria Eksklusi	Waktu yang digunakan untuk penyimpanan dan distribusi
Formula	$\frac{\text{Jumlah alat yang selesai dibersihkan dan disterilkan} < 1 \text{ hari}}{\text{Jumlah semua alat yang selesai dibersihkan dan disterilkan dalam 1 hari}} \times 100\%$
Metode pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Laporan dari CSSD
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel

Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi CSSD

2. Presentase Kehilangan Alat yang di Strerilisasi

Judul Indikator	Presentase Kehilangan Alat yang di Strerilisasi
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pemeliharaan alat
Definisi operasional	Kejadian alat yang hilang saat di strerilisasi di CSSD
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah alat yang hilang saat di strerilisasi di CSSD
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh alat yang hilang saat di strerilisasi di CSSD dalam bulan tersebut
Target Pencapaian	0%
Standar Nasional	-
Kriteria Inklusi	Semua alat yang dimasukkan kedalam unit sterilisasi CSSD
Kriteria Eksklusi	Alat hilang di luar CSSD
Formula	$\frac{\text{Jumlah alat yang hilang saat di strerilisasi di CSSD}}{\text{Jumlah seluruh alat yang hilang saat di strerilisasi di CSSD dalam bulan tersebut}}$
Metode pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Catatan kehilangan alat
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan

Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Kepala Instalasi CSSD

V. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Judul Indikator	Kepatuhan Kebersihan Tangan
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien 2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 3. Keputusan Menteri Kesehatan mengenai penanggulangan penyakit yang dapat menimbulkan wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat. 4. Rumah sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai dengan ketentuan WHO.
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjaminkeselamatan petugas dan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan

<p>Definisi operasional</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan 148 septic (alcoholbased handrubs) dengan kandungan 148 septic 60-80% bila tangan tidak tampak kotor. 2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO. 3. Indikasi adalah 148 septic mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan. 4. Lima indikasi (five moment) kebersihan tangan terdiri dari: <ol style="list-style-type: none"> a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien. b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien. c. Sebelum melakukan prosedur 148septic adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau 148 septic, contoh: pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, suctioning, pemberian suntikan dan lain-lain. d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD. e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien 5. Peluang adalah periode di antara indikasi di mana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan. 6. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan. 7. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.
-----------------------------	--

	<p>8. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.</p> <p>9. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan.</p> <p>10. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan di unit sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan.</p> <p>11. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit).</p> <p>12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi.</p> <p>13. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.</p>
Jenis indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan
Denominator (Penyebut)	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi
Target Pencapaian	≥ 85 %
Standar Nasional	-
Kriteria Inklusi	Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100\%$
Sumber data	Catatan data dan pengamatan kebersihan tangan di semua unit pelayanan pasien
Metode Pengumpulan Data	Observasi
Sumber Data	Hasil observasi
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Kebersihan Tangan
Besar Sampel	Minimal 200 Peluang

Cara Pengambilan Sampel	Non probability Sampling – Consecutive sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel, Run Chart
Penanggung jawab	Komite PPI

2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Judul Indikator	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. 2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 3. Keputusan Menteri Kesehatan mengenai penanggulangan penyakit yang dapat menimbulkan wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat. 4. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 5. Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri (APD) 6. Rumah Sakit harus memperhatikan kepatuhan pemberi pelayanan dalam menggunakan APD sesuai dengan prosedur
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur kepatuhan petugas Rumah Sakit dalam menggunakan APD 2. Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi

Definisi operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit. 2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne). 3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi. 4. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium. 5. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan. 6. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi
Target Pencapaian	100 %
Standar Nasional	-
Kriteria Inklusi	Semua petugas yang terindikasi harus menggunakan APD
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Jumlah petugas yang patuh terhadap indikasi dan standar APD dalam periode pengamatan}}{\text{Jumlah total petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode pengamatan}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Observasi
Sumber data	hasil observasi / pengamatan menggunakan formulir pengumpulan data/aplikasi pelaporan
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Observasi Kepatuhan Penggunaan APD

Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non Probability Sampling – Consecutive Sampling</i> Keterangan: 1. Non probability sampling merupakan suatu teknik sampling yang tidak memberikan peluang yang sama setiap objek untuk terpilih. Artinya, teknik ini tidak secara acak memilih sampelnya. Beberapa alasan menggunakan metode ini adalah <ul style="list-style-type: none"> • Tidak mudah untuk mendapatkan setiap sampel • Sampel hanya tersedia di waktu tertentu 2. <i>Consecutive Sampling</i> Teknik ini mirip dengan convenience sampling , bedanya pada teknik ini mengikutsertakan semua subject sebagai sampel. Sehingga teknik ini lebih merepresentatif daripada convenience sampling dalam hal mengontrol bias. <ul style="list-style-type: none"> • Contoh kasusnya yaitu misalkan kita ingin mengetahui bagaimana kesan dan pesan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit. Karena terbatasnya waktu, maka sampel yaitu semua orang yang menggunakan pelayanan rumah sakit di tanggal 2-4 November 2021 (hal ini karena sampel tersebut mudah diakses dan peneliti dekat dengan tempat tersebut).
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Komite PPI

3. Ketersediaan APD di Setiap Instalasi atau Ruang

Judul Indikator	Ketersediaan APD di Setiap Instalasi atau Ruang
-----------------	---

Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. 2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 3. Keputusan Menteri Kesehatan mengenai penanggulangan penyakit yang dapat menimbulkan wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat 4. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 5. Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri (APD) 6. Rumah Sakit harus memperhatikan kepatuhan pemberi pelayanan dalam menggunakan APD sesuai dengan prosedur
Dimensi mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi atau ruang RS
Definisi operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Jenis Indikator	Input
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah instalasi atau ruang yang menyediakan APD sesuai kriteria
Denominator (Penyebut)	Jumlah instalasi atau ruang di rumah sakit
Target Pencapaian	80 %
Standar Nasional	60 %
Kriteria Inklusi	Seluruh instalasi yang menyediakan APD
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah instalasi atau ruang yang menyediakan APD sesuai kriteria ÷ Jumlah instalasi atau ruang di rumah sakit x 100%
Metode pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Laporan data PPI
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel

Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Komite PPI

4. Infeksi Luka Infus (ILI / Plebitis)

Judul Indikator	Infeksi Luka Infus (ILI / Plebitis)
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien 2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 3. Keputusan Menteri Kesehatan mengenai penanggulangan penyakit yang dapat menimbulkan wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat. 4. Rumah sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai dengan ketentuan WHO.
Dimensi mutu	Efektivitas dan Keselamatan Pasien
Tujuan	Menurunnya kejadian infeksi aliran darah
Definisi operasional	Phlebitis merupakan inflamasi pada vena, yang ditandai dengan adanya daerah yang merah, nyeri dan pembengkakan di daerah penusukan atau sepanjang vena (Brunner dan sudarth, 2002)
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah kasus infeksi luka infus
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang terpasang infus
Target Pencapaian	< 1 ‰
Standar Nasional	-
Kriteria Inklusi	Pada daerah bekas tusukan dan daerah sekitarnya terdapat peradangan yang ditandai dengan salah satu dari gejala ini : rasa panas, pengerasan/ bengkak, kemerahan, dan terasa sakit bila ditekan (kalor, dolor, tumor, rubor dan functiolaesa) dengan atau tanpa nanah (pus) tanpa dilengkapi pemeriksaan kultur.

Kriteria Eksklusi	<ul style="list-style-type: none"> • Infeksi kulit karena sebab-sebab lain • Adanya bakteremia dengan pemeriksaan kultur • Usia \leq 1 tahun
Formula	Jumlah kasus infeksi luka infus \div Jumlah seluruh pasien yang terpasang infus x 1000 ‰
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Sumber data	Rekam Medis Pasien, Data IPCLN
Metode pengumpulan Data	Retrospektif
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Komite PPI

5. Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Judul Indikator	Infeksi Saluran Kemih (ISK)
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien 2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 3. Keputusan Menteri Kesehatan mengenai penanggulangan penyakit yang dapat menimbulkan wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat. 4. Rumah sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai dengan ketentuan WHO.
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan ISK di RS
Definisi operasional	Keadaan infeksi yang terjadi disekitar uretra atau selang kateter dan timbul setelah 3 kali 24 jam dilakukan pemasangan kateter di rumah sakit.
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah kasus infeksi karena pemasangan kateter per bulan

Denominator (Penyebut)	Jumlah hari pemasangan kateter dalam bulan tersebut
Target Pencapaian	< 2 ‰
Standar Nasional	-
Kriteria Inklusi	Pada daerah uretra terjadi iritasi, gatal-gatal, rasa sakit atau panas, pus, dan urine berwarna merah atau keruh
Kriteria Eksklusi	Jika keadaan tersebut timbul oleh suatu tindakan lain atau oleh karena penyakitnya
Formula	Jumlah kasus infeksi karena pemasangan kateter per bulan ÷ Jumlah hari pemasangan kateter dalam bulan tersebut
Metode pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Laporan data ruangan
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Komite PPI

6. Infeksi Daerah Operasi (IDO)

Judul Indikator	Infeksi Daerah Operasi (IDO)
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien 2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 3. Keputusan Menteri Kesehatan mengenai penanggulangan penyakit yang dapat menimbulkan wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat. 4. Rumah sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai dengan ketentuan WHO
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung

Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan IDO di RS
Definisi operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi rumah sakit (HAIs) pada semua kategori luka sayatan operasi yang dilaksanakan di rumah sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), nyeri (dolor), kemerahan (rubor), bengkak (tumor) gangguan fungsi (functiolesia) dan keluarnya nanah (pus) yang muncul dalam waktu lebih 3 x 24 jam sampai dengan 30 hari pasca operasi, atau sampai dengan 1 tahun jika terdapat implant
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu hari
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi di rumah sakit dalam bulan tersebut
Target Pencapaian	< 2%
Standar Nasional	-
Kriteria Inklusi	Semua infeksi pada daerah operasi yang terjadi minimal 3 x 24 jam pasca operasi sampai dengan 30 hari atau satu tahun jika dipasang implant.
Kriteria Eksklusi	Jejunostomy, ileostomy, colostomy
Formula	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu hari ÷ Jumlah seluruh pasien yang dioperasi di rumah sakit dalam bulan tersebut x 100%
Metode pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Laporan data bangsal
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Komite PPI

7. Kejadian Dekubitus Selama Masa Perawatan

Judul Indikator	Kejadian dekubitus Selama Masa Perawatan
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien 2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 3. Keputusan Menteri Kesehatan mengenai penanggulangan penyakit yang dapat menimbulkan wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat. 4. Rumah sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai dengan ketentuan WHO
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan dekubitus di RS
Definisi operasional	Kerusakan/kematian kulit sampai jaringan dibawah kulit, bahkan menembus otot sampai mengenai tulang akibat adanya penekanan pada suatu area secara terus menerus sehingga mengakibatkan gangguan sirkulasi darah setempat, yang timbul minimal 3 x 24 jam setelah rawat inap
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah kasus luka dekubitus per hari
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien tirah baring pada bulan tersebut
Target Pencapaian	< 2 %
Standar Nasional	-
Kriteria Inklusi	Luka lecet pada bagian-bagian tubuh pasien yang terkena tekanan karena tirah baring
Kriteria Eksklusi	<p>Luka lecet yang terjadi diluar area pada pasien tirah baring</p> <p>Pasien yang sudah mengalami dekubitus sebelum rawat inap</p>
Formula	$\text{Jumlah kasus luka dekubitus per hari} \div \text{Jumlah pasien tirah baring pada bulan tersebut} \times 100\%$

Metode pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Laporan data ruangan
Instrumen Pengambilan Data	formulir sensus harian, formulir rekapitulasi bulanan
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Enam bulan sekali (semesteran)
Penyajian Data	Tabel Run Chart
Penanggung jawab	Komite PPI

Pj. BUPATI BANJARNEGARA,

Cap ttd,

MUHAMAD MASROFI