



**PEMERINTAH KOTA SEMARANG**  
**RUMAH SAKIT DAERAH**  
**K.R.M.T. WONGSONEGORO**

Jl. Fatmawati No. 1 Telp. 6711500, Fax. 6717755 Semarang - 50272

**KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT DAERAH**  
**K.R.M.T. WONGSONEGORO**  
**KOTA SEMARANG**

**NOMOR B-000.1\_306/IV/2024**

**TENTANG**  
**PENETAPAN INDIKATOR MUTU**  
**RUMAH SAKIT DAERAH K.R.M.T. WONGSONEGORO**

**DIREKTUR RUMAH SAKIT DAERAH K.R.M.T. WONGSONEGORO**  
**KOTA SEMARANG,**

- Menimbang** : a. bahwa dalam rangka pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang, maka perlu disusun Penetapan Indikator Mutu disetiap unit sebagai program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- b. bahwa Penetapan Indikator Mutu Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang digunakan sebagai acuan dalam melaksanakan tugas;
- c. bahwa untuk melaksanakan maksud tersebut diatas, perlu membentuk keputusan direktur Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang tentang Penetapan Indikator Mutu Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.
- Mengingat** : 1. Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur, Djawa Tengah, Djawa Barat dan Daerah Istimewa Jogjakarta;
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
3. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);

4. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang – Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang – Undang;
5. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/Menkes/Per/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 79 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Geriatri di Rumah Sakit;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Penyakit Akibat Kerja;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis Elektronik;
19. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
20. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 603/Menkes/SK/VII/2008 tentang Pemberlakuan Pedoman

Pelaksanaan Program Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi;

21. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1014 /Menkes/SK/XI/2008 tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik di Standar Pelayanan Kesehatan;
22. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1051 /Menkes/SK/XI/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 jam di Rumah Sakit;
23. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1203 /Menkes/SK/XII/2008 tentang Standar Pelayanan Intensif Care Unit;
24. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1087/Menkes/SK/VIII/2010 tentang Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit;
25. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;
26. Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 14 Tahun 2016 tentang Pembentukan Susunan Perangkat Daerah Kota Semarang (Lembaran Daerah Kota Semarang Tahun 2016 Nomor 14, Tambahan Lembaran Daerah Kota Semarang Nomor 114);
27. Peraturan Wali Kota Semarang Nomor 56 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Wali Kota Semarang Nomor 7 Tahun 2019 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang (Berita Daerah Kota Semarang Tahun 2023 Nomor 56)
28. Keputusan Walikota Semarang Nomor 445/0174/2007 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang Sebagai Badan Layanan Umum (BLU);
29. Keputusan Walikota Semarang Nomor 445/1156/2016 tentang Penetapan “K.R.M.T. Wongsonegoro” sebagai Nama Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang.

MEMUTUSKAN:

- Menetapkan : PENETAPAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT DAERAH K.R.M.T WONGSONEGORO KOTA SEMARANG
- KESATU : Indikator mutu setiap unit pada program peningkatan mutu rumah sakit terdapat dalam lampiran keputusan ini.
- KEDUA : Indikator Mutu Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang terdiri dari :
- a. Indikator Nasional Mutu
  - b. Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit
  - c. Indikator Mutu Unit
  - d. Surveilans Infeksi
- KETIGA : Pengumpulan data indikator mutu setiap unit dilakukan setiap 1 (satu) bulan dan dianalisis setiap 3 (tiga) bulan dan dievaluasi setiap 1 (satu) tahun sekali.
- KEEMPAT : Dengan ditetapkan Keputusan ini, maka Keputusan Direktur Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang Nomor 450 Tahun 2022 tentang Penetapan Indikator Mutu dinyatakan tidak berlaku lagi.
- KELIMA : Segala biaya yang timbul sebagai akibat diterbitkannya keputusan ini akan dibebankan pada anggaran pendapatan dan Belanja Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang.
- KEENAM : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan, apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Semarang

Pada tanggal 29 April 2024

DIREKTUR RUMAH SAKIT DAERAH

K.R.M.T. WONGSONEGORO

KOTA SEMARANG

\$(ttd)

EKO KRISNARTO

LAMPIRAN I KEPUTUSAN DIREKTUR  
RSD K.R.M.T. WONGSONEGORO  
KOTA SEMARANG

Nomor :

B-000.1\_306/IV/2024

Tanggal : 29 April 2024

**A. DAFTAR INDIKATOR NASIONAL MUTU**

1. Kepatuhan Identifikasi Pasien
2. Waktu Tunggu Rawat Jalan
3. Penundaan Operasi Elektif
4. Waktu Tunggu SC Emergensi
5. Kepatuhan Waktu Visite Dokter Spesialis
6. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
7. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
8. Kepatuhan Kebersihan Tangan
9. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway
10. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
11. Kepuasan Pasien dan Keluarga
12. Kecepatan Respon terhadap Komplain
13. Kepatuhan Penggunaan APD pada Petugas

**B. DAFTAR INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT**

No	Komponen	Indikator
1	Sasaran Keselamatan Pasien	(1) Ketepatan identifikasi saat pemberian obat jantung
		(2) Ketepatan waktu pelaporan hasil troponin
		(3) Kepatuhan pelabelan HAM pada obat jantung
		(4) Kelengkapan pengisian <i>surgical safety checklist</i> pada pasien cathlab
		(5) Kepatuhan kebersihan tangan dokter spesialis jantung sebelum tindakan
		(6) Kejadian pasien jatuh di ruang cathlab
2	Pelayanan Klinis Prioritas	(7) Ketepatan waktu pelaksanaan fibrinolitik
3	Rencana Strategis	(8) Ketepatan waktu pelaksanaan PCI
4	Perbaikan Sistem	(9) Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway Pelayanan Jantung

5	Manajemen Risiko	
6	Penelitian Klinis dan Program Pendidikan Kedokteran	(10)Waktu tanggap hasil review ethical clearance

### C. DAFTAR INDIKATOR MUTU UNIT

No	Instalasi/ Komite/ Bidang	Indikator
1	Anestesi	1 Ketepatan Waktu Pemberian profilaksis antibiotik
2	Bangunan	2 Waktu Tanggap Kerusakan Bangunan
3	Bank Darah	3 Waktu Tanggap Penyediaan Darah
4	Bedah Sentral	4 Insiden Tertinggalnya instrumen/ kasa/ benda lain saat operasi
5	Cathlab	5 Angka Kejadian Hematoma Paska Tindakan Katerisasi
6	CSSD	6 Kelengkapan Set Instrumen
7	Diklat	7 Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
8	Farmasi	8 Pemenuhan Permintaan Obat dan BHP E Katalog dan Non E Katalog
		9 Waktu Tunggu Pelayanan Resep Rawat Inap
		1 Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Non
		0 Racikan
9	Gawat Darurat	1 Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Racikan
		1 Angka Kematian di IGD
		2 Waktu Tanggap Gawat Darurat
10	Gizi	1 Persentase Makanan yang Habis Dimakan
		4 Pasien
		1 Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada
11	Hemodialisa	5 Pasien
		1 Ketepatan Diet
12	Intensif Care Unit	1 Kejadian Clothing Durante Hemodialisa
		7 Kepatuhan Skrining VAP
13	IPSRS	1 Kecepatan Waktu Pemeliharaan Alat
		9
14	K3 dan Sanitasi	2 Angka Kejadian Kecelakaan Akibat Kerja
		0
		1 Pengawasan Mutu Air RO Hemodialisa
15	Laboratorium	2 Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan

		2	Laboratorium Pasien IGD
16	Laundry	2 3	Ketepatan waktu penyediaan linen ruang pelayanan
17	Listrik	2 4	Kecepatan Waktu Menanggapi Laporan Kerusakan Alat Listrik
18	NICU	2 5	Angka Kematian Bayi
19	Obsgyn	2 6	Kejadian Perdarahan Post Partum pada Kasus Persalinan di RS
20	Onkologi	2 7	Persentase Kejadian Ektravasasi pada Pasien
21	Pemulasaran Jenazah	2 8	Waktu Tanggap Penanganan Jenazah
22	Perinatologi	2 9	Perawatan metode kanguru
23	PICU	3 0	Angka Kejadian Plebitis
24	Pool Driver	3 1 3	Waktu Tanggap Pelayanan Ambulance
25	Radiologi	2 3 3 3	Waktu Tanggap Pelayanan Mobil Jenazah Waktu Tanggap Pelaporan Hasil Kritis Radiologi
26	Rawat Inap	3 4 3 5 6	Kelengkapan Asesmen Awal Medis Kepatuhan Pelaksanaan TBAK 1 x 24 jam Lama Hari Rawat Pasien Geriatri
27	Rawat Jalan Amarta	3 7 3 8	Kelengkapan Pengisian Dokumen CPPT dokter Kelengkapan Pengisian Dokumen CPPT perawat/ bidan/ TKL
28	Rawat Jalan Gatotkaca	3 9	Kesesuaian Jadwal Praktik Dokter
29	Rehabilitasi Medik	4 0	Pasien rehabilitasi medis yang drop out
30	Rekam Medis	4 1	Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis
31	SIM RS	4 2 4 3	Penanganan kerusakan hardware Waktu kejadian downtime

#### **D. DAFTAR INDIKATOR MUTU SURVEILANS INFEKSI**

1. *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP)
2. Infeksi Saluran Kemih (ISK)
3. Infeksi Daerah Operasi (IDO)
4. Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)
5. Plebitis



B-000.1\_306/IV/2024

Tanggal : 29 April 2024

**A. PROFIL INDIKATOR NASIONAL MUTU**

**1. Kepatuhan Identifikasi Pasien**

Judul Indikator	Kepatuhan identifikasi pasien
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien.</li> <li>2. Ketepatan identifikasi menjadi sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien.</li> <li>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.</li> </ol>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan tindakan pelayanan.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</li> <li>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.</li> <li>3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan).</li> <li>4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi.</li> <li>b. Prosedur tindakan: tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang</li> </ol> </li> </ol>

		<p>ditetapkan rumah sakit.</p> <p>c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi, dan lain-lain.</p> <p>d. Kondisi tertentu: pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar.</p> <p>5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.</p>
Jenis Indikator		Proses dan outcome
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%
Kriteria	Inklusi	Semua pemberi pelayanan yang memberikan pelayanan di rumah sakit
	Eksklusi	-
Formula		$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data		Formulir observasi
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Frekuensi analisis data		3 bulan
Metode pengumpulan data		Observasi
Instrumen pengambilan data		Formulir observasi
Sampel		Min 200 pasien
Penyajian Data		Line Chart
Penanggung Jawab		Ka. Instalasi

2. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi

Judul Indikator	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang Undang mengenai Rumah Sakit</li> <li>2. Berdasarkan SUPAS tahun 2015, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2015 adalah 305 per 100.000 kelahiran hidup, ini masih merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara. Kejadian kematian ibu ini terbanyak ditemukan di rumah sakit sebesar 78%. Tingginya Angka Kematian Ibu ini mengindikasikan masih perlunya dilakukan peningkatan tata kelola dan peningkatan mutu pelayanan antenatal care dan persalinan. Untuk itu diperlukan indikator untuk memantau kecepatan proses</li> </ol>

		pelayanan operasi seksio sesarea.
Dimensi Mutu		Efektifitas, Keselamatan Tepat Waktu
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"> <li>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 <math>\leq 30</math> menit.</li> <li>2. Seksio sesarea emergensi adalah tindakan seksio sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya.</li> <li>3. Seksio sesarea emergensi kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan di mana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin.</li> <li>4. Pengukuran indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan seksio sesarea.</li> </ol>
Jenis indikator		Proses
Satuan Pengukuran		Persentase
Numerator (pembilang)		Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I yang mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi $\leq 30$ menit
Denominator (penyebut)		Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I
Target Pencapaian		$\geq 80\%$
Kriteria	Inklusi	Seksio sesarea emergensi kategori I Fetal distress menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/forsep, ruptur uteri imminen, ruptur uteri, perdarahan ante partum dengan perdarahan aktif, persalinan pada bekas seksio sesarea (PBS)
	Eksklusi	Tidak ada
Formula		$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data		Rekam medis, laporan operasi
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisis		3 bulan
Metode Pengumpulan Data		Retrospektif
Instrumen Pengambilan Data		Formulir waktu tanggap seksio sesarea emergensi
Sampel		Total sampel
Penyajian Data		Diagram garis digunakan untuk menampilkan data dari waktu ke waktu.
Instrumen Pengambilan Data		Rekam Medis,

Penanggung Jawab	Ketua PONEK
------------------	-------------

### 3. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Judul Indikator	Waktu Tunggu Rawat Jalan
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang tentang Rumah Sakit.</li> <li>2. 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.</li> </ol>
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"> <li>1. Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis.</li> <li>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"> <li>a. pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</li> <li>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.</li> <li>c. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</li> </ol> </li> </ol>
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 diamati
Target		≥ 80%
Kriteria	Inklusi	Pasien yang berobat rawat jalan
	Eksklusi	1. Pasien medical check up, pasien poli gigi 2. pasien yang mendaftar online atau anjungan mandiri datang lebih dari 60 menit dari waktu yang ditentukan, 3. pasien yang ada tindakan pasien sebelumnya
Formula		$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data		Formulir waktu tunggu rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisis		3 bulan
Metode Pengumpulan Data		Retrospektif
Sampel		Rumus slovin karena jumlah populasi >30
Cara pengambilan sampel		Probability sampling – simple random sampling/ stratified random sampling
Penyajian Data		Line chart
Instrumen Pengambilan Data		Formulir Pengumpulan data waktu tunggu rawat jalan
Penanggung Jawab		Kepala Instalasi Rawat Jalan

#### 4. Penundaan Operasi Elektif

Judul Indikator		Penundaan Operasi Elektif
Dasar pemikiran		1. Undang-Undang mengenai Rumah Sakit 2. Rumah sakit harus menjamin ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan termasuk tindakan operasi, sesuai dengan kebutuhan pasien untuk mendapatkan hasil pelayanan seperti yang diinginkan dan menghindari komplikasi akibat keterlambatan operasi.
Dimensi Mutu		Tepat waktu, efisiensi, berorientasi pada pasien
Tujuan		Tergambarnya kecepatan pelayanan bedah dan ketepatan penjadwalan operasi
Definisi Operasional		1. Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan. 2. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.
Jenis Indikator		Proses
Satuan pengukuran		Persentase
Numerators (pembilang)		Jumlah pasien yang waktu jadwal operasinya tertunda lebih dari 60 menit
Denominator (penyebut)		Jumlah pasien operasi elektif
Target Pencapaian		< 5%
Kriteria	Inklusi	Pasien operasi elektif
	Eksklusi	Penundaan operasi atas indikasi medis

Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data	Data sekunder dari laporan operasi atau rekam medis
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $> 30$ )
Cara pengambilan sampel	Probability Sampling – Simple Random Sampling
Penyajian Data	Diagram garis
Instrumen Pengambilan Data	Formulir harian data operasi elektif yang mengalami penundaan
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral

5. Kepatuhan Visite Dokter Spesialis

Judul Indikator	Kepatuhan Visite Dokter Spesialis	
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang mengenai Praktik Kedokteran</li> <li>2. Undang-Undang mengenai pelayanan publik</li> <li>3. Pelayanan kesehatan harus berorientasi kepada kebutuhan pasien, bukan kepada keinginan rumah sakit.</li> </ol>	
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tergambarnya kepatuhan dokter melakukan visitasi kepada pasien rawat inap sesuai waktu yang ditetapkan.</li> <li>2. Waktu yang ditetapkan untuk visite adalah pukul 06.00 – 14.00.</li> </ol>	
Dimensi Mutu	Berorientasi kepada pasien	
Definisi Operasional	<p>Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis sebagai DPJP adalah kunjungan dokter spesialis untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya setiap hari sebelum jam 14.00 termasuk hari libur.</p> <p>Catatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.pasien baru masuk</li> <li>2.batasan pukul 14.00</li> <li>3.hari libur</li> </ol>	
Jenis Indikator	Proses	
Numerator	Jumlah pasien di visite dokter spesialis pada pukul 06.00 – 14.00 WIB	
Denominator	Jumlah pasien yang harus divisite	
Standar	$\geq 80\%$	
Kriteria	Inklusi	Visite dokter pada pasien rawat inap
	Eksklusi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien yang baru masuk rawat inap</li> <li>2. pasien konsul</li> </ol>
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Sumber data	Laporan Visite Rawat Inap dalam rekam	

	medik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Frekuensi analisis data	3 Bulan
Metode pengumpulan data	Retrospektif
Sampel	Seluruh Pasien Rawat Inap
Penyajian data	Line chart
Instrumen pengambilan data	Formulir kepatuhan waktu visite dokter
Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Rawat Inap

6. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium

Judul Indikator	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis laboratorium	
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien.</li> <li>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.</li> </ol>	
Dimensi Mutu	Tepat waktu, keselamatan	
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium</li> <li>2. Tergambarnya sistem yang menunjukkan bagaimana nilai kritis dilaporkan dan di dokumentasikan untuk menurunkan risiko keselamatan pasien.</li> </ol>	
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera.</li> <li>2. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/ analis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan.</li> <li>3. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan ≤ 30 menit.</li> </ol>	
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 %	
Kriteria	Inklusi	Semua hasil pemeriksaan laboratorium yang memenuhi kategori klinis
	Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Sumber data	Catatan data laporan hasil tes kritis	

	laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampel
Cara pengambilan sampel	Probability sampling – simple random sampling
Penyajian Data	grafik garis
Instrumen Pengambilan Data	Formulir pelaporan hasil kritis laboratorium
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

7. Kepatuhan penggunaan formularium nasional

Judul Indikator	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>Keputusan Menteri Kesehatan mengenai Formularium Nasional.</li> <li>Kepatuhan terhadap formularium dapat meningkatkan efisiensi dalam penggunaan obat-obatan.</li> <li>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.</li> </ol>
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"> <li>Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.</li> <li>Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah peresepan obat (R/: recipe dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.</li> </ol>
Jenis Indikator	Proses
Satuan pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah resep (R/) dalam lembar resep yang sesuai formularium nasional
Denominator (penyebut)	Jumlah resep (R/) dalam lembar resep yang diobservasi
Target Pencapaian	≥ 80%
Kriteria	Inklusi
	Semua resep yang dilayani di RS



	Eksklusi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obat yang diresepkan diluar formularium nasional tetapi dibutuhkan pasien dan telah mendapat persetujuan dari Komite Medik dan Direktur</li> <li>2. Bila dalam resep terdapat obat diluar fornasi karena stok obat nasional berdasarkan e-katalog habis/ kosong</li> </ol>
Formula		$\frac{Numerators}{Denominator} \times 100\%$
Sumber data		Lembar resep di instalasi farmasi
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Frekuensi analisis data		3 bulan
Metode pengumpulan data		Retrospektif
Sample		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Total sampel (apabila jumlah populasi <math>\leq 30</math>)</li> <li>2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi <math>&gt; 30</math>)</li> </ol>
Cara pengambilan sampel		Probability Sampling – Simple Random Sampling/ Systematic random Sampling
Instrumen pengambilan data		Formulir kepatuhan penggunaan formularium nasional
Penyajian data		Line Chart
Penanggung Jawab		Ka. Instalasi Farmasi

#### 8. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Judul Indikator	Kepatuhan Kebersihan Tangan
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.</li> <li>3. Keputusan Menteri Kesehatan mengenai penanggulangan penyakit yang dapat menimbulkan wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat.</li> <li>4. Rumah sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai dengan ketentuan WHO.</li> </ol>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (alcohol-based handrubs) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor.</li> </ol>

2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO.
3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan.
4. Lima indikasi (five moment) kebersihan tangan terdiri dari:
  - 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 aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, 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 dimana 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

		<p>diindikasikan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</li> <li>8. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.</li> <li>9. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan.</li> <li>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.</li> <li>11. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit).</li> <li>12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi.</li> <li>13. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasin kegiatan yang dilakukan.</li> </ol>
Jenis Indikator		Proses
Satuan pengukuran		Persentase
Numerator (pembilang)		Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan sesuai dengan indikasi
Denominator (penyebut)		Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam satu periode pengamatan
Target Pencapaian		≥ 85%
Kriteria	Inklusi	Semua peluang kebersihan tangan yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan
	Eksklusi	-
Formulasi		$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data		Hasil observasi
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisis		3 bulan
Metode Pengumpulan Data		<i>Concurrent</i> dengan observasi langsung
Cara pengambilan sampel		Non probability sampling – consecutive sampling
Sampel		Minimal 200 orang
Penyajian Data		line chart
Instrumen Pengambilan Data		Formulir monitoring kebersihan tangan (hand hygiene)
Penanggung Jawab		Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit

9. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Judul Indikator		Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
Dasar pemikiran		Permenkes 11/2017 ttg SKP
Dimensi Mutu		Keselamatan
Tujuan		Pelaksanaan pengkajian awal, pengkajian ulang dan intervensi upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.
Definisi Operasional		Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan dalam menjalankan upaya pencegahan jatuh agar terselenggara pelayanan keperawatan yang aman dan mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien
Jenis Indikator		Proses
Numerator (pembilang)		Jumlah pasien berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh
Denominator (penyebut)		Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang disurvei
Target Pencapaian		100%
Kriteria	Inklusi	Pasien rawat inap berisiko tinggi
	Eksklusi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tidak dapat dilakukan asesmen ulang maupun edukasi (meninggal, gangguan jiwa yang melewati fase akut)</li> <li>• Pasien yang menolak intervensi</li> </ul>
Formula		$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data		Rekam Medis pasien rawat inap
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisis		3 bulan
Cara Pengumpulan Data		Retrospektif
Sampel		Sampling
Penyajian Data		Line chart
Instrumen Pengambilan Data		1. formulir sensus harian 2. formulir rekapitulasi bulanan
Penanggung Jawab		Ka. Instalasi Rawat Inap
Publikasi		Publikasi Internal

10. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

Judul Indikator		Kepatuhan terhadap clinical pathway
Dasar pemikiran		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang mengenai Praktik Kedokteran</li> <li>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.</li> <li>3. Kepatuhan terhadap alur klinis/clinical pathway adalah kepatuhan seluruh Profesional Pemberi Asuhan terhadap alur klinis/clinical pathway yang telah ditetapkan.</li> </ol>

		<p>4. Pemilihan penyakit yang akan dilakukan pengukuran kepatuhan terhadap alur klinis/clinical pathway sesuai dengan prioritas nasional adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hipertensi</li> <li>Diabetes melitus</li> <li>TB</li> <li>HIV</li> <li>Keganasan</li> </ol> <p>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.</p>
Dimensi Mutu		Efisiensi, 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"> <li>Clinical Pathway 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.</li> <li>Kepatuhan terhadap clinical pathway adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan clinical pathway yang ditetapkan Rumah Sakit.</li> <li>Clinical pathway dievaluasi adalah kepatuhan 5 CP terdiri dari LOS, pemeriksaan penunjang dan terapi</li> </ol>
Jenis Indikator		Proses
Satuan pengukuran		Persentase
Numerator (pembilang)		Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan clinical pathway
Denominator (penyebut)		Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada clinical pathway yang disurvei
Target Pencapaian		≥ 80%
Kriteria	Inklusi	Pasien yang menderita penyakit sesuai batasan ruang lingkup clinical pathway yang diukur.
	Eksklusi	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien pulang atas permintaan sendiri</li> <li>Pasien yang meninggal</li> <li>Variasi yang terjadi sesuai dengan indikasi klinis pasien dalam perkembangan pelayanan</li> </ol>

Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data	Rekam medis pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampel
Penyajian Data	Line chart
Instrumen Pengambilan Data	Form kepatuhan CP
Penanggung Jawab	Bidang Pelayanan Medik, Komite medik, Komite keperawatan dan komite tenaga kesehatan lain

11. Kepuasan pasien

Judul Indikator	Kepuasan Pasien
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang mengenai pelayanan publik</li> <li>2. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi mengenai Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik.</li> </ol>
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"> <li>1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.</li> <li>2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan.</li> <li>3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Krejcie dan Morgan.</li> <li>4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien.</li> <li>5. Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variabel penyusunan survei kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan.</li> <li>6. Unsur survei kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Persyaratan.</li> <li>b. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur.</li> </ol> </li> </ol>

		<p>c. Waktu Penyelesaian.  d. Biaya/Tarif.  e. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan.  f. Kompetensi Pelaksana.  g. Perilaku Pelaksana.  h. Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan.  i. Sarana dan prasarana.</p> <p>7. Indeks Kepuasan adalah hasil pengukuran dari kegiatan Survei Kepuasan berupa angka.</p>
Jenis Indikator		Outcome
Satuan pengukuran		Persentase
Numerator (pembilang)		-
Denominator (penyebut)		-
Target Pencapaian		Skor > 76,60
Kriteria	Inklusi	Seluruh pasien
	Eksklusi	Pasien yang tidak kompeten dalam mengisi kuesioner dan/atau tidak ada keluarga yang mendampingi.
Formula		$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data		Data primer dengan lembar kuesioner
Frekuensi pengumpulan data		6 bulan
Periode analisis		6 bulan
Metode Pengumpulan Data		Melakukan Survei kepuasan pasien dan keluarga dengan alat bantu kuesioner Survei
Sampel		Sesuai Kebijakan RS Sampling dihitung dan dipilih sesuai dengan kaidah sampling yang benar Minimal sampel 50
Penyajian Data		Hasil Akhir Kuesioner <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagram garis digunakan untuk menampilkan data dari waktu ke waktu.</li> <li>• Diagram batang digunakan untuk membandingkan nilai antar unit yang disurvei</li> </ul>
Instrumen Pengambilan Data		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulir Kuesioner untuk Responden</li> <li>• Formulir Rekapitulasi Responden sebanyak sample yang diambil</li> <li>• Formulir survei kepuasan pelanggan (IKM)</li> </ul>
Penanggung Jawab		Kepala Bagian Humas

12. Ketepatan waktu tanggap komplain

Judul Indikator	Ketepatan waktu tanggap komplain
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 32 bahwa setiap pasien mempunyai mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan.</li> <li>2. Rumah sakit berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti</li> </ol>

	<p>diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit. Apabila selama perawatan pasien merasa bahwa rumah sakit belum menunaikan kewajiban tersebut maka pasien memiliki hak untuk mengajukan komplain.</p> <p>3. Untuk itu rumah sakit perlu memiliki unit yang merespon dan menindaklanjuti keluhan tersebut dalam waktu yang telah ditetapkan agar keluhan pasien dapat segera teratasi.</p>
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"> <li>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.</li> <li>2. Grading risiko dan standar waktu tanggap komplain: <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol> </li> </ol>
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%
Kriteria	Inklusi	Semua komplain (lisan, tertulis dan media massa)
	Eksklusi	-
Formula		$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data		Catatan komplain
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Frekuensi analisis data		3 bulan
Metode pengumpulan data		Retrospektif
Sampel		Total sampel
Instrumen pengambilan data		1. Formulir komplain 2. Laporan tindak lanjut komplain
Penyajian data		Line chart
Area Monitoring		Instalasi rawat inap
Penanggung Jawab		Kepala Bagian Humas/ Unit pengaduan

13. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Judul Indikator	Kepatuhan Penggunaan APD
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien.</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.</li> <li>3. Keputusan Menteri Kesehatan mengenai penanggulangan penyakit yang dapat menimbulkan wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat.</li> <li>4. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.</li> <li>5. Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri (APD).</li> <li>6. Rumah Sakit harus memperhatikan kepatuhan pemberi pelayanan dalam menggunakan APD sesuai dengan prosedur.</li> </ol>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tergambarnya kepatuhan petugas dalam menggunakan alat pelindung diri</li> <li>2. Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi</li> </ol>
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkatb alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit.</li> <li>2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam</li> </ol>

		<p>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).</p> <p>3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi.</p> <p>4. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium.</p> <p>5. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan.</p> <p>6. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan.</p>
Jenis Indikator		Proses
Satuan Pengukuran		Persentase
Numerator (pembilang)		Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dan standar dalam periode pengamatan
Denominator (penyebut)		Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD pada periode pengamatan
Target Pencapaian		100 %
Kriteria	Inklusi	Semua petugas yang terindikasi harus menggunakan APD
	Eksklusi	-
Formula		$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data		Hasil observasi
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisis		3 bulan
Metode Pengumpulan Data		Observasi
Sampel		<p>1. Total sampel (apabila jumlah populasi <math>\leq 30</math>)</p> <p>2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi <math>&gt; 30</math>)</p>
Cara pengambilan sampel		Non probability sampling – consecutive sampling
Penyajian data		Line chart
Instrumen Pengambilan Data		Formulir observasi kepatuhan penggunaan APD
Penanggung Jawab		Komite PPI

## B. PROFIL INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT

1. Ketepatan identifikasi saat pemberian obat jantung

Judul Indikator	Ketepatan identifikasi saat pemberian obat jantung	
Dasar pemikiran	1. Permenkes RI No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 2. Kesalahan mengidentifikasi merupakan salah satu risiko paling serius terhadap keselamatan pasien.	
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien	
Tujuan	Untuk mencegah terjadinya kesalahan identifikasi pasien dalam pemberian obat	
Definisi Operasional	Identifikasi pasien sebelum pemberian obat adalah salah satu cara untuk menghindari kesalahan dalam pemberian obat terutama untuk obat jantung jenis injeksi (Fapresor dan Farpresin).	
Jenis Indikator	Proses	
Satuan Pengukuran	Persentase	
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang teridentifikasi secara benar dalam pemberian injeksi Fapresor dan/ atau Farpresin	
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang mendapatkan obat Fapresor dan/ atau Farpresin	
Target Pencapaian	100%	
Kriteria	Inklusi	Pasien dewasa yang mendapatkan injeksi fapresor dan farpresin
	Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Metode pengumpulan data	<i>Concurrent</i>	
Sumber data	Observasi menggunakan formulir pengumpulan data	
Instrumen pengambilan data	Formulir pencatatan ketepatan identifikasi pemberian obat	
Populasi/Sampel	Total sampel	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan	
Frekuensi analisis data	3 bulan	
Penyajian Data	Line Chart	
Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Rawat Inap Ka. Instalasi Intensif	

2. Ketepatan waktu pelaporan hasil troponin

Judul Indikator	Pelaporan hasil troponin
Dasar pemikiran	1. Permenkes RI No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 2. Kecepatan dan ketepatan pelaporan hasil hasil troponin sangat penting dalam kelanjutan tata laksana pelayanan jantung.

Dimensi Mutu	Tepat waktu, Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium.
Definisi Operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pemeriksaan <i>Turnaround Time</i> (TAT) Troponin untuk mendeteksi terjadinya infark miokard akut. Waktu tunggu hasil pemeriksaan adalah rentang waktu yang dibutuhkan mulai sampel diterima sampai dengan hasil pemeriksaan diverifikasi oleh dokter spesialis patologi klinik/analisis kesehatan, dengan standar waktu kurang dari 45 menit
Jenis Indikator	Proses
Satuan pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pemeriksaan troponin dengan waktu tunggu kurang dari 45 menit
Denominator (penyebut)	Jumlah total pemeriksaan troponin
Target Pencapaian	100%
Kriteria	Inklusi
	Eksklusi
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Sumber data	<i>Laboratorium Information System</i> (LIS)
Instrumen Pengambilan Data	<i>Laboratorium Information System</i> (LIS)
Populasi/Sampel	Seluruh pasien dengan pemeriksaan troponin (total sampel)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Penyajian data	Line chart
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

### 3. Kepatuhan Pelabelan HAM pada obat Jantung

Judul Indikator	Kepatuhan pelabelan HAM pada obat Jantung
Dasar pemikiran	Permenkes RI No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya upaya rumah sakit dalam menjaga keselamatan pasien untuk pelabelan obat high alert
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepatuhan pemberian label obat high alert oleh farmasi yang dimaksud adalah ketepatan pemberian label obat high alert sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit dengan memperhatikan prinsip keselamatan pasien.</li> <li>2. Obat – obatan yang perlu diwaspadai (<i>high alert medication</i>) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan serius (<i>sentinel event</i>) dan</li> </ol>

	<p>obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (<i>adverse event</i>).</p> <p>3. Daftar Obat Jantung yang termasuk <i>high alert medication</i> adalah sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Revatio</li> <li>Lovenox 0,6</li> <li>Lovenox 0,4</li> <li>Inviclot</li> <li>Amiodarone</li> <li>Arixtra</li> <li>Faspresor</li> <li>Farpresin</li> </ol> <p>4. Label harus diisi pada obat – obat diatas pada bagian obat yang tidak menutupi identitas obat. Apabila obat diatas tidak diberikan label <i>high alert</i> sesuai standar maka harus dilaporkan sebagai KNC.</p>	
Jenis Indikator	Proses	
Satuan pengukuran	Persentase	
Numerator (pembilang)	Jumlah obat jantung yang diberi label <i>high alert</i>	
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh obat jantung masuk kategori HAM	
Target Pencapaian	100%	
Kriteria	Inklusi	Obat jantung kategori HAM
	Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Metodologi pengumpulan data	Retrospektif	
Sumber data	Formulir monitoring	
Instrumen pengumpulan data	Formulir monitoring pelabelan obat	
Populasi/sampel	Total sampel	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan	
Frekuensi analisis data	3 bulan	
Penyajian data	Run chart	
Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Farmasi	

#### 4. Kelengkapan pengisian *surgical safety checklist* di ruang cathlab

Judul Indikator	Kelengkapan pengisian <i>surgical checklist</i> di ruang cathlab
Dasar pemikiran	Permenkes RI No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan/ prosedur operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	1. <i>Surgical safety checklist</i> adalah daftar list klarifikasi keselamatan pasien yang dibacakan/ dicatat sebelum insisi, selama operasi dan

	<p>sesudah operasi untuk memastikan benar pasien, benar lokasi, benar tindakan/prosedur operasi sudah sesuai dengan yang direncanakan.</p> <p>2. Dokumen <i>Surgical safety checklist</i> meliputi :</p> <p>a. Tahapan sign in, dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi.</p> <p>b. Tahapan time out, dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator.</p> <p>c. Tahapan sign out, dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator.</p> <p>3. Komponen dokumen <i>Surgical Safety Checklist</i> yang harus dilengkapi adalah :</p> <p>a. Kolom identitas (nama, no RM, jenis kelamin)</p> <p>b. Waktu pelaksanaan tindakan sign in, time out, dan sign out (tanggal, jam awal dan jam akhir)</p> <p>c. Checklist masing – masing tindakan sign in, time out, sign out</p> <p>d. Nama dan tanda tangan petugas di setiap tindakan sign in, time out dan sign out</p> <p>e. Seluruh komponen harus diisi lengkap, apabila ada salah satu/lebih yang tidak terisi maka dinyatakan tidak lengkap</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah dokumen pengisian surgical safety checklist yang diisi lengkap
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh tindakan cathlab
Target Pencapaian	100%
Kriteria	Inklusi
	Eksklusi
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Metodologi pengumpulan data	Concurrent
Sumber data	Catatan data pasien cathlab
Instrumen pengumpulan data	Formulir monitoring surgical safety checklist
Populasi/sampel	Pasien yang dilakukan tindakan cathlab (total sampel)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Frekuensi analisis data	3 bulan
Penyajian data	Line chart

Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Bedah Sentral
------------------	-----------------------------

## 5. Kepatuhan Kebersihan Tangan Dokter Spesialis Jantung Sebelum Tindakan

Judul Indikator	Kepatuhan Kebersihan Tangan Dokter Spesialis Jantung Sebelum Tindakan	
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.</li> <li>3. Keputusan Menteri Kesehatan mengenai penanggulangan penyakit yang dapat menimbulkan wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat.</li> <li>4. Rumah sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai dengan ketentuan WHO</li> </ol>	
Dimensi Mutu	Keselamatan	
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.	
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (<i>alcohol based handrubs</i>) dengan kandungan alkohol 60- 80% bila tangan tidak tampak kotor.</li> <li>2. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan dokter dalam melakukan kebersihan tangan sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien.</li> </ol>	
Jenis Indikator	Proses	
Satuan pengukuran	Persentase	
Numerator (pembilang)	Jumlah dokter spesialis jantung yang melakukan kebersihan tangan sebelum tindakan	
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh dokter spesialis jantung	
Target Pencapaian	100%	
Kriteria	Inklusi	-
	Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	

Metodologi pengumpulan data	Concurrent
Sumber data	Hasil observasi kebersihan tangan
Instrumen pengumpulan data	Formulir kebersihan tangan
Populasi/sampel	Total sampel
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Frekuensi analisis data	3 bulan
Penyajian data	Line chart
Penanggung Jawab	Ka SMF Jantung

## 6. Kejadian pasien jatuh di ruang cathlab

Judul Indikator	Kejadian pasien jaruh di ruang cathlab
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien</li> <li>2. Perawat bertanggung jawab dalam mengidentifikasi pasien yang berisiko jatuh dan membuat suatu rencana perawatan untuk meminimalkan risiko.</li> </ol>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Kejadian pasien jatuh yang terjadi selama dirawat di rumah sakit dapat menyebabkan konsekuensi yang serius dan bahkan mengancam keselamatan banyak pasien.
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh selama dirawat di rumah sakit, baik akibat jatuh dari tempat tidur, kamar mandi atau tempat lainnya yang berakibat cedera, kecacatan atau kematian
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien jatuh
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh pasien
Target Pencapaian	0%
Kriteria	Inklusi
	Eksklusi
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Rekam Medis pasien rawat inap
Instrumen Pengambilan Data	Formulir laporan IKP
Populasi/Sampel	Total sampel
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Penyajian Data	Line chart
Penanggung Jawab	Koordinator Cathlab

## 7. Ketepatan Waktu Pelaksanaan Fibrinolitik

Judul Indikator	Ketepatan waktu pelaksanaan fibrinolitik
Dasar pemikiran	
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien, Efektivitas



Tujuan		
Definisi Operasional	Waktu yang diperlukan sejak pasien tiba di unit gawat darurat dengan (STEMI) sampai dilakukan <i>door to needle</i> dalam waktu kurang dari 60 menit	
Jenis Indikator	Proses	
Satuan pengukuran	Persentase	
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien STEMI yang dilakukan proses <i>door to needle</i> dalam waktu kurang dari 60 menit	
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien STEMI	
Target	85%	
Kriteria	Inklusi	-
	Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Metode pengumpulan data	Observasi	
Sumber data	Formulir monitoring	
Instrumen pengambilan data		
Populasi/Sampel	Total sampel	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan	
Frekuensi analisis data	3 bulan	
Penyajian data	Line chart	
Penanggung Jawab	Koordinator Cathlab	

#### 8. Ketepatan Waktu Pelaksanaan *Door to Balloon*

Judul Indikator	Ketepatan Waktu Pelaksanaan <i>Door to Balloon</i>	
Dasar pemikiran		
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien, Efektivitas	
Tujuan		
Definisi Operasional	Waktu yang diperlukan sejak pasien tiba di unit gawat darurat dengan (STEMI) sampai <i>door to balloon</i> dalam waktu kurang dari 120 menit.	
Jenis Indikator	Proses dan Outcome	
Satuan pengukuran	Persentase	
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien STEMI yang dilakukan <i>door to balloon</i> kurang dari 120 menit	
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien STEMI	
Target	85%	
Kriteria	Inklusi	Pasien STEMI
	Eksklusi	Pasien dari ruang rawat inap Pasien dari ruang intensif
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Metode pengumpulan data	Observasi	
Sumber data	Formulir monitoring	

Instrumen pengambilan data	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Frekuensi analisis data	3 bulan
Populasi/Sampel	Total sampel
Penyajian data	Line chart
Penanggung Jawab	Koordinator Cathlab

## 9. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway Pelayanan Jantung

Judul Indikator	Kepatuhan terhadap clinical pathway pelayanan jantung	
Dasar pemikiran	Permenkes Nomor 1438 tahun 2010 tentang standar pelayanan kedokteran	
Dimensi Mutu	Efisiensi	
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terselenggaranya standarisasi proses asuhan klinis di rumah sakit sehingga dapat memberikan jaminan kepada pasien untuk memperoleh pelayanan klinis berdasarkan pada nilai ilmiah sesuai kebutuhan medis</li> <li>• Menjamin kepatuhan dokter atau dokter gigi di rumah sakit terhadap standar pelayanan dan untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis di rumah sakit</li> </ul>	
Definisi Operasional	Proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan kepada pasien oleh DPJP, Perawat, Farmasi, Gizi yang sesuai dengan clinical pathway pelayanan jantung. Komponen yang dievaluasi adalah kepatuhan terapi, diagnostik dan lama rawat.	
Jenis Indikator	Proses	
Satuan Pengukuran	Persentase	
Numerator (pembilang)	Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan clinical pathway jantung	
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada clinical pathway jantung yang disurvei	
Target Pencapaian	≥ 80%	
Kriteria	Inklusi	Semua pasien jantung
	Eksklusi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien pulang atas permintaan sendiri</li> <li>• Pasien yang meninggal</li> <li>• Variasi yang terjadi sesuai dengan indikasi klinis pasien dalam perkembangan pelayanan</li> </ul>
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif	

Sumber data	Form clinical pathway yang terisi
Instrumen Pengambilan Data	Form CP
Sampel	Total populasi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Penyajian Data	Line chart
Penanggung Jawab	KSM Jantung

#### 10. Kesalahan Pemberian Obat

Judul Indikator	Kesalahan pemberian obat	
Dasar pemikiran	Permenkes RI Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit	
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien	
Tujuan		
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang/pasien 4. Salah jumlah obat	
Jenis Indikator	Proses	
Satuan pengukuran	Persentase	
Numerator (pembilang)	Jumlah kesalahan pemberian obat	
Denominator (penyebut)	Jumlah resep yang diberikan	
Target	0%	
Kriteria	Inklusi	-
	Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Metode pengumpulan data	Retrospektif	
Sumber data	Laporan IKP	
Instrumen pengambilan data	Formulir monitoring pemberian obat (CPO)	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan	
Frekuensi analisis data	3 bulan	
Populasi/Sampel	Total sampel	
Penyajian data	Line chart	
Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Farmasi	

#### 5. Waktu Tanggap Hasil Review Ethical Clearance

Judul Indikator	Waktu Tanggap Hasil Review <i>Ethical Clearance</i>
Dasar pemikiran	- Dengan adanya <i>Ethical Clearance</i> (EC) subyek penelitian mendapatkan perlindungan. - SPO Pembuatan <i>Ethical Clearance</i> RS
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	- Tergambarnya kelayakan untuk melakukan penelitian klinis

		- Melindungi subyek penelitian/ responden dari bahaya secara fisik, psikis, sosial dan konsekuensi hukum sebagai akibat turut berpartisipasi dalam suatu penelitian.
Definisi Operasional		<i>Ethical Clearance</i> (EC) adalah keterangan tertulis yang diberikan oleh Komite Etik Penelitian melibatkan manusia sebagai subyek penelitian yang menyatakan bahwa proposal peneliti layak dilaksanakan. Waktu tanggap hasil review EC adalah waktu yang diperlukan sejak pengumpulan berkas EC (surat penelitian dari institusi, proposal penelitian, form resume penelitian, protokol etik, informed consent dan surat pernyataan penelitian dari RS) sampai dengan berkas diserahkan ke Ketua Komkordik untuk dilakukan evaluasi kelengkapan berkas yang kemudian dilanjutkan review oleh tim Komite Etik Penelitian dalam waktu $\leq 2$ minggu.
Jenis Indikator		Proses
Satuan pengukuran		Persentase
Numerator		Jumlah penelitian dengan hasil review EC yang keluar dalam waktu $\leq 2$ minggu.
Denominator		Jumlah seluruh peserta penelitian yang mengajukan dalam periode bulan tersebut
Target Pencapaian		$\geq 95\%$
Kriteria	Inklusi	Hasil penilaian memuaskan dan sangat memuaskan
	Eksklusi	-
Formula		$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan data		Retrospektif
Sumber data		Data sekunder dengan kuesioner
Instrumen pengambilan data		Ceklist kelengkapan data
Sampel		Total sampel (seluruh peserta penelitian )
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Frekuensi analisis data		6 bulan
Penyajian data		Run chart
Penanggung Jawab		Ka. Instalasi Pendidikan dan Pelatihan

### C. INDIKATOR MUTU UNIT

## 1. INSTALASI ANESTESI

### a. Ketepatan Waktu Pemberian Profilaksis Antibiotik

Judul Indikator	Ketepatan waktu pemberian profilaksis antibiotik	
Dasar pemikiran	Penggunaan antibiotik yang tidak sesuai akan meningkatkan pembiayaan	
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien	
Tujuan	Tergambarnya pemberian profilaksis antibiotik yang tepat waktu guna mengurangi risiko cedera atau kejadian infeksi daerah operasi pada pasien	
Definisi Operasional	Suatu tindakan pemberian antibiotik profilaksis sebelum tindakan operasi untuk mengurangi risiko infeksi pasca operasi. Pemberian antibiotik ini efektif diberikan kepada pasien yang akan menjalani operasi. Pemberian antibiotik profilaksis efektif diberikan pada 15-30 menit sebelum insisi.	
Jenis Indikator	Proses	
Satuan Pengukuran	Presentase	
Numerator (pembilang)	Jumlah pemberian antibiotik profilaksis pada operasi elektif rentang waktu 15-30 menit sebelum insisi pada tindakan operasi elektif	
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien yang mendapatkan antibiotik profilaksis	
Target Pencapaian	80%	
Kriteria	Inklusi	seluruh pasien operasi elektif yang mendapatkan antibiotik profilaksis
	Eksklusi	tindakan operasi cito
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Sumber data	Status rekam medis pasien	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan	
Frekuensi analisis data	3 bulan	
Metode pengumpulan data	Observasi	
Sampel	Total sampel	
Instrumen pengambilan data	Formulir pemberian antibiotik profilaksis	
Penyajian Data	Line chart	
Penanggung Jawab	Ka. Instalasi anestesi	

## 2. UNIT BANGUNAN

### a. Waktu Tanggap Kerusakan Bangunan

Judul Indikator	Waktu Tanggap Kerusakan Bangunan
Dasar pemikiran	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 40 tahun 2022 tentang persyaratan teknis bangunan, prasarana, dan peralatan kesehatan rumah sakit

		2. Peraturan Menteri Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat No. 22 /PRT/M/2018 Tahun 2018 tentang Pembangunan Bangunan Gedung Negara
Dimensi mutu		Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan		Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam menanggapi pemeliharaan bangunan
Definisi operasional		Kecepatan waktu dalam menanggapi laporan kerusakan dari laporan diterima sampai pengecekan maksimal 15 menit.
Jenis Indikator		Proses dan outcome
Numerator		Jumlah kerusakan yang di tanggapi dalam Waktu Kurang dari 15 Menit dalam priode pengukuran
Denominator		Jumlah seluruh laporan kerusakan bangunan dalam periode pengukuran
Target Pencapaian		≥ 90 %
Kriteria	Inklusi	Seluruh laporan kerusakan bangunan dalam satu bulan lewat aplikasi trello dan telepone
	Eksklusi	-
Formula		$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data		Catatan laporan kerusakan bangunan dalam satu tahun lewat aplikasi
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisis		3 bulan
Cara pengumpulan data		Retrospective
Sampel		Total laporan kerusakan bangunan satu bulan
Penyajian Data		Grafik
Instrumen pengambilan data		Laporan di Trello
Penanggung jawab		Koordinator Bangunan

### 3. UNIT BANK DARAH

#### a. Waktu Tanggap Penyediaan Darah

Judul Indikator	Waktu Tanggap Penyediaan Darah
Dasar pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepmenkes Nomor 423/Menkes/SK/IV/2007 tentang Kebijakan Peningkatan Kualitas dan Akses Pelayanan Darah</li> <li>• Peraturan Pemerintah RI Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pelayanan Darah</li> </ul>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kinerja Bank Darah

		dalam memberikan pelayanan pemenuhan kebutuhan darah di rumah sakit
Definisi Operasional		Waktu tanggap penyediaan darah adalah ketepatan waktu mulai dari permintaan darah dari ruangan, pengiriman blangko dan sampel darah ke BDRS sampai petugas BDRS memberitahu kesiapan darah donor ke ruangan dalam waktu $\leq 3$ jam yang dikerjakan di BDRS dengan kriteria non CITO.
Jenis Indikator		Proses
Numerator (pembilang)		Jumlah permintaan darah yang dapat dipenuhi oleh BDRS $\leq 3$ jam.
Denominator (penyebut)		Jumlah semua permintaan darah
Target Pencapaian		90%
Kriteria	Inklusi	Yang dikerjakan BDRS
	Eksklusi	Yang dikerjakan PMI
Formula		$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data		Formulir permintaan darah ke BDRS K.R.M.T. Wongsonegoro
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisis		3 bulan
Metode Pengumpulan Data		Concurrent
Sampel		Jumlah penyiapan darah $\leq 3$ jam
Penyajian Data		Line chart
Instrumen Pengambilan Data		Buku register bank darah
Penanggung Jawab		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala Instalasi Laboratorium (Bank Darah)</li> <li>• Kepala Instalasi Rawat Inap, PICU, NICU, Kebidanan &amp; Kandungan, IBS</li> <li>• Kepala Instalasi Hemodialisa</li> <li>• Kepala Instalasi IGD</li> </ul>

#### 4. INSTALASI BEDAH SENTRAL

##### a. Insiden Tertinggalnya instrumen/ kasa/ benda lain saat operasi

Judul Indikator	Insiden tertinggalnya instrumen/ kasa/ benda lain saat operasi
Dasar pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit</li> <li>• UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan</li> <li>• UU No. 29 Tahun 2009 tentang Praktik Kedokteran</li> </ul>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Pengelolaan kegiatan operasi yang berorientasi pada keselamatan pasien
Definisi Operasional	Tertinggalnya instrumen/kasa/benda lain saat operasi adalah tertinggalnya benda-benda tersebut pada saat operasi

		yang diketahui beberapa waktu setelah operasi dilakukan.
Jenis Indikator		Proses
Numerator (pembilang)		Jumlah tertinggalnya instrumen/kasa/benda lain saat operasi per bulan
Denominator (penyebut)		Jumlah seluruh pasien operasi
Target Pencapaian		1%
Kriteria	Inklusi	Tertinggalnya instrumen/kasa/benda lain saat operasi
	Eksklusi	-
Formula		$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data		Status rekam medis pasien dan laporan insiden
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Frekuensi analisis data		3 bulan
Metodologi pengumpulan data		Concurrent
Cakupan data		Jumlah pasien yang mengalami insiden tertinggalnya benda asing pada saat operasi
Metodologi Analisa data		Line chart
Area Monitoring		Instalasi bedah sentral
Penanggung Jawab		Ka. Instalasi bedah sentral
Publikasi data		Publikasi internal

## 5. UNIT CATHLAB

### a. Angka Kejadian Hematoma Paska Tindakan Katerisasi

Judul Indikator	Angka Kejadian Hematoma Paska Tindakan Katerisasi
Dasar pemikiran	1. Keputusan Menteri Kesehatan No. 854 Tahun 2009 tentang Pengendalian Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah 2. Peraturan Menteri Kesehatan No. 1438 tentang Standar Pelayanan Kedokteran
Dimensi Mutu	Keselamatan, Fokus pada Pasien
Tujuan	Melakukan aff sheath sesuai dengan SPO agar tidak terjadi hematoma
Definisi Operasional	Hematoma adalah perdarahan tidak normal (diluar pembuluh darah) pada bekas luka insisi/pungsi disekitar area radialis, brachialis/femoralis paska tindakan angiografi, diakibatkan oleh kurang tepatnya teknik aff sheath, kurangnya observasi ketat paska tindakan, pemberian loading anti platelet dan anti koagulan, karakteristik pembuluh darah arteri perifer (terganggunya faal hemostasis), serta ketidakpatuhan pasien dalam pembatasan aktifitas paska tindakan.



Jenis Indikator		Proses dan Outcome
Satuan Pengukuran		Persentase
Numerator (pembilang)		Jumlah pasien hematoma setiap bulan
Denominator (penyebut)		Jumlah pasien yang dilakukan tindakan katerisasi
Target Pencapaian		0%
Kriteria	Inklusi	Pasien paska tindakan yang masih berada di ruang RR
	Eksklusi	-
Formula		$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data		Observasi
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Frekuensi analisis data		3 bulan
Metodologi pengumpulan data		Retrospective
Cakupan data		Total Populasi
Penyajian data		Line chart
Instrumen pengambilan data		Form observasi hematoma
Penanggung Jawab		Koordinator Cathlab

## 6. INSTALASI CSSD

### a. Kelengkapan Set Instrumen

Judul indikator		Kelengkapan set instrumen
Dasar Pemikiran		
Dimensi mutu		Efektifitas, keselamatan
Tujuan		Tergambarnya ketelitian petugas dalam melakukan tindakan operatif maupun tindakan keperawatan di ruangan dalam menjamin keselamatan pasien
Definisi operasional		Kelengkapan set instrumen adalah kelengkapan jenis dan jumlah instrumen dalam set, untuk tindakan bedah maupun tindakan di ruangan sesuai jenis tindakannya
Jenis indikator		Outcome
Numerator		Jumlah instrumen yang diterima
Denominator		Jumlah instrumen lengkap
Target		100%
Kriteria	Inklusi	Set instrumen
	Eksklusi	-
Formula		$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data		Formulir ceklist instrumen
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisis		3 bulan
Sampel		Total Sampel (seluruh set instrumen)
Penyajian Data		Line chart
Penanggung jawab		Ka. Instalasi CSSD dan Laundry

## 7. INSTALASI DIKLAT

### a. Karyawan Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pelatihan

Judul Indikator	Karyawan Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pelatihan
Dasar pemikiran	PP Nomor 11 Tahun 2017

Dimensi Mutu	Efisiensi	
Tujuan	Tergambarnya kualitas SDM rumah sakit	
Definisi Operasional	Adalah nilai capaian rata – rata jam pelatihan karyawan selama 1 tahun, baik pelatihan di dalam maupun di luar rumah sakit dengan ukuran jam pelajaran adalah 45 menit, baik dalam bentuk seminar, workshop, symposium, bimbingan teknis, pertemuan ilmiah atau sosialisasi.	
Jenis Indikator	Outcome	
Numerator (pembilang)	Jumlah jam pelatihan karyawan dalam 1 tahun	
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh karyawan	
Target Pencapaian	≥ 80%	
Kriteria	Inklusi	Karyawan yang ikut pelatihan melalui RS
	Eksklusi	Karyawan yang mengikuti pelatihan tidak melalui RS
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Sumber data	Laporan peserta pelatihan, sertifikat	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan	
Frekuensi analisis data	1 tahun	
Metodologi pengumpulan data	Retrospektif	
Cakupan data	Total sampel	
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Pendidikan dan Pelatihan	

## 8. INSTALASI FARMASI

### a. Pemenuhan Permintaan Obat dan BHP E Catalog dan Non E Catalog sesuai kebutuhan Instalasi Farmasi

Judul Indikator	Pemenuhan permintaan obat dan BHP E Catalog dan Non E Catalog sesuai kebutuhan Instalasi Farmasi
Dasar pemikiran	1. Permenkes RI Nomor 72 Tahun 2016 tentang Target Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit 2. Kepmenkes No 129 Tahun 2008 tentang Target Pelayanan Minimal
Dimensi Mutu	1. Efektivitas, 2. Efisiensi, 3. Kesenambungan pelayanan
Tujuan	Menggambarkan tingkat pemenuhan permintaan obat dan BHP Catalog dan Non E catalog sesuai kebutuhan Instalasi Farmasi
Definisi Operasional	Kesesuaian antara obat dan BHP yang datang dengan surat pemesanan dari Instalasi farmasi.
Jenis Indikator	Proses
Numerator (pembilang)	Jumlah obat dan BHP yang sudah dipenuhi
Denominator (penyebut)	Total obat dan BHP yang diminta
Target Pencapaian	90%

Kriteria	Inklusi	Obat dan BHP yang terpenuhi
	Eksklusi	Obat dan BHP yang tidak terpenuhi
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Sumber data	Data SIM-RS	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan	
Periode analisis	3 bulan	
Metode Pengumpulan Data	Retrospective	
Sampel	Jumlah obat dan BHP yang terpenuhi	
Penyajian Data	Line chart	
Instrumen Pengambilan Data	Lembar monitoring	
Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Farmasi	

**b. Waktu Tunggu Pelayanan Resep Rawat Inap**

Judul Indikator	Waktu tunggu pelayanan resep rawat inap	
Dasar pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> <li>Permenkes RI Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit</li> <li>Kepmenkes No 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal</li> </ul>	
Dimensi Mutu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keamanan dan keselamatan</li> <li>Efektifitas</li> <li>Kesinambungan Pelayanan</li> </ul>	
Tujuan	Menggambarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyiapkan resep rawat inap	
Definisi Operasional	Waktu tunggu untuk menyiapkan resep rawat inap $\leq 60$ menit dimulai saat resep diterima depo farmasi hingga obat diantar ke bangsal.	
Jenis Indikator	Proses	
Numerator (pembilang)	Jumlah sampel resep yang selesai disiapkan $\leq 60$ menit	
Denominator (penyebut)	Total sampel resep yang dilayani selama 1 bulan	
Target Pencapaian	80 %	
Kriteria a	Inklusi	Resep rawat inap yang dilayani $\leq 60$ menit
	Eksklusi	Resep rawat inap yang dilayani $> 60$ menit
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Sumber data	Sampling	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan	
Periode analisis	3 bulan	
Cara Pengumpulan Data	Retrospective	
Sampel	Jumlah resep yang terlayani sampai dengan $< 60$ menit	
Rencana Analisis	Line chart	
Instrumen Pengambilan Data	Lembar monitoring	

Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Farmasi
------------------	-----------------------

**c. Waktu Tunggu Pelayanan Resep Non Racikan**

Judul Indikator	Waktu tunggu pelayanan resep non racikan
Dasar pemikiran	Permenkes RI Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Menggambarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyiapkan resep rawat jalan
Definisi Operasional	Waktu tunggu yang diperlukan untuk menyiapkan resep rawat jalan non racikan dalam waktu kurang dari 30 menit dimulai saat resep diterima hingga obat diserahkan pada pasien
Jenis Indikator	Proses
Numerator (pembilang)	Jumlah sampel yang disiapkan kurang dari 30 menit (resep non racikan)
Denominator (penyebut)	Total sampel resep yang dilayani
Target Pencapaian	80%
Kriteria	Inklusi
	Eksklusi
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data	Resep yang masuk
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampel
Penyajian Data	Line chart
Instrumen Pengambilan Data	Lembar monitoring
Penanggung Jawab	Ka Instalasi Farmasi

**d. Waktu Tunggu Pelayanan Resep Racikan**

Judul Indikator	Waktu tunggu pelayanan resep racikan
Dasar pemikiran	Permenkes RI Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Menggambarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyiapkan resep rawat jalan
Definisi Operasional	Waktu tunggu yang diperlukan untuk menyiapkan resep rawat jalan non racikan dalam waktu kurang dari 60 menit dimulai saat resep diterima hingga obat diserahkan pada pasien
Jenis Indikator	Proses
Numerator (pembilang)	Jumlah sampel yang disiapkan kurang dari 60 menit (resep

		racikan)
Denominator (penyebut)		Total sampel resep yang dilayani
Target Pencapaian		80%
Kriteria	Inklusi	
	Eksklusi	
Formula		$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data		Resep yang masuk
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisis		3 bulan
Metode Pengumpulan Data		Retrospektif
Sampel		Total sampel
Penyajian Data		Line chart
Instrumen Pengambilan Data		
Penanggung Jawab		

## 9. INSTALASI GAWAT DARURAT

### a. Waktu Tanggap Pelayanan di IGD

Judul Indikator		Waktu tanggap pelayanan di IGD
Dasar pemikiran		
Dimensi Mutu		<ul style="list-style-type: none"> <li>Keamanan dan Keselamatan Pasien</li> <li>Efektifitas</li> <li>Kesinambungan pelayanan</li> </ul>
Tujuan		Menggambarkan waktu yang dibutuhkan dalam pelayanan pasien gawat darurat
Definisi Operasional		Lamanya pasien yang diberi pelayanan di IGD baik pemeriksaan penunjang dan terapi yang terhitung mulai dari kedatangan pasien di triase hingga pasien dinyatakan dipulangkan atau dipindahkan ke ruangan /unit lain dalam waktu $\leq 3$ jam.
Jenis Indikator		Proses
Numerator (pembilang)		Jumlah pasien yang di beri pelayanan di IGD dalam waktu $\leq 3$ jam
Denominator (penyebut)		Jumlah pasien IGD yang disurvei
Target Pencapaian		100%
Kriteria	Inklusi	Semua pasien yang terdaftar berobat ke IGD
	Eksklusi	-
Formula		$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data		Lembar triase dan dashboard portir
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisis		3 bulan
Metode Pengumpulan Data		Retrospektif
Sampel		Total sampling
Penyajian Data		line chart
Instrumen Pengambilan Data		Formulir monitoring IGD
Penanggung Jawab		Ka Inst IGD

b. **Angka Kematian di IGD**

Judul Indikator	Angka kematian di IGD	
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit 2. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit	
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan	
Tujuan	Menilai keberhasilan tindakan life saving anak dan dewasa	
Definisi Operasional	Angka kematian di IGD adalah kematian yang terjadi di IGD setelah pasien mendapatkan pelayanan tindakan resusitasi dalam waktu kurang dari 24 jam	
Jenis Indikator	Outcome	
Numerator (pembilang)	Jumlah kematian di IGD kurang dari 24 jam	
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien true emergency (ESI I dan II)	
Target Pencapaian	2%	
Kriteria	Inklusi	Pasien yang meninggal setelah mendapatkan resusitasi < 24 jam
	Eksklusi	Pasien DOA
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Sumber data	RM IGD dan dashboard	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan	
Periode analisis	3 bulan	
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif	
Sampel	Total sampel	
Penyajian Data	Line chart	
Instrumen Pengambilan Data	Formulir monitoring IGD	
Penanggung Jawab	Ka Inst IGD	

10. **INSTALASI GIZI**

a. **Persentase Makanan yang Habis dimakan Pasien**

Judul Indikator	Persentase Makanan yang Habis dimakan Pasien
Dasar pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> <li>Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit</li> <li>Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit</li> </ul>
Dimensi Mutu	Efektifitas, dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Prosentasi makanan yang dapat dihabiskan dari satu atau lebih

	waktu makan pasien.
Jenis Indikator	Proses
Numerator (pembilang)	Total nilai
Denominator (penyebut)	Jumlah jenis menu x 4
Target Pencapaian	≤80%
Kriteria	Inklusi
	Eksklusi
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data	Survei
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Metode Pengumpulan Data	Retrospective
Sampel	Jumlah sisa makanan
Penyajian Data	LINE CHART
Instrumen Pengambilan Data	Lembar monitoring
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Gizi

**b. Ketepatan Diet yang Diberikan kepada Pasien**

Judul Indikator	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dasar pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> <li>Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit</li> <li>Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit</li> </ul>
Dimensi Mutu	Keamanan, efisien
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Prosentase ketepatan diet yang disajikan sesuai dengan diet order dan rencana asuhan.
Jenis Indikator	
Numerator (pembilang)	Jumlah pemberian makanan yang di survey dikurangi jumlah pemberian makanan (yg disurvey) yang salah diet
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Target Pencapaian	100%
Kriteria	Inklusi
	Eksklusi
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data	Survei
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Metode Pengumpulan Data	Retrospective
Sampel	Jumlah makanan yang sesuai diet
Penyajian Data	Line chart
Instrumen Pengambilan Data	Lembar monitoring
Penanggung Jawab	Kepala Inst. Gizi, Kepala Ruang Rawat Inap

**a. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien**

Judul Indikator	Ketepatan Waktu Pemberian makanan kepada pasien	
Dasar pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> <li>Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit</li> <li>Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit</li> </ul>	
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi	
Tujuan	Makanan yang disajikan Di berikan Kepada Pasien Tepat Waktu untuk keefektifan pelayanan Gizi	
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah Ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan	
Jenis Indikator		
Numerator (pembilang)	Jumlah Pasien Rawat Inap Yang mendapat makanan tepat waktu	
Denominator (penyebut)	Jumlah Seluruh Pasien Rawat Inap yang di survey	
Target Pencapaian	≤90%	
Kriteria	Inklusi	
	Eksklusi	
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Sumber data	Ceklist audit	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan	
Periode analisis	3 bulan	
Metode Pengumpulan Data	Retrospective	
Sampel	Jumlah menu sesuai dengan penilaian	
Penyajian Data	LINE CHART	
Instrumen Pengambilan Data	Lembar monitoring	
Penanggung Jawab	Ahli gizi ruang IRNA	

## 11. INSTALASI HEMODIALISA

### a. Kejadian Cloting Durante HD

Judul Indikator	Kejadian Cloting durante HD	
Dasar pemikiran		
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien	
Tujuan	Tergambarnya pelayanan HD yang aman untuk pasien	
Definisi Operasional	Kejadian clotting terajadi saat proses hd sehingga darah tidak bisa di masukan ke dalam tubuh pasien	
Jenis Indikator	Outcome	
Satuan Pengukuran	Persentase	
Numerator (pembilang)	Jumlah kejadian clotting	
Denominator (penyebut)	Jumlah tindakan hemodialisa	
Target Pencapaian	100%	
Kriteria a	Inklusi	Semua tindakan HD
	Eksklusi	-



Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data	Buku catatan pemesanan ambulance
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Frekuensi analisis data	3 bulan
Metode pengumpulan data	Retrospektif
Instrumen pengambilan data	Formulir pengawasan kejadian clotting HD
Sampel	Total sampling
Penyajian Data	Line chart
Penanggung Jawab	Kepala ruang Brotojoyo 2

## 12. INSTALASI INTENSIF CARE UNIT

### a. Skrining VAP

Judul Indikator	Kepatuhan skrining VAP	
Dasar pemikiran		
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan pasien	
Tujuan	Tercapainya keselamatan pasien selama masa perawatan dan mutu layanan di unit intensif	
Definisi Operasional	Kepatuhan screening VAP adalah perilaku perawat dan dokter jaga dalam pelaksanaan screening VAP VAP adalah infeksi nosokomial (pneumonia) yang terjadi setelah 48 jam pemasangan intubasi (Endotracheal tube) diruang perawatan intensif	
Jenis Indikator	Input	
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang dilakukan skrining VAP	
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien yang terpasang ETT selama 48 jam atau lebih	
Target Pencapaian	95%	
Kriteria	Inklusi	Pasien yang terpasang ETT
	Eksklusi	Pasien sudah terjadi pneumonia dari ruangan
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Sumber data	Form Observasi	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan	
Periode analisis	3 bulan	
Metode Pengumpulan Data	Observasi	
Sampel	Total populasi pasien terpasang ETT yang yang tidak terjadi pneumonia	
Penyajian Data	Diagram garis	
Instrumen Pengambilan Data	Formulir pencatatan	
Penanggung Jawab	Ka. Instalasi ICU	

## 13. INSTALASI PEMELIHARAAN SARANA RS

### a. Kecepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul indikator	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dasar pemikiran	UU No.39 tahun 2009 tentang

		Rumah Sakit
Dimensi mutu		Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan		Tergambarnya kecepatan 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 dan outcome
Numerator		Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator		Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Target Pencapaian		≥ 90 %
Kriteria	Inklusi	Seluruh alat yang dilakukan kegiatan pemeliharaan : pemantauan fungsi alat, perbaikan dan kalibrasi
	Eksklusi	-
Formula		$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data		Catatan laporan kegiatan pemeliharaan : pemantauan fungsi alat, perbaikan dan kalibrasi
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisis		3 bulan
Metode Pengumpulan Data		Catatan laporan kegiatan pemeliharaan alat satu bulan
Sampel		Total laporan kegiatan pemeliharaan alat satu bulan
Penyajian Data data		LINE CHART
Instrument pengambilan data		-
Penanggung jawab		Kepala IPRS

#### 14. INSTALASI K3 dna SANITASI

##### a. Angka Kejadian Kecelakaan Kerja

Judul indikator	Angka Kejadian Kecelakaan Kerja
Dasar pemikiran	Permenkes RI nomor 66 Tahun 2016
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar setiap pegawai mendapat jaminan keselamatan dan kesehatan kerja baik secara fisik, sosial, dan psikologis.</li> <li>2. Agar setiap pegawai merasa aman dan terlindungi dalam bekerja</li> </ol>
Definisi operasional	Kejadian yang tak terduga dan tidak diharapkan dan tidak terencana yang mengakibatkan luka, sakit, kerugian baik pada manusia, barang maupun lingkungan

Jenis indikator		Proses dan outcome
Numerator		Jumlah SDM/karyawan yang mengalami kecelakaan kerja
Denominator		-
Target Pencapaian		
Kriteria	Inklusi	
	Eksklusi	-
Formula		$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data		Form pemantauan/monitoring
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisis		3 bulan
Metode Pengumpulan Data		Retrospektif
Sampel		total kecelakaan kerja yg terjadi
Penyajian Data data		Diagram garis
Instrument pengambilan data		-
Penanggung jawab		K3RS

**b. Pemantauan Kualitas air RO untuk Hemodialisis**

Judul Indikator		Pemantauan Kualitas air RO untuk Hemodialisis
Dasar Pemikiran		Pemantauan kualitas air RO Ruang HD sesuai Standar Permenkes Nomor 7 Tahun 2019 ( <i>ANSI dan AAMI</i> )
Dimensi Mutu		Keamanan dan keselamatan pasien
Tujuan		Tergambarnya upaya pemantauan kualitas air RO secara mikrobiologi sesuai standar <i>ANSI dan AAMI</i>
Definisi Operasional		adalah memantau, mengevaluasi pemantauan kualitas mikrobiologi air untuk Hemodialisa sesuai standar terhadap baku mutu yang diukur dengan parameter : Angka Kuman $\leq 200$ CFU/ml Angka Endotoksin $< 2$ CFU/ml
Jenis Indikator		Input : Sampel air di uji laboratorium Proses : Pemeriksaan laboratorium Outcome : Kualitas air terpantau secara rutin, hasil proses air memenuhi baku mutu : Angka Kuman $\leq 200$ CFU/ml , Angka Endotoksin $< 2$ CFU/ml
Numerator (pembilang)		Jumlah parameter memenuhi baku mutu
Denominator (penyebut)		Jumlah seluruh parameter yang dilakukan uji kultur.
Target Pencapaian		100 % ( hasil pemeriksaan setiap tri wulan, hasil memenuhi syarat)
Kriteria	Inklusi	Hasil pemeriksaan mikrobiologi air pada bulan pemeriksaan
	Eksklusi	-
Formula		Hasil pemeriksaan mikrobiologi air
Sumber data		Laporan hasil pemeriksaan mikrobiologi.

Frekwensi Pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Cara pengumpulan data	Pemeriksaan mikrobiologi air Hemodialisis
Sampel	-
Penyajian Data	Line Chart
Instrumen pengumpulan data	Laporan hasil pemeriksaan mikrobiologi.
Penanggung Jawab	Unit Sanitasi

## 15. INSTALASI LABORATORIUM

### a. Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium pasien IGD

Judul Indikator	Waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium terhadap pasien IGD	
Dasar pemikiran	Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/III/2008 tentang Target Pelayanan Minimal Rumah Sakit	
Dimensi Mutu	1. Keselamatan, 2. Fokus pada pasien 3. Kestinambungan	
Tujuan	Tergambarnya ketepatan waktu pelaporan hasil pemeriksaan laboratorium terhadap pasien IGD	
Definisi Operasional	Waktu yang dibutuhkan untuk mendapatkan hasil terhitung mulai sampel diterima oleh Laboratorium sampai cetak hasil yaitu $\leq 90$ menit. (ket sesuai dengan Permenkes No. 126 Tahun 2008 Target waktu tunggu $\leq 140$ menit)	
Jenis Indikator	Proses	
Numerator (pembilang)	Jumlah pelaporan hasil pemeriksaan laboratorium terhadap pasien IGD $\leq 90$ menit	
Denominator (penyebut)	Jumlah sampel pasien IGD yang diperiksa di Laboratorium dalam 1 bulan	
Target Pencapaian	90%	
Kriteria	Inklusi	Pelayanan lab $< 90$ menit
	Eksklusi	Pelayanan lab $> 90$ menit
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Sumber data	Laporan jumlah pasien Laboratorium dari LIS ( <i>Laboratorium Information System</i> )	
Frekuensi pengumpulan data	1 Bulan	
Periode analisis	3 Bulan	
Metode Pengumpulan Data	Concurrent	
Sampel	Semua pasien dari IGD yang periksa ke laboratorium	
Penyajian Data	LINE CHART dengan diagram garis dan diagram batang	

Instrumen Pengambilan Data	Lembar Rekapitulasi
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

## 16. UNIT LAUNDRY

### a. Ketepatan waktu penyediaan linen ruang pelayanan

Judul indikator	Ketepatan waktu penyediaan linen ruang perawatan
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi
Tujuan	Proses penggantian linen bersih di ruang perawatan lancar
Definisi operasional	<p>Penyediaan linen bersih sesuai kebutuhan di ruang perawatan sesuai jadwal yang telah ditetapkan yaitu :</p> <p>Ruang Hemodialisa (14.30-14.45)  Ruang Prabu Kresna (14.45-14.55)  Ruang Arimbi (14.55-15.10)  Ruang PICU (15.10-15.35)  Ruang ICU (15. 35-15.55)</p> <p>Ruang Dewi Kunti (14.10-15.15)  Ruang Yudistira (14.55-15.00)  Ruang Dewi Ratih (14.45-15.30)  Ruang Bima (15.00-15.15)  Ruang Banowati (15.15-15.35)  Ruang Arjuna 1 (15.35-15.55)  Ruang Arjuna 2 (15.55-16.56)  Ruang Nakula 1 (14.55-15.00)  Ruang Nakula 2 (15.00-15.20)  Ruang Nakula 3 (15.20-15.40)  Ruang Nakula 4 (15.40-16.00)</p> <p>Ruang Sadewa I (15.30-15.40)  Ruang Sadewa II (15. 40-15.50)  Ruang Sadewa III (15.50-16.00)  Ruang Sadewa IV (16.00-16.10)</p>
Jenis Indikator	Proses
Numerator (pembilang)	Jumlah ruangan yang mendapat linen bersih tepat waktu sesuai jadwal
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh ruangan yang mendapat linen bersih pada periode yang sama
Target	100 %
Kriteria inklusi	Seluruh ruang rawat inap
Kriteria eksklusi	Klinik Rawat Jalan
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data	Formulir Distribusi linen bersih
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Metode Pengumpulan Data	Concurrent
Sampel	Seluruh ruang rawat
Penyajian Data	Diagram garis
Instrumen pengambilan data	Formulir Distribusi linen bersih
Penanggung jawab	Ka Instalasi CSSD dan Laundry

## 17. UNIT LISTRIK

### a. Kecepatan waktu menanggapi laporan kerusakan alat listrik

Judul indikator	Kecepatan waktu menanggapi laporan kerusakan alat listrik	
Dasar pemikiran	1. UU No 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit 2. UU No 17 tahun 2023 tentang Kesehatan	
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan	
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menangani laporan kerusakan pada alat listrik	
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi laporan kerusakan alat listrik adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak / di terima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit	
Jenis indikator	Proses dan Outcome	
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang di tangkepi kurang atau sama dengan 15 menit harus sudah di tanggapi	
Denominator	Jumlah laporan kerusakan alat yang masuk dalam 1 bulan	
Target Pencapaian	90%	
Kriteria	Inklusi	Seluruh laporan kerusakan alat listrik dalam satu bulan lewat aplikasi si trello dan telepone dan kegiatan pemeliharaan ini.
	Eksklusi	
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Sumber data	Catatan laporan kerusakan satu bulan sudah menggunakan by aplikasi	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan	
Periode analisis	3 bulan	
Metode Pengumpulan Data	Catatan laporan kegiatan pemeliharaan alat listrik	
Sampel	Total laporan kerusakan alat listrik dalam satu bulan	
Penyajian Data data	Line Chart	
Instrument pengambilan data	Aplikasi Trello	
Penanggung jawab	Koordinator listrik	

## 18. UNIT NICU

### a. Angka kematian bayi di NICU

Judul Indikator	Angka kematian bayi di NICU
Dasar pemikiran	Banyaknya angka kematian bayi di nicu
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien dan efisiensi
Tujuan	Menekan atau mengurangi angka kematian bayi serta meningkatkan

		keberhasilan rawat inap di ruang NICU
Definisi Operasional		Semua kematian bayi dengan semua kasus di ruang NICU
Jenis Indikator		Outcome
Numerator (pembilang)		Jumlah pasien NICU yang meninggal
Denominator (penyebut)		Jumlah seluruh pasien
Target Pencapaian		< 25%
Kriteria	Inklusi	Semua pasien yang dirawat di NICU
	Eksklusi	Bayi dengan kelainan congenital mayor (dibawah BB 700 gr, bayi dengan kelainan lebih dari 3 diagnosa)
Formula		$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data		Angka kematian di NICU
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisis		3 bulan
Metode Pengumpulan Data		Concurrent
Sampel		Jumlah pasien baru
Penyajian Data		Line chart
Instrumen Pengambilan Data		Rekam medis pasien
Penanggung Jawab		Ka. Ruang

## 19. UNIT OBSGYN

### a. Kejadian Perdarahan Post Partum pada Kasus Persalinan di Rumah Sakit

Judul		Kejadian perdarahan post partum pada kasus persalinan di rumah sakit
Dasar Pemikiran		
Dimensi Mutu		Kompetensi teknis, keselamatan, efektifitas, ketepatan waktu
Tujuan		Tergambarnya pelayanan PONEK di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang
Definisi Operasional		Perdarahan post partum adalah perdarahan $\geq 500$ cc setelah bayi lahir atau yang berpotensi mempengaruhi hemodinamik ibu, perdarahan meliputi laserasi portio, ruprur perineum totalis, retensio plasenta, plasenta restan, hipotoni dan Antonia uteri
Jenis Indikator		Proses
Satuan Pengukuran		Persentase
Numerator		Jumlah Perdarahan Post Partum pada ibu bersalin di RS
Denominator		Jumlah ibu bersalin di RS
Target		<u>5</u> %
Kriteria	Inklusi	
	Eksklusi	
Metode pengumpulan data		Retrospektif
Sumber data		Rekam Medis
Instrumen pengambilan data		Lembar monitorubf

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Penyajian Data	Line chart
Penanggungjawab	Ka. Instalasi Obsgyn Ka. Ruang Bersalin

## 20. UNIT KEMOTERAPI

### a. Persentase Kejadian Ektravasasi pada Pasien Kemoterapi

Judul Indikator	<b>Persentase Kejadian Ektravasasi pada Pasien Kemoterapi</b>	
Dasar pemikiran	Pada pasien kemoterapi yang secara rutin melakukan terapi akan cenderung mengalami pembuluh darah yang rapuh akibat obat kemoterapi. Hal tersebut akan menyebabkan pasien lebih besar akan terkena ektravasasi	
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien	
Tujuan		
Definisi Operasional	kondisi kebocoran obat atau cairan dari pembuluh darah ke jaringan sekitar yang sehat selama pemberian obat kemoterapi. Ektravasasi obat atau cairan kemoterapi dapat menyebabkan kerusakan jaringan sekitar, syaraf, tendon, dan otot.	
Jenis Indikator	Outcome	
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang mengalami ektravasasi	
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien kemoterapi	
Target Pencapaian	90%	
Kriteria	Inklusi	Seluruh pasien kemoterapi
	Eksklusi	Pasien yang mendapatkan oral kemoterapi
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Sumber data	Rekam Medis	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan	
Frekuensi analisis data	3 bulan	
Metodologi pengumpulan data	Sensus harian/ concurrent	
Cakupan data	Total sampling	
Metodologi Analisa data	Line chart	
Area Monitoring	Ruang Kemoterapi	
Penanggung Jawab	Koordinator Kemoterapi	
Publikasi data	Publikasi internal	

## 21. INSTALASI PEMULASARAN JENAZAH

### a. Waktu Tanggap Penanganan Jenazah

Judul Indikator	Waktu Tanggap Penanganan Jenazah
Dasarpemikiran	Kepmenkes No 129 Tahun 2008 tentang Target Pelayanan Minimal



Dimensi Mutu	Efisiensi	
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan ketepatan pemulasaraan jenazah	
Definisi Operasional	Waktu Tanggap Penanganan Jenazah adalah waktu yang dibutuhkan oleh petugas kamar jenazah dalam menangani jenazah mulai pasien dinyatakan sudah siap diambil dari ruangan sampai dengan siap untuk diantar ke rumah dalam waktu $\leq 2$ jam.	
JenisIndikator	Proses	
Numerator (pembilang)	Jumlah Jenazah yang ditangani dalam waktu $\leq 2$ jam	
Denominator (penyebut)	Jumlah jenazah yang ditangani	
Target Pencapaian	100%	
Kriteria	Inklusi	Penanganan jenazah dengan waktu $\leq 2$ jam
	Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Sumber data	Hasil Pengamatan	
Frekuensi pengumpulan data	1 Bulan	
Periode analisis	3 Bulan	
Metode Pengumpulan Data	Concurrent	
Sampel	Jumlah pasien meninggal dengan waktu penanganan $\leq 2$ jam (total populasi)	
Penyajian data	Line chart	
Instrumen Pengambilan Data	Lembar monitoring	
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah	

## 22. UNIT PERINATOLOGI

### a. Perawatan Metode Kanguru

Judul Indikator	Perawatan metode kanguru
Dasar Pemikiran	
Dimensi Mutu	Pelayanan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam peningkatan kualitas tumbuh kembang bayi
Definisi Operasional	Asuhan kontak kulit dengan kulit yang dilakukan pada bayi berat lahir rendah $< 2000$ gram yang sudah diizinkan dokter untuk dilakukan program perawatan metode kanguru
Jenis Indikator	Proses

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan	
Periode Analisis	3 bulan	
Numerator	Jumlah BBLR 1000 – 2000 gr yang dilakukan PMK	
Denominator	Jumlah bayi BBLR 1000 – 2000 gr yang sudah diizinkan dokter untuk PMK	
Kriteria	Inklusi	-
	Eksklusi	-
Sumber Data	Buku register ruangan dan rekam medis	
Target	>95%	
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif	
Sampel	Jumlah pasien yang dilakukan PMK	
Penyajian Data	Line chart	
Instrumen Pengambilan Data	Observasi	
Penanggungjawab	Ka. Instalasi Perinatologi Ka. Ruang	

## 23. INSTALASI PICU

### a. Angka Kejadian Plebitis

Judul Indikator	Angka kejadian plebitis	
Dasar pemikiran	Banyaknya kejadian plebitis dan bengkak pada area tusukan pemasangan infus	
Dimensi Mutu	Keselamatan	
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang berkualitas di unit intensif anak dan mampu memberikan kepuasan terhadap pasien.	
Definisi Operasional		
Jenis Indikator	Outcome	
Numerator (pembilang)	Jumlah kejadian plebitis	
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien yang terpasang infus	
Target Pencapaian	>80%	
Kriteria	Inklusi	-
	Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Sumber data	Rekam medis	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan	
Periode analisis	3 bulan	
Metode Pengumpulan Data	Observasi	
Sampel	Total sampel	
Penyajian Data	Line chart	
Instrumen Pengambilan Data	Formulir HAIs	
Penanggung Jawab	Ka. Instalasi PICU dan Ka. Ruang	

## 24. UNIT POOL DRIVER

### a. Waktu Tanggap Pelayanan Ambulance

Judul Indikator	Waktu Tanggap Pelayanan Ambulance
Dasar pemikiran	Kepmenkes No 129 Tahun 2008 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit
Dimensi Mutu	Akses

Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan ambulance	
Definisi Operasional	Waktu yang dibutuhkan untuk menyediakan ambulance terhitung mulai permintaan ambulance yang diajukan oleh perawat ruangan sampai tersedianya ambulance dalam waktu kurang dari 60 menit	
Jenis Indikator	Outcome	
Satuan Pengukuran	Persentase	
Numerator (pembilang)	Jumlah kesiapan pelayanan ambulance < 60 menit	
Denominator (penyebut)	Jumlah pemesanan ambulance	
Target Pencapaian	100%	
Kriteria	Inklusi	Penggunaan ambulance untuk pengantaran pasien pulang, penjemputan pasien dan rujuk
	Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Sumber data	Buku catatan pemesanan ambulance	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan	
Frekuensi analisis data	3 bulan	
Metode pengumpulan data	Retrospektif	
Instrumen pengambilan data	Formulir pemesanan ambulance	
Sampel	Total sampling	
Penyajian Data	Line chart	
Penanggung Jawab	Koordinator Pool Driver	

**b. Waktu Tanggap Pelayanan Mobil Jenazah**

Judul Indikator	Waktu Tanggap Pelayanan Mobil Jenazah
Dasar pemikiran	Kepmenkes No 129 Tahun 2008 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan mobil jenazah
Definisi Operasional	Waktu yang dibutuhkan untuk menyediakan mobil jenazah terhitung mulai permintaan mobil jenazah yang diajukan oleh perawat ruangan sampai tersedianya mobil jenazah dalam waktu kurang dari 60 menit
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah kesiapan pelayanan mobil jenazah < 60 menit
Denominator (penyebut)	Jumlah pemesanan mobil jenazah
Target Pencapaian	100%

Kriteria	Inklusi	-
	Eksklusi	-
Formula		$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data		Buku catatan pemesanan mobil jenazah
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Frekuensi analisis data		3 bulan
Metode pengumpulan data		Retrospektif
Instrumen pengambilan data		Formulir pemesanan mobil jenazah
Sampel		Total sampling
Penyajian Data		Line chart
Penanggung Jawab		Koordinator Pool Driver

## 25. INSTALASI RADIOLOGI

### a. Ketepatan waktu pelaporan hasil kritis

Judul Indikator		Ketepatan waktu pelaporan hasil kritis
Dasar Pemikiran		KMK No. 1014/Menkes/SK/XI/2008 tentang Target Pelayanan Radiologi Diagnostik di Sarana Pelayanan Kesehatan.
Dimensi mutu		Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi.
Tujuan		Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi .
Definisi operasional		Jumlah pasien pelaporan hasil kritis dengan waktu tunggu $\leq 60$ menit adalah tenggang waktu mulai selesai pemeriksaan sampai dengan dikonfirmasi (perawat/DPJP) ruangan dalam waktu $\leq 60$ menit.
Jenis Indikator		Outcome.
Numerator		Jumlah pasien yang termasuk dalam kategori hasil kritis sampai dengan dikonfirmasi (perawat/DPJP) ruangan dalam waktu $\leq 60$ menit.
Denominator		Jumlah pasien yang termasuk dalam kategori hasil kritis
Target		80%.
Kriteria	Inklusi	Kriteria hasil kritis terlampir.
	Eksklusi	-
Frekwensi pengumpulan data		1 bulan.
Periode analisis		3 bulan.
Sumber data		Formulir pelaporan hasil kritis.
Metode Pengumpulan Data		Perhitungan data manual.
Sampel		Jumlah pasien dengan hasil kritis yang dilaporkan.
Penyajian data		Line chart.
Instrumen Pengambilan Data		Formulir.
Penanggung jawab		Kepala Instalasi Radiologi.

## 26. INSTALASI RAWAT INAP

### a. Kelengkapan Pengisian Assesmen Awal Medis

Judul Indikator	Kelengkapan pengisian assesmen
-----------------	--------------------------------

		awal medis
Dasar pemikiran		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepmenkes No 129 Tahun 2008 tentang Target Pelayanan Minimal</li> <li>• Permenkes RI No 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis</li> </ul>
Dimensi Mutu		Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan		Tergambarnya pelayanan dokter dalam pengisian assesmen awal medis
Definisi Operasional		Assesmen awal medis yang telah diisi lengkap oleh dokter DPJP dan selesai dalam waktu <24 jam pada saat pasien datang dirawat inap, yang meliputi : anamnesa, Pemeriksaan fisik, Pemeriksaan penunjang, Diagnosa kerja, Diagnosa Banding, Penatalaksanaan perencanaan pelayanan serta jam, tanda tangan dan nama terang dokter DPJP.
Jenis Indikator		Proses
Numerator (pembilang)		Jumlah assesmen awal medis yang lengkap < 24 jam pada pasien baru dalam satu bulan
Denominator (penyebut)		Jumlah pasien baru dalam satu bulan
Target Pencapaian		90%
Kriteria	Inklusi	Asesmen awal medis yang dilakukan < 24 jam
	Eksklusi	Pasien baru yang belum divisite meninggal dalam waktu ≤ 24 jam
Formula		$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data		Rekam medis elektronik
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisis		3 bulan
Metode Pengumpulan Data		Retrospective
Sampel		Total asesmen awal medis < 24 jam
Penyajian Data		Line chart
Instrumen Pengambilan Data		Formulir Ceklist Aseesmen awal medis
Penanggung Jawab		Ka. Irna Ka. Ruang

**b. Kepatuhan Pelaksanaan TBAK 1 x 24 jam**

Judul Indikator	Kepatuhan pelaksanaan TBAK dalam waktu 1 x 24 jam
Dasar pemikiran	Permenkes RI No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Belum semua petugas memahami prosedur TBAK
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya upaya rumah sakit dalam menjaga keselamatan pasien dengan prosedur TBAK dalam proses

		intruksi verbal atau via telepon dan dikonfirmasi pada rekam medis elektronik dalam waktu 1 x 24 jam.
Definisi Operasional		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instruksi verbal merupakan tindakan yang sering dilakukan dalam pelayanan di rumah sakit, kegiatan ini memiliki risiko tinggi untuk terjadinya kesalahan instruksi yang diterima, sehingga tindakan dapat membahayakan pasien.</li> <li>2. Prosedur TBAK adalah kegiatan untuk memastikan setiap instruksi verbal agar dilakukan dengan benar dan sesuai instruksi melalui kegiatan membacakan kembali instruksi, dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dengan dibaca ulang dan/atau dengan ejaan huruf instruksi obat sound a like.</li> <li>3. Kegiatan dilanjutkan dengan memberikan “approve” pada rekam medis elektronik dan pemberi instruksi (DPJP) harus segera melakukan dalam waktu 1 x 24 jam.</li> <li>4. Pemberi instruksi adalah dokter DPJP yang memberikan instruksi melalui telepon.</li> </ol>
Jenis Indikator		Proses
Satuan pengukuran		Persentase
Numerator		Jumlah prosedur TBAK yang di approve dalam waktu 1 x 24 jam
Denominator		Jumlah prosedur TBAK yang dilakukan
Target Pencapaian		100%
Kriteria	Inklusi	Pasien yang dikonsulkan ke DPJP
	Eksklusi	Dokter rawat bersama, dokter konsulan, dan lapor ke DPJP untuk konfirmasi pasien boleh pulang
Formula		$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan data		Retrospektif
Sumber data		Data sekunder dari rekam medis
Instrumen pengambilan data		Formulir pencatatan TBAK
Sampel		Populasi (seluruh pasien yang dilakukan prosedur TBAK)
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Frekuensi analisis data		3 bulan
Penyajian data		Run chart
Penanggung Jawab		Ka. Instalasi Rawat Inap

c. **Lama Rawat Geriatri**

Judul	Lama rawat pasien geriatri	
Dasar pemikiran	PMK No 79 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Geriatri di Rumah Sakit	
Dimensi Mutu	Efisiensi	
Tujuan		
Definisi Operasional	Lama rawat pasien geriatri adalah lamanya pasien gerioatri yang dirawat di rumah sakit selama 12 hari	
Jenis Indikator	Outcome	
Satuan pengukuran	hari	
Numerator	Jumlah pasien geriatri dengan lama rawat ≤ 12 hari	
Denominator	Jumlah pasien geriatri	
Standar	12 hari	
Kriteria	Inklusi	Lama rawat ≤ 12 hari
	Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan	
Periode Analisa	3 bulan	
Sumber Data	Dokumen rekam medis	
Metode pengumpulan data	Retrospective	
Sampel	Total sampel (seluruh pasien geriatri)	
Instrumen pengambilan data	Formulir	
Penyajian Data	Line chart	
Penanggung Jawab	Ketua tim Geriatri	

27. **INSTALASI RAWAT JALAN AMARTA**

a. **Kelengkapan pengisian dokumen CPPT Dokter**

Judul Indikator	Kelengkapan pengisian dokumen CPPT dokter
Dasar pemikiran	Kebijakan Direktur No 100 Tahun 2019 tentang Pedoman Pelayanan Rawat Jalan RSD KRMT Wongsonegoro Semarang
Dimensi Mutu	Proses
Tujuan	Untuk mengetahui kelengkapan hasil kajian, temuan serta rencana tindakan yang akan ditindaklanjuti oleh DPJP
Definisi Operasional	Dokumen CPPT yang harus diisi lengkap oleh DPJP setelah pasien dilakukan asesmen awal dan asesmen ulang yang dituangkan dalam bentuk SOAP
Jenis Indikator	Proses
Numerator (pembilang)	Jumlah dokumen CPPT yang diisi lengkap oleh DPJP
Denominator (penyebut)	Jumlah total dokumen CPPT

	pasien rawat jalan
Target Pencapaian	≥ 90%
Kriteria Inklusi	Dokumen CPPT yang terisi lengkap
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data	Rekam Medis Pasien Rawat Jalan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Frekuensi analisis data	3 bulan
Metodologi pengumpulan data	Retrospektif
Cakupan data	Jumlah pasien yang sudah dilayani DPJP dan dituangkan kedalam bentuk SOAP di CPPT
Sample	Jumlah sample dokumen yang sudah diisi lengkap oleh dpjp yang dituangkan dalam bentuk SOAP di CPPT
Penyajian Data	Metode/cara yang dilakukan dengan mengubah data yang ada ke dalam diagram garis untuk menampilkan data dari waktu ke waktu.
Instrumen Pengumpulan Data	Dokumen CPPT rawat jalan
PenanggungJawab	Ka. Instalasi Rawat Jalan

**b. Kelengkapan pengisian dokumen CPPT perawat/bidan/tenaga kesehatan lain**

Judul Indikator	Kelengkapan pengisian dokumen CPPT perawat/bidan/tenaga kesehatan lain
Dasar pemikiran	Kebijakan Direktur No 100 Tahun 2019 tentang Pedoman Pelayanan Rawat Jalan RSD KRMT Wongsonegoro Semarang
Dimensi Mutu	Proses
Tujuan	Untuk mengetahui kelengkapan hasil kajian, temuan serta rencana tindakan yang akan ditindaklanjuti oleh perawat/bidan/tenaga kesehatan lain
Definisi Operasional	Dokumen yang harus diisi lengkap oleh perawat/bidan/tenaga kesehatan lain setelah pasien dilakukan asesmen awal dan asesmen ulang dan dituangkan dalam bentuk SOAP di CPPT
Jenis Indikator	Proses
Numerator (pembilang)	Jumlah dokumen CPPT yang diisi lengkap oleh perawat/bidan/tenaga kesehatan lain
Denominator (penyebut)	Jumlah total dokumen CPPT pasien rawat jalan



Target Pencapaian	≥ 90%
Kriteria Inklusi	Dokumen CPPT yang terisi lengkap
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data	Rekam Medis Pasien Rawat Jalan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Frekuensi analisis data	3 bulan
Metodelogi pengumpulan data	Retrospektif
Cakupan data	Jumlah pasien yang sudah dilayani perawat/bidan/tenaga kesehatan lain dan dituangkan kedalam bentuk SOAP di CPPT
Sample	Jumlah sample dokumen yang sudah diisi lengkap oleh perawat/bidan/tenaga kesehatan lain yang dituangkan dalam bentuk SOAP di CPPT
Penyajian Data	Metode/cara yang dilakukan dengan mengubah data yang ada ke dalam diagram garis untuk menampilkan data dari waktu ke waktu.
Instrumen Pengumpulan Data	Dokumen CPPT pasien rawat jalan
PenanggungJawab	Ka. Instalasi Rawat Jalan

## 28. INSTALASI RAWAT JALAN GATOTKACA

### a. Kesesuaian Jadwal Praktik Rawat Jalan

Judul indikator	Kesesuaian Jadwal Praktik Rawat Jalan
Dasar pemikiran	Efisiensi waktu dan tempat pelayanan
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Untuk mengetahui keefektifan pelayanan pasien rawat jalan
Definisi operasional	
Jenis indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien rawat jalan yang diperiksa sesuai dengan jadwal dan jam pelayanan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan
Target Pencapaian	100%
Kriteria	Inklusi
	Eksklusi
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data	Buku register rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Metode Pengumpulan Data	Sensus harian
Sampel	Total sampel
Penyajian Data data	Line chart
Instrument pengambilan data	Form monitoring kedatangan dokter

	spesial sesuai jadwal
Penanggung jawab	Manager Pav Gatotkaca

## 29. INSTALASI REKAM MEDIS

### a. Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis

Judul Indikator	Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis	
Dasar pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit</li> <li>Permenkes RI No 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis</li> </ul>	
Dimensi Mutu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kesinambungan pelayanan</li> <li>Efektifitas</li> </ul>	
Tujuan	Untuk mengetahui kepatuhan PPA dalam melengkapi dan mengisi dokumen rekam medis	
Definisi Operasional	Rekam medis yang lengkap adalah rekam medis yang telah diisi lengkap oleh PPA (dokter, gizi, fisioterapi, farmasi, dan perawat) dalam waktu 1 x 24 jam setelah selesai pelayanan yang dibuat secara tertulis, lengkap, dan jelas dan/atau secara elektronik, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, pemeriksaan penunjang, diagnosa, pengobatan, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tanda tangan dokter dan resume	
Jenis Indikator	Proses dan Outcome	
Numerator (pembilang)	Jumlah dokumen rekam medis yang terisi lengkap 1 x 24 jam setelah selesai pelayanan	
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh pasien pulang	
Target Pencapaian	100%	
Kriteria	Inklusi	Dokumen rekam medis rawat inap
	Eksklusi	Dokumen rekam medis rawat jalan
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Sumber data	Dokumen rekam medis	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan	
Periode analisis	3 bulan	
Metode Pengumpulan Data	Retrospective	
Sampel	Seluruh dokumen rekam medis pasien rawat inap yang pulang	
Penyajian Data	Line Chart	
Instrumen Pengambilan Data	Aplikasi KLPCM	
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rekam Medis.	

## 30. INSTALASI REHABILITASI MEDIK

### a. Pasien rehabilitasi medis yang drop out

Judul Indikator	Pasien rehabilitasi medis yang drop out
-----------------	-----------------------------------------

Dasar pemikiran	Mutu pelayanan	
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 meneruskan program rehabilitasi yang telah direncanakan	
Jenis Indikator	Proses	
Numerator (pembilang)	Jumlah seluruh pasien yang drop out per bulan	
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medis dalam bulan tersebut	
Target Pencapaian	0%	
Kriteria	Inklusi	Pasien yang tidak meneruskan program rehabilitasi medis sesuai program.
	Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Sumber data	Buku register rehabilitasi medis	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan	
Frekuensi analisis data	3 bulan	
Metodologi pengumpulan data	Sensus harian	
Cakupan data	Semua pasien rehabilitasi medis	
Metodologi Analisa data	Line chart	
Area Monitoring	Instalasi rehabilitasi medis	
Penanggung Jawab	Ka. Instalasi rehabilitasi medis	

### 31. INSTALASI SIM RS

#### a. Angka Kejadian Downtime

Judul Indikator		
Dasar pemikiran		
Dimensi Mutu		
Tujuan		
Definisi Operasional		
Jenis Indikator		
Numerator (pembilang)		
Denominator (penyebut)		
Target Pencapaian		
Kriteria	Inklusi	
	Eksklusi	
Formula		
Sumber data		
Frekuensi pengumpulan data		
Periode analisis		
Cara Pengumpulan Data		
Sampel		
Penyajian Data		

Instrumen Pengambilan Data	
Penanggung Jawab	

**b. Penanganan Kerusakan *Hardware***

Judul Indikator	Penanganan Kerusakan Hardware	
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PMK No. 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit</li> <li>2. Keputusan Direktur Nomor 662 Tahun 2021 tentang Kebijakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro</li> </ol>	
Dimensi Mutu	Efektifitas Efisiensi	
Tujuan	Mengetahui tingkat kesulitan kerusakan hardware sesuai dengan klasifikasi kerusakan.	
Definisi Operasional	Penanganan kerusakan hardware sesuai klasifikasi kerusakan apabila klasifikasi kerusakan hardware ringan maksimal penanganan 30 menit, apabila klasifikasi kerusakan hardware sedang maksimal penanganan 1 hari, apabila klasifikasi kerusakan hardware berat maksimal penanganan 1 minggu.	
Jenis Indikator	Proses	
Numerator (pembilang)	Jumlah hardware yang di perbaiki tepat waktu	
Denominator (penyebut)	Jumlah hardware di Rumah Sakit	
Target Pencapaian	100 %	
Kriteria	Inklusi	<p>Klasifikasi kerusakan hardware di bagi menjadi tiga : Ringan, Sedang dan Berat</p> <p>Yang termasuk dalam kategori <b>Ringan</b>, <i>antara lain</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inject tinta</li> <li>2. Ganti pita printer</li> <li>3. Ganti Keyboard, mouse</li> <li>4. dll</li> </ol> <p>Yang termasuk dalam kategori <b>Sedang</b>, <i>antara lain</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reset Printer</li> <li>2. Crimping RJ45</li> <li>3. Tambah Stop kontak</li> <li>4. Error jaringan</li> <li>5. Ganti komponen CPU (RAM, VGA, dll)</li> </ol> <p>Yang termasuk dalam kategori <b>Berat</b>, <i>antara lain</i>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Powersupply mati</li> <li>2. Motherboard mati</li> <li>3. Harddisk mati</li> <li>4. Printer rusak</li> <li>5. Tambah LAN Jaringan</li> </ol>
	Eksklusi	-

Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data	Aplikasi JOD SIMRS
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospective
Sampel	Jumlah Kerusakan Hardware
Penyajian Data	Diagram Garis
Instrumen Pengambilan Data	Lembar monitoring
Penanggung Jawab	Ka. Instalasi SIMRS

#### D. PROFIL INDIKATOR MUTU TB

1. Penanganan pasien tuberkulosis yang tidak sesuai strategi DOTS (Directly Observed Treatment Shortcourse)

Judul Indikator	Penanganan pasien tuberkulosis yang tidak sesuai strategi DOTS (Directly Observed Treatment Shortcourse)	
Dasar pemikiran	Program nasional	
Dimensi Mutu	Akses dan efisiensi	
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS	
Definisi Operasional	Pelayanan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 (lima) strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan Target penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberkulosis nasional	
Jenis Indikator	Proses	
Numerator (pembilang)	Jumlah semua pasien tuberkulosis yang tidak ditangani sesuai dengan strategi DOTS	
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh pasien tuberkulosis yang ditangani	
Target Pencapaian	0%	
Kriteria	Inklusi	Pasien tuberkulosis paru maupun ekstra paru
	Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Sumber data	Rekam medis pasien	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan	
Frekuensi analisis data	3 bulan	

Metodologi pengumpulan data	Concurrent
Cakupan data	Seluruh pasien TB rawat jalan di rumah sakit
Metodologi Analisa data	Line chart
Area Monitoring	Unit kamar bersalin
Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Rawat Jalan Ketua Pokja TB

2. Proporsi pasien TB paru terkonfirmasi bakteriologis diantara terduga TB

Judul Indikator	Proporsi pasien TB paru terkonfirmasi bakteriologis diantara terduga TB	
Dasar pemikiran	Program nasional	
Dimensi Mutu	Pelayanan DOTS	
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS	
Definisi Operasional	Terduga TB : adalah semua pasien yang diduga menderita tuberkulosis Terkonfirmasi bakteriologis : minimal 1 (satu) dari 3 (tiga) spesimen pemeriksaan dahak adalah BTA(+)	
Jenis Indikator	Input, proses	
Numerator (pembilang)	Jumlah seluruh pasien terduga TB terkonfirmasi bakteriologis	
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh pasien terduga TB yang melakukan pemeriksaan dahak mikroskopis	
Target Pencapaian	5 - 15%	
Kriteria	Inklusi	-
	Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Sumber data	TB 04, TB 06	
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan	
Frekuensi analisis data	3 bulan	
Metodologi pengumpulan data	Pencatatan di TB 04 dan TB 06	
Cakupan data	Seluruh pasien terduga TB yang dilakukan pemeriksaan dahak mikroskopis di Rumah Sakit	
Metodologi Analisa data	Line chart	
Area Monitoring	Laboratorium, Poli DOTS	
Penanggung Jawab	Ketua Pokja TB	
Publikasi data	Publikasi internal	

3. Angka konversi

Judul Indikator	Angka Konversi
Dasar pemikiran	Program nasional
Dimensi Mutu	Kompetensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS

Definisi Operasional	Angka konversi adalah prosentase pasien TB paru terkonfirmasi bakteriologis yang mengawali perubahan menjadi BTA negatif setelah menjalani masa pengobatan tahap awal diantara pasien TB paru terkonfirmasi bakteriologis yang diobati.	
Jenis Indikator	Proses, outcome	
Numerator (pembilang)	Jumlah seluruh pasien TB paru TCM (+) dengan evaluasi tahap awal BTA negatif	
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh pasien TB paru terkonfirmasi bakteriologis yang diobati.	
Target Pencapaian	80%	
Kriteria	Inklusi	-
	Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$	
Sumber data	TB 03, TB 04	
Frekuensi pengumpulan data	2 bulan	
Frekuensi analisis data	6 bulan	
Metode pengumpulan data	Pencatatan di TB 01 dan TB 03	
Sampel	Seluruh pasien TB paru terkonfirmasi bakteriologis yang diobati di rumah sakit	
Penyajian Data	Line chart	
Area Monitoring	Poli DOTS	
Penanggung Jawab	Ketua Pokja DOTS	
Publikasi data	Publikasi internal	

## E. PROFIL INDIKATOR MUTU SURVEILANS HAIS

### 1. *Ventilator Associated Pneumonia (VAP)*

Judul Indikator	<i>Ventilator Associated Pneumonia (VAP)</i>
Dasar pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> <li>UU 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit</li> <li>Permenkes RI Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan</li> </ul>
Dimensi Mutu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keselamatan</li> <li>Fokus kepada pasien</li> </ul>
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tergambarnya kepedulian petugas kesehatan terhadap resiko infeksi akibat pemasangan ventilator.</li> <li>Menurunkan kejadian <i>Ventilator Associated Pneumonia (VAP)</i>.</li> </ul>
Definisi Operasional	<i>Ventilator Associated Pneumonia</i> adalah infeksi saluran nafas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi

		mekanik > 48 jam, dan sebelumnya tidak ditemukan tanda-tanda infeksi saluran nafas.
Jenis Indikator		Proses dan Outcome
Numerator (pembilang)		Jumlah pasien yang terinfeksi <i>Ventilator Associated Pneumonia (VAP)</i>
Denominator (penyebut)		Jumlah hari terpasang ventilator pada pasien tidak mengalami pneumonia sebelumnya
Target Pencapaian		≤ 15 ‰
Kriteria	Inklusi	Ditemukan minimal dari tanda dan gejala klinis : - Demam (≥38°C) tanpa ditemui penyebab lainnya. - Leukopenia (<4.000 WBC/mm <sup>3</sup> ) atau leukositosis (≥12.000 SDP/mm <sup>3</sup> ). Dan minimal disertai 2 dari tanda berikut : - Timbulnya onset baru sputum purulen atau perubahan sifat sputum - Peningkatan fraksi inspirasi oksigen ≥ 0,2 dari FiO <sub>2</sub> sebelumnya. - Peningkatan PEEP setiap hari sebesar ≥ 3 cm H <sub>2</sub> ) dari PEEP sebelumnya selama 2 hari berturut turut.
	Eksklusi	Pasien dengan pneumonia sebelum pemasangan ventilasi mekanik
Formula		$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 1000$
Sumber data		Formulir surveilanse dan rekam medis
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisis		3 bulan
Metode Pengumpulan Data		<i>Concurrent</i>
Sampel		Total pasien yang terpasang ventilator pada pasien yang tidak mengalami pneumonia sebelumnya
Penyajian Data		Line chart
Instrumen Pengambilan Data		Formulir surveilan
Penanggung Jawab		Komite PPI

## 2. Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Judul Indikator	Infeksi Saluran Kemih (ISK)
Dasar pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> <li>UU 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit</li> <li>Per Men Kes RI Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan</li> </ul>
Dimensi Mutu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keselamatan</li> <li>Fokus kepada pasien</li> </ul>
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tergambarnya kepedulian</li> </ul>



		<p>petugas kesehatan terhadap resiko infeksi akibat pemasangan kateter urine</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menurunkan kejadian infeksi saluran kemih ISK karena penggunaan urine kateter.</li> </ul>
Definisi Operasional		<p>Infeksi saluran kemih (ISK) adalah jenis infeksi yang terjadi pada saluran kemih murni (uretra dan permukaan kandung kemih) atau melibatkan bagian yang lebih dalam dari organ-organ pendukung saluran kemih (ginjal, ureter, kandung kemih, uretra dan jaringan sekitar retroperitoneal atau rongga periferik), karena penggunaan kateter urine &gt; 48 jam.</p>
Jenis Indikator		Proses dan Outcome
Numerator (pembilang)		Jumlah pasien yang terinfeksi <i>kateter urine</i>
Denominator (penyebut)		Jumlah hari terpasang kateter urine
Target Pencapaian		≤ 15 ‰
Kriteria	Inklusi	<p>Ditemukan minimal dari tanda dan gejala klinis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demam (≥38°C)</li> <li>- Urgensi</li> <li>- Frekuensi</li> <li>- Disuria, atau</li> <li>- Nyeri supra pubik.</li> </ul> <p>Tanda dan gejala ISK anak ≤ 1 tahun :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demam &gt; 38 °C rektal</li> <li>- Hipotermia &lt; 37 °C rektal</li> <li>- Apnea</li> <li>- Bradikardia</li> <li>- Letargia</li> <li>- Muntah-muntah</li> </ul> <p>Test Diagnostik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Test carik celup (dipstick) positif untuk leukosit esterase dan / nitrit</li> <li>- Piuri (terdapat ± 10 leukosit per ml atau terdapat 3 leukosit per LBP (mikroskop kekuatan tinggi/1000x) dari urin tanpa dilakukan sentrifugasi).</li> <li>- Ditemukan kuman dengan pewarnaan gram dari urin yang tidak disentrifugasi.</li> <li>- Paling sedikit 2 kultur urine ulangan didapatkan uropatogen yang sama (bakteri gram negatif atau <i>S. Saprophyticus</i>) dengan jumlah ≥ 10<sup>2</sup> koloni per ml dari urine yang tidak dikemihkan (kateter atau aspirasi supra pubik)</li> <li>- Kultur ditemukan ≤ 10<sup>5</sup> koloni/ml kuman patogen tunggal</li> </ul>

		(bakteri gra negatif atau S. Saprophyticus) pada pasien yang dalam pengobatan antimikroba efektif untuk ISK. - Dokter mendiagnosisi sebagai ISK - Dokter memberikan terapi yang sesuai untuk ISK
	Eksklusi	Pasien dengan ISK sebelum pemasangan kateter urine menetap
Formula		$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 1000$
Sumber data		Formulir surveilanse dan rekam medis
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisis		3 bulan
Metode Pengumpulan Data		<i>Concurrent.</i>
Sampel		Total pasien yang terpasang kateter urine
Penyajian Data		Line chart
Instrumen Pengambilan Data		Formulir surveilanse
Penanggung Jawab		Komite PPI

### 3. Infeksi Daerah Operasi (IDO)

Judul Indikator	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	
Dasar pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> <li>UU 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit</li> <li>Per Men Kes RI Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan</li> </ul>	
Dimensi Mutu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keselamatan</li> <li>Fokus kepada pasien</li> </ul>	
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tergambarnya kepedulian petugas kesehatan terhadap resiko infeksi akibat tindakan operasi</li> <li>Menurunkan kejadian infeksi daerah operasi (IDO)</li> </ul>	
Definisi Operasional	Infeksi luka operasi adalah infeksi yang terjadi luka operasi atau organ/ruang yang terjadi dalam waktu 30 sampai 90 hari pasca tindakan operasi	
Jenis Indikator	Proses dan Outcome	
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang terinfeksi daerah operasi	
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien yang dioperasi	
Target Pencapaian	≤ 1,5 %	
Kriteria	Inklusi	A. Infeksi luka operasi di bagi 3 yaitu : 1. Infeksi luka operasi superficial adalah infeksi luka operasi yang terjadi 30 hari setelah operasi dan hanya mengenai

		<p>kulit dan jaringan sub kutan dengan gejala : aliran nanah purulen dari tempat insisi atau terdapat minimal salah satu gejala infeksi berikut yaitu : bengkak, kemerahan, nyeri, panas.</p> <p>2. Infeksi luka operasi dalam (profunda) adalah insisi yang terjadi 30 hari sampai 90 hari pasca tindakan operasi dengan kriteria terdapat salah satu keadaan sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- terdapat drainase purulen dari tempat insisi dalam, biakan positif dari spicemen berupa cairan yang keluar dari luka atau jaringan insisi dalam yang diambil dengan cara aseptik.</li> <li>- Insisi superficial yang sengaja dibuka oleh dokter dan memberikan hasil kultur positif atau tidak dilakukan kultur dan terdapat setidaknya satu gejala atau tanda seperti bengkak, kemerahan, nyeri, demam dengan suhu 38 °C.</li> <li>- Dokter yang merawat menyatakan infeksi</li> </ul> <p>3. Infeksi luka operasi organ/rongga adalah infeksi yang terjadi 30 hari sampai 90 hari pasca tindakan operasi menyangkut bagian tubuh kecuali insisi kulit, fascia, lapisan otot yang dibuka atau dimanipulasi selamam tindakan operasi dan terdapat paling sedikit satu keadaan berikut : terdapat drainase purulen yang berasal dari drain yang ditempatkan pada organ/ rongga terkait, biakan positif dan spicemen berupa cairan yang keluar dari luka atau jaringan organ/rongga terkait, abses atau tanda infeksi yang melibabtkan organ/rongga yang dibuktikan dengan pemeriksaan langsung, prosedur infasif, pemeriksaan hispatologi atau pemeriksaan radiologi dan dokter yang menangani menyatakan IDO.</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>B. Jenis operasi</p> <p>1. Bersih Dilakukan pada daerah/kulit yang pada pra bedah tidak terdapat peradangan dan tidak membuka tractus respiratorius, tractus gastrotestinal, orofaring, tractus urinarius atau tractus bilier. Operasi berencana dengan penutupan kulit primer dengan atau tanpa pemakaian drain tertutup.</p> <p>2. Bersih tercemar Luka operasi yang membuka tractus digestivus, tractus respiratorius, tractus bilier, tractus urinarius sampai dengan orofaring atau tractus reproduksi kecuali ovum.</p>
	Eksklusi	<p>1. Pasien yang operasi di rumah sakit luar RSWN</p> <p>2. Pasien operasi tercemar dan kotor</p>
Formula		$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Sumber data		Formulir surveilanse dan rekam medis
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisis		3 bulan
Metode Pengumpulan Data		<i>Concurrent</i> .
Sampel		Total pasien yang dilakukan tindakan operasi bersih dan bersih tercemar
Penyajian Data		Line chart
Instrumen Pengambilan Data		Formulir surveilanse
Penanggung Jawab		Komite PPI

#### 4. Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)

Judul Indikator	Infeksi Aliran Darah Primer
Dasar pemikiran	<p>1. UU 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit</p> <p>2. Per Men Kes RI Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan</p>
Dimensi Mutu	<p>1. Keselamatan</p> <p>2. Fokus kepada pasien</p>
Tujuan	1. Tergambarnya kepedulian petugas kesehatan terhadap resiko infeksi akibat pemasangan kateter intravaskuler di aliran darah primer.

		2. Menurunkan kejadian infeksi aliran darah primer.
Definisi Operasional		Infeksi aliran darah primer adalah infeksi aliran darah terkait pemasangan Central Venous cateter (CVC), peripheral cateter, Catheter haemodialysis, Arterial line, peripheral inserted central cateter (PICC), intra aortic ballon pump dengan konfirmasi laboratorium.
Jenis Indikator		Proses dan Outcome
Numerator (pembilang)		Jumlah pasien yang terinfeksi aliran darah primer
Denominator (penyebut)		Jumlah hari terpasang kateter central line
Target Pencapaian		≤ 15 ‰
Kriteria	Inklusi	<p>Dengan kriteria salah satu sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ditemukan patogen dari biakan spesimen darah dari kateter intravaskuler dan dari darah perifer tidak berkaitan dengan infeksi ditempat lain</li> <li>- Pasien dengan minimal satu gejala atau tanda sebagai berikut : demam &gt; 38 °C, menggigil atau hipotensi tanpa penyebab lainnya dan diperoleh hasil laboratorium hasil yang positif yang tidak berhubungan dengan infeksi di tempat lain.</li> <li>- Dugaan infeksi aliran darah terkait pemasangan kateter intravaskuler pada anak berusia &lt; 1 tahun : memiliki minimal satu dari tanda-tanda berikut : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Demam (suhu tubuh &gt; 38°C per rectal)</li> <li>✓ Hipotermia (&lt; 37 °C per rectal, apnea atau bradikardia)</li> <li>✓ Tidak ditemukan sumber infeksi selain pemasangan kateter vaskuler</li> <li>✓ Terdapat bakteri pathogen dalam biakan kuman</li> </ul> </li> </ul>
	Eksklusi	Pasien dengan Infeksi aliran darah sebelum pemasangan central vasculer line di Rumah sakit K.R.M.T. Wongsonegoro kota Semarang.
Formula		$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 1000$
Sumber data		Formulir surveilanse dan rekam medis
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisis		3 bulan
Metode Pengumpulan Data		<i>Concurrent</i> .
Sampel		Semua pasien yang terpasang

	central Vena Line (CVL)
Penyajian Data	Line chart
Instrumen Pengambilan Data	Formulir surveilanse
Penanggung Jawab	Komite PPI

## 5. Plebitis

Judul Indikator	Plebitis	
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>UU 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit</li> <li>Per Men Kes RI Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan</li> </ol>	
Dimensi Mutu	<ol style="list-style-type: none"> <li>Keselamatan</li> <li>Fokus kepada pasien</li> </ol>	
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>Tergambarnya kepedulian petugas kesehatan terhadap resiko infeksi akibat pemasangan kateter intravaskuler di aliran darah perifer.</li> <li>Menurunkan kejadian plebitis.</li> </ol>	
Definisi Operasional	Plebitis adalah pada daerah lokal tusukan infus ditemukan tanda-tanda merah, seperti terbakar, bengkak, sakit bila ditekan, ulkus sampai eksudat purulen atau mengeluarkan cairan bila ditekan	
Jenis Indikator	Proses dan Outcome	
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang mengalami plebitis	
Denominator (penyebut)	Jumlah hari pemasangan infus perifer	
Target Pencapaian	≤ 15 ‰	
Kriteria	Inklusi	<p>Berdasarkan Visual Infusion Phebitis (VIP) Score:</p> <p>Score 2 : Eritema, nyeri, dengan atau tanpa edema.</p> <p>Score 3 : Eritema, nyeri, dengan atau tanpa edema, <i>streak formation</i>, <i>palpable venouse cord</i>.</p> <p>Score 4 : Eritema, nyeri, dengan atau tanpa edema, <i>streak formation</i>, <i>palpable venouse cord</i> &gt; 1 inch, <i>purulen drainage</i>.</p>
	Eksklusi	Pasien dengan plebitis sebelum pemasangan intra vena line (IVL)
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 1000$	
Sumber data	Formulir surveilanse dan rekam	

	medis
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sampel	Semua pasien yang terpasang infus perifer
Penyajian Data	Line chart
Instrumen Pengambilan Data	Formulir surveilanse
Penanggung Jawab	Komite PPI

DIREKTUR F IT DAERAH  
K.R.M.T. EGORO  
KORPORATIF NG



}{ttd}

EKO KRISNARTO