

LAPORAN PELAKSANAAN VALIDASI INDIKATOR MUTU



KOMITE MUTU

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA MATARAM

2026

BAB I

PENDAHULUAN

Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram mempunyai Visi " Rumah Sakit Pilihan masyarakat dalam bidang pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian yang bersrtandar internasional" dan Motto "SMILE (Senyum, Mutu, Inovatif, Lengkap, Efisien)"maka dari itu Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram terus melakukan upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan menjamin keselamatan pasien salah satunya dengan cara memberikan pelayanan bermutu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dan dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat.

Upaya peningkatan mutu pelayanan dilakukan di semua unit pelayanan, baik pada unit pelayanan medis, pelayanan keperawatan, maupun pada unit administrasi dan manajemen melalui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang wajib dipantau setiap hari. Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram adalah suatu program berkelanjutan yang disusun secara objektif dan sistematis untuk memantau dan menilai indikator mutu serta kewajaran pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Indikator mutu telah ditetapkan tersebut telah dipantau dengan instrument yang disusun berdasarkan kebutuhan data yang diperlukan. Setelah dilakukan pengumpulan data oleh masing-masing unit dalam rumah sakit, maka rumah sakit menggunakan proses internal untuk melakukan validasi data sebelum dilaksanakan pelaporan dan publikasi data sebagaimana tertuang dalam tujuan dari validasi data ini adalah tersedianya data dan informasi mutu yang valid sebagai dasar manajemen rumah sakit untuk mengambil keputusan dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi program dan peningkatan kewaspadaan serta respon terhadap kejadian luar biasa yang cepat dan tepat.

BAB II

PELAKSANAAN KEGIATAN

Kegiatan validasi dilaksanakan di unit-unit terkait baik pelayanan maupun penunjang yang selama ini melakukan pemantauan indikator mutu. Sesuai dengan prinsip validasi bahwa yang melakukan adalah pihak yang berbeda dengan pengumpulan data, maka dari itu pelaksana validasi di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram adalah untuk indikator mutu nasional dan prioritas RS dilakukan oleh komite mutu, sedangkan indikator mutu unit dilakukan oleh kepala ruangan/ staf yang ada di unit tersebut. Sedangkan petugas pengumpul data adalah staf di unit tersebut. Pelaksanaan validasi dilakukan pada berbagai kondisi yaitu :

1. Indikator Mutu baru
2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya)
3. Perubahan pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator
4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya
5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR)
6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)

Adapun indikator mutu yang divalidasi adalah sebagai berikut :

A. VALIDASI DATA INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT

1. Kepatuhan Pengisian Form Early Warning Score (EWS) Pada Pasien Baru (IRNA IIIA)
2. Kepatuhan Dokumentasi Assesment Nyeri Pada Pasien Rawat Inap (IRNA IIIB)
3. Jumlah resep obat pasien pulang yang tidak diambil dalam 1 bulan (DEPO IGD)
4. Kepatuhan perawat dan bidang terhadap perilaku caring kepada pasien di ruang rawat inap (BIDANG KEPERAWATAN)
5. Kelengkapan berkas laporan monitoring dan evaluasi inovasi unggulan rumah sakit (YANMED)
6. Angka kejadian terekstubasi (ICU)
7. Ketepatan identifikasi embrio saat embrio transfer (LOMBOK IVF)
8. Pengkajian awal atau skrining gizi awal pada pasien baru dalam 2x24 jam (INSTALASI GIZI)
9. Serapan Rujukan Masuk Melalui PSC 119 (PSC)
10. Pengisian Assesment Awal Medis Rawat Inap RME < 24 jam (III C)
11. Angka kejadian hematom pada pasien post tindakan kateterisasi jantung diruang PJT (PJT)
12. Kepatuhan Pengisian Formulir Skrining Disfagia ≤ 24 Jam Pada Pasien Stroke (STROKE CENTER)
13. Surgical Safety Checklis Oleh TIM IBS (IBS)
14. Kepatuhan Verifikasi Checklist Pre Operasi Oleh Perawat Ruangan (GRAHA)
15. Kepatuhan dalam melengkapi berkas klaim rawat jalan di IGD (IGD)
16. Kepatuhan Penempatan dan Kebersihan Area Penampungan Sementara Sampah Domestik (IKL)

17. Ketepatan pemenuhan permintaan obat dan BMHP depo farmasi rawat inap oleh Gudang Farmasi (DEPO RANAP)
18. Ketepatan pemenuhan permintaan obat dan BMHP depo Farmasi Rawat Inap oleh Gudang farmasi (DEPO RANAP 2)
19. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh di Rawat Jalan (POLIKLINIK)
20. Kepatuhan pengisian resume medis pasien pulang lengkap ≤ 24 jam (ISO)
21. Kepatuhan Melakukan *Precleaning* Alat dan Instrumen di Unit Pengguna (CSSD)
22. Jumlah Kejadian Anemia pada ibu nifas (NIFAS)
23. Ketepatan Pengembalian obat sisa operasi (DEPO IBS)
24. Angka Kejadian Septum Pada Terapi CPAP (NICU)
25. Waktu tunggu pelayanan fisioterapi di rawat jalan < 40 menit (REHAB MEDIK)
26. Kelengkapan verifikasi proses readback dalam waktu 1x24 jam di RME (PICU)
27. Respon Cepat transporter saat ada panggilan dari ruangan kurang dari atau sama dengan 5 menit (IB)
28. Pelaksanaan IMD sesuai indikasi ibu dan bayi (Ruang Bersalin)
29. Kepatuhan Pengisian Surat Kontrol Pada Pasien Pulang (IRNA 2)
30. Ketidaksesuaian pelayanan amprahan dari gudang farmasi ke depo farmasi (GUDANG FARMASI)
31. Ketepatan waktu penjemputan jenazah (IPJ)
32. Persentase kesesuaian dan ketepatan realisasi belanja terhadap pagu anggaran yang ditetapkan (KEUANGAN)
33. Pemenuhan kebutuhan darah oleh UTD yang berasal dari produksi UTD RSUD Kota Mataram (UTD)
34. Persentase Respon Time Tindak Lanjut Komplain/Temuan terkait fasilitas sesuai standar (UMUM)
35. Waktu tunggu hasil pemeriksaan BTA Mikroskopis (LAB)
36. Kelengkapan Pengisian Formulir Pemeriksaan Laboratorium PA (LAB)
37. Jumlah sampel Laboratorium yang ditolak karena tidak memenuhi syarat (LAB)
38. Jumlah Resep yang tidak terambil selama 1 minggu (DEPO RAJAL)
39. Waktu tunggu pemeriksaan radiologi konvensional (RADIOLOGI)
40. Keterlambatan Waktu tindakan endoskopi (ENDOSKOPI)
41. Ketidaksesuaian Respiratory Rate saat transfer pasien (IA)
42. Kecepatan Respon Waktu Tanggap Perbaikan Alat Medis (IPSRs)
43. Kelengkapan Pengisian informed consent elektronik (Instalasi Rekam Medis)
44. Kelengkapan Berkas Klaim BPJS (IKJK)
45. Karyawan yang dapat pelatihan minimal 20 jam pertahun (Kepegawaian)
46. Persentase Tindak Lanjut Rekomendasi Komite PPI berdasarkan hasil audit (PPI)
47. Persentase Ketepatan Waktu Rekomendasi Hasil Audit SPI ke Direktur (SPI)
48. Kepatuhan Pelaksanaan Morning Report (Komite Medik)
49. Persentase Perawat Dengan Kompetensi Khusus (Komite Keperawatan)
50. Kelengkapan Dokumen SAKIP (Program)
51. Tingkat Kepuasan Pelanggan Internal terhadap pelayanan penunjang medis dan non medis (PENUNJANG)
52. Kecepatan Penanganan Masalah hardware/software serta jaringan SIM RS (SIM RS)
53. Persentase Respon time penyelesaian usulan perjanjian kerjasama < 5 hari kerja (Komite Etik dan Hukum)
54. Kepuasan Peserta Pendidikan terhadap penyelenggaraan pendidikan di unit pendidikan pelayanan kesehatan (Pendidikan Pelayanan Kesehatan)
55. Persentase Rekomendasi Temuan yang ditindaklanjuti/agregasi data (Komite Mutu)
56. Insiden Serius akibat efek reaksi obat (Komite Farmasi Terapi)
57. Sosialisasi dan Simulasi Bencana (K3RS)

B. VALIDASI INDIKATOR MUTU PRIORITAS RS

1. Kepatuhan Identifikasi Pasien
2. Kelengkapan proses verifikasi readback 1x24 jam
3. Kepatuhan Penyimpanan Obat High Alert
4. Pelaksanaan Verifikasi pra operasi di ruang Instalasi Bedah Sentral
5. Kepatuhan Kebersihan Tangan

6. Pelaksanaan upaya pencegahan resiko jatuh di rawat jalan
7. Angka kejadian clotting dializer dan bloodline di instalasi HD
8. Cakupan sosialisasi dan simulasi bencana
9. Persentase item obat kadaluwarsa
10. Cakupan assesmen resiko kebakaran
11. Persentase ketepatan pengumpulan hasil penelitian mahasiswa
12. Kepatuhan terhadap clinical pathway

C. VALIDASI INDIKATOR MUTU NASIONAL

1. Kepatuhan kebersihan tangan
2. Kepatuhan Penggunaan APD
3. Kepatuhan identifikasi pasien
4. Waktu tanggap Sectio Caesaria Emergency
5. Waktu tunggu rawat jalan
6. Penundaan operasi elektif
7. Kepatuhan waktu visite dokter
8. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
9. Kepatuhan Penggunaan formularium nasional/RS
10. Kepatuhan terhadap clinical pathway
11. Kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh
12. Kecepatan waktu tanggap komplain
13. Kepuasan Pasien dan Keluarga

BAB III

HASIL VALIDASI DATA

A. VALIDASI INDIKATOR MUTU UNIT

1. Kepatuhan Pengisian Form Early Warning Score (EWS) Pada Pasien Baru (IRNA IIIA)

Judul Indikator	Kepatuhan Pengisian Form Early Warning Score (EWS) Pada Pasien Baru
Definisi Operasional	Pengisian form EWS adalah pencatatan parameter tanda vital dan tingkat kesadaran (TD, Nadi, RR, Suhu, Saturasi O2, dan Kesadaran) beserta perhitungan score EWS yang dilakukan sesuai frekuensi yang ditetapkan dan terdokumentasi lengkap pada form EWS pasien.
Numerator	Jumlah pasien baru dewasa rawat inap dengan form EWS terisi lengkap dan benar sesuai SOP
Denominator	Jumlah seluruh pasien baru dewasa rawat inap yang wajib di isi form EWS
Kriteria Inklusi	Pasien rawat inap dewasa yang menggunakan form EWS
Kriteria Ekslusi	1. Pasien ICU/HCU (menggunakan sistem monitoring khusus). 2. Pasien rawat jalan
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	9
Jumlah seluruh data	9

Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$9/9 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90 %
Rencana Tindak Lanjut	Melanjutkan pengumpulan data sesuai prosedur yang telah ditetapkan dan melakukan monitoring dan Evaluasi rutin terhadap indikator mutu unit untuk menjaga validitas data secara berkala.

2. Kepatuhan Dokumentasi Assesment Nyeri Pada Pasien Rawat Inap (IRNA IIIB)

Judul Indikator	Kepatuhan Dokumentasi Assesment Nyeri Pada Pasien Rawat Inap
Definisi Operasional	Persentase pasien rawat inap yang mendapatkan assesment nyeri secara rutin (misalnya setiap 4-8jam atau sesuai kondisi) dan tercatat lengkap di rekam medis, termasuk skala nyeri (NRS,VAS,dll), lokasi, durasi, dan intervensi yang diberikan.
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang dokumentasi assesment nyerinya lengkap (assesmen awal dan lanjutan , skala nyeri, intervensi, sesuai standar selama periode waktu tertentu)
Denumerator	Total jumlah pasien rawat inap yang memenuhi kriteria inklusi (misalnya semua pasien dewasa dengan keluhan nyeri yang dinilai minimal 1x per shift)
Kriteria Inklusi	Semua pasien dewasa dan anak (usia > 7 tahun) yang dirawat inap dan berpotensi atau mengalami nyeri.
Kriteria Ekslusi	Pasien tidak sadar/kompos mentis (kecuali ada metode asesmen nyeri perilaku), pasien paliatif yang tidak teridentifikasi nyeri akut, atau pasien dalam kondisi kritis tidak memungkinkan asesmen.
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan

	rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	9
Jumlah seluruh data	9
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$9/9 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90 %
Rencana Tindak Lanjut	Melanjutkan pengumpulan data sesuai prosedur yang telah ditetapkan dan melakukan monitoring dan Evaluasi rutin terhadap indikator mutu unit untuk menjaga validitas data secara berkala.

3. Jumlah resep obat pasien pulang yang tidak diambil dalam 1 bulan (DEPO IGD)

Judul Indikator	Jumlah resep obat pasien pulang yang tidak diambil dalam 1 bulan
Definisi Operasional	Persentase jumlah resep obat yang tidak diambil oleh pasien dalam waktu 1 bulan. Obat-obatan yang tidak diambil yang dimaksud adalah obat-obat dari resep pasien di depo IGD yang sudah bayar maupun pasien BPJS.
Numerator	Jumlah lembar resep atau obat pasien pulang yang tidak diambil di depo farmasi gawat darurat dalam waktu 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep obat pulang pasien depo IGD dalam 1 bulan
Kriteria Inklusi	Seluruh resep obat yang tidak terambil di depo IGD dalam 1 bulan
Kriteria Ekslusi	Resep yang terambil di depo IGD dalam 1 bulan
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan

	rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	50
Jumlah seluruh data	50
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$50/50 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melanjutkan pengumpulan data sesuai prosedur yang telah ditetapkan dan melakukan monitoring dan Evaluasi rutin terhadap indikator mutu unit untuk menjaga validitas data secara berkala.

4. Kepatuhan perawat dan bidan terhadap perilaku caring kepada pasien di ruang rawat inap (BIDANG KEPERAWATAN)

Judul Indikator	Kepatuhan perawat dan bidan terhadap perilaku caring kepada pasien di ruang rawat inap.
Definisi Operasional	Perilaku caring perawat adalah sikap peduli, perhatian dengan sepenuh hati yang di tunjukkan dalam asuhan keperawatan, meliputi mendengarkan dengan seksama, empati , membangun hubungan terapeutik, serta melakukan tindakan dengan sentuhan kasih sayang, sabar, jujur, dan menghormati pasien. Sehingga di harapkan terlaksananya kepatuhan perawat dan bidan terhadap perilaku caring kepada pasien di ruang rawat inap.
Numerator	Jumlah perawat dan bidan yang berperilaku caring
Denominator	Jumlah perawat dan bidan yang diobservasi saat bertugas di ruang rawat inap
Kriteria Inklusi	Seluruh perawat dan bidan yang sedang bertugas di ruang rawat inap
Kriteria Ekslusi	Perawat dan bidan yang sedang tidak bertugas di ruang rawat inap
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah

	dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	9
Jumlah seluruh data	9
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$9/9 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid >90 %
Rencana Tindak Lanjut	Melanjutkan pengumpulan data sesuai prosedur yang telah ditetapkan dan melakukan monitoring dan Evaluasi rutin terhadap indikator mutu unit untuk menjaga validitas data secara berkala.

5. Kelengkapan berkas laporan monitoring dan evaluasi inovasi unggulan rumah sakit (YANMED)

Judul Indikator	Pencapaian Program Inovasi Unggulan Rumah Sakit
Definisi Operasional	- Proses melakukan suatu pengawasan dan evaluasi dalam program layanan inovasi unggulan rumah sakit sesuai alur pelayanan di bidang pelayanan medik - Inovasi Unggulan rumah sakit adalah inovasi yang dibuat berdasarkan adanya latar belakang strategis atau prioritas rumah sakit dalam pemenuhan pelaksanaan pelayanan medis pasien yang bermutu - Inovasi yang memperoleh penghargaan di lomba inovasi daerah dengan fokus ampuan dilakukan oleh tim inovasi unggulan rumah sakit.
Numerator	Jumlah Inovasi yang sudah dilakukan monitoring dan evaluasi
Denominator	Seluruh inovasi yang menjadi unggulan rumah sakit dibawah

	ampuan bidang pelayanan medic
Kriteria Inklusi	inovasi rumah sakit yang menjadi juara inovasi daerah yang menjadi ampuan dibawah tim inovasi unggulan rumah sakit dan sesuai dengan tupoksi bidang pelayanan medic
Kriteria Ekslusi	Inovasi rumah sakit diluar ampuan dan tupoksi bidang pelayanan medic
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	5
Jumlah seluruh data	5
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$5/5 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melanjutkan pengumpulan data sesuai prosedur yang telah ditetapkan dan melakukan monitoring dan Evaluasi rutin terhadap indikator mutu unit untuk menjaga validitas data secara berkala.

6. Angka kejadian terekstubasi (ICU)

Judul Indikator	Angka kejadian terekstubasi
Definisi Operasional	Jumlah kejadian terekstubasi merupakan suatu kejadian dimana ETT terekstubasi secara tidak sengaja tanpa indikasi dilakukan ekstubasi

Numerator	Jumlah pasien yang terekstubasi tanpa indikasi untuk dilakukan ekstubasi
Denominator	Jumlah total pasien yang dilakukan intubasi
Kriteria Inklusi	Semua pasien yang dilakukan intubasi (penggunaan ETT)
Kriteria Ekslusi	Kondisi medis yang tidak memungkinkan dilakukan skrining sesuai SPO
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	9
Jumlah seluruh data	9
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$9/9 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melanjutkan pengumpulan data sesuai prosedur yang telah ditetapkan dan melakukan monitoring dan Evaluasi rutin terhadap indikator mutu unit untuk menjaga validitas data secara berkala

7. Ketepatan identifikasi embrio saat embrio transfer (LOMBOK IVF)

Judul Indikator	Ketepatan identifikasi embrio saat embrio transfer
Definisi Operasional	Embrio yang dimasukkan benar atau sesuai dengan nama pasien, nama suami, tanggal lahir, dan nomor rekam medis.

Numerator	Jumlah embrio pasien yang tepat diidentifikasi saat embrio transfer
Denominator	Jumlah seluruh embrio pasien yang diidentifikasi saat embrio transfer
Kriteria Inklusi	Semua Pasien Bayi tabung yang melakukan transfer embrio
Kriteria Ekslusi	Selain pasien yang melakukan transfer embrio
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	3
Jumlah seluruh data	3
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$3/3 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90 %
Rencana Tindak Lanjut	Melanjutkan pengumpulan data sesuai prosedur yang telah ditetapkan dan melakukan monitoring dan Evaluasi rutin terhadap indikator mutu unit untuk menjaga validitas data secara berkala

8. Pengkajian awal atau skrining gizi awal pada pasien baru dalam 2x24 jam (INSTALASI GIZI)

Judul Indikator	Pengkajian awal atau skrining gizi awal pada pasien baru dalam 2x24 jam
Definisi Operasional	Pengkajian awal adalah pengisian status pasien dalam waktu 2x24 jam sejak pasien dirawat oleh dokter. Pengkajian awal atau skrining gizi adalah proses penilaian awal yang cepat dan

	sederhana untuk mengidentifikasi individu yang beresiko mengalami masalah gizi, terutama malnutrisi (gizi kurang atau gizi lebih), sehingga dapat segera dilakukan penilaian gizi lanjutan dan intervensi yang tepat. Pengkajian awal atau skrining gizi yang lengkap adalah pengisian data pasien yang terdiri dari : data berat badan, tinggi badan, penurunan berat badan, indeks massa tubuh, asupan makan dan kondisi penyakit yang mempengaruhi status gizi. Alat skrining gizi yang digunakan yaitu MST (Malnutrition Screening Tool, MNA (Mini Nutritional Assessment, SGA (Subjective Global Assessment)
Numerator	Form skrining gizi awal yang diisi lengkap dalam waktu 2x24 jam
Denominator	Jumlah seluruh pasien baru ruang rawat inap
Kriteria Inklusi	1. Formulir skrining gizi terisi lengkap 2. Skrining dilakukan maksimal 48 jam (2x24 jam) sejak pasien masuk rawat inap 3. Terdapat tanggal, jam, dan identitas petugas yang melakukan skrining
Kriteria Ekslusi	1. Skrining gizi tidak dilakukan 2. Skrining dilakukan lebih dari 48 jam sejak pasien masuk 3. Formulir tidak lengkap atau tidak terdokumentasi
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	46
Jumlah seluruh data	50
Persentase kesesuaian data	$46/50 \times 100\% = 92\%$

(Hasil Validasi)	
Kesimpulan	Data Valid > 90 %
Rencana Tindak Lanjut	Melanjutkan pengumpulan data sesuai prosedur yang telah ditetapkan dan melakukan monitoring dan Evaluasi rutin terhadap indikator mutu unit untuk menjaga validitas data secara berkala

9. Serapan Rujukan Masuk Melalui PSC 119 (PSC)

Judul Indikator	Serapan Rujukan Masuk Melalui PSC 119
Definisi Operasional	Rujukan masuk adalah proses pelimpahan pasien dari fasilitas kesehatan lain sesuai indikasi medis untuk mendapatkan tindakan spesifik lanjutan di RSUD Kota Mataram melalui PSC 119. Serapan rujukan masuk adalah jumlah rujukan masuk pasien yang dapat diterima di RSUD Kota Mataram, yang telah mendapatkan <i>advice</i> persetujuan dari DPJP serta mendapat ketersediaan ruang perawatan (IGD dan ruang intensif)
Numerator	Jumlah rujukan masuk pasien yang dapat diterima di RSUD Kota Mataram
Denominator	Jumlah seluruh rujukan yang masuk melalui operator PSC 119
Kriteria Inklusi	Seluruh rujukan masuk melalui PSC 119
Kriteria Ekslusi	Rujukan masuk yang tidak sesuai dengan kompetensi rumah sakit.
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya) 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	19
Jumlah seluruh data	19

Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	19/19 x 100% = 100%
Kesimpulan	Data Valid > 90 %
Rencana Tindak Lanjut	Melanjutkan pengumpulan data sesuai prosedur yang telah ditetapkan dan melakukan monitoring dan Evaluasi rutin terhadap indikator mutu unit untuk menjaga validitas data secara berkala

10. Pengisian Assesment Awal Medis Rawat Inap RME < 24 jam (III C)

Judul Indikator	Pengisian Assesment Awal Medis Rawat Inap RME <24 jam
Definisi Operasional	Proses kegiatan mengevaluasi pasien oleh tenaga medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap meliputi mengumpulkan informasi, menganalisis informasi dan membuat rencana pelayanan untuk memenuhi semua kebutuhan pasien yang telah diidentifikasi
Numerator	Jumlah assesmen lengkap yang dilakukan oleh tenaga medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap dalam waktu 1 bulan
Denominator	Jumlah total pasien yang masuk rawat inap dalam waktu 24 jam, dalam waktu 1 bulan
Kriteria Inklusi	Semua pasien Rawat Inap
Kriteria Eksklusi	Pasien yang meninggal dalam waktu <24 jam setelah pasien rawat inap atau pasien pulang APS atau Rujuk sebelum waktu <24 jam
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta

	adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	9
Jumlah seluruh data	9
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$9/9 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90 %
Rencana Tindak Lanjut	Melanjutkan pengumpulan data sesuai prosedur yang telah ditetapkan dan melakukan monitoring dan Evaluasi rutin terhadap indikator mutu unit untuk menjaga validitas data secara berkala

11. Angka kejadian hematom pada pasien post tindakan kateterisasi jantung diruang PJT (PJT)

Judul Indikator	Angka kejadian hematom pada pasien post tindakan Kateterisasi Jantung diruang PJT
Definisi Operasional	Hematom pada pasien post kateterisasi jantung dilakukan melalui pemantauan berkala pada area penusukan (femoral atau radial)
Numerator	Jumlah pasien pasca tindakan kateterisasi jantung yang mengalami hematoma
Denominator	Jumlah seluruh pasien pasca kateterisasi jantung
Kriteria Inklusi	Seluruh pasien yang dilakukan tindakan kateterisasi jantung diruang PJT
Kriteria Ekslusi	Tidak ada
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta

	adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	9
Jumlah seluruh data	9
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$9/9 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90 %
Rencana Tindak Lanjut	Melanjutkan pengumpulan data sesuai prosedur yang telah ditetapkan dan melakukan monitoring dan Evaluasi rutin terhadap indikator mutu unit untuk menjaga validitas data secara berkala

12. Kepatuhan Pengisian Formulir Skrining Disfagia ≤ 24 Jam Pada Pasien Stroke (STROKE CENTER)

Judul Indikator	Kepatuhan Pengisian Formulir Skrining Disfagia ≤ 24 Jam Pada Pasien Stroke
Definisi Operasional	Skrining disfagia merupakan bagian dari asesmen awal pada pasien stroke yang bertujuan mengidentifikasi risiko gangguan menelan. Pengisian formulir skrining disfagia secara lengkap dan tepat waktu merupakan bukti pelaksanaan asesmen sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO), mendukung komunikasi antarprofesi, kesinambungan pelayanan, serta menjadi dasar evaluasi mutu pelayanan di Stroke Center.
Numerator	Jumlah pasien stroke yang formulir skrining disfagiannya diisi lengkap ≤ 24 jam sejak masuk ruang Stroke Center
Denominator	Jumlah per hari pasien stroke yang baru masuk ke Ruang Stroke Center
Kriteria Inklusi	Seluruh pasien dengan diagnosis stroke iskemik maupun stroke perdarahan yang di rawat di Stroke Center.
Kriteria Ekslusi	Tidak ada
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator

	4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	9
Jumlah seluruh data	9
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$9/9 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90 %
Rencana Tindak Lanjut	Melanjutkan pengumpulan data sesuai prosedur yang telah ditetapkan dan melakukan monitoring dan Evaluasi rutin terhadap indikator mutu unit untuk menjaga validitas data secara berkala

13. Surgical Safety Checklis Oleh TIM IBS (IBS)

Judul Indikator	Surgical Safety Checklis Oleh TIM IBS
Definisi Operasional	Surgical Safety Checklist adalah alat komunikasi terstruktur yang digunakan oleh tim medis (bedah, anestesi, dan perawat) di kamar operasi untuk mencegah kesalahan, mengurangi angka kematian, serta menekan risiko komplikasi (WHO)
Numerator	Jumlah lembar Surgical Safety Checklist yang diisi dengan lengkap
Denominator	Jumlah seluruh lembar Surgical Safety Checklist masuk ke rekam medis pasien
Kriteria Inklusi	Semua Pasien yang masuk ke ruangan operasi
Kriteria Eksklusi	Pasien yang tidak menjalani operasi

Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	12
Jumlah seluruh data	12
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$12/12 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90 %
Rencana Tindak Lanjut	Melanjutkan pengumpulan data sesuai prosedur yang telah ditetapkan dan melakukan monitoring dan Evaluasi rutin terhadap indikator mutu unit untuk menjaga validitas data secara berkala

14. Kepatuhan Verifikasi Checklist Pre Operasi Oleh Perawat Ruangan (GRAHA)

Judul Indikator	Kepatuhan Verifikasi Checklist Pre Operasi Oleh Perawat Ruangan
Definisi Operasional	Checklist operasi adalah formulir standar yang digunakan tim medis untuk memastikan kelengkapan dan keamanan pasien sebelum, selama, dan sesudah tindakan operasi, mencakup verifikasi identitas pasien, lokasi operasi, prosedur yang benar, peralatan, hingga antisipasi risiko, untuk mencegah kesalahan medis dan meningkatkan keselamatan pasien, mengikuti panduan WHO.
Numerator	Jumlah kelengkapan verifikasi checklist operasi oleh perawat ruangan di RME
Denominator	Jumlah checklist pre operasi

Kriteria Inklusi	Semua Pasien yang operasi di ruangan
Kriteria Ekslusi	Pasien yang tidak menjalani operasi
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	9
Jumlah seluruh data	9
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$9/9 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90 %
Rencana Tindak Lanjut	Melanjutkan pengumpulan data sesuai prosedur yang telah ditetapkan dan melakukan monitoring dan Evaluasi rutin terhadap indikator mutu unit untuk menjaga validitas data secara berkala

15. Kepatuhan dalam melengkapi berkas klaim rawat jalan di IGD (IGD)

Judul Indikator	Kepatuhan dalam melengkapi berkas klaim rawat jalan di IGD
Definisi Operasional	1. Surat Eligibilitas Peserta (SEP): adanya keabsahan SEP sebagai bukti 2. Identitas pasien: Kelengkapan dan keakuratan data demografi pasien (KTP/KK/Kartu BPJS pasien). 3. Anamnesa dan triage (riwayat penyakit dan keluhan): pencatatan keluhan utama dan riwayat penyakit secara lengkap di lakukan oleh dokter/tenaga medis 4. Hasil pemeriksaan: dokumen hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik (laboratorium, radiologi)

	5. Diagnosa: sesuai dengan klasifikasi statistik internasional penyakit dan masalah kesehatan terkait 6. Rencana penatalaksanaan/terapi: pencatatan rencana pengobatan,tindakan dan/atau konseling yang diberikan 7. Laporan pelayanan individual pasien : kesesuaian antara data klinis di rekam medis dengan laporan tagihan
Numerator	Berkas klaim yang lengkap dibulan pelayanan yang sama
Denominator	Seluruh berkas klaim yang dikumpulkan dibulan pelayanan yang sama
Kriteria Inklusi	berkas klaim yang terkumpul
Kriteria Eksklusi	-
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	19
Jumlah seluruh data	19
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$19/19 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90 %
Rencana Tindak Lanjut	Melanjutkan pengumpulan data sesuai prosedur yang telah ditetapkan dan melakukan monitoring dan Evaluasi rutin terhadap indikator mutu unit untuk menjaga validitas data secara berkala

16.Kepatuhan Penempatan dan Kebersihan Area Penampungan Sementara Sampah Domestik (IKL)

Judul Indikator	Kepatuhan Penempatan dan Kebersihan Area Penampungan Sementara Sampah Domestik
Definisi Operasional	Area penampungan sementara sampah domestik dinyatakan memenuhi apabila seluruh sampah berada di dalam kontainer, tidak terdapat sampah tercecer di sekitar kontainer, seluruh kontainer dalam keadaan tertutup, dan area sekitar dalam kondisi bersih pada saat dilakukan pemantauan
Numerator	Jumlah hasil pemantauan area kontainer sampah domestik yang memenuhi kriteria bersih dan tertata.
Denominator	Jumlah seluruh pemantauan area kontainer sampah domestik yang dilakukan.
Kriteria Inklusi	1. Seluruh pemantauan yang dilakukan pada TPS sampah domestik. 2. Observasi menggunakan checklist indikator mutu. 3. Data dikumpulkan oleh petugas IKL sesuai jadwal monitoring.
Kriteria Ekslusi	1. Pemantauan yang tidak menggunakan instrumen resmi. 2. Data yang tidak lengkap atau tidak terdokumentasi. 3. Kondisi luar biasa akibat penutupan TPA/TPST atau gangguan pengangkutan di luar kendali rumah sakit
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	9
Jumlah seluruh data	9
Persentase kesesuaian data	9/9x 100% = 100%

(Hasil Validasi)	
Kesimpulan	Data valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	1. Koordinasi dengan pihak pengangkut sampah. 2. Monitoring TPS domestik melalui aplikasi SEHATI. 3. Evaluasi kebutuhan sarana penampungan sampah.

17.Ketepatan pemenuhan permintaan obat dan BMHP depo farmasi rawat inap oleh Gudang Farmasi (DEPO RANAP)

Judul Indikator	Ketepatan pemenuhan permintaan obat dan BMHP depo Farmasi Rawat Inap oleh Gudang farmasi
Definisi Operasional	Persentase permintaan obat dan BMHP dari Depo Farmasi Rawat Inap I yang dipenuhi oleh Gudang Farmasi sesuai jenis, jumlah dan waktu pelayanan berdasarkan dokumen Lembar Pemakaian dan Permintaan Obat (LPLPO)
Numerator	Jumlah permintaan obat dan BMHP depo Farmasi Rawat Inap yang dipenuhi tepat sesuai jenis, jumlah, dan waktu oleh Gudang Farmasi dalam periode pengukuran.
Denominator	Jumlah seluruh permintaan obat dan BMHP depo Farmasi Rawat Inap dalam periode pengukuran.
Kriteria Inklusi	Seluruh permintaan obat dan BMHP dari Depo Farmasi Rawat Inap I yang diajukan ke Gudang Farmasi
Kriteria Eksklusi	Permintaan yang dibatalkan, duplikasi permintaan, permintaan diluar prosedur yang berlaku.
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	40

Jumlah seluruh data	40
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$\frac{40}{40} \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90 %
Rencana Tindak Lanjut	Melanjutkan pengumpulan data sesuai prosedur yang telah ditetapkan, melakukan monitoring dan evaluasi rutin untuk menjaga validitas data, serta melakukan perbaikan berkelanjutan.

18. Ketepatan pemenuhan permintaan obat dan BMHP depo Farmasi Rawat Inap oleh Gudang farmasi (DEPO RANAP 2)

Judul Indikator	Ketepatan pemenuhan permintaan obat dan BMHP depo Farmasi Rawat Inap oleh Gudang farmasi
Definisi Operasional	Persentase permintaan obat dan BMHP dari Depo Farmasi Rawat Inap 2 yang dipenuhi oleh Gudang Farmasi sesuai jenis, jumlah dan waktu pelayanan berdasarkan dokumen Lembar Pemakaian dan Permintaan Obat (LPLPO)
Numerator	Jumlah permintaan obat dan BMHP depo Farmasi Rawat Inap yang dipenuhi tepat sesuai jenis, jumlah, dan waktu oleh Gudang Farmasi dalam periode pengukuran.
Denominator	Jumlah seluruh permintaan obat dan BMHP depo Farmasi Rawat Inap dalam periode pengukuran.
Kriteria Inklusi	Seluruh permintaan obat dan BMHP dari Depo Farmasi Rawat Inap 2 yang diajukan ke Gudang Farmasi
Kriteria Ekslusi	Permintaan yang dibatalkan, duplikasi permintaan, permintaan diluar prosedur yang berlaku.
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)

Jumlah Kesesuaian data	40
Jumlah seluruh data	40
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$40/40 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90 %
Rencana Tindak Lanjut	Melanjutkan pengumpulan data sesuai prosedur yang telah ditetapkan, melakukan monitoring dan evaluasi rutin untuk menjaga validitas data, serta melakukan perbaikan berkelanjutan.

19. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh di Rawat Jalan (POLIKLINIK)

Judul Indikator	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh di Rawat Jalan
Definisi Operasional	1.Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi: a. Asesment awal risiko jatuh b. Intervensi pencegahan risiko jatuh 2.Mengurangi resiko pasien jatuh adalah upaya yang dilakukan petugas kesehatan untuk melakukan penilaian, pemantauan dan upaya-upaya pencegahan terhadap pasien dengan resiko jatuh di unit rawat jalan.
Numerator	Jumlah pasien rawat jalan berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan asesmen dan intervensi pencegahan risiko jatuh
Denominator	Jumlah pasien rawat jalan berisiko tinggi jatuh yang diobservasi
Kriteria Inklusi	Pasien rawat jalan berisiko tinggi jatuh
Kriteria Ekslusi	Pasien gangguan jiwa yang sudah melewati fase akut, dan pasien menolak intervensi.
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan

	protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	46
Jumlah seluruh data	50
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$\frac{46}{50} \times 100\% = 92\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90 %
Rencana Tindak Lanjut	Mempertahankan metode pengumpulan data yang telah digunakan dan melakukan monitoring serta validasi data secara berkala sesuai dengan justifikasi. Terhadap 7 data yang tidak sesuai, dilakukan penelusuran untuk mengidentifikasi penyebab ketidaksesuaian, khususnya terkait kelengkapan dokumentasi asesmen dan intervensi pencegahan risiko jatuh.

20. Kepatuhan pengisian resume medis pasien pulang lengkap ≤24jam (ISO)

Judul Indikator	Kepatuhan pengisian resume medis pasien pulang lengkap ≤24jam
Definisi Operasional	Resume Medis adalah ringkasan penting dan terstruktur dari seluruh riwayat kesehatan pengobatan, diagnosis, hasil lab, dan tindakan medis yang dialami pasien selama perawatan di fasilitas kesehatan.
Numerator	Form resume medis yang diisi lengkap saat pasien pulang
Denominator	Jumlah seluruh pasien pulang dalam 1 bulan
Kriteria Inklusi	Semua pasien yang masuk di rawat inap isolasi
Kriteria Ekslusi	Pasien rujukan ke RS lain
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan

	protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	9
Jumlah seluruh data	9
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$9/9 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90 %
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan Evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indikator mutu unit

21. Kepatuhan Melakukan *Precleaning* Alat dan Instrumen di Unit Pengguna (CSSD)

Judul Indikator	Kepatuhan Melakukan <i>Precleaning</i> Alat dan Instrumen di Unit Pengguna
Definisi Operasional	Kepatuhan unit pengguna dalam melakukan <i>precleaning</i> melalui pengecekan kondisi apakah masih terlihat sisa darah, cairan tubuh, dan cemaran fisik lainnya saat alat dan instrumen diserahkan ke instalasi CSSD
Numerator	Jumlah kepatuhan <i>precleaning</i> alat dan instrumen yang dikembalikan oleh unit pengguna dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh transaksi pengembalian alat dan instrumen dari unit pengguna dalam satu bulan
Kriteria Inklusi	Semua unit pengguna yang mengembalikan alat dan instrumen disertai kode <i>QR Code</i>
Kriteria Eksklusi	1. Alat dan Instrumen titipan 2. Alat dan instrumen yang tidak disertai <i>QR Code</i>
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya. 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agregasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset,

	panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	32
Jumlah seluruh data	34
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$32/34 \times 100\% = 94,11\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90 %
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan Evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indikator mutu unit

22. Jumlah Kejadian Anemia pada ibu nifas (NIFAS)

Judul Indikator	Jumlah Kejadian Anemia pada ibu nifas
Definisi Operasional	Kejadian Anemia pada masa nifas adalah kondisi kekurangan darah setelah melahirkan umumnya disebabkan kekurangan zat besi akibat kehilangn darah saat persalinan,ditandai dengan kadar HB rendah (<10 gr/dl).
Numerator	Jumlah Kejadian Anemia ibu nifas
Denominator	Jumlah seluruh ibu nifas dalam 1 bulan
Kriteria Inklusi	Semua Pasien ibu nifas dalam 1 bulan
Kriteria Ekslusi	Pasien yang bukan ibu nifas
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	9

Jumlah seluruh data	9
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$9/9 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90 %
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan Evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indikator mutu unit

23.Ketepatan pengembalian obat sisa operasi (DEPO IBS)

Judul Indikator	Ketepatan pengembalian obat sisa oprasi
Definisi Operasional	Ketepatan pengembalian obat sisa operasi adalah kesesuaian pengembalian obat yang tidak terpakai dari tindakan operasi ke instalasi farmasi dalam batas waktu dan kondisi sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) yang berlaku.
Numerator	Jumlah pengembalian obat sisa operasi yang dilakukan tepat waktu dan sesuai prosedur.
Denominator	Jumlah seluruh pengembalian obat sisa operasi pada periode pengukuran.
Kriteria Inklusi	Semua pasien operasi
Kriteria Ekslusi	pasien yang di jadwalkan operasi
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	29
Jumlah seluruh data	32

Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	29/32x100% = 90,62%
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan Evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indikator mutu unit

24. Angka Kejadian Septum Pada Terapi CPAP (NICU)

Judul Indikator	Angka Kejadian Cedera Septum Pada Terapi CPAP
Definisi Operasional	Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) adalah merupakan suatu alat untuk mempertahankan tekanan positif pada saluran napas neonatus selama pernapasan spontan. Kerusakan septum pada terapi CPAP adalah suatu kerusakan septum nasal pada bayi yang disebabkan karena iritasi atau tekanan dari nasal prong pada saat menggunakan alat bantu nafas CPAP
Numerator	Jumlah semua bayi yang mengalami cedera septum akibat CPAP
Denominator	Jumlah semua bayi yang menggunakan alat bantu CPAP dalam 1 periode
Kriteria Inklusi	Semua bayi yang menggunakan CPAP dalam 1 bulan
Kriteria Ekslusi	Bayi yang mengalami cedera septum yang terjadi di luar RS
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	11

Jumlah seluruh data	11
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$11/11 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90 %
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indikator mutu unit.

25. Waktu tunggu pelayanan fisioterapi di rawat jalan, kurang dari 40 menit (REHAB MEDIK)

Judul Indikator	Waktu tunggu pelayanan pasien fisioterapi di rawat jalan, kurang dari 40 menit sejak pendaftaran/registrasi sampai diberikan Tindakan fisioterapi
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan Adalah waktu tunggu yang diperlukan pasien rawat jalan yang di hitung mulai dari pasien datang mendaftar di ruang rehabilitasi medik sampai mendapatkan terapi. Rawat jalan Adalah pelayanan Kesehatan yang diberikan kepada pasien tanpa menginap di rumah sakit, dimana pasien datang ke rumah sakit/ unit pelayanan, mendapatkan pemeriksaan dan atau Tindakan medis, kemudian pulang di hari yang sama
Numerator	Jumlah pasien di unit fisioterapi rawat jalan dengan waktu tunggu maksimal 40 menit dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien di unit fisioterapi rawat jalan dalam 1 bulan
Kriteria Inklusi	Semua pasien rawat jalan di unit fisioterapi fisioterapi
Kriteria Ekslusi	Pasien konsultasi ke dokter
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh

	perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	17
Jumlah seluruh data	18
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$17/18 \times 100\% = 94,4\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90 %
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indikator mutu unit.

26. Kelengkapan verifikasi proses readback dalam waktu 1x24 jam di RME (PICU)

Judul Indikator	Kelengkapan verifikasi proses readback dalam waktu 1x24 jam di RME
Definisi Operasional	Prosedur readback adalah kegiatan untuk memastikan setiap instruksi verbal diverifikasi oleh pemberi informasi dalam waktu 1x24 jam. Kriteria readback yang tepat dan lengkap jika memenuhi : - Stempel Readback di RME - Verifikasi dokter dan pelapor di RME - Tulisan instruksi dari dokter di RME - Tanggal dan jam pemberian instruksi di RME
Numerator	Jumlah kelengkapan verifikasi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dilakukan verifikasi informasi verbal yang terdokumentasi dalam 1 bulan
Kriteria Inklusi	Semua Instruksi verbal yang dilaporkan
Kriteria Ekslusi	-
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya

	5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	9
Jumlah seluruh data	9
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$9/9 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90 %
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indikator mutu unit.

27. Respon cepat transporter saat ada panggilan dari ruangan kurang dari sama dengan 5 menit (IB)

Judul Indikator	Respon cepat transporter saat ada panggilan dari ruangan kurang dari sama dengan 5 menit
Definisi Operasional	Definisi operasional respons cepat transporter adalah waktu tanggap petugas pengantar pasien atau barang sejak panggilan diterima dari ruangan hingga petugas tiba di lokasi pemanggilan dengan durasi kurang dari atau sama dengan lima menit.
Numerator	Jumlah kedatangan transporter saat petugas memanggil dalam waktu satu hari
Denominator	Jumlah petugas memanggil transporter dalam waktu 1 hari
Kriteria Inklusi	1 Status tugas: Transporter sedang bertugas aktif (<i>on-duty</i>) di area tunggu atau pos yang ditentukan. 2. Ketersediaan alat komunikasi: Membawa dan merespons melalui alat komunikasi aktif (seperti Handy Talky, telepon internal, atau aplikasi seluler rumah sakit). 3. Kondisi fisik dan mental: Petugas transporter dalam keadaan sehat dan siap siaga secara fisik serta mental. 4. Jenis panggilan: Panggilan rutin atau emergensi terjadwal dari ruang perawatan, penunjang medis, atau IGD yang masuk ke sistem.
Kriteria Ekslusi	1 Panggilan Ganda/Tumpang Tindih: Transporter sedang

	melayani panggilan darurat atau penugasan lain prioritas tinggi di tempat berbeda secara bersamaan (<i>overlapping task</i>). 2.Kendala Akses Ruangan: Ruangan atau area tujuan/asal terkunci, pasien belum siap dipindahkan (prosedur medis awal belum selesai), atau akses jalan terhalang kendala teknis (seperti bedah darurat/brankar rusak). 3.Koreksi Permintaan: Panggilan dibatalkan (<i>cancellation</i>) atau direvisi oleh ruangan sesaat setelah dikirim karena perubahan kondisi atau salah pencatatan panggilan. 4.Kondisi Pasien di Luar Rencana: Pasien mendadak mengalami henti jantung atau penurunan kesadaran ekstrem saat transporter sampai, sehingga alih fungsi tugas seketika berubah menjadi bantuan resusitasi/kegawatdaruratan medis. 5.Transporter Istirahat/Dinas Luar Resmi: Petugas sedang dalam jadwal istirahat sah sesuai shift atau ditugaskan keluar area rumah sakit untuk penugasan eksternal.
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	9
Jumlah seluruh data	9
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$9/9 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90 %
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indikator mutu unit.

28. Pelaksanaan IMD sesuai indikasi ibu dan bayi (Ruang Bersalin)

Judul Indikator	Pelaksanaan IMD sesuai indikasi ibu dan bayi
Definisi Operasional	Proses meletakkan bayi baru lahir bugar secara <i>skin-to-skin</i> (kulit ke kulit) di dada atau perut ibu segera setelah lahir (setelah pemotongan tali pusat dan pengeringan tubuh bayi) selama minimal 1 jam (60 menit) sampai bayi menemukan puting susu ibunya sendiri
Numerator	Jumlah bayi yang IMD (52 Bayi)
Denominator	Jumlah bayi lahir sesuai indikasi ibu dan bayi sehat (52 bayi)
Kriteria Inklusi	- Seluruh bayi baru lahir cukup bulan/kurang bulan yang sehat dan bugar (menangis kuat, tonus otot baik). - Ibu dalam kondisi hemodinamik stabil.
Kriteria Ekslusi	- Bayi yang membutuhkan resusitasi atau tindakan medis darurat (asfiksia berat, kelainan kongenital berat). - Ibu dengan komplikasi berat (perdarahan pasca melahirkan yang belum teratasi, eklampsia, atau penurunan kesadaran). - Ibu dengan indikasi medis kontraindikasi menyusui
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran indicator mutu baru 2. Data akan di publikasikan ke masyarakat (Website, Dashboard, Mutu Unit, Publikasi Internal/Eksternal lainnya) 3. Perubahan pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, Misalnya perubahan profil mutu indicator, Instrumen pengumpulan data, Proses agregasi data, Perubahan staf pengumpul data/ validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui sebabnya 5. Perubahan sumber data contoh (Medical record/MR, Hardcopy digantikan dengan format e-MR, Registry berupa kertas diganti elektronik,dll) 6. Perubahan subyek dari pengumpul data (contoh Perubahan rerata umur pasien, Komorbiditas, Perubahan-perubahan umur rata-rata pasien, perubahan protocol riset, panduan praktik klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru.
Jumlah Kesesuaian data	9
Jumlah seluruh data	9
Persentase kesesuaian data	$9/9 \times 100\% = 100\%$

(Hasil Validasi)	
Kesimpulan	Data Valid >90%
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indicator mutu unit

29. Kepatuhan Pengisian Surat Kontrol Pada Pasien Pulang (IRNA 2)

Judul Indikator	Kepatuhan Pengisian Surat Kontrol Pada Pasien Pulang
Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, jadwal kontrol dan resume
Numerator	Jumlah resume surat control rawat inap yang lengkap
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap pada bulan tersebut
Kriteria Inklusi	Semua Pasien pulang yang dirawat
Kriteria Ekslusi	Form resume surat kontrol yang di isi lengkap
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	9
Jumlah seluruh data	9
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	9/9x 100% = 100%

Kesimpulan	Data Valid > 90 %
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indicator mutu unit

30. Ketidaksesuaian pelayanan amprahan dari gudang farmasi ke depo farmasi (GUDANG FARMASI)

Judul Indikator	Ketidaksesuaian pelayanan amprahan dari gudang farmasi ke depo farmasi
Definisi Operasional	Ketidaksesuain pelayanan amprahan dari gudang farmasi ke depo farmasi adalah kondisi dimana pelayanan amprahan yang diberikan oleh gudang farmasi tidak sesuai dengan amprahan yang diajukan oleh depo farmasi meliputi ketidaksesuaian jumlah, jenis obat, atau waktu pelayanan pada periode tertentu.
Numerator	Jumlah pelayanan amprahan dari gudang farmasi ke depo farmasi yang tidak sesuai dengan amprahan yang diajukan (jumlah/jenis/waktu) dalam satu periode.
Denominator	Total seluruh pelayanan amprahan dari gudang farmasi ke depo farmasi dalam satu periode yang sama.
Kriteria Inklusi	Pelayanan amprahan sesuai dengan jumlah, jenis, dan waktu yang tercantum dalam dokumen amprahan
Kriteria Ekslusi	Terdapat ketidaksesuaian jumlah, jenis obat, dan atau waktu pelayanan.
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru)
Jumlah Kesesuaian data	47

Jumlah seluruh data	50
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$47/50 \times 100\% = 94\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indicator mutu unit

31. Ketepatan waktu penjemputan jenazah (IPJ)

Judul Indikator	Ketepatan Waktu Penjemputan Jenazah
Definisi Operasional	Kesesuaian waktu petugas IPJ menjemput jenazah
Numerator	Jumlah penjemputan jenazah yang tepat waktu
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang meninggal
Kriteria Inklusi	Seluruh jenazah yang meninggal di ruang rawat inap/IGD/ICU
Kriteria Eksklusi	Jenazah dari luar rumah sakit yang masuk ke IPJ
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	9
Jumlah seluruh data	9
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$9/9 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%

Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indicator mutu unit
-----------------------	--

32. Persentase kesesuaian dan ketepatan relisasi belanja terhadap pagu anggaran yang ditetapkan (KEUANGAN)

Judul Indikator	Persentase kesesuaian dan ketepatan relisasi belanja terhadap pagu anggaran yang ditetapkan
Definisi Operasional	Realisasi anggaran belanja adalah perbandingan jumlah belanja operasional (belanja pegawai dan belanja barang & jasa) dan belanja modal terhadap pagu yang telah ditetapkan dalam DPA dan RBA selama periode tertentu
Numerator	Total nilai rupiah realisasi belanja (operasional dan modal) pada periode berjalan
Denominator	Total nilai rupiah pada anggaran belanja dalam DPA/RBA pada periode yang berjalan
Kriteria Inklusi	Seluruh belanja yang bersumber dari pendapatan asli BLUD, APBD,APBN
Kriteria Ekslusi	Dana titipan pihak ketiga yang tidak masuk dalam postur DPA/RBA
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodelogi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	3
Jumlah seluruh data	3
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	3/3x100% = 100%

Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Lakukan audit laporan keuangan minimal 6 bulan sekali

33. Pemenuhan Kebutuhan Darah oleh UTD yang berasal dari produksi UTD RSUD Kota Mataram (UTD)

Judul Indikator	Pemenuhan Kebutuhan Darah oleh UTD yang berasal dari produksi UTD RSUD Kota Mataram
Definisi Operasional	1. Pemenuhan kebutuhan darah oleh UTD yang berasal dari produksi UTD RSUD Kota Mataram adalah persentase pemenuhan darah sesuai dengan permintaan dalam 24 jam 2. Permintaan darah adalah jumlah kantong darah yang diminta oleh RS/Bangsaral
Numerator	Jumlah permintaan darah yang terpenuhi dalam 24 jam (kantong) yang berasal dari produksi UTD RSUD Kota Mataram
Denominator	Jumlah permintaan darah dalam 24 jam (kantong)
Kriteria Inklusi	Seluruh permintaan darah
Kriteria Eksklusi	Permintaan darah yang dibatalkan dan permintaan golongan darah yang langka misal rhesus negatif , O bombay dan komponen darah spesifik (komponen darah apheresis, leukodepleted, washed erithrocyt, pediatric bag, darah dengan uji saring NAT , darah inkompatibel)
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	9

Jumlah seluruh data	9
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$9/9 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Lakukan audit kualitas data (data quality audit) secara periodik (minimal 6 bulan sekali)

34. Persentase Respon Time Tindak Lanjut Komplain /Temuan terkait fasilitas sesuai standar (UMUM)

Judul Indikator	Persentase Respon Time Tindak Lanjut Komplain /Temuan terkait fasilitas sesuai standar
Definisi Operasional	Waktu tanggap terhadap temuan terkait fasilitas sesuai standar
Numerator	Jumlah temuan/komplain yang telah ditanggapi sesuai standar waktu yang ditetapkan
Denominator	Seluruh temuan /komplain yang terjadi bulan tersebut
Kriteria Inklusi	Tidak Relevan
Kriteria Ekslusi	Tidak Relevan
Justifikasi Dilakukan Validasi	Pengukuran indikator mutu baru
Jumlah Kesesuaian data	10
Jumlah seluruh data	10
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$10/10 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Lakukan audit kualitas data (data quality audit) secara periodik (minimal 6 bulan sekali)

35. Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan BTA Mikroskopis (LAB)

Judul Indikator	Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan BTA Mikroskopis
Definisi Operasional	Persentase pemeriksaan BTA mikroskopis yang hasilnya selesai dan dilaporkan < 1 hari kerja sejak sampel diterima di laoratorium

Numerator	Jumlah pemeriksaan BTA mikroskopis yang selesai dan dilaporkan < 1 hari kerja
Denominator	Total pemeriksaan BTA mikroskopis dalam periode pengukuran
Kriteria Inklusi	Semua sampel dahak pemeriksaan BTA mikroskopis
Kriteria Ekslusi	Sampel rusak, volume tidak cukup atau tidak memenuhi syarat
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya) 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	14
Jumlah seluruh data	14
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$14/14 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Mempertahankan metode pengumpulan data yang telah sesuai serta melaksanakan validasi data secara berkala sesuai jadwal untuk menjaga konsistensi dan keakuratan data indikator mutu

36. Kelengkapan Pengisian Formulir Permintaan Pemeriksaan Laboratorium PA (LAB)

Judul Indikator	Kelengkapan Pengisian Formulir Permintaan Pemeriksaan Laboratorium PA
Definisi Operasional	Persentase formulir PA yang terisi lengkap sesuai elemen wajib
Numerator	Jumlah formulir PA yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah seluruh formulir PA yang diterima

Kriteria Inklusi	Seluruh formulir yang diterima
Kriteria Ekslusi	Formulir dibatalkan atau spesimen ditolak
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	13
Jumlah seluruh data	13
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$13/13 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Mempertahankan metode pengumpulan data yang telah sesuai serta melaksanakan validasi data secara berkala sesuai jadwal untuk menjaga konsistensi dan keakuratan data indikator mutu

37. Jumlah sampel Laboratorium yang ditolak karena tidak memenuhi syarat (LAB)

Judul Indikator	Jumlah sampel Laboratorium yang ditolak karena tidak memenuhi syarat
Definisi Operasional	Persentase sampel laboratorium yang ditolak dan dibandingkan dengan seluruh sampel yang diterima di unit Patologi Klinik dalam periode tertentu
Numerator	Jumlah sampel laboratorium yang tidak memenuhi syarat
Denominator	Total seluruh sampel yang diterima pada periode pengukuran
Kriteria Inklusi	Seluruh sampel yang diterima dari uni pelayanan
Kriteria Ekslusi	Sampel kontrol mutu internal, external dan sampel penelitian

Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	50
Jumlah seluruh data	50
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$50/50 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Mempertahankan metode pengumpulan data yang telah sesuai serta melaksanakan validasi data secara berkala sesuai jadwal untuk menjaga konsistensi dan keakuratan data indikator mutu

38. Jumlah Resep yang tidak terambil selama 1 minggu (DEPO RAJAL)

Judul Indikator	Jumlah resep yang tidak terambil selama 1 minggu dalam 1 bulan
Definisi Operasional	Persentase lembar resep/obat pasien rawat jalan yang telah selesai diresepkan atau disiapkan oleh petugas farmasi, namun tidak diambil oleh pasien/keluarga pasien hingga depo farmasi selama 1 minggu dari tanggal resep
Numerator	Jumlah total resep /obat pasien rawat jalan yang tidak terambil selama 1 minggu
Denominator	Jumlah seluruh resep dalam 1 bulan
Kriteria Inklusi	Seluruh resep pasien rawat jalan yang dibawa pulang
Kriteria Ekslusi	Resep yang obatnya kosong di depo dan resep yang dibatalkan atau tidak jadi diresepkan oleh dokter

Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	25
Jumlah seluruh data	25
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$25/25 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indikator mutu unit untuk menjaga validasi data

39. Waktu tunggu pemeriksaan radiologi konvensional (RADIOLOGI)

Judul Indikator	Waktu tunggu pemeriksaan radiologi konvensional
Definisi Operasional	Waktu yang dihitung sejak pasien melakukan pendaftaran di unit radiologi sampai dengan pasien dilakukan pmeriksaan radiologi konvensional. Waktu tunggu dikatakan standar apabila ≤ 60 menit
Numerator	Jumlah pasien yang mendapatkan pemeriksaan radiologi konvensional dengan waktu ≤ 60 menit
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang menjalani pemeriksaan radiologi konvensional
Kriteria Inklusi	Seluruh pasien rawat jalan , rawat inap, IGD yang menjalani pemeriksaan radiologi konvensional
Kriteria Ekslusi	Pasien dengan kondisi gawat darurat yang langsung dilakukan pemeriksaan tanpa melali proses pendaftaran normal
Justifikasi Dilakukan	1. Pengukuran Indikator mutu baru

Validasi	2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	10
Jumlah seluruh data	10
Persentase Kesesuaian data (Hasil Validasi)	$100/100 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	1. Mempertahankan capaian 100% kepatuhan identifikasi pasien 2. Melakukan monitoring dan audit rutin secara berkala untuk memastikan prosedur tetap dijalankan dengan konsisten 3. Memberikan sosialisasi dan pelatihan berkelanjutan kepada radiografer mengenai pentingnya identifikasi pasien sesuai SOP 4. Menyediakan feedback berkala kepada petugas untuk meningkatkan kesadaran dan mempertahankan kualitas kenyamanan

40.Keterlambatan waktu tindakan endoskopi (ENDOSKOPI)

Judul Indikator	Keterlambatan waktu tindakan endoskopi
Definisi Operasional	Kondisi ketika pelaksanaan tindakan endoskopi dilakukan melebihi waktu yang ditetapkan sesuai dengan tingkat kegawatan/urgensi pasien dihitung sejak waktu keputusan atau instruksi tindakan endoskopi samapai dengan waktu tindakan endoskopi dimulai

Numerator	Jumlah pasien yang mengalami keterlambatan tindakan endoskopi
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang melakukan tindakan endoskopi
Kriteria Inklusi	1. Mendapatkan indikasi/keputusan untuk dilakukan tindakan endoskopi 2. Telah terjadwal atau diberikan instruksi pelaksanaan endoskopi 3. Menjalani tindakan endoskopi di fasilitas pelayanan kesehatan 4. Memiliki data waktu keputusan/instruksi dan waktu mulai tindakan yang dapat diverifikasi
Kriteria Ekslusi	1. Menolak atau membatalkan tindakan endoskopi 2. Tidak jadi dilakukan endoskopi karena perubahan kondisi klinis atau perubahan diagnosis 3. Dirujuk ke fasilitas kesehatan lain sebelum dilakukan tindakan
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya) 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	9
Jumlah seluruh data	9
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$9/9 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid
Rencana Tindak	Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indikator

Lanjut	mutu unit untuk menjaga validasi data
--------	---------------------------------------

41. Ketidak sesuaian Respiratory Rate saat transfer pasien (IA)

Judul Indikator	Ketidak sesuaian Respiratory Rate saat transfer pasien
Definisi Operasional	Kondisi ketika hasil pengukuran frekuensi pernafasan pasien yang dilakukan sebelum transfer tidak sesuai dengan hasil pengukuran RR pada saat tiba di unit tujuan berdasarkan batas toleransi yang telah ditetapkan oleh rumah sakit
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami ketidaksesuaian nilai RR saat transfer
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dilakukan transfer antar unit
Kriteria Inklusi	1. Semua pasien yang menjalani transfer antar unit di rumah sakit 2. Pasien yang memiliki dokumentasi RR sebelum transfer 3. Pasien yang memiliki dokumentasi RR saat tiba di unit tujuan 4. Transfer dilakukan oleh petugas kesehatan dan tercatat dalam dokumen rekam medis/lembar transfer
Kriteria Ekslusi	1. Pasien yang meninggal sebelum dilakukan pengukuran RR di unit tujuan 2. Pasien yang mengalami kondisi klinis akut selama proses transfer yang secara medis dapat menyebabkan perubahan RR
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodelogi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	9

Jumlah seluruh data	9
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$9/9 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indikator mutu unit untuk menjaga validasi data

42. Kecepatan Respon Waktu Tanggap Perbaikan Alat Medis (IPSRS)

Judul Indikator	Kecepatan Respon Waktu Tanggap Perbaikan Alat Medis
Definisi Operasional	Waktu yang dibutuhkan petugas teknisi elektromedis/IPSRS sejak menerima laporan kerusakan alat medis sampai petugas memberikan respons awal dan melakukan tindakan pemeriksaan/perbaikan terhadap alat medis yang dilaporkan rusak
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat medis yang mendapatkan respon awal sesuai standar waktu yang ditetapkan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat medis yang masuk dan memenuhi kriteria inklusi selama periode pengukuran
Kriteria Inklusi	1. Semua laporan kerusakan medis diterima oleh unit teknis 2. Laporan kerusakan yang tercatat dalam sistem/buku laporan
Kriteria Ekslusi	1. Laporan yang dibatalkan oleh unit pelapor sebelum petugas memberikan respons 2. Kerusakan yang membutuhkan teknisi/vendor eksternal
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya) 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta

	adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	20
Jumlah seluruh data	20
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$20/20 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indikator mutu unit untuk menjaga validasi data

43. Kelengkapan pengisian informed consent elektronik (Instalasi Rekam Medis)

Judul Indikator	Kelengkapan pengisian informed consent elektronik
Definisi Operasional	Terpenuhnya seluruh komponen wajib pada formulir persetujuan tindakan kedokteran sebelum dilakukan tindakan sesuai ketentuan dan kebijakan rumah sakit
Numerator	Jumlah formulir informed consent yang terisi lengkap sesuai seluruh komponen yang dipersyaratkan
Denominator	Jumlah seluruh formulir informed consent yang diperiksa selama periode pengukuran dan memenuhi kriteria inklusi
Kriteria Inklusi	Semua pasien yang menjalani tindakan medis/opersasi/prosedur yang memerlukan informed concent
Kriteria Ekslusi	Pasien yang membatalkan tindakan sebelum dilakukan tindakan medis
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru

Jumlah Kesesuaian data	9
Jumlah seluruh data	9
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$9/9 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indikator mutu unit untuk menjaga validasi data

44. Kelengkapan Berkas Klaim BPJS (IKJK)

Judul Indikator	Kelengkapan Berkas Klaim BPJS
Definisi Operasional	Terpenuhinya seluruh dokumen dan persyaratan administrasi serta medis yang diperlukan untuk pengajuan klaim pelayanan kesehatan kepada BPJS kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku, sehingga berkas dapat diajukan untuk proses verifikasi tanpa dikembalikan karena kekurangan dokumen
Numerator	Jumlah berkas klaim BPJS yang lengkap dan dapat diajukan untuk proses verifikasi tanpa dikembalikan karena kekurangan persyaratan
Denominator	Jumlah seluruh berkas klaim BPJS yang akan diajukan pada periode pengukuran dan memenuhi kriteria inklusi
Kriteria Inklusi	Seluruh berkas klaim pelayanan pasien peserta BPJS kesehatan yang akan diajukan oleh rumah sakit
Kriteria Ekslusi	Klaim yang dibatalkan atau tidak jadi diajukan oleh rumah sakit
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya) 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta

	adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	50
Jumlah seluruh data	50
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$50/50 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indikator mutu unit untuk menjaga validasi data

45. Karyawan yang dapat pelatihan minimal 20 jam pertahun (KEPEGAWAIAN)

Judul Indikator	Karyawan yang dapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Definisi Operasional	Jumlah karyawan yang mengikuti kegiatan pendidikan dan pelatihan yang relevan dengan tugas, fungsi, kompetensi, dan kebutuhan pelatanaan rumah sakit dengan total waktu pelatihan sekurang kurangnya 20 jam dalam 1 tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mengikuti pelatihan > 20 jam dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan yang menjadi sasaran pelatihan pada periode 1 tahun
Kriteria Inklusi	Seluruh karyawan yang aktif bekerja dirumah sakit selama periode pengukuran
Kriteria Ekslusi	Karyawan yang sedang cuti panjang atau tugas belajar penuh selama periode pengukuran
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta

	adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	50
Jumlah seluruh data	50
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$50/50 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indikator mutu unit untuk menjaga validasi data

46. Persentase Tindak Lanjut Rekomendasi Komite PPI Berdasarkan Hasil Audit (PPI)

Judul Indikator	Persentase Tindak Lanjut Rekomendasi Komite PPI Berdasarkan Hasil Audit
Definisi Operasional	Persentase rekomendasi perbaikan yang diberikan oleh Komite PPI berdasarkan hasil audit yang telah dilaksanakan dan ditindaklanjuti oleh unit terkait sesuai rekomendasi dan batas waktu yang telah ditetapkan
Numerator	Jumlah rekomendasi hasil audit PPI yang telah ditindaklanjuti sesuai rekomendasi dan dalam batas waktu yang ditetapkan
Denominator	Jumlah seluruh rekomendasi hasil audit PPI yang harus ditindaklanjuti pada periode pengukuran
Kriteria Inklusi	Seluruh rekomendasi yang diterbitkan oleh komite PPI berdasarkan hasil audit
Kriteria Ekslusi	Rekomendasi yang dibatalkan secara resmi oleh komite PPI
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya) 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan

	protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	1
Jumlah seluruh data	1
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$1/1 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indikator mutu unit untuk menjaga validasi data

47. Presentasi Ketepatan Waktu Rekomendasi Hasil Audit SPI ke Direktur (SPI)

Judul Indikator	Presentasi Ketepatan Waktu Rekomendasi Hasil Audit SPI ke Direktur
Definisi Operasional	Persentase rekomendasi hasil audit yang disusun dan disampaikan oleh SPI kepada direktur sesuai batas waktu yang telah ditetapkan setelah pelaksanaan audit
Numerator	Jumlah rekomendasi hasil audit SPI yang disampaikan kepada direktur sesuai batas waktu yang ditetapkan
Denominator	Jumlah seluruh rekomendasi/laporan hasil audit SPI yang seharusnya disampaikan kepada direktur pada periode pengukuran
Kriteria Inklusi	Seluruh hasil rekomendasi SPI yang telah selesai/final dan telah ditetapkan untuk disampaikan kepada direktur
Kriteria Ekslusi	Rekomendasi yang masih dalam proses penyusunan/belum final
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya) 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan Kdengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan

	protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	1
Jumlah seluruh data	1
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$1/1 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid >90%
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indikator mutu unit untuk menjaga validasi data

48. Kepatuhan Pelaksanaan Morning Report (Komite Medik)

Judul Indikator	Kepatuhan Pelaksanaan Morning Report
Definisi Operasional	Persentase pelaksanaan kegiatan morning report sesuai dengan jadwal dan ketentuan yang telah ditetapkan oleh unit/instalasi yang dibuktikan dengan adanya pelaksanaan dokumentasi/daftar hadir
Numerator	Jumlah morning report yang terlaksana sesuai jadwal dan ketentuan dalam periode pengukuran
Denominator	Jumlah seluruh morning report yang terjadwal dan wajib dilaksanakan dalam periode pengukuran
Kriteria Inklusi	Kegiatan morning report yang terjadwal
Kriteria Ekslusi	Kegiatan morning report yang tak terjadwal
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru

Jumlah Kesesuaian data	1
Jumlah seluruh data	1
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$1/1 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indikator mutu unit untuk menjaga validasi data

49. Persentase perawat dengan kompetensi khusus (KOMITE KEPERAWATAN)

Judul Indikator	Persentase perawat dengan kompetensi khusus
Definisi Operasional	Persentase perawat dengan kompetensi khusus (IGD,ICU,Kamar Bedah, Perinatologi, HD, Hyperbaric, Bronkoskopi, Endoskopi,Onkologi) yang telah memiliki sertifikat kompetensi pelatihan khusus/ klinis yang sah dan masih berlaku sesuai dengan kriteria unit masing-masing
Numerator	Jumlah perawat di unit khusus yang sudah memiliki sertifikat pelatihan/kompetensi khusus yang sesuai
Denominator	Jumlah seluruh perawatan yang diobservasi/bertugas di unit khusus tersebut
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Ekslusi	-
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru

Jumlah Kesesuaian data	9
Jumlah seluruh data	9
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$9/9 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indikator mutu unit untuk menjaga validasi data

50. Kelengkapan Dokumen SAKIP (PROGRAM)

Judul Indikator	Kelengkapan Dokumen SAKIP
Definisi Operasional	Persentase terpenuhinya seluruh dokumen SAKIP yang dipersyaratkan sesuai ketentuan dan tersedia secara lengkap ,benar, serta dapat diverifikasi pada periode penilaian
Numerator	Jumlah dokumen SAKIP yang tersedia lengkap dan memenuhi persyaratan
Denominator	Jumlah seluruh dokumen SAKIP yang diukur pada periode penilaian
Kriteria Inklusi	Seluruh dokumen SAKIP yang wajib tersedia sesuai ketentuan/peraturann yang berlaku
Kriteria Ekslusi	Dokumen yang tidak dipersyaratkan dalam periode penilaian
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodelogi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian	Data diambil 1 tahun sekali

data	
Jumlah seluruh data	Data diambil 1 tahun sekali
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	Data diambil 1 tahun sekali
Kesimpulan	Data diambil 1 tahun sekali
Rencana Tindak Lanjut	Data diambil 1 tahun sekali

51. Tingkat Kepuasan Pelanggan Internal terhadap Pelayanan Penunjang Medis dan Non Medis (PENUNJANG)

Judul Indikator	Tingkat Kepuasan Pelanggan Internal terhadap Pelayanan Penunjang Medis dan Non Medis (PENUNJANG)
Definisi Operasional	Tingkat kepuasan yang dirasakan oleh unit pengguna layanan penunjang medis dan non medis, diukur melalui skala likert 1-5
Numerator	Jumlah pelanggan yang menyatakan puas terhadap pelayanan penunjang
Denominator	Jumlah pelanggan yang mengisi kuisisioner lengkap dan memenuhi persyaratan
Kriteria Inklusi	Pelanggan internal yang menggunakan pelayanan penunjang
Kriteria Ekslusi	Pelanggan external
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	9 (Data pada bulan Juni)

Jumlah seluruh data	9 (Data pada bulan Juni)
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$9/9 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indikator mutu unit untuk menjaga validasi data

52. Kecepatan Penanganan masalah hardware/software serta jaringan SIM RS (SIM RS)

Judul Indikator	Kecepatan Penanganan masalah hardware/software serta jaringan SIM RS
Definisi Operasional	Persentase laporan gangguan sim RS yang ditangani oleh petugas IT sesuai standar waktu yang telah ditetapkan
Numerator	Jumlah laporan gangguan hardware/software/jaringan SIM RS yang ditangani sesuai standar waktu yang ditetapkan
Denominator	Jumlah seluruh laporan gangguan hardware /software jaringan sim RS yang memenuhi kriteria inklusi pada periode pengukuran
Kriteria Inklusi	Seluruh laporan gangguan yang diterima oleh unit IT selama periode pengukuran
Kriteria Ekslusi	Gangguan yang disebabkan oleh pihak/vendor external apabila penanganannya secara resmi berada diluar kendali unit IT, bila ditetapkan sebagai pengecualian
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru

Jumlah Kesesuaian data	9
Jumlah seluruh data	9
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$9/9 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indikator mutu unit untuk menjaga validasi data

53.Persentase respon time penyelesaian usulan perjanjian kerjasama < 5 hari kerja (Komite Etik dan Hukum)

Judul Indikator	Persentase respon time penyelesaian usulan perjanjian kerjasama < 5 hari kerja
Definisi Operasional	Persentase usulan perjanjian kerjasama yang diselesaikan oleh unit terkait dalam waktu kurang dari 5 hari kerja sejak usulan PKS diterima secara lengkap sampai dengan selesai
Numerator	Jumah usulan PKS yang diselesaikan dalam waktu < 5 hari kerja sejak usulan diterima lengkap
Denominator	Jumlah seluruh usulan PKS yang diterima lengkap dan memenuhi kriteria inklusi pada periode pengukuran
Kriteria Inklusi	Seluruh usulan PKS yang diterima resmi oleh unit pengelola PKS
Kriteria Ekslusi	Usulan PKS dengan dokumen tidak lengkap dan masih menunggu kelengkapan dari pengusul
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta

	adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	2
Jumlah seluruh data	2
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$2/2 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indikator mutu unit untuk menjaga validasi data

54. Kepuasan Peserta Pendidikan terhadap Penyelenggaraan Pendidikan di Unit Pendidikan Pelayanan Kesehatan (Pendidikan Pelayanan Kesehatan)

Judul Indikator	Kepuasan Peserta Pendidikan terhadap Penyelenggaraan Pendidikan di Unit Pendidikan Pelayanan Kesehatan
Definisi Operasional	Persentase peserta didik /peserta pendidikan yang menyatakan puas terhadap penyelenggaraan pendidikan dan pelayanan yang diberikan oleh unit layanan pendidikan dan kesehatan
Numerator	Jumlah peserta pendidikan yang menyatakan puas terhadap pelayanan pendidikan pada periode pengukuran
Denominator	Jumlah seluruh peserta pendidikan
Kriteria Inklusi	Seluruh peserta yang sedang mengikuti kegiatan pendidikan di unit pelayanan kesehatan
Kriteria Ekslusi	-
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta

	adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	9
Jumlah seluruh data	9
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$9/9 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indikator mutu unit untuk menjaga validasi data

55. Persentase Rekomendasi Temuan yang ditindaklanjuti /agregasi data (Komite Mutu)

Judul Indikator	Persentase Rekomendasi Temuan yang ditindaklanjuti /agregasi data
Definisi Operasional	Persentase rekomendasi hasil temuan yang telah dilakukan tindak lanjut sesuai rencana perbaikan dan dapat dibuktikan dengan data /dokumen pendukung
Numerator	Jumlah rekomendasi temuan yang telah ditindaklanjuti sesuai RTL dan dinyatakan selesai/terverifikasi
Denominator	Jumlah seluruh rekomendasi temuan yang wajib ditindaklanjuti pada periode pengukuran
Kriteria Inklusi	Seluruh rekomendasi /temuan yang tercatat secara resmi pada periode pengukuran
Kriteria Ekslusi	Temuan/rekomendasi yang belum ditetapkan secara resmi
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan

	protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	2
Jumlah seluruh data	2
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$2/2 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indikator mutu unit untuk menjaga validasi data

56. Insiden serius akibat efek reaksi obat (Komite Farmasi Terapi)

Judul Indikator	Insiden serius akibat efek reaksi obat
Definisi Operasional	Kejadian tidak diinginkan yang terjadi pada pasien setelah penggunaan obat dan diduga berkaitan dengan reaksi obat yang mengakibatkan kematian, kondisi yang mengancam jiwa, membutuhkan atau memperpanjang perawatan di rumah sakit, menyebabkan kecatatn/ketidakmampuan bermakna atau memerlukan intervensi medis untuk mencegah dampak serius kepada pasien
Numerator	Jumlah insiden serius akibat reaksi obat yang terjadi pada pasien dalam periode pengukuran
Denominator	Total seluruh pasien yang mendapatkan obat dalam periode pengukuran
Kriteria Inklusi	1. Pasien yang mendapatkan terapi obat selama periode penelitian 2. Pasien yang menjalani perawatan 3. Pasien dengan data rekam medis/dokumentasi pemberian obat yang lengkap
Kriteria Ekslusi	Kejadian yang bukan disebabkan atau tidak diduga berkaitan dengan penggunaan obat
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen

	pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodelogi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	50
Jumlah seluruh data	50
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$50/50 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indikator mutu unit untuk menjaga validasi data

57. Sosialisasi dan Simulasi Bencana (K3RS)

Judul Indikator	Sosialisasi dan Simulasi Bencana
Definisi Operasional	Cakupan sosialisasi dan simulasi bencana yang dilakukan komite K3RS ke semua unit di RS
Numerator	Jumlah karyawan/petugas yang telah mengikuti sosialisasi atau simulasi bencana sesuai program yang ditetapkan
Denominator	Jumlah seluruh karyawan/petugas yang menjadi sasaran sosialisasi dan simulasi bencana pada periode pengukuran
Kriteria Inklusi	1. Seluruh karyawan/petugas yang menjadi sasaran kegiatan 2. Karyawan/petugas yang mengikuti kegiatan sosialisasi atau simulasi bencana 3. Kegiatan dilaksanakan sesuai jadwal/program rumah sakit
Kriteria Ekslusi	1. Karyawan/petugas yang sedang cuti 2. Karyawan/petugas yang telah mengikuti kegiatan sebelumnya dan tidak menjadi sasaran pengulangan 3. Data keikutsertaan yang tidak dapat diverifikasi
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya

	3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	5
Jumlah seluruh data	5
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$5/5 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pengisian indikator mutu unit untuk menjaga validasi data

B. VALIDASI INDIKATOR PRIORITAS RS

1. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Judul Indikator	Kepatuhan Identifikasi Pasien
Definisi Operasional	Proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti : nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang diterapkan rumah sakit
Numerator	Jumlah tindakan identifikasi pasien yang dilakukan dengan benar sesuai ketentuan menggunakan minimal dua penanda identitas
Denominator	Jumlah seluruh kesempatan atau tindakan yang seharusnya dilakukan identifikasi pasien pada periode pengukuran
Kriteria Inklusi	1. Semua pasien yang mendapatkan pelayanan di unit yang sedang dinilai 2. Semua proses pelayanan yang memerlukan identifikasi pasien 3. Petugas melakukan identifikasi dengan menggunakan

	minimal dua identitas pasiaen sesuai kebijakan rumah sakit
Kriteria Ekslusi	1. Pasien yang tidak mendapatkan tindakan/pelayanan yang membutuhkan identifikasi 2. Pasien yang tidak diketahui identitas nya dalam keadaan emergensi
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	50
Jumlah seluruh data	50
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$50/50 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan monitoring dan audit rutin secara berkala untuk memastikan prosedur tetap dijalankan dengan konsisten

2. Kelengkapan verifikasi proses readback dalam 1x 24 jam

Judul Indikator	Kelengkapan verifikasi proses readback dalam 1x 24 jam
Definisi Operasional	Kegiatan untuk memastikan setiap instruksi verbal agar dilakukan dengan benar dan sesuai instruksi
Numerator	Jumlah dokumentasi/readback yang lengkap dan memenuhi seluruh kriteria verifikasi readback yang ditetapkan
Denominator	Jumlah seluruh dokumentasi /readback yang menjadi sampel dan

	memenuhi kriteria inklusi
Kriteria Inklusi	1. Dokumentasi readback pada rekam medis pasien dalam periode penelitian 2. Dokumentasi readback yang dapat diakses dan dinilai 3. Dokumentasi readback yang memuat informasi/ instruksi klinis yang memerlukan verifikasi
Kriteria Ekslusi	1. Rekam Medis tanpa dokumentasi readback 2. Dokumentasi readback yang tidak terbaca/rusak 3. Data/dokumentasi yang tidak lengkap sehingga tidak dapat dinilai
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya) 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	44
Jumlah seluruh data	44
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$44/44 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan monitoring dan audit rutin secara berkala untuk memastikan prosedur tetap dijalankan dengan konsisten

3. Kepatuhan Penyimpanan obat high alert dan lasa di depo Ranap

Judul Indikator	Kepatuhan Penyimpanan obat high alert dan lasa di depo Ranap
Definisi Operasional	Kejadian tidak terpasangnya label HIGH ALERT dan label ELEKTROLIT PEKAT perlu pengenceran pada obat golongan KCL inj, Dekstrose 40%, MgSO4 20% inj, Mgso4 40% inj, natrium bicarbonate inj, Nacl 3% inf.
Numerator	Jumlah obat high alert dan LASA yang disimpan sesuai dengan SOP
Denominator	Jumlah seluruh obat High Alert dan LASA yang diobservasi di depo ranap
Kriteria Inklusi	1. Seluruh obat high alert dan LASA yang tersedia di depo Ranap 2. Obat yang disimpan dalam periode pengukuran 3. Obat yang dapat diobservasi dan dinilai kesesuaiannya dengan standar penyimpanan
Kriteria Ekslusi	1. Obat yang sedang dalam proses distribusi/penggunaan 2. Obat yang sudah tidak tersedia saat pengukuran 3. Obat yang tidak dapat diidentifikasi atau dinilai kondisi penyimpanannya
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	23
Jumlah seluruh data	23
Persentase kesesuaian data	$23/23 \times 100\% = 100\%$

(Hasil Validasi)	
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan monitoring dan audit rutin secara berkala untuk memastikan prosedur tetap dijalankan dengan konsisten

4. Pelaksanaan verifikasi pra operasi di ruang Instalasi Bedah Sentral

Judul Indikator	Pelaksanaan verifikasi pra operasi di ruang Instalasi Bedah Sentral
Definisi Operasional	Proses pemeriksaan dan konfirmasi identitas pasien, jenis/tindakan operasi, lokasi operasi, serta kelengkapan persiapan pasien sebelum tindakan operasi dilakukan sesuai SPO/checklist yang berlaku di ruang IBS
Numerator	Jumlah pasien operasi yang telah dilakukan verifikasi pra operasi secara lengkap sesuai checklist/SPO sebelum tindakan operasi
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang menjalani tindakan operasi di ruang IBS selama periode pengukuran
Kriteria Inklusi	Seluruh pasien yang menjalani operasi di ruang IBS
Kriteria Ekslusi	Pasien yang tidak menjalani operasi/batal perasi
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	32
Jumlah seluruh data	32
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	32/32x100% = 100%

Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan monitoring dan audit rutin secara berkala untuk memastikan prosedur tetap dijalankan dengan konsisten

5. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Judul Indikator	Kepatuhan Kebersihan Tangan
Definisi Operasional	Kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan sesuai 5 momen kebersihan tangan WHO dan tehnik yang ditetapkan, baik menggunakan handrub maupun sabun dan air mengalir
Numerator	Jumlah kesempatan melakukan kebersihan tangan yang dilaksanakan sesuai ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh kesempatan melakukan kebersihan tangan yang diamati pada petugas
Kriteria Inklusi	- Seluruh petugas kesehatan yang melakukan pelayanan di area yang ditentukan - Seluruh kesempatan kebersihan tangan yang termasuk dalam 5 momen kebersihan tangan - Observasi dilakukan pada periode pengukuran
Kriteria Ekslusi	- Observasi yang tidak dapat dilakukan atau tidak terdokumentasi - Petugas yang tidak memerlukan aktivitas pelayanan selama periode observasi
Justifikasi Dilakukan Validasi	- Pengukuran Indikator mutu baru - Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya - Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator - Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya - Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) - Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian	10

data	
Jumlah seluruh data	10
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$10/10 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan monitoring dan audit rutin secara berkala untuk memastikan prosedur tetap dijalankan dengan konsisten

6. Pelaksanaan upaya pencegahan resiko jatuh di rawat jalan

Judul Indikator	Pelaksanaan upaya pencegahan resiko jatuh di rawat jalan
Definisi Operasional	Pelaksanaan upaya pencegahan resiko jatuh adalah kepatuhan petugas dalam melakukan scining/asesmen resiko jatuh dan tindakan pencegahan pada pasien rawat jalan yang beresiko jatuh sesuai SPO/kebijakan rumah sakit
Numerator	Jumlah pasien beresiko jatuh di rawat jalan yang telah dilakukan asesmen dan upaya pencegahan resiko jatuh sesuai standar
Denominator	Julah seluruh pasien beresiko jatuh yang menjadi sasaran pengukuran di rawat jalan
Kriteria Inklusi	1. Pasien yang mendapatkan pelayanan di rawat jalan 2. Pasien yang teridentifikasi memiliki resiko jatuh 3. Pasien yang dilakukan asesmen resiko jatuh sesuai ketentuan
Kriteria Ekslusi	1. Pasien yang tidak teridentifikasi beresiko jatuh 2. Pasien yang batal/tidak jadi mendapatkan pelayanan 3. Data asesmen/pencegahan resiko jatuh yang tidak dapat diakses/dinilai
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR)

	6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	50
Jumlah seluruh data	50
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$50/50 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan monitoring dan audit rutin secara berkala untuk memastikan prosedur tetap dijalankan dengan konsisten

7. Angka Kejadian Cloting Dializer dan Blodline di Instalasi HD

Judul Indikator	Angka Kejadian Cloting Dializer dan Blodline di Instalasi HD
Definisi Operasional	Kondisi terjadinya pembekuan darah pada dializer atau selang darah selama proses hemodialisis yang menyebabkan : - Aliran darah terhambat - Dialisis dihentikan sebelum waktunya - Dializer dan Blodline tidak dapat digunakan kembali
Numerator	Jumlah tindakan hemodialisis yang mengalami clotting pada periode tertentu
Denominator	Jumlah seluruh tindakan hemodialisis pada periode yang sama
Kriteria Inklusi	Semua pasien yang menjalani Hemodialisa
Kriteria Ekslusi	1. Cloting akibat gangguan mesin 2. Tindakan HD yang dihentikan karena kondisi non klinis (listrik,bencana)dll
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy

	digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodelogi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	50
Jumlah seluruh data	50
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$50/50 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan monitoring dan audit rutin secara berkala untuk memastikan prosedur tetap dijalankan dengan konsisten

8. Cakupan sosialisasi dan simulasi bencana

Judul Indikator	Cakupan sosialisasi dan simulasi bencana
Definisi Operasional	Cakupan sosialisasi dan simulasi bencana yang dilakukan oleh komite K3RS ke semua unit di RS
Numerator	Jumlah karyawan/petugas yang telah mengikuti sosialisasi atau simulasi bencana sesuai program yang ditetapkan
Denominator	Jumlah seluruh karyawan/petugas yang menjadi sasaran sosialisasi dan simulasi bencana pada periode pengukuran
Kriteria Inklusi	1. Seluruh karyawan/petugas yang menjadi sasaran kegiatan 2. Karyawan/petugas yang mengikuti kegiatan sosialisasi atau simulasi bencana 3. Kegiatan dilaksanakan sesuai jadwal/program rumah sakit
Kriteria Ekslusi	1. Karyawan/petugas yang sedang cuti 2. Karyawan/petugas yang telah mengikuti kegiatan sebelumnya dan tidak menjadi sasaran pengulangan 3. Data keikutsertaan yang tidak dapat diverifikasi
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan

	staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	5
Jumlah seluruh data	5
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$5/5 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan monitoring dan audit rutin secara berkala untuk memastikan prosedur tetap dijalankan dengan konsisten

9.Persentase item obat kadaluarsa

Judul Indikator	Persentase item obat kadaluarsa
Definisi Operasional	Proporsi jumlah item obat yang telah melewati tanggal kadaluarsa dibandingkan dengan seluruh item obat yang diperiksa pada periode pengukuran
Numerator	Jumlah item obat yang ditemukan kadaluarsa
Denominator	Jumlah seluruh item obat yang diperiksa pada saat pemeriksaan
Kriteria Inklusi	1. Seluruh item obat yang tersedia dan disimpan di unit/depo yang menjadi sasaran pemeriksaan 2. Item obat yang dapat iperiksa tanggal kadaluwarsanya 3. Pemeriksaan dilakukan pada periode yang telah ditentukan
Kriteria Ekslusi	1. Obat yang sedang dalam proses distribusi dan tidak berada di tempat penyimpanan saat pemeriksaan 2. Obat yang kadaluarsanya tidak dapat diidentifikasi 3. Obat yang sudah dipisahkan untuk retur/pemusnahan dan telah didokumentasikan sebelumnya
Justifikasi Dilakukan	1. Pengukuran Indikator mutu baru

Validasi	2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	50
Jumlah seluruh data	50
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$50/50 \times 100 \% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan monitoring dan audit rutin secara berkala untuk memastikan prosedur tetap dijalankan dengan konsisten

10. Cakupan asesmen resiko kebakaran

Judul Indikator	Cakupan asesmen resiko kebakaran
Definisi Operasional	Persentase unit/area yang telah dilakukan asesmen resiko kebakaran sesuai standar dan ketentuan rumah sakit dalam periode pengukuran
Numerator	Jumlah unit/area yang telah dilakukan asesmen resiko kebakaran secara lengkap dan terdokumentasi
Denominator	Jumlah seluruh unit/area yang menjadi sasaran asesmen resiko kebakaran pada periode pengukuran
Kriteria Inklusi	1. Seluruh unit/area yang menjadi sasaran asesmen resiko kebakaran 2. Unit/area yang aktif digunakan selama periode pengukuran 3. Asesmen dilakukan menggunakan instrumen/chceklist yang ditetapkan rumah sakit
Kriteria Ekslusi	1. Unit/area yang tidak aktif atau sedang tidak digunakan

	dalam periode pengukuran 2. Area yang berada diluar lingkup asesmen resiko kebakaran rumah sakit 3. Data asesmen yang tidak terverifikasi
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	4
Jumlah seluruh data	4
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$4/4 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan monitoring dan audit rutin secara berkala untuk memastikan prosedur tetap dijalankan dengan konsisten

11. Persentase ketepatan pengumpulan hasil penelitian mahasiswa

Judul Indikator	Persentase ketepatan pengumpulan hasil penelitian mahasiswa
Definisi Operasional	Persentase mahasiswa yang menyerahkan hasil penelitian sesuai batas waktu dan ketentuan yang telah ditetapkan oleh institusi
Numerator	Jumlah mahasiswa yang mengumpulkan hasil penelitian tepat waktu dan sesuai ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh mahasiswa yang wajib mengumpulkan hasil penelitian pada periode pengukuran
Kriteria Inklusi	1. Mahasiswa yang sedang melaksanakan penelitian pada periode pengukuran

	2. Mahasiswa yang memiliki kewajiban mengumpulkan hasil penelitian 3. Mahasiswa yang tercatat sebagai peserta penelitian
Kriteria Ekslusi	1. Mahasiswa yang tidak diwajibkan mengumpulkan hasil penelitian pada periode tersebut 2. Mahasiswa yang mengundurkan diri atau tidak melanjutkan penelitian 3. Data hasil penelitian yang tidak dapat diverifikasi
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya) 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodelogi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	9 (Data diambil bulan juni)
Jumlah seluruh data	9 (Data diambil bulan juni)
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$9/9 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan monitoring dan audit rutin secara berkala untuk memastikan prosedur tetap dijalankan dengan konsisten

12. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

Judul Indikator	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway
Definisi Operasional	Tingkat kesesuaian pelaksanaan pelayanan pasien dengan clinical pathway yang telah ditetapkan rumah sakit, meliputi asesmen, diagnosis, terapi, pemeriksaan penunjang, tindakan dan dokumentasi sesuai tahapan yang berlakuyang ditetapkan

Numerator	Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan sesuai dengan clinical pathway
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang termasuk dalam diagnosis/kasus yang memiliki clinical pathway pada periode pengukuran
Kriteria Inklusi	1. Pasien dengan diagnosis/kasus yang memiliki clinical pathway 2. Pasien yang menjalani perawatan pada periode pengukuran 3. Rekam medis pasien yang dapat dinilai kesesuaiannya dengan clinical pathway
Kriteria Ekslusi	1. Pasien dengan diagnosis yang belum memiliki clinical pathway 2. Pasien yang dirujuk atau pulang atas permintaan sendiri sebelum clinical pathway selesai 3. Rekam medis yang tidak lengkap atau tidak dapat dinilai
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya) 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	9
Jumlah seluruh data	9
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$9/9 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan monitoring dan audit rutin secara berkala untuk memastikan prosedur tetap dijalankan dengan konsisten

C. VALIDASI INDIKATOR MUTU NASIONAL

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Judul Indikator	Kepatuhan Kebersihan Tangan
Definisi Operasional	Kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan sesuai 5 momen kebersihan tangan WHO dan tehnik yang ditetapkan, baik menggunakan handrub maupun sabun dan air mengalir
Numerator	Jumlah kesempatan melakukan kebersihan tangan yang dilaksanakan sesuai ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh kesempatan melakukan kebersihan tangan yang diamati pada petugas
Kriteria Inklusi	1. Seluruh petugas kesehatan yang melakukan pelayanan di area yang ditentukan 2. Seluruh kesempatan kebersihan tangan yang termasuk dalam 5 momen kebersihan tangan 3. Observasi dilakukan pada periode pengukuran
Kriteria Ekslusi	1. Observasi yang tidak dapat dilakukan atau tidak terdokumentasi 2. Petugas yang tidak memerlukan aktivitas pelayanan selama periode observasi
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	10
Jumlah seluruh data	10

Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	10/10x100% = 100%
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan monitoring dan audit rutin secara berkala untuk memastikan prosedur tetap dijalankan dengan konsisten

2. Kepatuhan Penggunaan APD

Judul Indikator	Kepatuhan Penggunaan APD
Definisi Operasional	Perilaku pekerja dalam mentaati ketentuan penggunaan APD sesuai dengan standar keselamatan kerja yang berlaku meliputi, kelengkapan, ketepatan cara penggunaan, dan konsistensi penggunaan APD selama melakukan pekerjaan yang beresiko
Numerator	Jumlah seluruh petugas yang patuh menggunakan APD
Denominator	Jumlah seluruh petugas yang sedang dinas di periode yang sama
Kriteria Inklusi	Petugas yang melakukan aktifitas kerja yang mewajibkan penggunaan APD
Kriteria Ekslusi	Petugas yang tidak bekerja atau sedang cuti pada periode pengukuran
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	9
Jumlah seluruh data	9

Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	9/9x100% = 100%
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan monitoring dan audit rutin secara berkala untuk memastikan prosedur tetap dijalankan dengan konsisten

3. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Judul Indikator	Kepatuhan Identifikasi Pasien
Definisi Operasional	Proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti : nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang diterapkan rumah sakit
Numerator	Jumlah tindakan identifikasi pasien yang dilakukan dengan benar sesuai ketentuan menggunakan minimal dua penanda identitas
Denominator	Jumlah seluruh kesempatan atau tindakan yang seharusnya dilakukan identifikasi pasien pada periode pengukuran
Kriteria Inklusi	- Semua pasien yang mendapatkan pelayanan di unit yang sedang dinilai - Semua proses pelayanan yang memerlukan identifikasi pasien - Petugas melakukan identifikasi dengan menggunakan minimal dua identitas pasiaen sesuai kebijakan rumah sakit
Kriteria Ekslusi	- Pasien yang tidak mendapatkan tindakan/pelayanan yang membutuhkan identifikasi - Pasien yang tidak diketahui identitas nya dalam keadaan emergensi
Justifikasi Dilakukan Validasi	- Pengukuran Indikator mutu baru - Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya - Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator - Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya - Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) - Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh

	perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	50
Jumlah seluruh data	50
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$50/50 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan monitoring dan audit rutin secara berkala untuk memastikan prosedur tetap dijalankan dengan konsisten

4. Waktu tanggap Sectio Caesaria Emergency

Judul Indikator	Waktu tanggap Sectio Caesaria Emergency
Definisi Operasional	Waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergency sejak diputuskan untuk operasi sampai dimulainya insisi operasi dikamar operasi, yaitu < 30 menit
Numerator	Jumlah pasien yang mendapatkan tindakan SC emergency < 30 menit
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diputuskan SC emergency
Kriteria Inklusi	Semua pasien obstetri yang diputuskan untuk dilakukan SC secara emergency
Kriteria Ekslusi	SC elektif/terencana
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan

	protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	6
Jumlah seluruh data	6
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$6/6 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan monitoring dan audit rutin secara berkala untuk memastikan prosedur tetap dijalankan dengan konsisten

5. Waktu tunggu rawat jalan

Judul Indikator	Waktu tunggu rawat jalan
Definisi Operasional	Waktu yang dibutuhkan pasien sejak pasien melakukan pendaftaran/registrasi sampai mendapatkan pelayanan dokter di poliklinik yang dituju
Numerator	Total waktu tunggu seluruh pasien rawat jalan
Denominator	Jumlah pasien rawat jalan yang diukur
Kriteria Inklusi	Seluruh pasien rawat jalan yang melakukan pendaftaran dan mendapatkan pelayanan dokter
Kriteria Ekslusi	Pasien yang membatalkan kunjungan atau kondisi lain sesuai kebijakan rumah sakit
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru

Jumlah Kesesuaian data	48
Jumlah seluruh data	50
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$48/50 \times 100\% = 96\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan monitoring dan audit rutin secara berkala untuk memastikan prosedur tetap dijalankan dengan konsisten

6. Penundaan operasi elektif

Judul Indikator	Penundaan operasi elektif
Definisi Operasional	Perubahan atau penundaan jadwal tindakan operasi yang telah direncanakan pada pasien rawat inap yang harusnya dilaksanakan sesuai jadwal, tetapi tidak dapat dilakukan pada waktu yang telah ditetapkan karena alasan tertentu
Numerator	Jumlah operasi elektif yang tertunda
Denominator	Jumlah seluruh operasi elektif yang direncanakan
Kriteria Inklusi	Seluruh tindakan operasi elektif yang telah dijadwalkan dan mengalami penundaan dari jadwal yang telah ditetapkan
Kriteria Ekslusi	Operasi emergency dan operasi yang sejak awal memang belum memiliki jadwal yang pasti
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru

Jumlah Kesesuaian data	24
Jumlah seluruh data	24
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$24/24 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid karena ada kesesuaian data antara pengumpul data dan validator
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan monitoring dan audit rutin secara berkala untuk memastikan prosedur tetap dijalankan dengan konsisten

7. Kepatuhan waktu visite dokter

Judul Indikator	Kepatuhan waktu visite dokter
Definisi Operasional	Kepatuhan dalam melakukan kunjungan (visite) terhadap pasien rawat inap sesuai dengan ketentuan waktu dan frekuensi visite yang ditetapkan rumah sakit
Numerator	Jumlah pasien yang di visite sesuai ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang menjadi sasaran visite
Kriteria Inklusi	Seluruh pasien rawat inap yang menjadi tanggungjawab dokter dan memerlukan visite
Kriteria Ekslusi	Pasien yang secara medis tidak memerlukan visite atau kondisi khusus yang telah ditetapkan dengan kebijakan rumah sakit
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya) 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru

Jumlah Kesesuaian data	46
Jumlah seluruh data	50
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$46/50 \times 100\% = 92\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan monitoring dan audit rutin secara berkala untuk memastikan prosedur tetap dijalankan dengan konsisten

8. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

Judul Indikator	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
Definisi Operasional	Proses penyampaian segera hasil pemeriksaan laboratorium yang berada diluar batas kritis (critical value) dan berpotensi mengancam keselamatan pasien, kepada dokter/tenaga kesehatan yang bertanggungjawab, agar dapat dilakukan tindakan klinis segera
Numerator	Jumlah hasil kritis yang dilaporkan < 30 menit setelah pemeriksaan
Denominator	Jumlah total hasil kritis yang harus dialporkan
Kriteria Inklusi	Seluruh hasil pemeriksaan laboratorium yang memenuhi daftar dan batas nilai kritis yang ditetapkan rumah sakit
Kriteria Ekslusi	Hasil yang tidak termasuk kategori nilai kritis atau pemeriksaan yang tidak butuh hasil segera
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta

	adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	15
Jumlah seluruh data	15
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$15/15 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan monitoring dan audit rutin secara berkala untuk memastikan prosedur tetap dijalankan dengan konsisten

9. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional /RS

Judul Indikator	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional /RS
Definisi Operasional	Persentase kesesuaian obat yang diresepkan dan diberikan kepada pasien dengan obat yang tercantum dalam formularium nasional sesuai ketentuan yang berlakupada periode pengukuran
Numerator	Jumlah resep yang seluruh obatnya sesuai formularium
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diperiksa pada pengukuran yang sama
Kriteria Inklusi	1. Seluruh resep pasien yang mendapatkan pelayanan pada periode pengukuran 2. Resep yang dapat diverifikasi kesesuaiannya sesuai dengan Formularium Nasional 3. Resep yang tercatat lengkap dan dapat diidentifikasi
Kriteria Ekslusi	1. Resep yang tidak dapat dibaca atau tidak dapat diverifikasi 2. Resep yang dibatalkan sebelum obat diberikan 3. Resep duplikat/data yang tercatat lebih dari satu kali
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR)

	6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	50
Jumlah seluruh data	50
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$50/50 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan monitoring dan audit rutin secara berkala untuk memastikan prosedur tetap dijalankan dengan konsisten

10. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

Judul Indikator	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway
Definisi Operasional	Tingkat kesesuaian pelaksanaan pelayanan pasien dengan clinical pathway yang telah ditetapkan rumah sakit, meliputi asesmen, diagnosis, terapi, pemeriksaan penunjang, tindakan dan dokumentasi sesuai tahapan yang berlakuyang ditetapkan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan sesuai dengan clinical pathway
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang termasuk dalam diagnosis/kasus yang memiliki clinical pathway pada periode pengukuran
Kriteria Inklusi	1. Pasien dengan diagnosis/kasus yang memiliki clinical pathway 2. Pasien yang menjalani perawatan pada periode pengukuran 3. Rekam medis pasien yang dapat dinilai kesesuaiannya dengan clinical pathway
Kriteria Ekslusi	1. Pasien dengan diagnosis yang belum memiliki clinical pathway 2. Pasien yang dirujuk atau pulang atas permintaan sendiri sebelum clinical pathway selesai 3. Rekam medis yang tidak lengkap atau tidak dapat dinilai
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya

	3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	9
Jumlah seluruh data	9
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$9/9 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan monitoring dan audit rutin secara berkala untuk memastikan prosedur tetap dijalankan dengan konsisten

11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Jatuh

Judul Indikator	Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Jatuh
Definisi Operasional	Pelaksanaan upaya pencegahan resiko jatuh adalah kepatuhan petugas dalam melakukan scining/asesmen resiko jatuh dan tindakan pencegahan pada pasien rawat jalan yang beresiko jatuh sesuai SPO/kebijakan rumah sakit
Numerator	Jumlah pasien beresiko jatuh di rawat jalan yang telah dilakukan asesmen dan upaya pencegahan resiko jatuh sesuai standar
Denominator	Julah seluruh pasien beresiko jatuh yang menjadi sasaran pengukuran di rawat jalan
Kriteria Inklusi	1. Pasien yang mendapatkan pelayanan di rawat jalan 2. Pasien yang teridentifikasi memiliki resiko jatuh 3. Pasien yang dilakukan asesmen resiko jatuh sesuai ketentuan
Kriteria Ekslusi	1. Pasien yang tidak teridentifikasi beresiko jatuh 2. Pasien yang batal/tidak jadi mendapatkan pelayanan 3. Data asesmen/pencegahan resiko jatuh yang tidak dapat

	diakses/dinilai
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	50
Jumlah seluruh data	50
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$50/50 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan monitoring dan audit rutin secara berkala untuk memastikan prosedur tetap dijalankan dengan konsisten

12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

Judul Indikator	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain
Definisi Operasional	Waktu yang diperlukan petugas sejak komplain pasien/keluarga diterima dan dicatat sampai dengan komplain tersebut mendapatkan respons atau tanggapan awal dari petugas sesuai dengan standar waktu yang telah ditetapkan
Numerator	Jumlah komplain pasien/keluarga yang mendapatkan tanggapan awal sesuai standar waktu yang ditetapkan
Denominator	Jumlah seluruh komplain pasien dan keluarga yang diterima dan dicatat pada periode pengukuran
Kriteria Inklusi	1. Seluruh komplain pasien /keluarga yang tercatat resmi 2. Komplain yang memiliki waktu penerimaan dan waktu tanggapan yang dapat diverifikasi

	3. Komplain yang masuk pada periode pengukuran
Kriteria Ekslusi	1. Komplain yang tidak dapat diverifikasi waktu penerimaan atau waktu tanggapnya 2. Komplain duplikat pada kasus yang sama 3. Komplain yang bukan terkait pelayanan fasilitas kesehatan
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya) 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	3
Jumlah seluruh data	3
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$3/3 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan monitoring dan audit rutin secara berkala untuk memastikan prosedur tetap dijalankan dengan konsisten

13.Kepuasan Pasien dan Keluarga

Judul Indikator	Kepuasan Pasien dan Keluarga
Definisi Operasional	Tingkat perasaan puas yang dirasakan oleh pasien dan atau keluarga setelah menerima pelayanan kesehatan, berdasarkan kesesuaian antara harapan dengan pelayanan yang diterima, yang diukur melalui kuisisioner survei kepuasan pasien dan keluarga sesuai instrumen yang telah ditetapkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan
Numerator	Jumlah pasien/keluarga yang menyatakan puas atau sangat puas

	berdasarkan hasil kuisioner kepuasan
Denumerator	Jumlah seluruh keluarga/pasien yang mengisi kuisioner kepuasan
Kriteria Inklusi	1. Pasien yang telah menerima pelayanan kesehatan pada periode pengukuran 2. Keluarga pasien yang mendampingi atau mewakili pasien selama menerima pelayanan 3. Pasien/keluarga yang bersedia menjadi responden
Kriteria Ekslusi	1. Pasien/keluarga yang tidak bersedia menjadi responden 2. Pasien/keluarga yang tidak mengisi kuisioner lengkap
Justifikasi Dilakukan Validasi	1. Pengukuran Indikator mutu baru 2. Data akan dipublikasikan ke masyarakat (website, Publikasi internal/external lainnya) 3. Perubahan Pada pengukuran yang selama ini sudah dilakukan, misalnya perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agrerasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator 4. Perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui penyebabnya 5. Perubahan sumber data (Medical Record Hardcopy digantikan dengan format e-MR) 6. Perubahan subjek dari pengumpulan data (contoh perubahan rerata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, panduan praktek klinik baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru
Jumlah Kesesuaian data	10
Jumlah seluruh data	10
Persentase kesesuaian data (Hasil Validasi)	$10/10 \times 100\% = 100\%$
Kesimpulan	Data Valid > 90%
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan monitoring dan audit rutin secara berkala untuk memastikan prosedur tetap dijalankan dengan konsisten

D. Analisa dan Tindak Lanjut

Berdasarkan hasil pengumpulan data, semua data dilakukan validasi oleh tim mutu dan unit dikarenakan data merupakan indikator baru dan akan dipublikasi. Dari semua indikator dinyatakan valid. Validitas 100% di semua unit menunjukkan bahwa instrumen pengukuran, pemahaman pengumpul data, dan sistem input telah berjalan akurat dan seragam diseluruh unit. Seluruh unit kerja telah mematuhi pedoman manajemen data secara konsisten , sehingga resiko bias atau kesalahan data (error rate) berada di titik minimum. Capaian menyeluruh ini membuktikan kualitas data organisasi telah memenuhi standar regulasi nasional dan siap menghadapi audit external atau proses akreditasi. Adapaun tindak lanjut (action plan) nya adalah sebagai berikut:

1. Aspek standarisasi dan pemeliharaan (sustain)
 - Menjadikan hasil validasi sebagai SOP yang wajib diikuti oleh semua unit secara berkelanjutan
2. Aspek Manajemen & Apresiasi
 - Pemberian reward instansi atas kepatihan penuh terhadap kualitas mutu data
 - Menyelenggarakan sesi knowledge sharing antar unit untuk mempertahankan motivasi dan budaya mutu di lingkungan kerja

E. Rekomendasi

1. Mempertahankan hasil capaian validasi dengan standarisasi SOP resmi agar pencapaian mutu tetap konsisten
2. Menjadikan data valid ini sebagai baseline baru untuk menaikkan target mutu pada periode berikutnya
3. Melakukan pemantauan rutin untuk mencegah penurunan kualitas di masa mendatang (audit berkala)

BAB IV PENUTUP

Demikian laporan validasi ini disusun sebagai bentuk upaya memastikan keakuratan, kelengkapan, dan konsistensi data indikator mutu yang digunakan dalam proses evaluasi dan peningkatan kualitas pelayanan. Melalui kegiatan validasi data yang dilakukan, diharapkan hasil pengukuran indikator dapat memberikan gambaran yang objektif mengenai kondisi pelayanan serta menjadi dasar dalam melakukan tindak lanjut perbaikan. Semoga laporan ini dapat memberikan manfaat sebagai bahan evaluasi serta mendukung terciptanya pelayanan yang bermutu, aman, efektif dan berorientasi pada keselamatan pasien.

Mataram, 3 Juli 2026

Ketua Komite Mutu
Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram



dr. Ni Luh Eka Suprpti, Sp.GK
NIP. 19841030201501 2001

Validator

Ns. Restu Karisna Putra, S.Kep
NIP. 19891130201101 1003