



KLINIK PRATAMA MUTIARA SEHAT

*Jl Raya Krisak Kelir Km 9 Tambakrejo RT 02/ RW 01 Tiyan Bulu Sukoharjo,
Telp 081329429739, Email : mutiarasehat2015@gmail.com*

KEPUTUSAN DIREKTUR KLINIK PRATAMA MUTIARA SEHAT

NOMER : /SK-dir/VII/2022

TENTANG

INDIKATOR MUTU KLINIK PRATAMA MUTIARA SEHAT

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
DIREKTUR KLINIK PRATAMA MUTIARA SEHAT,**

- Menimbang : 1. bahwa dalam upaya meningkatkan pelayanan Klinis terhadap tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu, perlu disusun tentang Penetapan Prioritas Indikator Mutu Klinis di Klinik Pratama Mutiara Sehat;
2. bahwa sehubungan dengan butir a tersebut diatas ditetapkan Indikator Mutu di Klinik Pratama Mutiara Sehat;
- Mengingat : 1. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Peraturanpemerintah no 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan;
3. Keputusan MENPAN NO 81/ 1993 tentang Pedoman Tata Laksana Pelayanan Umum;
4. Kepmenkes RI No 131/ Menkes/ SK /II / 2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
5. Permenkes No 9 Tahun 2014 tentang Klinik;
6. Permenkes No 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional mutu;

MEMUTUSKAN:

INDIKATOR MUTU KLINIK PRATAMA MUTIARA SEHAT.

Menetapkan

- Kesatu : Penetapan Indikator Mutu di Klinik Pratama Mutiara Sehat seperti tertera dalam lampiran surat keputusan ini.
- Kedua : Surat keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan

Ditetapkan di : Sukoharjo

Pada tanggal : 10 Nopember 2022

DIREKTUR KLINIK PRATAMA MUTIARA SEHAT

ISKANDAR

Lampiran: Surat Keputusan
Direktur Klinik Pratama Mutiara
Sehat
Nomor : /SK-dir/XII/2022
Tanggal: 10 Nopember 2022

PROFIL INDIKATOR MUTU
KLINIK PRATAMA MUTIARA SEHAT

1. INDIKATOR NASIONAL MUTU

a. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Judul Indikator	Kepatuhan Kebersihan Tangan
Dasar Pemikiran	1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. 2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 3. Klinik harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan kebersihan tangan sesuai dengan ketentuan WHO.
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien/pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan

Definisi Operasional	1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (<i>alcoholbased handrubs</i>) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor. 2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO. 3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan. 4. Lima indikasi (<i>five moment</i>) kebersihan tangan terdiri dari:
----------------------	---

	a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien. b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien. c. Sebelum melakukan prosedur aseptik yaitu kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, seperti: pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, <i>suctioning</i>, pemberian suntikan dan lain-lain. d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feses, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD. e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien yaitu melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, seperti: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien. 5. Peluang adalah periode di antara indikasi di mana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan. 6. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan. 7. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. 8. <i>Observer</i> adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan <i>tool</i> yang telah ditentukan. 9. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan. 10. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit). 11. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi. 12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan

Denominator (penyebut)	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi
Target Pencapaian	≥ 85%
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Seluruh peluang yang dimiliki pemberi pelayanan yang terindikasi harus melakukan kebersihan tangan Kriteria Eksklusi: Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100 \%$
Metode Pengumpulan Data	Observasi
Sumber Data	Hasil observasi
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Kebersihan Tangan
Besar Sampel	Minimal 200 Peluang
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non probability Sampling – Consecutive sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	† Tabel † <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Penanggung jawab mutu

b. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Judul Indikator	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
-----------------	--

Dasar Pemikiran	1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. 2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 3. Keputusan Menteri Kesehatan mengenai penanggulangan penyakit yang dapat menimbulkan wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat. 4. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 5. Pedoman Teknis Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Tingkat Pertama. 6. Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri (APD). 7. Klinik harus memperhatikan kepatuhan pemberi pelayanan dalam menggunakan APD sesuai dengan prosedur.	
Dimensi Mutu	Keselamatan	
Tujuan	1. 2.	Mengukur kepatuhan petugas dalam menggunakan APD. Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi.
Definisi Operasional	1. 2. 3. 4.	Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, <i>droplet</i> dan <i>airborne</i>). Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, dan petugas
	5. 6.	laboratorium. <i>Observer</i> adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan <i>tool</i> yang telah ditentukan. Periode observasi adalah waktu yang digunakan untuk melakukan pengamatan.
Jenis Indikator	Proses	

Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi
Target Pencapaian	100%
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua petugas yang terindikasi harus menggunakan APD Kriteria Eksklusi: Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi}}{\text{Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi}} \times 100 \%$
Metode Pengumpulan Data	Observasi
Sumber Data	Hasil observasi
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Observasi Kepatuhan Penggunaan APD
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non Probability Sampling – Consecutive Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	† Tabel † <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Penanggung jawab mutu

Judul Indikator	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
Dasar Pemikiran	1. Permenkes No.11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien pada pasal 5 ayat 5 mengamanatkan bahwa setiap fasyankes harus mengurangi resiko infeksi akibat perawatan kesehatan 2. Permenkes No.27 tahun 2017 tentang Pencegahan dan pengendalian infeksi di Fasyankes, pasal 3 ayat 1 setiap Fasyankes harus melaksanakan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). 3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.01.07/Menkes/413/2020 Tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) 4. Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri (APD) dalam menghadapi wabah Covid 19 (Dirjen Yankes tahun 2020) 5. Rumah Sakit harus memperhatikan kepatuhan pemberi pelayanan dalam menggunakan APD sesuai dengan prosedur.
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efektif

Tujuan	1. Mengukur kepatuhan petugas Rumah Sakit dalam menggunakan APD. 2. Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi
Definisi Operasional	1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau penyebaran infeksi atau penyakit. 2. APD digunakan sesuai dengan standar dan indikasi 3. Indikasi penggunaan APD adalah jika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau kemungkinan pasien terkontaminasi dari petugas. 4. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas kesehatan dalam menggunakan APD sesuai standar dan indikasi. 5. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian yang dilakukan terhadap petugas kesehatan dalam menggunakan APD saat melakukan tindakan atau prosedur pelayanan kesehatan

Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah petugas kesehatan yang menggunakan APD sesuai indikasi dan standar dalam periode Pengamatan
Denominator (penyebut)	Jumlah petugas kesehatan diamati
Target Pencapaian	100%
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua petugas yang terindikasi harus menggunakan APD Kriteria Eksklusi: Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah petugas kesehatan yang menggunakan APD sesuai indikasi dan standar dalam periode pengamatan}}{\text{Jumlah petugas kesehatan yang diamati}} \times 100\%$
Desain Pengumpulan Data	Concurrent (Survei harian)
Sumber Data	Sumber data primer yaitu melalui observasi
Instrumen Pengambilan Data	Formulir observasi
Besar Sampel	Sampel dihitung sesuai dengan kaidah statistik
Frekuensi Pengumpulan Data	Harian

c. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Judul Indikator	Kepatuhan Identifikasi Pasien
Dasar Pemikiran	1. Peraturan Menteri Kesehatan Keselamatan Pasien. mengenai
	2. Ketepatan identifikasi menjadi sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien. 3. Untuk menjamin ketepatan identifikasi pasien maka diperlukan indikator yang mengukur dan memonitor tingkat kepatuhan pemberi pelayanan dalam melakukan proses identifikasi. Dengan adanya indikator tersebut diharapkan pemberi pelayanan akan menjadikan identifikasi sebagai proses rutin dalam proses pelayanan.

Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan tindakan pelayanan.
Definisi Operasional	1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. 2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Klinik. 3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan). 4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti : a. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena. b. Prosedur tindakan: pencabutan gigi, imunisasi, pemasangan alat kontrasepsi, persalinan, dan tindakan kegawatdaruratan. c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel. 5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi.
Denominator (penyebut)	Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi.
Target Pencapaian	100%
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua pemberi pelayanan yang memberikan pelayanan kesehatan.
	Kriteria Eksklusi: Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi}}{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi}} \times 100\%$

Metode Pengumpulan Data	Observasi
Sumber Data	Hasil observasi
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Observasi Kepatuhan Identifikasi Pasien
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non Probability Sampling – Consecutive Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	† Tabel † <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Penanggung Jawab Mutu

d. Kepuasan Pasien

Judul Indikator	Kepuasan Pasien
Dasar Pemikiran	1. Undang-Undang mengenai pelayanan publik 2. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi mengenai Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik. 3. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Klinik.
Dimensi Mutu	Berorientasi kepada pasien
Tujuan	Mengukur tingkat kepuasan masyarakat sebagai dasar upaya-upaya peningkatan mutu dan terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pasien.

Definisi Operasional	1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. 2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan. 3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Krejcie dan Morgan.
----------------------	---

	4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien. 5. Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variabel penyusunan survei kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan. 6. Unsur survei kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi: a. Persyaratan. b. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur. c. Waktu Penyelesaian. d. Biaya/Tarif. e. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan. f. Kompetensi Pelaksana. g. Perilaku Pelaksana. h. Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan. i. Sarana dan prasarana. 7. Indeks Kepuasan adalah hasil pengukuran dari kegiatan Survei Kepuasan berupa angka.
Jenis Indikator	<i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Indeks
Numerator (pembilang)	Tidak ada
Denominator (penyebut)	Tidak ada
Target Pencapaian	≥ 76.61
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Seluruh pasien Kriteria Eksklusi: Pasien yang tidak kompeten dalam mengisi kuesioner dan/atau tidak ada keluarga yang mendampingi.

Formula	$\frac{\text{Total nilai persepsi seluruh responden} \times 25}{\text{Total unsur yang terisi dari seluruh responden}}$
Metode Pengumpulan Data	Survei
Sumber Data	Hasil survei
Instrumen Pengambilan Data	Kuisisioner
Besar Sampel	Sesuai tabel Sampel Krejcie dan Morgan
Cara	<i>Stratified Random Sampling</i>
Pengambilan Sampel	
Periode Pengumpulan Data	Semesteran
Penyajian Data	† Tabel † <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semesteran, Tahunan
Penanggung Jawab	Penanggung Jawab Mutu

e. INDIKATOR MUTU PRIORITAS KLINIK

NO	INDIKATOR	STANDAR
1	Kapitasi berbasis a. Angka kontak b. Rasio rujukan non spesialisik c. Rasio peserta prolanis terkendali d. Rasio rujukan	$\geq 150\%$ $\leq 2\%$ $\geq 5\%$ $<15\%$
2	WTA / KESSAN	$\geq 85\%$

f. INDIKATOR MUTU UNIT

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
1.	Ruang Pemeriksaan Umum	Kelengkapan pengisian rekam medis pasien	≥80%
2.	KIA / KB / Imunisasi/ Persalinan	a. Pemeriksaan ibu hamil dengan 10 T pada kunjungan K1 b. Informed consent terhadap tindakan invasive	80% 100%
3.	Farmasi	Pelayanan resep jadi maksimal 15 menit dan pelayanan resep racikan maksimal 30 menit	90%
4.	Pendaftaran dan Rekam Medis	Tidak terjadi kekeliruan penempatan dokumen rekam medis pasien	90%
5.	Gawat Darurat	a. Waktu tanggap petugas kurang dari 5 menit terlayani setelah pasien datang b. Informed consent terhadap Tindakan invasive	90% 100%
7.	Laboratorium	a. Ketepatan waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium sesuai standart	100%
8.	Fisioterapi	Kepatuhan Petugas terhadap SOP	90%
9.	Khitan	a. Kelengkapan informed consent b. Kepatuhan petugas terhadap SOP	100 % 90%
10.	GIGI	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%
11.	Baby SPA	Kepatuhan petugas terhadap SOP	90%
12	Rawat Inap	Kelengkapan Catatan Perkembangan Pasien Terpadu	80%

2. INDIKATOR MUTU

A. INDIKATOR MUTU UKP

Unit	Rekam Medis
Jenis Pelayanan	Penyediaan rekam medis rawat jalan kurang dari 10 menit
Dimensi Mutu	Efektif dan efisien
Tujuan	Rekam medic tersedia dengan cepat
Definisi Operasional	Penyediaan rekam medis rawat jalan dihitung sejak pasien memasukkan berkas hingga rekam medis tersebut ditemukan
Cara Penghitungan	Jumlah rekam medik rawat jalan yang disediakan dalam waktu kurang dari 10 menit dibagi jumlah rekam medik rawat jalan yang disampling dikali 100% (sampling minimal 25)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Target	100%
Sumber Data	Register
PJ Pelayanan	Koordinator Rekam Medis

Unit	Poli Umum
Jenis Pelayanan	Kelengkapan pengisian rekam medik
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Rekam Medik terisi lengkap l x 24 jam
Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap dalam 24 jam setelah selesai pelayanan, diisi oleh tenaga medis dan atau paramedis (SOAP,KIE,Askep,Diagnosis, Kode ICD X; Kajian sosial, Pengobatan, tanda tangan) serta pengisian identitas rekam medik lengkap oleh petugas rekam medik (nama, nomor rekam medik, tanggal lahir, jenis kelamin alamat, no kartu BPJS)
Cara Penghitungan	Jumlah rekam medik rawat jalan yang diisi lengkap dibagi jumlah rekam medik rawat jalan dikali 100% (sampling minimal 25)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Target	100%
Sumber Data	Register, RM
PJ Pelayanan	Koordinator Poli Umum

Unit	Poli Gigi
Jenis Pelayanan	Cakupan Kunjungan Pelayanan Gigi & Mulut
Dimensi Mutu	kesinambungan pelayanan
Tujuan	Kesinambungan pelayanan kesehatan di rawat jalan gigi

Definisi Operasional	Pelayanan Gigi & Mulut adalah pelayanan kesehatan gigi & mulut yang meliputi observasi, diagnosa, penambalan/pencabutan gigi, pengobatan, rehabilitasi medik tanpa tinggal di ruang rawat inap pada sarana kesehatan. Cakupan Kunjungan Pelayanan Gigi & Mulut adalah jumlah kunjungan kasus baru rawat jalan di sarana kesehatan dalam kurun waktu 1 (satu) tahun. Kunjungan pasien baru adalah seseorang yang baru berkunjung ke sarana kesehatan dengan kasus penyakit baru. sarana kesehatan adalah tempat pelayanan kesehatan meliputi
	antara lain : rumah sakit pemerintah dan swasta, , FKTP pemerintah dan swasta, praktek bersama atau perseorangan.
Cara Penghitungan	Jumlah kunjungan baru di pelayanan gigi rawat jalan di wilayah sarana kesehatan () dalam kurun waktu tertentu dibagi jumlah penduduk di satu wilayah dalam kurun waktu yang sama dikali 100% (Target Sasaran = 4% kali jumlah penduduk)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Target	4%
Sumber Data	Simpus
PJ Pelayanan	Koordinator Poli Gigi
Unit	Poli Gigi
Jenis Pelayanan	Rasio tumpatan dibanding pencabutan gigi tetap
Dimensi Mutu	Kualitas Kesehatan Gigi
Tujuan	Mengurangi pencabutan gigi permanen
Definisi Operasional	Pelayanan kesehatan gigi dan mulut dalam bentuk upaya promotif, preventif dan kuratif sederhana seperti pencabutan gigi, pengobatan dan penambalan yang dilakukan di sarana pelayanan kesehatan. Rasio tumpatan dengan pencabutan gigi tetap menunjukkan tingkat motivasi masyarakat dalam mempertahankan gigi gelingnya.
Cara Penghitungan	Jumlah gigi tetap yang di tambal/ditumpat pada suatu wilayah tertentu dan saat tertentu dibandingkan jumlah gigi tetap yang dicabut pada periode waktu yang sama
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Target	100%
Sumber Data	Register gigi
PJ Pelayanan	koord. Poli gigi
Unit	Poli Gigi
Jenis Pelayanan	Bumil yang mendapat perawatan kesehatan gigi
Dimensi Mutu	Kualitas Kesehatan Gigi pada bumil
Tujuan	Pelayanan paripurna bagi bumil

Definisi Operasional	Kunjungan baru bumil yang dirujuk dari KIA yang mendapat perawatan kesehatan gigi/diperiksa di poli gigi Induk
Cara Penghitungan	Jumlah bumil baru yang mendapat perawatan kesehatan gigi di induk dibagi jumlah bumil baru yang diperiksa di induk dikali 100%
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Target	100%
Sumber Data	Register gigi
PJ Pelayanan	koord. Poli gigi

Unit	UGD
Jenis Pelayanan	Kompetensi SDM memenuhi standar
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiapan tenaga melayani kasus gawat darurat
Definisi Operasional	Tenaga medis dan paramedis yang telah mengikuti Pelatihan ACLS/ATLS/PPGD/BLS/PPGEDON/BHD
Cara Penghitungan	Jumlah tenaga medis, paramedis yang telah mengikuti pelatihan ACLS/ATLS/PPGD/BLS/PPGEDON/BHD dibagi jumlah tenaga medis, paramedis yang ditugaskan di UGD dikali 100%
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Target	100%
Sumber Data	Register UGD
PJ Pelayanan	Koord. UGD
Unit	UGD
Jenis Pelayanan	Ketersediaan peralatan, sarana prasarana dan obat memenuhi standar
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas, peralatan, sarana prasarana dan obat di pelayanan gawat darurat
Definisi Operasional	Kesiapan fasilitas (ruang, akses) dan peralatan (AED, Brankar, Oksigen, jumlah dan sterilitas alat bedah minor, emergency kit), sarana (ambulans dan kelengkapannya) serta obat emergensi
Cara Penghitungan	Jumlah peralatan sarana prasarana dan obat emergensi yang memenuhi standar dibagi jumlah seluruh peralatan, sarana prasarana serta obat emergensi dikali 100%
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Target	100%
Sumber Data	Register UGD
PJ Pelayanan	Koord. UGD

Unit	UGD
Jenis Pelayanan	Kelengkapan pengisian <i>informed consent</i> dalam 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Informed consent terisi lengkap dalam 1 x 24 jam
Definisi Operasional	Kelengkapan pengisian data informed dan consent, meliputi identitas pasien, informasi yang disampaikan dan tanda tangan saksi dan pemberi layanan
Cara Penghitungan	Jumlah informed consent yang diisi lengkap di pelayanan Gawat Darurat/tindakan, Gigi, KB dan persalinan dibagi jumlah semua informed consent di pelayanan Gawat Darurat/tindakan, Gigi, KB dan persalinan dikali 100%
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Target	100%
Sumber Data	register
PJ Pelayanan	koord.UGD

Unit	Farmasi
Jenis Pelayanan	Kesesuaian item obat yang tersedia dengan Forkab
Dimensi Mutu	Pemenuhan standar
Tujuan	Obat terpilih yang sudah disusun dalam Forkab dibutuhkan dan harus tersedia di
Definisi Operasional	Evaluasi ketersediaan item obat dalam resep terhadap Formularium Kabupaten di
Cara Penghitungan	Jumlah item obat yang tersedia di sesuai Forkab dibagi Jumlah item obat yang tersedia / dibutuhkan di tiap bulannya dikali 100 %
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Target	100%
Sumber Data	data stok obat
PJ Pelayanan	koord.pelayanan kefarmasian

Unit	Farmasi
Jenis Pelayanan	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian dalam pelaksanaan pemberian obat dan keselamatan pasien
Definisi Operasional	kejadian kesalahan pemberian obat adalah kejadian dimana pasien mendapatkan obat yang salah, orang yang salah, jumlah yang salah dan/atau dosis yang salah
Cara Penghitungan	Jumlah seluruh pasien kamar obat yang di survei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat dibagi seluruh jumlah pasien kamar obat yang disurvei dikali 100%

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Target	100%
Sumber Data	Rekam medis, resep
PJ Pelayanan	koord.pelayanan kefarmasian
Unit	Farmasi
Jenis Pelayanan	Persentase penggunaan antibiotik pada ISPA Non Pneumonia dan Batuk Pilek (Common cold) di
Dimensi Mutu	Rasionalitas Pengobatan dan Efisiensi
Tujuan	dapat menilai apakah praktik penggunaan obat yang dilakukan telah sesuai dengan pedoman pengobatan yang berlaku
Definisi Operasional	Merupakan salah satu indikator peresepan POR, yang mana penghitungan persentase penggunaan/peresepan antibiotik pada penyakit ISPA Non Pneumonia dan batuk pilek selama satu bulan, dengan metode sampling setiap hari 1 atau 2 resep yang mana resep pertama kali ditemui pada hari tersebut.
Cara Penghitungan	Jumlah resep untuk penyakit ISPA non pneumonia dan batuk pilek yang mengandung antibiotik dibagi dengan jumlah resep dalam satu bulan dikali 100%
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Target	$\leq 20\%$
Sumber Data	Rekam medis, resep
PJ Pelayanan	koord.pelayanan kefarmasian

Unit	Laboratorium
Jenis Pelayanan	Kesesuaian jenis pelayanan laboratorium dengan standar
Dimensi Mutu	mutu
Tujuan	Pemenuhan standar pelayanan laboratorium di
Definisi Operasional	Jenis pelayanan laboratorium sesuai Permenkes 37 tahun 2012 tentang penyelenggaraan laboratorium
Cara Penghitungan	Jumlah jenis pelayanan yang tersedia dibagi jumlah standar jenis pelayanan dikali 100 %
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Target	100%
Sumber Data	Analisa jenis pelayanan
PJ Pelayanan	koord.laboratorium
Unit	Laboratorium

Jenis Pelayanan	Ketepatan waktu tunggu penyerahan hasil pelayanan laboratorium <120 menit
Dimensi Mutu	efektifitas, kesinambungan pelayan, efisiensi
Tujuan	Tercapainya standar kecepatan dan ketepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Cara Penghitungan	Jumlah pasien dengan waktu tunggu penyerahan hasil pelayanan laboratorium <120 menit dibagi jumlah seluruh pemeriksaan dikali 100% (sampling minimal 25)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Target	100%
Sumber Data	survey, Register
PJ Pelayanan	koord.laboratorium
Unit	Laboratorium
Jenis Pelayanan	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pelayanan laboratorium
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Tercapainya standar kepedulian dan ketelitian dalam pelaksanaan pemberian hasil pelayanan laboratorium dan keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian kesalahan pemberian hasil pelayanan laboratorium adalah kejadian dimana pasien mendapatkan hasil pelayanan laboratorium yang salah, orang yang salah
Cara Penghitungan	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa di laboratorium dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dibagi jumlah seluruh pasien yang diperiksa di laboratorium dalam satu bulan tersebut dikali 100%
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Target	100%
Sumber Data	survey, Register
PJ Pelayanan	koord.laboratorium

Unit	MTBS
Jenis Pelayanan	Pengisian form MTBS sesuai standar
Dimensi Mutu	Rasionalitas, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian dalam pelaksanaan pelayanan di MTBS sesuai standar
Definisi Operasional	Pengisian form MTBS sesuai standar adalah pengisian form MTBS sesuai Juknis tahapan dan prosedur pelaksanaan manajemen Terpadu Balita Sakit

Cara Penghitungan	Jumlah seluruh balita sakit yang diperiksa dan diisi form MTBS sesuai standar dibagi seluruh balita sakit yang diperiksa di poli MTBS dikali 100%
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Target	90%
Sumber Data	rekam medis
PJ Pelayanan	koord.MTBS

Unit	Persalinan
Jenis Pelayanan	Kejadian kematian ibu karena persalinan: a. perdarahan b. Pre-eklampsia c. eklampsia d. Sepsis e. Partus lama
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	mengetahui mutu pelayanan terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi Operasional	1. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi karena pada saat kehamilan semua kala persalinan dan nifas 2. Pre-eklamsi dan eklamsia mulaiterjadi pada kehamilan trimester kedua. Pre-eklamsi dan eklamsia merupakan kumpulan dari dua dan tiga tanda yaitu : tekanan darah sistolik 160 mmHg, diastolik 110 mmHg; protein uria >5 g/24 jam pada pemeriksaan kualitatif; oedem tungkai 3. Eklamsia adalah tanda pre-eklamsi yang disertai dengan kejang dan penurunan kesadaran 4. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong 5. Partus lama adalah fase laten persalinan (primi para >8 jam, multi para > 6 jam)
Cara Penghitungan	jumlah kematian pasien persalinan perdarahan, pre- eklamsi/ eklamsia, sepsis, dan partus lama dibagi jumlah pasien persalinan dengan perdarahan, pre- eklamsia/eklamsia, sepsis dan partus lama dikali 100%
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Target	Perdarahan < 1% Pre-eklamsi < 20% Eklamsia < 30% Sepsis < 0,2% Partus lama < 20%
Sumber Data	Register
PJ Pelayanan	koordinator persalinan
Unit	Persalinan
Jenis Pelayanan	Pertolongan persalinan dengan penyulit oleh nakes terlatih
Dimensi Mutu	kompetensi teknis
Tujuan	Persalinan dengan penyulit yang aman di
Definisi Operasional	Pertolongan pelayanan persalinan dengan penyulit yang dilaksanakan oleh Tim PONED dan atau oleh tenaga yang memiliki kompetensi. Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi Partus Lama, Ketuban Pecah Dini,
	Disproporsi Panggul, Perdarahan Ante Partum, Pre- eklamsia, eklamsia, Berat badan janin <2500 gr, Partus prematur dan Kelainan Letak
Cara Penghitungan	Jumlah persalinan dengan penyulit yang ditolong oleh tim PONED dan atau petugas yang memiliki kompetensi dibagi jumlah seluruh persalinan dengan penyulit dikali 100%
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Target	100%
Sumber Data	kepegawaian, rekam medik, unit persalinan
PJ Pelayanan	koord persalinan
Unit	Fisioterapi
Jenis Pelayanan	kejadian drop out pasien terhadap pelayanan fisioterapi yang direncanakan
Dimensi Mutu	kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	tergambarnya kesinambungan pelayanan fisioterapi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	drop out pasien terhadap pelayanan fisioterapi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program fisioterapi sesuai yang direncanakan
Cara Penghitungan	jumlah seluruh pasien yang drop out selama 3 bulan dibagi jumlah seluruh pasien yang diprogram fisioterapi selama 3 bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Target	< 20%
Sumber Data	register, rekam medis
PJ Pelayanan	koord fisioterapi
Unit	Fisioterapi
Jenis Pelayanan	tidak adanya kejadian kesalahan tindakan fisioterapi

Dimensi Mutu	keselamatan dan kesinambungan
Tujuan	tergambarnya kejadian kesalahan tindakan dalam fisioterapi
Definisi Operasional	kesalahan tindakan dalam fisioterapi adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan fisioterapi yang diperlukan yang sesuai dengan rencana asuhan dan atau tidak sesuai dengan pedoman standar pelayanan fisioterapi
Cara Penghitungan	jumlah seluruh pasien yang dilakukan fisioterapi dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan fisioterapi dibagi jumlah seluruh pasien yang dilakukan fisioterapi selama 1 bulan dikali 100%
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Target	100%
Sumber Data	register, rekam medis
PJ Pelayanan	koord fisioterapi

Unit	Radiologi
Jenis Pelayanan	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto < 48 jam
Dimensi Mutu	efektifitas, kesinambungan pelayan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu mulai pasien diambil foto thorax sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Cara Penghitungan	Jumlah pasien dengan waktu tunggu penyerahan hasil foto thorax < 48 jam dibagi jumlah seluruh pelayanan foto thorax dikali 100%
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Target	100%
Sumber Data	register
PJ Pelayanan	koord radiologi
Unit	Radiologi
Jenis Pelayanan	Angka pengulangan pemeriksaan
Dimensi Mutu	Efektifitas pelayanan radiologi
Tujuan	Mengurangi pengulangan pemeriksaan menyebabkan paparan radiasi yang dalam jumlah banyak pada pasien
Definisi Operasional	semua pemeriksaan radiologi yang harus diulang karena hasil yang tidak memenuhi syarat dan tidak layak untuk dibaca, baik karena faktor tehknis ataupun kondisi film
Cara Penghitungan	jumlah pemeriksaan yang harus diulang dalam periode waktu tertentu dibagi jumlah seluruh pemeriksaan yang dilaksanakan dalam periode waktu yang sama dikali 100%

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Target	< 5%
Sumber Data	register
PJ Pelayanan	koord radiologi
Unit	Radiologi
Jenis Pelayanan	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan: dokter spesialis radiologi
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan radiologi dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	pelaksana ekpertisi radiologi adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan radiologi. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar asli hasil pembacaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Cara Penghitungan	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan dibagi jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan dikali 100%
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Target	100%
Sumber Data	register
PJ Pelayanan	koord radiologi

Unit	Klinik Sanitasi
Jenis Pelayanan	Pasien PBL (Penyakit Berbasis Lingkungan) dilakukan pelayanan konseling sanitasi
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya mutu pelayanan klinik sanitasi
Definisi Operasional	Pelayanan berupa Konseling Sanitasi yang diberikan kepada pasien/penderita Penyakit yang Berbasis Lingkungan (PBL), yaitu (ISPA, Pnemonia, TBC, DBD, Malaria, Chikungunya, Flu burung, Filariasis, Diare, Kecacingan, Kulit, Pes, Leptopirosis,keracunan makanan dan peptisida di wilayah kerja pada kurun waktu tertentu (Permenkes RI No 13/2015)
Cara Penghitungan	Jumlah pasien PBL yang dikonseling dibagi dengan jumlah Pasien PBL di wilayah dikali 100 %
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Target	10%
Sumber Data	Laporan bulanan
PJ Pelayanan	koord Klinik sanitasi

Unit	Rawat Inap
Jenis Pelayanan	BOR
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi penggunaan bed di ruang rawat inap
Definisi Operasional	Bed Occupation Rate (BOR) adalah % pemakaian tempat tidur di rawat inap pada kurun waktu tertentu
Cara Penghitungan	Jumlah hari perawatan dibagi hasil kali jumlah tempat tidur dengan jumlah hari perawatan di rawat inap/ dengan pelayanan persalinan pada kurun waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Target	60%
Sumber Data	register rawat inap
PJ Pelayanan	koord. Rawat inap
Unit	Rawat Inap
Jenis Pelayanan	Visite pasien rawat inap dilakukan oleh dokter, perawat, apoteker/AA dan petugas Gizi
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	pelayanan yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Visite pasien rawat inap dilakukan oleh dokter, perawat, apoteker/AA dan petugas Gizi
Cara Penghitungan	Jumlah hari visite yang dilakukan oleh dokter, perawat, apoteker/AA dan petugas gizi dibagi jumlah hari rawat inap di pada kurun waktu tertentu dikali 100%
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Target	100%
Sumber Data	rekam medik
PJ Pelayanan	koord. Rawat inap
Unit	Rawat Inap
Jenis Pelayanan	Kelengkapan pengisian rekam medik rawat inap dalam 24 jam
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Rekam Medik rawat inap terisi lengkap

Definisi Operasional	Rekam medik rawat inap yang telah diisi lengkap dalam 24 jam setelah selesai pelayanan oleh staf medis dan atau perawat (SOAP, KIE, Asuhan keperawatan, lembar observasi , lembar rujukan, asuhan gizi, resume, surat pemulangan, <i>informed concent</i>)
Cara Penghitungan	Jumlah rekam medis rawat inap yang lengkap dibagi jumlah seluruh rekam medis rawat inap di pelayanan rawat inap di kali 100%
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Target	100%
Sumber Data	rekam medik
PJ Pelayanan	koord. Rawat inap