



# **BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA**

No.1054, 2022

KEMENKES. Tempat Praktik Mandiri Dokter  
Dokter Gigi. Klinik. Puskesmas. Rumah Sakit.  
Laboratorium Kesehatan. UTD. Indikator Mutu.

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 30 TAHUN 2022

TENTANG

INDIKATOR NASIONAL MUTU PELAYANAN KESEHATAN TEMPAT PRAKTIK  
MANDIRI DOKTER DAN DOKTER GIGI, KLINIK, PUSAT KESEHATAN  
MASYARAKAT, RUMAH SAKIT, LABORATORIUM KESEHATAN,  
DAN UNIT TRANSFUSI DARAH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa setiap orang berhak untuk mendapatkan pelayanan yang aman dan bermutu sesuai dengan standar pelayanan;
- b. bahwa untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu, setiap tempat praktik mandiri dokter dan dokter gigi, klinik, pusat kesehatan masyarakat, rumah sakit, laboratorium kesehatan, dan unit transfusi darah sebagai bagian dari fasilitas pelayanan kesehatan wajib memenuhi indikator nasional mutu pelayanan kesehatan;
- c. bahwa indikator nasional mutu pelayanan kesehatan merupakan salah satu perangkat untuk menilai dan mengevaluasi tempat praktik mandiri dokter dan dokter gigi, klinik, pusat kesehatan masyarakat, rumah sakit, laboratorium kesehatan, dan unit transfusi darah dalam mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah;
- Mengingat : 1. Pasal 17 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 166, Tambahan Lembaran

- Negara Republik Indonesia Nomor 4916);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
  4. Undang-Undang 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
  5. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5942);
  6. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2021 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 83);
  7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156);

**MEMUTUSKAN:**

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG INDIKATOR NASIONAL MUTU PELAYANAN KESEHATAN TEMPAT PRAKTIK MANDIRI DOKTER DAN DOKTER GIGI, KLINIK, PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT, RUMAH SAKIT, LABORATORIUM KESEHATAN, DAN UNIT TRANSFUSI DARAH.

**Pasal 1**

Dalam peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disebut Indikator Mutu adalah tolok ukur yang digunakan untuk menilai tingkat capaian target mutu pelayanan kesehatan di Praktik mandiri dokter dan dokter gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, Dan Unit Transfusi Darah.
2. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah tingkat layanan kesehatan untuk individu dan masyarakat yang dapat meningkatkan luaran kesehatan yang optimal, diberikan sesuai dengan standar pelayanan, dan perkembangan ilmu pengetahuan terkini, serta untuk memenuhi hak dan kewajiban pasien.
3. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
4. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
5. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut

Puskesmas adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya.

6. Laboratorium Kesehatan adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang melaksanakan pengukuran, penetapan, dan pengujian terhadap bahan yang berasal dari manusia dan/atau bahan bukan berasal dari manusia untuk penentuan jenis penyakit, penyebab penyakit, kondisi kesehatan atau faktor risiko yang dapat berpengaruh pada kesehatan perseorangan dan/atau masyarakat.
7. Unit Transfusi Darah yang selanjutnya disingkat UTD adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan pendonor darah, penyediaan darah, dan pendistribusian darah.
8. Klinik adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan medik dasar dan/atau spesialisik secara komprehensif.
9. Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang diselenggarakan oleh dokter dan dokter gigi untuk memberikan pelayanan langsung kepada pasien.
10. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

#### Pasal 2

Pengaturan Indikator Mutu digunakan sebagai acuan bagi pemerintah pusat, pemerintah daerah, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Puskesmas, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan UTD dalam pelaksanaan pengukuran dan evaluasi mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan Indikator Mutu yang ditetapkan.

#### Pasal 3

Dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan secara berkesinambungan, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Puskesmas, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan UTD harus melakukan pengukuran dan evaluasi mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan Indikator Mutu.

#### Pasal 4

- (1) Indikator Mutu di Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 terdiri atas:
  - a. kepuasan pasien;
  - b. kepatuhan penyediaan sarana dan prasarana kebersihan tangan;
  - c. kepatuhan kunjungan pasien hipertensi sesuai jadwal kontrol, untuk tempat praktik mandiri dokter; dan
  - d. penurunan skor Oral *Hygiene Index Simplified*

- (OHIS) pasien, untuk tempat praktik mandiri dokter gigi.
- (2) Indikator Mutu di Klinik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 terdiri atas:
    - a. kepatuhan kebersihan tangan;
    - b. kepatuhan penggunaan alat pelindung diri;
    - c. kepatuhan identifikasi pasien; dan
    - d. kepuasan pasien.
  - (3) Indikator Mutu di Puskesmas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 terdiri atas:
    - a. kepatuhan kebersihan tangan;
    - b. kepatuhan penggunaan alat pelindung diri;
    - c. kepatuhan identifikasi pasien;
    - d. keberhasilan pengobatan pasien Tuberkulosis semua kasus sensitif obat;
    - e. ibu hamil yang mendapatkan pelayanan *ante natal care* sesuai standar; dan
    - f. kepuasan pasien.
  - (4) Indikator Mutu di Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 terdiri atas:
    - a. kepatuhan kebersihan tangan;
    - b. kepatuhan penggunaan alat pelindung diri;
    - c. kepatuhan identifikasi pasien;
    - d. waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi;
    - e. waktu tunggu rawat jalan;
    - f. penundaan operasi elektif;
    - g. kepatuhan waktu *visite* dokter;
    - h. pelaporan hasil kritis laboratorium;
    - i. kepatuhan penggunaan formularium nasional;
    - j. kepatuhan terhadap alur klinis (*clinical pathway*);
    - k. kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh;
    - l. kecepatan waktu tanggap komplain; dan
    - m. kepuasan pasien.
  - (5) Indikator Mutu di Laboratorium Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 terdiri atas:
    - a. kepatuhan kebersihan tangan;
    - b. kepatuhan penggunaan alat pelindung diri;
    - c. kepatuhan identifikasi pasien;
    - d. kepatuhan pelaporan hasil kritis;
    - e. kejadian sampel/spesimen yang hilang;
    - f. pengulangan hasil pemeriksaan; dan
    - g. kepuasan pasien.
  - (6) Indikator Mutu di UTD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 terdiri atas:
    - a. kepatuhan kebersihan tangan;
    - b. kepatuhan penggunaan alat pelindung diri;
    - c. pemenuhan kebutuhan darah oleh UTD;
    - d. donasi dari pendonor darah sukarela;
    - e. hasil pemeriksaan golongan darah pendonor yang berbeda dengan uji konfirmasi golongan darah;
    - f. suhu penyimpanan produk darah; dan
    - g. kepuasan pasien.
  - (7) Indikator Mutu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (6) merupakan indikator yang harus diukur oleh Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter

Gigi, Klinik, Puskesmas, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan UTD sesuai dengan jenis layanan yang diberikan.

- (8) Selain Indikator Mutu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (6), pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten/kota, dan/atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan dapat menetapkan indikator tambahan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan.

#### Pasal 5

- (1) Pengukuran Indikator Mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 dilakukan dengan menggunakan profil Indikator Mutu.
- (2) Pengukuran Indikator Mutu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui tahapan kegiatan:
  - a. pengumpulan data;
  - b. validasi data;
  - c. analisis data; dan
  - d. pelaporan dan komunikasi.
- (3) Data yang digunakan pada tahapan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diperoleh dari setiap ruang dan/atau unit pelayanan di Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Puskesmas, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan UTD yang bertanggung jawab terhadap Indikator Mutu.
- (4) Pengukuran Indikator Mutu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui sistem informasi yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan.

#### Pasal 6

- (1) Dalam rangka menyelenggarakan dan mengoordinasikan upaya pemenuhan Indikator Mutu dapat dibentuk penanggung jawab mutu.
- (2) Penanggung jawab mutu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa komite, tim, atau petugas yang ditunjuk dan ditetapkan oleh pimpinan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Puskesmas, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan UTD.
- (3) Pembentukan komite atau tim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan kebutuhan dan beban kerja Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Puskesmas, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan UTD.

#### Pasal 7

Pengukuran Indikator Mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 dilaksanakan sesuai dengan Pedoman Pengukuran Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Puskesmas, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan UTD sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

#### Pasal 8

- (1) Menteri, gubernur, bupati/wali kota melakukan

- pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan pengaturan Indikator Mutu sesuai dengan tugas, fungsi, dan kewenangan masing-masing.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana maksud pada ayat (1), dilaksanakan sebagai upaya untuk kepatuhan dalam pelaksanaan pengukuran Indikator Mutu dan peningkatan pencapaian target Indikator Mutu.
  - (3) Dalam melakukan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Menteri, gubernur, bupati/wali kota dapat melibatkan asosiasi dan/atau organisasi profesi.
  - (4) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui:
    - a. advokasi dan sosialisasi;
    - b. bimbingan teknis; dan/atau
    - c. monitoring dan evaluasi.

#### Pasal 9

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 12 Oktober 2022

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

BUDI G. SADIKIN

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 17 Oktober 2022

MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

YASONNA H. LAOLY



LAMPIRAN  
PERATURAN MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 30 TAHUN 2022  
TENTANG  
INDIKATOR NASIONAL MUTU PELAYANAN  
KESEHATAN TEMPAT PRAKTIK MANDIRI  
DOKTER DAN DOKTER GIGI, KLINIK,  
PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT, RUMAH  
SAKIT, LABORATORIUM KESEHATAN, DAN  
UNIT TRANSFUSI DARAH

PEDOMAN PENGUKURAN  
INDIKATOR NASIONAL MUTU PELAYANAN KESEHATAN TEMPAT PRAKTIK  
MANDIRI DOKTER DAN DOKTER GIGI, KLINIK, PUSAT KESEHATAN  
MASYARAKAT, RUMAH SAKIT, LABORATORIUM KESEHATAN DAN UNIT  
TRANSFUSI DARAH

BAB I  
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan pada hakikatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. Kondisi ini akan tercapai apabila penduduknya hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, secara adil dan merata, serta didukung sistem kesehatan yang kuat dan tangguh.

Dalam rangka mewujudkan tujuan pembangunan kesehatan sebagaimana tertuang dalam Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024, Kementerian Kesehatan telah menetapkan 6 (enam) Tujuan Strategis, yang salah satunya adalah peningkatan cakupan kesehatan semesta yang bermutu. Untuk mencapai tujuan strategis tersebut, ditetapkan sasaran strategis yaitu meningkatnya ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

Secara umum pembangunan kesehatan telah menunjukkan berbagai kemajuan penting dalam peningkatan status kesehatan. Dalam hal ini dapat dilihat dari beberapa indikator, di antaranya Umur Harapan Hidup (UHH) orang Indonesia telah naik mengikuti tren kenaikan UHH global. Tahun 2017, UHH orang Indonesia telah mencapai 71.5 tahun. Angka Kematian Ibu (AKI) telah menurun dari 346 kematian per 100.000 KH pada tahun 2010 (Sensus Penduduk 2010) menjadi 305 kematian per 100.000 KH pada tahun 2015 (SUPAS 2015). Angka Kematian Bayi (AKB) juga menurun dari 32 kematian per 1.000 KH pada tahun 2012 menjadi 24 kematian per 1.000 KH pada tahun 2017 (SDKI). Prevalensi *stunting* pada balita dari 37,2% (2013) turun menjadi 30,8% (Riskesdas 2018) dan 27,7% (SSGBI 2019).

Pencapaian target indikator tersebut meskipun sudah menunjukkan tren positif namun belum memenuhi target yang diharapkan. Hal ini digambarkan dengan AKI di Indonesia masih merupakan yang tertinggi di

Asia Tenggara serta masih jauh dari target global SDG untuk menurunkan AKI menjadi 183 per 100.000 KH pada tahun 2024 dan kurang dari 70 per 100.000 KH pada tahun 2030. Angka kematian neonatus, kendati mengalami penurunan menjadi 15 per 1000 KH pada tahun 2017 tetapi masih cukup jauh dari target tahun 2024, 11 per 1000 KH. Di sisi lain, penyakit menular juga masih tetap menjadi salah satu penyebab kematian di seluruh dunia. Hal ini dihubungkan dengan munculnya penyakit infeksi baru (*new emerging diseases*) dan munculnya kembali penyakit menular lama (*re-emerging diseases*). *New Emerging Diseases* dapat meluas dengan cepat, sehingga sangat diperlukan kewaspadaan dini serta sensitivitas terhadap adanya potensi kejadian yang diperkirakan meluas.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat sekaligus juga menjadi tempat yang memiliki risiko infeksi atau penyebaran penyakit bagi tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien, pengunjung maupun masyarakat. Oleh karena itu, setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus menjamin kesehatan dan keselamatan baik terhadap sumber daya manusia di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan dari berbagai potensi bahaya tersebut.

Dalam rangka mengatasi berbagai permasalahan pelayanan kesehatan diperlukan suatu upaya evaluasi, perbaikan, dan peningkatan terhadap mutu pelayanan kesehatan yang salah satunya dilakukan melalui pengukuran Indikator Mutu. Pengukuran Indikator Mutu bertujuan untuk menilai apakah upaya yang telah dilakukan benar-benar dapat meningkatkan mutu layanan secara berkesinambungan, juga untuk memberikan umpan balik, transparansi publik, dan dapat digunakan sebagai pembandingan (*benchmark*) dalam mengidentifikasi *best practice* untuk pembelajaran. Selain itu pengukuran Indikator Mutu digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, dinas kesehatan daerah provinsi, dan Kementerian Kesehatan dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan mutu pelayanan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Berdasarkan hal tersebut, untuk melaksanakan pengukuran dan evaluasi terhadap Indikator Mutu di Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Puskesmas, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan UTD, diperlukan pedoman sebagai acuan bagi Fasilitas Pelayanan Kesehatan, pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan pemangku kepentingan terkait lainnya.

#### B. Tujuan dan sasaran

Pengaturan Indikator Mutu digunakan sebagai acuan bagi pemerintah pusat, pemerintah daerah, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Puskesmas, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan UTD dalam pelaksanaan pengukuran dan evaluasi mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan Indikator Mutu yang ditetapkan.

Pemerintah pusat dalam hal ini Kementerian Kesehatan, berkoordinasi dengan Kementerian Dalam Negeri dan/atau kementerian/lembaga terkait lainnya. Selanjutnya sasaran di lingkup pemerintah daerah ditujukan kepada dinas kesehatan daerah provinsi/dinas kesehatan kabupaten/kota.



BAB II  
KONSEP MUTU PELAYANAN KESEHATAN  
DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

Mutu pelayanan kesehatan mempunyai keunikan mengingat dari kompleksitas pelayanan kesehatan, tidak hanya karena pelayanan kesehatan merupakan *bundle* antara barang dan jasa, akan tetapi juga karena perbedaan hubungan antara pasien dan pemberi pelayanan, perbedaan persepsi sehat dan sakit antara pasien dan dokter, di samping adanya asimetri dalam hubungan pelayanan kesehatan.

Sampai dengan saat ini terdapat beragam definisi mengenai mutu pelayanan kesehatan. Salah satu definisi yang digunakan, mutu pelayanan kesehatan adalah tingkat layanan kesehatan untuk individu dan masyarakat yang dapat meningkatkan luaran kesehatan yang optimal, diberikan sesuai dengan standar pelayanan, dan perkembangan ilmu pengetahuan terkini, serta untuk memenuhi hak dan kewajiban pasien.

WHO mengembangkan kerangka kerja mutu pelayanan kesehatan melalui pendekatan dimensi mutu pelayanan kesehatan, yaitu layanan kesehatan yang efektif, efisien, mudah diakses, dapat diterima/fokus kepada pasien, adil serta aman. Dimensi mutu pelayanan kesehatan ini kemudian berkembang menjadi tujuh dimensi, yaitu efektif (*effective*), keselamatan (*safe*), berorientasi kepada pasien/pengguna layanan (*people-centred*), tepat waktu (*timely*), efisien (*efficient*), adil (*equitable*) dan terintegrasi (*integrated*).

Dimensi mutu pelayanan kesehatan di Indonesia disepakati mengacu pada tujuh dimensi yang digunakan oleh WHO dan lembaga internasional lain, yaitu sebagai berikut:

1. Efektif: menyediakan pelayanan kesehatan yang berbasis bukti kepada masyarakat.
2. Keselamatan: meminimalkan terjadinya kerugian (*harm*), termasuk cedera dan kesalahan medis yang dapat dicegah, pada pasien-masyarakat yang menerima pelayanan.
3. Berorientasi pada pasien/pengguna layanan (*people-centred*): menyediakan pelayanan yang sesuai dengan preferensi, kebutuhan dan nilai-nilai individu.
4. Tepat waktu: mengurangi waktu tunggu dan keterlambatan pemberian pelayanan kesehatan.
5. Efisien: mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya yang tersedia dan mencegah pemborosan termasuk alat kesehatan, obat, energi dan ide.
6. Adil: menyediakan pelayanan yang seragam tanpa membedakan jenis kelamin, suku, etnik, tempat tinggal, agama, dan status sosial ekonomi.
7. Terintegrasi: menyediakan pelayanan yang terkoordinasi lintas fasilitas pelayanan kesehatan dan pemberi pelayanan, serta menyediakan pelayanan kesehatan pada seluruh siklus kehidupan.

Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dilakukan melalui pendekatan sistem di mana hasil pelayanan kesehatan merupakan keluaran (*outcome*) dari struktur (*input*) yang dikelola melalui sebuah proses. Berbagai metode perbaikan dan intervensi mutu perlu memperhatikan tiga parameter pendekatan tersebut, yaitu:

1. Struktur (*input*) adalah karakteristik pelayanan yang relatif stabil yang dimiliki oleh penyedia fasilitas pelayanan kesehatan, meliputi antara lain perlengkapan, sumber daya dan tatanan organisasi serta fasilitas fisik di lingkungan kerja.
2. Proses pada dasarnya adalah berbagai aktifitas/proses yang merupakan interaksi antara penyedia fasilitas pelayanan kesehatan dengan penerima pelayanan kesehatan. Kegiatan ini antara lain meliputi asesmen,

diagnosis, perawatan, konseling, pengobatan, tindakan, penatalaksanaan, dan *follow up*.

3. Keluaran (*outcome*) merujuk pada berbagai perubahan kondisi dan status kesehatan yang didapatkan oleh penerima pelayanan (pasien) setelah terakses dan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan. Komponen *outcome* tersebut antara lain meliputi morbiditas, mortalitas dan tingkat kepuasan pasien.

BAB III  
INDIKATOR NASIONAL MUTU PELAYANAN KESEHATAN

- A. Kriteria Pemilihan Indikator  
Untuk mengukur upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di seluruh Fasilitas Pelayanan Kesehatan telah ditetapkan Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan. Pemilihan indikator dilakukan berdasarkan hasil konsensus dengan memperhatikan beberapa kriteria berdasarkan *Handbook for National Quality Policy and Strategy (2018)* sebagai berikut:
1. Sejalan dengan program prioritas nasional  
Indikator untuk mengukur program prioritas nasional tertentu.
  2. Besaran dampak  
Ruang lingkup dampak dari indikator yang diukur.
  3. Berbasis bukti  
Adanya bukti yang kredibel dari indikator yang dipilih.
  4. *Defensibility*  
Indikator yang terpilih dapat dipertanggungjawabkan secara keilmuan dan juga merupakan indikator yang penting bagi pemerintah.
  5. *Feasibilitas*  
Indikator yang terpilih dapat diakses oleh seluruh fasilitas pelayanan kesehatan.
  6. Akurasi  
Data yang dikumpulkan dengan menggunakan indikator tersebut harus akurat.
  7. *Actionability*  
Perubahan perilaku maupun sistem dapat memperbaiki pencapaian indikator.
  8. Dapat diperbandingkan  
Indikator harus dapat diperbandingkan dengan standar atau antar wilayah.
  9. Kredibel  
Indikator harus kredibel bagi pemangku kebijakan maupun bagi fasilitas yang melakukan pengukuran.
  10. Kejelasan indikator  
Indikator harus jelas dan mudah dipahami.
- B. Proses Penetapan Indikator Nasional Mutu Pelayanan  
Dalam menetapkan indikator nasional mutu pelayanan kesehatan, proses yang dilakukan meliputi:
1. *Brainstorming* dengan melibatkan pakar dan praktisi mutu untuk menetapkan kandidat indikator.
  2. Melakukan pemilihan indikator berdasarkan kriteria dan masukan-masukan pakar.
  3. Melakukan uji coba indikator yang ditetapkan.
  4. Menetapkan indikator yang akan digunakan untuk pengukuran.
- C. Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan  
Berdasarkan proses penetapan indikator yang telah dilakukan, maka ditetapkan Indikator Mutu pelayanan kesehatan sebagai berikut:
1. Indikator Mutu di Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi
    - a. Kepuasan pasien
    - b. Kepatuhan penyediaan sarana dan prasarana kebersihan tangan
    - c. Kepatuhan kunjungan pasien hipertensi sesuai jadwal kontrol
    - d. Penurunan skor Oral Hygiene Index Simplified (OHIS) pasien
  2. Indikator Mutu di Klinik



- a. Kepatuhan kebersihan tangan
  - b. Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
  - c. Kepatuhan identifikasi pasien
  - d. Kepuasan pasien
3. Indikator Mutu di Puskesmas
    - a. Kepatuhan kebersihan tangan
    - b. Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
    - c. Kepatuhan identifikasi pasien
    - d. Keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus Sensitif Obat (SO)
    - e. Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar
    - f. Kepuasan pasien
  4. Indikator Mutu di Rumah Sakit
    - a. Kepatuhan kebersihan tangan
    - b. Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
    - c. Kepatuhan identifikasi pasien
    - d. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi
    - e. Waktu tunggu rawat jalan
    - f. Penundaan operasi elektif
    - g. Kepatuhan waktu *visite* dokter
    - h. Pelaporan hasil kritis laboratorium
    - i. Kepatuhan penggunaan formularium nasional
    - j. Kepatuhan terhadap alur klinis (*clinical pathway*)
    - k. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
    - l. Kecepatan waktu tanggap komplain
    - m. Kepuasan pasien
  5. Indikator Mutu di Laboratorium Kesehatan
    - a. Kepatuhan kebersihan tangan
    - b. Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
    - c. Kepatuhan identifikasi pasien
    - d. Kepatuhan pelaporan hasil kritis
    - e. Kejadian sampel/spesimen hilang
    - f. Pengulangan hasil pemeriksaan
    - g. Kepuasan pasien
  6. Indikator Mutu di UTD
    - a. Kepatuhan kebersihan tangan
    - b. Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
    - c. Pemenuhan kebutuhan darah oleh UTD
    - d. Donasi dari pendonor darah sukarela
    - e. Hasil pemeriksaan golongan darah pendonor yang berbeda dengan uji konfirmasi golongan darah
    - f. Suhu penyimpanan produk darah
    - g. Kepuasan pasien.
- D. Format Profil Indikator
- Setiap pengukuran Indikator Mutu dilakukan dengan menggunakan profil Indikator Mutu dengan format profil Indikator Mutu sebagai berikut:

Tabel 1. Format Profil Indikator Mutu

Judul Indikator	Judul singkat yang spesifik mengenai indikator apa yang akan diukur
Dasar Pemikiran	Dasar pemilihan indikator yang dapat berasal dari: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketentuan/peraturan</li> <li>2. Data</li> <li>3. Literatur</li> <li>4. Analisis situasi</li> </ol>



Dimensi Mutu	1. Prinsip atau tujuan prioritas dalam memberikan pelayanan meliputi efektif ( <i>effective</i> ), keselamatan ( <i>safe</i> ), berorientasi kepada pasien/pengguna layanan ( <i>people-centred</i> ), tepat waktu ( <i>timely</i> ), efisien ( <i>efficient</i> ), adil ( <i>equitable</i> ) dan terintegrasi ( <i>integrated</i> ). 2. Setiap indikator mewakili 1 sampai 3 dimensi mutu.
Tujuan	Suatu hasil yang ingin dicapai dengan melakukan pengukuran indikator.
Definisi Operasional	Batasan pengertian yang dijadikan pedoman dalam melakukan pengukuran indikator untuk menghindari kerancuan.
Jenis Indikator	Input : untuk menilai apakah fasilitas pelayanan kesehatan memiliki kemampuan sumber daya yang cukup untuk memberikan pelayanan. Proses : untuk menilai apa yang dikerjakan staf fasilitas pelayanan kesehatan dan bagaimana pelaksanaan pekerjaannya. Output : untuk menilai hasil dari proses yang dilaksanakan. Outcome : untuk menilai dampak layanan yang diberikan terhadap pengguna layanan.
Satuan Pengukuran	Standar atau dasar ukuran yang digunakan Antara lain: jumlah, persentase, dan satuan waktu.
Numerator (pembilang)	Jumlah subjek atau kondisi yang ingin diukur dalam populasi atau sampel yang memiliki karakteristik tertentu.
Denominator (penyebut)	Semua peluang yang ingin diukur dalam populasi atau sampel.
Target Pencapaian	Sasaran yang telah ditetapkan untuk dicapai
Kriteria	Kriteria inklusi: karakteristik subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditentukan Kriteria eksklusi: batasan yang mengakibatkan subjek tidak dapat diikuti dalam pengukuran
Formula	Rumus untuk menghasilkan nilai indikator
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif, observasi
Sumber Data	Asal data yang diukur. (contoh: rekam medis dan formulir observasi). Jenis Sumber Data: 1. Data Primer (mengumpulkan langsung menggunakan lembar pencatatan hasil observasi, kuesioner) 2. Data sekunder (rekam medis, buku catatan keluhan)
Instrumen Pengambilan Data	Alat atau <i>tools</i> atau formulir yang digunakan untuk mengumpulkan data.
Besar Sampel	Jumlah data yang harus dikumpulkan agar mewakili populasi. Besar sampel disesuaikan dengan kaidah-kaidah statistik.

Cara Pengambilan Sampel	Cara memilih sampel dari populasi untuk mengumpulkan informasi/data yang menggambarkan sifat atau ciri yang dimiliki populasi. Secara umum ada 2 cara: 1. <i>probability Sampling</i> 2. <i>Non Probability Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Kurun waktu yang ditetapkan untuk melakukan pengumpulan data, contohnya setiap bulan
Penyajian Data	Cara menampilkan data, contoh tabel, <i>run chart</i> , grafik
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Kurun waktu yang ditetapkan untuk melakukan analisis dan melaporkan data, contohnya setiap bulan, setiap triwulan
Penanggung Jawab	Petugas yang bertanggung jawab untuk mengkoordinir upaya pencapaian target yang ditetapkan

- E. Profil Indikator Mutu di Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Puskesmas, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan UTD  
Tata cara pengukuran mutu dengan menggunakan Indikator Mutu dilakukan sesuai dengan yang tertuang dalam profil Indikator Mutu. Profil Indikator Mutu pada setiap jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan dapat berbeda karena disesuaikan dengan Indikator Mutu yang telah ditetapkan dan sesuai dengan karakteristik dari masing-masing Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Profil Indikator Mutu untuk Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Puskesmas, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan UTD sebagai berikut:

1. Profil Indikator Mutu Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi
  - a. 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.
Dimensi Mutu	Berorientasi kepada pasien
Tujuan	Mengukur tingkat kepuasan masyarakat sebagai dasar 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 Morgan dan Krejcie. 4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara

	<p>elayanan kepada pasien.</p> <p>5. Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variabel penyusunan survei kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan.</p> <p>6. Unsur survei kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Persyaratan.</li> <li>b. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur.</li> <li>c. Waktu Penyelesaian</li> <li>d. Biaya/Tarif.</li> <li>e. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan.</li> <li>f. Kompetensi Pelaksana.</li> <li>g. Perilaku Pelaksana.</li> <li>h. Penanganan pengaduan, Saran dan Masukan.</li> <li>i. Sarana dan prasarana.</li> </ol> <p>7. Indeks Kepuasan adalah hasil pengukuran dari kegiatan Survei Kepuasan berupa angka</p>
Jenis Indikator	<i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Indeks
Numerator (pembilang)	Tidak ada
Denominator (penyebut)	Tidak ada
Target Pencapaian	≥ 76.61
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: Seluruh pasien</p> <p>Kriteria Eksklusi: Pasien yang tidak kompeten dalam mengisi kuesioner dan/atau tidak ada keluarga yang mendampingi.</p>
Formula	$\frac{\text{Total Nilai Persepsi Seluruh Responden}}{\text{Total Unsur yang Terisi dari Seluruh Responden}} \times 25$
Metode Pengumpulan Data	Survei
Sumber Data	Hasil survei
Instrumen Pengambilan Data	Kuesioner
Besar Sampel	Sesuai tabel sampel Krejcie dan Morgan
Cara Pengambilan Sample	<i>Stratified Random Sampling</i>



Periode Pengumpulan Data	Semesteran
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semesteran, Tahunan
Penanggung Jawab	Dokter atau Dokter Gigi di Tempat Praktik Mandiri Dokter atau Dokter Gigi (TPMD)

b. Kepatuhan Penyediaan Sarana dan Prasarana Kebersihan Tangan

Judul Indikator	Kepatuhan Penyediaan Sarana dan Prasarana Kebersihan Tangan
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien.</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.</li> <li>3. Dokter harus memperhatikan kepatuhan dalam melakukan kebersihan tangan sesuai dengan ketentuan WHO.</li> <li>4. Dokter harus melakukan penilaian terhadap sarana dan prasarana kebersihan tangan sesuai dengan ketentuan WHO.</li> </ol>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan penyediaan sarana prasarana kebersihan tangan oleh 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (<i>alcohol-based handrubs</i>) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor.</li> <li>2. Ketersediaan sarana dan prasarana kebersihan tangan adalah tersedianya sarana dan prasarana untuk melakukan kebersihan tangan yang meliputi alkohol (<i>alcohol-based handrubs</i>), tempat cuci tangan dengan air mengalir, sabun cair, pengering tangan sekali pakai dan media edukasi tata cara melakukan kebersihan tangan.</li> <li>3. Tempat kebersihan tangan adalah media untuk melakukan cuci tangan yang dapat berupa wastafel, atau bentuk lain.</li> <li>4. Pengering tangan sekali pakai adalah tissue, handuk sekali pakai, atau alat pengering tangan</li> </ol>



	sekali pakai lainnya. 5. Observer adalah Pasien yang akan melakukan pengukuran terhadap kepatuhan dokter/dokter gigi dalam penyediaan sarana dan prasarana kebersihan tangan.
Jenis Indikator	Input
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah Total Skor
Denominator (penyebut)	100
Target Pencapaian	100%
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Tidak ada Kriteria Eksklusi: Pasien dengan gangguan indra penglihatan
Formula	$\frac{\text{Jumlah total skor}}{100} \times 25$
Metode Pengumpulan Data	Observasi
Sumber Data	Hasil observasi
Instrumen Pengambilan Data	Formulir kepatuhan penyediaan sarana dan prasarana kebersihan tangan
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $> 30$ )
Cara Pengambilan Sampel	<i>Consecutive Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Triwulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan
Penanggung Jawab	Dokter atau Dokter Gigi di TPMD

c. Kepatuhan Kunjungan Pasien Hipertensi Sesuai jadwal Kontrol

Judul Indikator	Kepatuhan Kunjungan Pasien Hipertensi Sesuai Jadwal Kontrol
Dasar Pemikiran	1. Hipertensi telah menjadi masalah utama, karena hipertensi merupakan salah satu pintu masuk atau faktor risiko penyakit seperti jantung, gagal ginjal, diabetes, dan stroke.

	2. Riskesdas tahun 2018 menyatakan prevalensi hipertensi pada penduduk usia ≥18 tahun sebesar 34,1%, estimasi jumlah kasus hipertensi di Indonesia sebesar 63.309.620 orang.
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	1. Mendorong TPMD memberikan pelayanan sesuai dengan standar. 2. Meningkatkan jumlah pasien hipertensi terkontrol, sehingga dapat mencegah komplikasi, dan menurunkan risiko kematian.
Definisi Operasional	1. Hipertensi adalah tekanan darah yang melebihi batas normal. 2. Tepat sesuai dengan jadwal kunjungan/kontrol pasien adalah waktu kunjungan pasien kembali ke dokter, baik langsung maupun melalui <i>telemedicine</i> , sesuai dengan waktu yang telah ditentukan pada kunjungan sebelumnya, dan dipastikan pasien tidak putus obat. 3. Dikategorikan patuh adalah apabila dalam 1 periode analisis data (3 bulan), pasien berkunjung selalu tepat sesuai jadwal kontrol.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah Pasien Patuh Terhadap Jadwal Kontrol
Denominator (penyebut)	Jumlah Total Pasien Hipertensi
Target Pencapaian	90%
Kriteria:	Inklusi; Seluruh pasien hipertensi  Eksklusi Pasien hipertensi yang berkunjung pertama kali
Formula	$\frac{\text{Jumlah Pasien Patuh Terhadap Jadwal Kontrol}}{\text{Jumlah Total Pasien Hipertensi}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	<i>Retrospektif</i>
Sumber Data	Rekam medik
Instrumen Pengambilan Data	Daftar tilik

Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq$ 30 pasien) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $>$ 30 pasien)
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non Probability Sampling_Consecutive Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Triwulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan
Penanggung Jawab	Dokter di Tempat Praktik Mandiri Dokter

d. Penurunan Skor *Oral Hygiene Index Simplified* (OHIS) Pasien

Judul Indikator	Penurunan Skor <i>Oral Hygiene Index Simplified</i> (OHIS) Pasien
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Riskesdas tahun 2013, masalah gigi dan mulut mencapai 25,9%, dengan karies di atas 12 tahun mencapai 72,9%. Perilaku menyikat gigi pada anak di atas umur 10 tahun mencapai 93,8%, namun yang menyikat gigi dengan benar hanya 2,3%, inilah penyebab dari karies dentis yang masih tinggi prevalensinya.</li> <li>2. Dalam Riskesdas tahun 2018 perilaku menyikat gigi setiap hari pada umur diatas 3 tahun mencapai 94,7%, namun menyikat gigi dengan benar pada umur di atas 3 tahun hanya 2.8%.</li> </ol>
Dimensi Mutu	Efektif
Tujuan	Meningkatkan jumlah pasien dengan <i>oral hygiene</i> yang baik sesuai kategori <i>OHIS</i> sebagai tolok ukur kinerja dokter gigi dalam memberikan pelayanan kepada pasiennya.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Oral Hygiene Index Simplified</i> (OHIS) adalah angka yang menyatakan keadaan klinis atau kebersihan gigi dan mulut seseorang yang didapat pada waktu dilakukan pemeriksaan.</li> <li>2. Nilai dari OHIS diperoleh dengan melakukan penilaian debris indeks (DI) dan kalkulus indeks (CI).</li> <li>3. Penilaian OHIS dilakukan dengan melakukan pemeriksaan klinis pada 6 gigi indeks, yaitu 16 (sisi bukal), 11 (sisi labial), 26 (sisi bukal), 36 (sisi lingual), 31 (sisi labial) dan 46 (sisi lingual) yang mewakili 6 sekstan dalam rongga mulut.</li> <li>4. Syarat gigi indeks untuk dapat dilakukan</li> </ol>



	<p>pemeriksaan adalah gigi telah erupsi sempurna dan tidak ada karies yang menutupi atau mengurangi ketinggian area permukaan yang akan diperiksa.</p> <p>5. Bila gigi indeks tidak ada/tidak memenuhi syarat, maka aturan gigi penggantinya adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pengganti gigi 11 adalah gigi 21</li> <li>Pengganti gigi 31 adalah gigi 41</li> <li>Pengganti gigi 6 adalah gigi 7, bila gigi 7 juga tidak memenuhi syarat, dapat diganti gigi 8 (bila posisinya menempati area gigi 7)</li> <li>Bila gigi pengganti sebagaimana dimaksud pada angka 5 huruf a sampai dengan huruf c tidak ada/tidak memenuhi syarat, maka tidak dapat dilakukan skoring pada sekstan yang bersangkutan.</li> </ol> <p>6. Penilaian untuk Debris Indeks (DI) adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Skor 1: bila terdapat debris pada 1/3 permukaan servikal gigi atau dijumpai stain ekstrinsik.</li> <li>Skor 2: bila terdapat debris pada 1/3 – 2/3 permukaan gigi.</li> <li>Skor 3: bila terdapat debris pada &gt; 2/3 permukaan gigi.</li> </ol> <p>7. Penilaian untuk Kalkulus Indeks (CI) adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Skor 1: bila terdapat kalkulus supragingiva pada 1/3 permukaan servikal gigi tanpa kalkulus subgingiva.</li> <li>Skor 2: bila terdapat kalkulus supragingiva pada 1/3 – 2/3 permukaan gigi dan/atau terdapat kalkulus subgingiva berupa titik-titik yang tidak melingkari leher gigi.</li> <li>Skor 3: bila terdapat kalkulus supragingiva pada &gt; 2/3 permukaan gigi dan/atau terdapat kalkulus subgingiva yang melingkari leher gigi.</li> </ol> <p>8. Skor total OHIS didapatkan dari penjumlahan DI dan CI yang dibagi dengan jumlah gigi indeks yang diperiksa.</p> <p>9. Kategori OHIS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Baik: jika nilainya antara 0-1,2</li> <li>Sedang: jika nilainya antara 1,3-3,0</li> <li>Buruk: jika nilainya antara 3,1-6,0</li> </ol>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah Pasien dengan Penurunan Skor OHIS
Denominator (penyebut)	Jumlah Total Pasien
Target Pencapaian	20%



Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien dalam periode gigi bercampur (<i>mixed dentition</i>)</li> <li>• Pasien dalam periode gigi permanen sempurna</li> </ul> <p>Kriteria Eksklusi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tidak bisa membuka mulut</li> <li>• Pasien berkunjung hanya sekali</li> <li>• Pasien yang tidak memiliki gigi indeks OHIS pada salah satu atau beberapa sekstan</li> </ul>
Formula	$\frac{\text{Jumlah Pasien dengan Penurunan Skor OHIS}}{\text{Jumlah Total Pasien}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Rekam Medik
Instrumen Pengambilan Data	Daftar Tilik
Besar Sampel	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30 pasien)</li> <li>2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi &gt; 30 pasien)</li> </ol>
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non Probability Sampling, Consecutive Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Triwulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan
Penanggung Jawab	Dokter Gigi di Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi

2. Profil Indikator Mutu di Klinik

a. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Judul Indikator	Kepatuhan Kebersihan Tangan
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien.</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.</li> <li>3. Klinik harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan</li> </ol>

	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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (<i>alcohol-based handrubs</i>) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor.</li> <li>2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO.</li> <li>3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan.</li> <li>4. Lima indikasi (<i>five moment</i>) kebersihan tangan terdiri dari: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien.</li> <li>b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien.</li> <li>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.</li> <li>d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD.</li> <li>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.</li> </ol> </li> <li>5. Peluang adalah periode di antara indikasi di mana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang</li> </ol>

	<p>terdapat pada permukaan.</p> <p>6. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan.</p> <p>7. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.</p> <p>8. <i>Observer</i> adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan <i>tool</i> yang telah ditentukan.</p> <p>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.</p> <p>10. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit).</p> <p>11. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi.</p> <p>12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan
Denominator (penyebut)	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi
Target Pencapaian	≥ 85%
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: Seluruh peluang yang dimiliki pemberi pelayanan yang terindikasi harus melakukan kebersihan tangan</p> <p>Kriteria Eksklusi: Tidak ada</p>
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	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien.</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.</li> <li>3. Keputusan Menteri Kesehatan mengenai penanggulangan penyakit yang dapat menimbulkan wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat.</li> <li>4. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.</li> <li>5. Pedoman Teknis Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Tingkat Pertama.</li> <li>6. Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri (APD).</li> <li>7. Klinik harus memperhatikan kepatuhan pemberi pelayanan dalam menggunakan APD sesuai dengan prosedur.</li> </ol>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur kepatuhan petugas dalam menggunakan APD.</li> <li>2. Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi.</li> </ol>
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit.</li> <li>2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam 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>).</li> <li>3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian petugas dalam menggunakan APD</li> </ol>



	<p>sesuai indikasi.</p> <p>4. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, dan petugas laboratorium.</p> <p>5. <i>Observer</i> adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan <i>tool</i> yang telah ditentukan.</p> <p>6. Periode observasi adalah waktu yang digunakan untuk melakukan pengamatan.</p>
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:	<p>Kriteria Inklusi: Semua petugas yang terindikasi harus menggunakan APD</p> <p>Kriteria Eksklusi: Tidak ada</p>
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	<p>1. Total sampel (apabila jumlah populasi <math>\leq 30</math>)</p> <p>2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi <math>&gt; 30</math>)</p>
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non Probability Sampling - Consecutive Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Penanggung jawab mutu

## c. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Judul Indikator	Kepatuhan Identifikasi Pasien
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien.</li> <li>2. Ketepatan identifikasi menjadi sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien.</li> <li>3. Untuk menjamin ketepatan identifikasi pasien maka diperlukan indikator yang mengukur dan memonitor tingkat kepatuhan pemberi pelayanan dalam melakukan proses identifikasi. Dengan adanya indikator tersebut diharapkan pemberi pelayanan akan menjadikan identifikasi sebagai proses rutin dalam proses pelayanan.</li> </ol>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan tindakan pelayanan.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</li> <li>2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Klinik.</li> <li>3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan).</li> <li>4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena.</li> <li>b. Prosedur tindakan: pencabutan gigi, imunisasi, pemasangan alat kontrasepsi, persalinan, dan tindakan kegawatdaruratan.</li> <li>c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel.</li> </ol> </li> <li>5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.</li> </ol>
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 $\leq 30$ ) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $> 30$ )
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non Probability Sampling - Consecutive Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <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



	<p>survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan.</p> <p>3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Krejcie dan Morgan.</p> <p>4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien.</p> <p>5. Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variabel penyusunan survei kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan.</p> <p>6. Unsur survei kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Persyaratan.</li> <li>Sistem, Mekanisme, dan Prosedur.</li> <li>Waktu Penyelesaian.</li> <li>Biaya/Tarif.</li> <li>Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan.</li> <li>Kompetensi Pelaksana.</li> <li>Perilaku Pelaksana.</li> <li>Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan.</li> <li>Sarana dan prasarana.</li> </ol> <p>7. Indeks Kepuasan adalah hasil pengukuran dari kegiatan Survei Kepuasan berupa angka.</p>
Jenis Indikator	<i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Indeks
Numerator (pembilang)	Tidak ada
Denominator (penyebut)	Tidak ada
Target Pencapaian	≥ 76.61
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: Seluruh pasien</p> <p>Kriteria Eksklusi: Pasien yang tidak kompeten dalam mengisi kuesioner dan/atau tidak ada keluarga yang mendampingi.</p>
Formula	$\frac{\text{Total nilai persepsi seluruh responden}}{\text{Total unsur yang terisi dari seluruh responden}} \times 25$
Metode Pengumpulan Data	Survei
Sumber Data	Hasil survei
Instrumen	Kuisisioner

Pengambilan Data	
Besar Sampel	Sesuai tabel Sampel Krejcie dan Morgan
Cara Pengambilan Sampel	<i>Stratified Random Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Semesteran
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semesteran, Tahunan
Penanggung Jawab	Penanggung Jawab Mutu

## 3. Profil Indikator Mutu di Puskesmas

## a. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Judul Indikator	Kepatuhan Kebersihan Tangan
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien.</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.</li> <li>3. Puskesmas harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan kebersihan tangan sesuai dengan ketentuan WHO.</li> </ol>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien/pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (<i>alcohol-based handrubs</i>) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor.</li> <li>2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO.</li> <li>3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan.</li> <li>4. Lima indikasi (<i>five moment</i>) kebersihan tangan terdiri dari: <ol style="list-style-type: none"> <li>f. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien.</li> </ol> </li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"><li>g. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien.</li><li>h. 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.</li><li>i. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD.</li><li>j. 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.</li></ul> <ol style="list-style-type: none"><li>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.</li><li>6. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan.</li><li>7. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</li><li>8. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.</li><li>9. <i>Observer</i> adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan <i>tool</i> yang telah ditentukan.</li><li>10. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan di setiap unit atau Puskesmas sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan.</li><li>11. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit).</li><li>12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi.</li><li>13. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.</li></ol>
--	---



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 oleh pemberi pelayanan 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	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <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	8. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. 9. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 10. Keputusan Menteri Kesehatan mengenai

	<p>penanggulangan penyakit yang dapat menimbulkan wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat.</p> <p>11. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.</p> <p>12. Pedoman Teknis Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Tingkat Pertama.</p> <p>13. Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri (APD).</p> <p>14. Puskesmas harus memperhatikan kepatuhan pemberi pelayanan dalam menggunakan APD sesuai dengan prosedur.</p>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	<p>3. Mengukur kepatuhan petugas Puskesmas dalam menggunakan APD.</p> <p>4. Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi.</p>
Definisi Operasional	<p>7. 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.</p> <p>8. 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>).</p> <p>9. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi.</p> <p>10. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium.</p> <p>11. <i>Observer</i> adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan <i>tool</i> yang telah ditentukan.</p> <p>12. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan.</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi 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	3. Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) 4. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $> 30$ )
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non Probability Sampling - Consecutive Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Penanggung jawab mutu

c. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Judul Indikator	Kepatuhan Identifikasi Pasien
Dasar Pemikiran	<p>4. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien.</p> <p>5. Ketepatan identifikasi menjadi sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien.</p> <p>6. 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.</p>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan



	tindakan pelayanan.
Definisi Operasional	<p>6. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</p> <p>7. 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 Puskesmas.</p> <p>8. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan).</p> <p>9. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti :</p> <p>d. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena.</p> <p>e. Prosedur tindakan: pencabutan gigi, imunisasi, pemasangan alat kontrasepsi, persalinan, dan tindakan kegawatdaruratan.</p> <p>f. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel.</p> <p>10. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.</p>
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:	<p>Kriteria Inklusi: Semua pemberi pelayanan yang memberikan pelayanan kesehatan.</p> <p>Kriteria Eksklusi: Tidak ada</p>
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	Formulir Observasi Kepatuhan Identifikasi Pasien

Data	
Besar Sampel	3. Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) 4. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $> 30$ )
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non Probability Sampling - Consecutive Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Penanggung Jawab Mutu

d. Keberhasilan Pengobatan Pasien Tuberkulosis (TB) Semua Kasus Sensitif Obat (SO)

Judul Indikator	Keberhasilan Pengobatan Pasien TB Semua Kasus Sensitif Obat (SO)
Dasar Pemikiran	1. Peraturan Presiden mengenai RPJMN. 2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Penanggulangan Tuberkulosis. 3. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Puskesmas. 4. Angka keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus minimal 90% dengan memperhatikan upaya penurunan angka putus berobat, gagal, meninggal dan pasien tidak dilakukan evaluasi.
Dimensi Mutu	Efisien, Efektif, Tepat Waktu
Tujuan	Untuk mengetahui jumlah keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus sensitif obat dan mengurangi angka penularan penyakit TB
Definisi Operasional	1. Tuberkulosis yang selanjutnya disingkat TB adalah penyakit menular yang disebabkan oleh <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , yang dapat menyerang paru dan organ lainnya. 2. TB Sensitif Obat (SO) adalah penderita TB yang berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis atau Tes Cepat Molekuler (TCM) menunjukkan hasil masih sensitif terhadap Obat Anti Tuberculosis (OAT) lini 1 (pertama). 3. OAT lini 1 adalah obat anti tuberculosis yang terdiri dari Isoniazid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z), Etambutol (E) dan Streptomisin (S). 4. Keberhasilan pengobatan pasien TB adalah angka yang menunjukkan persentase semua pasien TB yang sembuh dan pengobatan lengkap di antara semua pasien TB yang diobati dan dilaporkan sesuai dengan periodisasi waktu pengobatan TB. Angka ini merupakan penjumlahan dari angka

	<p>kesembuhan semua kasus dan angka pengobatan lengkap semua kasus yang menggambarkan kualitas pengobatan TB.</p> <p>5. Sembuh adalah pasien TB paru dengan hasil pemeriksaan bakteriologis positif pada awal pengobatan yang hasil pemeriksaan bakteriologis pada akhir pengobatan menjadi negatif dan pada salah satu pemeriksaan sebelumnya.</p> <p>6. Pengobatan lengkap adalah pasien TB yang telah menyelesaikan pengobatan secara lengkap di mana pada salah satu pemeriksaan sebelum akhir pengobatan hasilnya negatif dan di akhir pengobatan tidak ada bukti hasil pemeriksaan bakteriologis (tidak dilakukan pemeriksaan bakteriologis di akhir pengobatan).</p> <p>7. Upaya peningkatan mutu keberhasilan pengobatan pasien TB dilihat menurut alur pengobatan mulai dari pasien dinyatakan positif sebagai pasien TB berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis atau TCM sampai dengan pasien dinyatakan sembuh dan pengobatan lengkap.</p> <p>8. Upaya peningkatan mutu tersebut meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pemeriksaan dahak yang tepat dan benar dengan hasil terdokumentasi.</li> <li>Pelaksanaan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) TB kepada pasien TB dan keluarga, pembuatan kesepakatan pasien dalam menjalankan pengobatan TB termasuk penunjukan Pengawas Minum Obat (PMO).</li> <li>Pemberian regimen dan dosis obat yang tepat.</li> <li>Pemantauan kemajuan pengobatan termasuk penanganan efek samping obat.</li> <li>Pencatatan rekam medis (<i>medical record</i>) secara lengkap dan benar di setiap tahapan pengobatan.</li> </ol>
Jenis Indikator	Hasil
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah semua pasien TB SO yang sembuh dan pengobatan lengkap pada tahun berjalan di wilayah kerja Puskesmas
Denominator (penyebut)	Jumlah semua kasus TB SO yang diobati pada tahun berjalan di wilayah kerja Puskesmas
Target Pencapaian	90%
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: Semua pasien TB SO yang dinyatakan sembuh dan menjalani pengobatan secara lengkap di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan.</p> <p>Kriteria Eksklusi:</p>



	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien TB pindahan yang tidak dilengkapi dengan TB.09 dan hasil pengobatan pasien TB pindahan dengan TB.10</li> <li>2. Pasien TB dengan hasil positif pada bulan ke 5 atau bulan ke 6</li> <li>3. Pasien TB meninggal sebelum berakhir masa pengobatan</li> </ol>
Formula	$\frac{\text{Jumlah semua pasien TB SO yang sembuh dan pengobatan lengkap pada tahun berjalan di wilayah kerja Puskesmas}}{\text{Jumlah semua kasus TB SO yang diobati pada tahun berjalan di wilayah kerja}} \times 100 \%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Formulir TB/Sistem Informasi TB (SITB)
Instrumen Pengambilan Data	Data sekunder
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Semesteran, Tahunan
Penanggung Jawab	Penanggung jawab Program TB

e. Ibu Hamil yang Mendapatkan Pelayanan *Ante Natal Care* (ANC) Sesuai Standar

Judul Indikator	Ibu Hamil yang Mendapatkan Pelayanan ANC Sesuai Standar
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Presiden mengenai RPJMN.</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pelayanan Kesehatan Ibu.</li> <li>3. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.</li> <li>4. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Puskesmas.</li> <li>5. Hasil SUPAS 2015 menyebutkan Angka Kematian Ibu (AKI) 305/100.000 kelahiran hidup (KH) sedangkan target pada RPJMN 2020-2024 adalah 183/100.000 KH dan pada akhir SDGs 2030 adalah 131/100.000 KH.</li> <li>6. Jika ibu hamil mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar, maka risiko pada kehamilan</li> </ol>

	<p>dapat sejak awal diketahui dan dilakukan tata laksana, sehingga faktor risiko dapat dikurangi agar tidak terjadi komplikasi.</p> <p>7. ANC sangat penting dilakukan untuk kelangsungan hidup baik bagi ibu maupun bayi serta bayi dapat lahir sehat, berkualitas dan tercegah dari risiko <i>stunting</i>.</p>
Dimensi Mutu	Efektif, Keselamatan, Berorientasi pada Pasien/Pengguna Layanan
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendorong penurunan angka kematian ibu di Indonesia</li> <li>2. Mendapatkan gambaran pelayanan ANC yang sesuai standar</li> </ol>
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar adalah ibu hamil yang telah bersalin serta yang mendapatkan pelayanan ANC lengkap sesuai dengan standar kuantitas dan standar kualitas selama periode kehamilan di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan.</li> <li>2. Standar kuantitas adalah kunjungan 4 kali selama periode kehamilan (K4) terdiri dari: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. 1 (satu) kali kunjungan sedini mungkin pada trimester ke-1 (satu)/ 0-12 minggu,</li> <li>b. 1 (satu) kali kunjungan pada trimester ke-2 (dua)/ &gt; 12-24 minggu, dan</li> <li>c. 2 (dua) kali kunjungan pada trimester ke-3 (tiga)/ 24 minggu-sampai dengan kelahiran</li> </ol> </li> <li>3. Standar kualitas yaitu pelayanan antenatal yang memenuhi 10T meliputi: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Timbang berat badan dan tinggi badan</li> <li>b. Ukur tekanan darah</li> <li>c. Nilai status gizi (ukur LILA)</li> <li>d. Ukur tinggi fundus uteri (setelah kehamilan 24 minggu)</li> <li>e. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin</li> <li>f. Skrining status imunisasi dan berikan suntikan tetanus toksoid (TT) bila diperlukan.</li> <li>g. Beri tablet tambah darah</li> <li>h. Pemeriksaan laboratorium meliputi: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Golongan darah</li> <li>2) Kadar Hemoglobin</li> <li>3) Gluko-Protein urin</li> <li>4) termasuk pemeriksaan HIV</li> </ol> </li> <li>i. Tata laksana</li> <li>j. Temu wicara/ konseling</li> </ol> </li> <li>4. Waktu pemeriksaan 10T mengikuti daftar pemeriksaan ANC sesuai ketentuan yang berlaku.</li> <li>5. Sasaran Indikator adalah semua ibu bersalin yang telah mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar pada masa kehamilan pada tahun berjalan.</li> </ol>

Jenis Indikator	Hasil
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah ibu hamil yang telah mendapatkan pelayanan ANC lengkap sesuai standar di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh ibu hamil yang telah bersalin yang mendapatkan pelayanan ANC di wilayah kerja puskesmas pada tahun berjalan
Target Pencapaian	100%
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: Seluruh ibu hamil yang telah bersalin di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan</p> <p>Kriteria Eksklusi:            1. Ibu hamil dengan K1 bukan di trimester 1            2. Ibu hamil yang pindah domisili (<i>drop out</i>)            3. Ibu hamil yang tidak menyelesaikan masa kehamilan (abortus)            4. Ibu hamil pindahan yang tidak memiliki catatan riwayat kehamilan lengkap            5. Ibu hamil meninggal sebelum bersalin            6. Ibu hamil yang bersalin sebelum menyelesaikan K4 (<i>premature</i>)</p>
Formula	$\frac{\text{Jumlah ibu hamil yang telah mendapatkan pelayanan ANC lengkap sesuai standar di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan}}{\text{Jumlah seluruh ibu hamil yang telah bersalin yang mendapatkan pelayanan ANC di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan}} \times 100 \%$
Metode Pengumpulan Data	Observasional retrospektif
Sumber Data	1. Kohort Ibu, Kartu Ibu, PWS KIA, Buku Register Ibu 2. e-Kohort
Instrumen Pengambilan Data	Data Sekunder
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan	Bulanan, Triwulanan, Tahunan



Data	
Penanggung Jawab	Penanggung Jawab Program KIA

## f. Kepuasan Pasien

Judul Indikator	Kepuasan Pasien
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Undang-Undang mengenai pelayanan publik</li> <li>5. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi mengenai Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik.</li> <li>6. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Puskesmas.</li> </ol>
Dimensi Mutu	Berorientasi kepada pasien
Tujuan	Mengukur tingkat kepuasan masyarakat sebagai dasar upaya peningkatan mutu dan terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pasien.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.</li> <li>2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan.</li> <li>3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Krejcie dan Morgan.</li> <li>4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien.</li> <li>5. Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variabel penyusunan survei kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan.</li> <li>6. Unsur survei kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Persyaratan.</li> <li>j. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur.</li> <li>k. Waktu Penyelesaian.</li> <li>l. Biaya/Tarif.</li> <li>m. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan.</li> <li>n. Kompetensi Pelaksana.</li> <li>o. Perilaku Pelaksana.</li> <li>p. Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan.</li> <li>q. Sarana dan prasarana.</li> </ol> </li> <li>7. Indeks Kepuasan adalah hasil pengukuran dari kegiatan Survei Kepuasan berupa angka.</li> </ol>
Jenis Indikator	<i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Indeks

Numerator (pembilang)	Tidak ada
Denominator (penyebut)	Tidak ada
Target Pencapaian	$\geq 76.61$
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Seluruh pasien  Kriteria Eksklusi: Pasien yang tidak kompeten dalam mengisi kuesioner dan/atau tidak ada keluarga yang mendampingi.
Formula	$\frac{\text{Total nilai persepsi seluruh responden}}{\text{Total unsur yang terisi dari seluruh responden}} \times 25$
Metode Pengumpulan Data	Survei
Sumber Data	Hasil survei
Instrumen Pengambilan Data	Kuisisioner
Besar Sampel	Sesuai tabel Sampel Krejcie dan Morgan
Cara Pengambilan Sampel	<i>Stratified Random Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Semesteran
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semesteran, Tahunan
Penanggung Jawab	Penanggung Jawab Mutu

## 4. Profil Indikator Mutu di Rumah Sakit

## a. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Judul Indikator	Kepatuhan Kebersihan Tangan
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.</li> <li>3. Rumah sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai dengan ketentuan WHO.</li> </ol>

Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (<i>alcohol-based handrubs</i>) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor.</li> <li>2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO.</li> <li>3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan.</li> <li>4. Lima indikasi (<i>five moment</i>) kebersihan tangan terdiri dari: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien.</li> <li>b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien.</li> <li>c. Sebelum melakukan prosedur aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, contoh: pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, <i>suctioning</i>, pemberian suntikan dan lain-lain.</li> <li>d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, <i>feces</i>, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD.</li> <li>e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien.</li> </ol> </li> <li>5. Peluang adalah periode di antara indikasi di mana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang</li> </ol>



	<p>terdapat pada permukaan.</p> <p>6. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan.</p> <p>7. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</p> <p>8. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.</p> <p>9. <i>Observer</i> adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan <i>tool</i> yang telah ditentukan.</p> <p>10. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan di unit sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan.</p> <p>11. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit).</p> <p>12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi.</p> <p>13. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan
Denominator (penyebut)	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi
Target Pencapaian	≥ 85%
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan</p> <p>Kriteria Eksklusi: Tidak ada</p>
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	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Komite PPI RS

b. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

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

	<p>transmisi (kontak, <i>droplet</i> dan <i>airborne</i>).</p> <p>3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi.</p> <p>4. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium.</p> <p>5. <i>Observer</i> adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan <i>tool</i> yang telah ditentukan.</p> <p>6. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan.</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi
Target Pencapaian	100%
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: Semua petugas yang terindikasi harus menggunakan APD</p> <p>Kriteria Eksklusi: Tidak ada</p>
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	<i>Observasi</i>
Sumber Data	Hasil observasi
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Observasi Kepatuhan Penggunaan APD
Besar Sampel	<p>3. Total sampel (apabila jumlah populasi <math>\leq 30</math>)</p> <p>4. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi <math>&gt; 30</math>)</p>
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non Probability Sampling – Consecutive Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan



Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Komite PPI RS

## c. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Judul Indikator	Kepatuhan Identifikasi Pasien
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien.</li> <li>2. Ketepatan identifikasi menjadi sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien.</li> <li>3. Untuk menjamin ketepatan identifikasi pasien maka diperlukan indikator yang mengukur dan memonitor tingkat kepatuhan pemberi pelayanan dalam melakukan proses identifikasi. Dengan adanya indikator tersebut diharapkan pemberi pelayanan akan menjadikan identifikasi sebagai proses rutin dalam proses pelayanan.</li> </ol>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan tindakan pelayanan.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</li> <li>2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit.</li> <li>3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan).</li> <li>4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi.</li> <li>b. Prosedur tindakan: tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit.</li> <li>c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi, dan lain-lain.</li> <li>d. Kondisi tertentu: pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar.</li> </ol> </li> </ol>

	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	$\frac{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode}}{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Observasi
Sumber Data	Hasil observasi
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Observasi Kepatuhan Identifikasi Pasien
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $> 30$ )
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non Probability Sampling - Consecutive Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan

d. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi

Judul Indikator	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi
Dasar Pemikiran	1. Undang Undang mengenai Rumah Sakit 2. Berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus

	(SUPAS) tahun 2015, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2015 adalah 305 per 100.000 kelahiran hidup, ini masih merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara. Kejadian kematian ibu ini terbanyak ditemukan di rumah sakit sebesar 78%. Tingginya Angka Kematian Ibu ini mengindikasikan masih perlunya dilakukan peningkatan tata kelola dan peningkatan mutu pelayanan <i>antenatal care</i> dan persalinan. Untuk itu diperlukan indikator untuk memantau kecepatan proses pelayanan operasi seksio sesarea.
Dimensi Mutu	Tepat Waktu, Efektif, Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan kegawatdaruratan operasi seksio sesarea yang cepat dan tepat sehingga mampu mengoptimalkan upaya menyelamatkan ibu dan bayi.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu <math>\leq 30</math> menit.</li> <li>2. Seksio sesarea emergensi adalah tindakan seksio sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya.</li> <li>3. Seksio sesarea emergensi kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan di mana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin.</li> <li>4. Pengukuran indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan seksio sesaria.</li> </ol>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I (satu) yang mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi $\leq 30$ menit
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I
Target Pencapaian	$\geq 80\%$
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: Seksio sesarea emergensi kategori I Misalnya: <i>fetal distress</i> menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menubung, gagal vakum/forsep, <i>ruptur uteri imminent</i>, <i>ruptur uteri</i>, perdarahan <i>ante partum</i> dengan perdarahan aktif.</p> <p>Kriteria Eksklusi Tidak ada</p>



Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I yang mendapatkan tindakan seksio sesarea} \leq 30 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I}} \times 100 \%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Data sekunder dari rekam medik, laporan operasi
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Waktu Tanggap Seksio Sesarea Emergensi
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

## e. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Judul Indikator	Waktu Tunggu Rawat Jalan
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang tentang Rumah Sakit.</li> <li>2. Rumah sakit harus menjamin ketepatan pelayanan kesehatan termasuk di unit rawat jalan. Walaupun tidak dalam kondisi gawat maupun darurat namun tetap harus dilayani dalam waktu yang ditetapkan. Hal ini untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan pasien akan rencana diagnosis dan pengobatan. Waktu tunggu yang lama dapat menyebabkan ketidakpuasan pasien dan keterlambatan diagnosis maupun pengobatan pasien.</li> </ol>
Dimensi Mutu	Berorientasi kepada pasien, tepat waktu
Tujuan	Tergambarnya waktu pasien menunggu di pelayanan sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat jalan agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis.</li> <li>2. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah</li> </ol>

	<p>proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran <i>online</i>.</p> <p>a. pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</p> <p>b. pasien mendaftar <i>online</i>, maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendaftaran <i>online</i> sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</p> <p>c. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤ 60 menit
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi
Target Pencapaian	≥ 80%
Kriteria:	<p>Kriteria inklusi :</p> <p>Pasien yang berobat di rawat jalan</p> <p>Kriteria eksklusi:</p> <p>a. Pasien <i>medical check up</i>, pasien poli gigi</p> <p>b. Pasien yang mendaftar <i>online</i> atau anjungan mandiri datang lebih dari 60 menit dari waktu yang sudah ditentukan</p> <p>c. Pasien yang ada tindakan pasien sebelumnya</p>
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu} \leq 60 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Sumber data sekunder antara lain dari: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catatan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan</li> <li>2. Rekam Medik Pasien Rawat Jalan</li> <li>3. Formulir Waktu Tunggu Rawat Jalan</li> </ol>
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Waktu Tunggu Rawat jalan
Besar Sampel	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)</li> <li>2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi &gt; 30)</li> </ol>
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling - Simple Random Sampling/Stratified Random sampling</i> (berdasar poliklinik rawat jalan)

Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

## f. Penundaan Operasi Elektif

Judul Indikator	Penundaan Operasi Elektif
Dasar Pemikiran	1. Undang-Undang mengenai Rumah Sakit 2. Rumah sakit harus menjamin ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan termasuk tindakan operasi, sesuai dengan kebutuhan pasien untuk mendapatkan hasil pelayanan seperti yang diinginkan dan menghindari komplikasi akibat keterlambatan operasi.
Dimensi Mutu	Tepat waktu, efisiensi, berorientasi pada pasien
Tujuan	Tergambarnya ketepatan pelayanan bedah dan penjadwalan operasi.
Definisi Operasional	1. Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan. 2. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien operasi elektif
Target Pencapaian	≤ 5%
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien operasi elektif  Kriteria Eksklusi: Penundaan operasi atas indikasi medis
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}} \times 100 \%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif



Sumber Data	Data sekunder dari catatan pasien yang dijadwalkan operasi dan data pelaksanaan operasi.
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Penundaan Operasi Elektif
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $> 30$ )
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Simple Random Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Bedah/Bedah Sentral

g. Kepatuhan Waktu *Visite* Dokter

Judul Indikator	Kepatuhan Waktu <i>Visite</i> Dokter
Dasar pemikiran	1. Undang-Undang mengenai Praktik Kedokteran 2. Undang-Undang mengenai pelayanan publik 3. Pelayanan kesehatan harus berorientasi kepada kebutuhan pasien, bukan kepada keinginan rumah sakit.
Dimensi Mutu	Berorientasi kepada pasien
Tujuan	1. Tergambarnya kepatuhan dokter melakukan <i>visite</i> kepada pasien rawat inap sesuai waktu yang ditetapkan. 2. Waktu yang ditetapkan untuk <i>visite</i> adalah pukul 06.00 – 14.00.
Definisi Operasional	Waktu <i>visite</i> dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang di- <i>visite</i> dokter pada pukul 06.00 – 14.00
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien yang diobservasi
Target Pencapaian	$\geq 80\%$
Kriteria:	Kriteria Inklusi: <i>Visite</i> dokter pada pasien rawat inap  Kriteria Eksklusi: a. Pasien yang baru masuk rawat inap hari itu b. Pasien konsul
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang di-}i{visite} \text{ dokter pada pukul 06.00-14.00}}{\text{Jumlah pasien yang diobservasi}} \times 100 \%$

Jumlah pasien yang diobservasi

Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Data sekunder berupa laporan <i>visite</i> rawat inap dalam rekam medik
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Waktu <i>Visite</i> Dokter
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $> 30$ )
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling - Stratified Random Sampling</i> (berdasarkan unit pelayanan)
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rawat inap

## h. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

Judul Indikator	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
Dasar pemikiran	1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. 2. Kecepatan dan ketepatan pelaporan hasil laboratorium kritis sangat penting dalam kelanjutan tata laksana pasien. Hasil kritis menunjukkan kondisi pasien yang membutuhkan keputusan klinis yang segera untuk upaya pertolongan pasien dan mencegah komplikasi akibat keterlambatan.
Dimensi Mutu	Tepat waktu, keselamatan
Tujuan	1. Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium. 2. Tergambarnya sistem yang menunjukkan bagaimana nilai kritis dilaporkan dan didokumentasikan untuk menurunkan risiko keselamatan pasien.
Definisi Operasional	1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera. 2. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analisis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang

	meminta pemeriksaan. 3. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan ≤ 30 menit.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan ≤ 30 menit
Denominator (penyebut)	Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi
Target Pencapaian	100%
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua hasil pemeriksaan laboratorium yang memenuhi kategori hasil kritis.  Kriteria Eksklusi: Tidak ada
Formula	$\frac{\text{jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan } \leq 30 \text{ menit}}{\text{jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi}} \times 100 \%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Data sekunder dari: Catatan Data Laporan Hasil Tes Kritis Laboratorium
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Simple Random Sampling / Systematic Random Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

## i. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Judul Indikator	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
Dasar pemikiran	1. Keputusan Menteri Kesehatan mengenai Formularium Nasional.



	<p>2. Kepatuhan terhadap formularium dapat meningkatkan efisiensi dalam penggunaan obat-obatan.</p> <p>3. Formularium rumah sakit disusun berdasarkan masukan-masukan pemberi layanan, dan pemilihannya berdasarkan kepada mutu obat, rasio risiko dan manfaat, berbasis bukti, efektivitas dan efisiensi. Pengadaan obat-obatan di rumah sakit mengacu pada formularium rumah sakit.</p>
Dimensi Mutu	Efisien dan efektif
Tujuan	Terwujudnya pelayanan obat kepada pasien yang efektif dan efisien berdasarkan daftar obat yang mengacu pada formularium nasional.
Definisi Operasional	<p>1. Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.</p> <p>2. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah peresepan obat (R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional
Denominator (penyebut)	Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang diobservasi
Target Pencapaian	≥ 80%
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: Resep yang dilayani di RS</p> <p>Kriteria Eksklusi: 1. Obat yang diresepkan di luar FORNAS tetapi dibutuhkan pasien dan telah mendapatkan persetujuan komite medik dan direktur. 2. Bila dalam resep terdapat obat di luar FORNAS karena stok obat nasional berdasarkan <i>e-katalog</i> habis/kosong.</p>
Formula	$\frac{\text{Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional}}{\text{Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang diobservasi}} \times 100 \%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Lembar resep di Instalasi Farmasi
Instrumen	Formulir Kepatuhan Penggunaan Formularium

Pengambilan Data	Nasional
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $> 30$ )
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling - Simple Random Sampling/ Systematic random Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Farmasi

j. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*)

Judul Indikator	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis ( <i>Clinical Pathway</i> )
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang mengenai Praktik Kedokteran</li> <li>2. Permenkes mengenai Standar Pelayanan Kedokteran. Untuk menjamin kepatuhan dokter atau dokter gigi di rumah sakit terhadap standar pelayanan maka perlu dilakukan monitor kepatuhan penggunaan <i>clinical pathway</i>.</li> <li>3. Kepatuhan terhadap alur klinis/<i>clinical pathway</i> adalah kepatuhan seluruh Profesional Pemberi Asuhan terhadap alur klinis/<i>clinical pathway</i> yang telah ditetapkan.</li> <li>4. Pemilihan penyakit yang akan dilakukan pengukuran kepatuhan terhadap alur klinis/<i>clinical pathway</i> sesuai dengan prioritas nasional adalah: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Hipertensi</li> <li>b. Diabetes melitus</li> <li>c. TB</li> <li>d. HIV</li> <li>e. Keganasan</li> </ol> </li> <li>5. Pemilihan penyakit yang akan dilakukan pengukuran kepatuhan terhadap alur klinis/<i>clinical pathway</i> untuk RS khusus disesuaikan dengan program prioritas nasional yang ada dan pelayanan prioritas di rumah sakit tersebut.</li> </ol>
Dimensi Mutu	Efektif, integrasi
Tujuan	Untuk menjamin kepatuhan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) di rumah sakit terhadap standar pelayanan dan untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis di rumah sakit.
Definisi Operasional	1. <i>Clinical Pathway</i> adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan

	<p>medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit.</p> <p>2. Kepatuhan terhadap <i>clinical pathway</i> adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i> yang ditetapkan Rumah Sakit.</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i>
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada <i>clinical pathway</i> yang diobservasi
Target Pencapaian	≥ 80%
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi :</p> <p>Pasien yang menderita penyakit sesuai batasan ruang lingkup <i>clinical pathway</i> yang diukur</p> <p>Kriteria Eksklusi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien yang pulang atas permintaan sendiri selama perawatan.</li> <li>2. Pasien yang meninggal</li> <li>3. Variasi yang terjadi sesuai dengan indikasi klinis pasien dalam perkembangan pelayanan.</li> </ol>
Formula	$\frac{\text{Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan } \textit{clinical pathway}}{\text{Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada } \textit{clinical pathway} \text{ yang diobservasi}} \times 100 \%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Data sekunder dari rekam medis pasien
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan <i>Clinical Pathway</i>
Besar Sampel	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)</li> <li>2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi &gt; 30)</li> </ol>
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Stratified Random Sampling</i> (berdasarkan masing-masing <i>Clinical Pathway</i> )
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan	Bulanan, Triwulanan, Tahunan



Data	
Penanggung Jawab	Bidang Pelayanan Medik, Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan lain

k. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Judul Indikator	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
Dasar Pemikiran	Permenkes mengenai Keselamatan Pasien
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan dalam menjalankan upaya pencegahan jatuh agar terselenggara asuhan pelayanan yang aman dan mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. <i>Assesment</i> awal risiko jatuh</li> <li>b. <i>Assesment</i> ulang risiko jatuh</li> <li>c. <i>Intervensi</i> pencegahan risiko jatuh</li> </ol> </li> <li>2. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.</li> </ol>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi
Target Pencapaian	100%
Kriteria	<p>Kriteria Inklusi: Pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh</p> <p>Kriteria Eksklusi: Pasien yang tidak dapat dilakukan asesmen ulang maupun edukasi seperti pasien meninggal, pasien gangguan jiwa yang sudah melewati fase akut, dan pasien menolak intervensi</p>
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh}}{\text{Jumlah pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh yang diobservasi}} \times 100 \%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Data sekunder menggunakan data dari rekam medis
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $> 30$ )
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling - Stratified Random Sampling</i> (berdasarkan Unit Pelayanan)
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Bidang Keperawatan dan Komite Keselamatan pasien

#### 1. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

Judul Indikator	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 32 bahwa setiap pasien mempunyai mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan.</li> <li>2. Rumah sakit berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit. Apabila selama perawatan pasien merasa bahwa rumah sakit belum menunaikan kewajiban tersebut maka pasien memiliki hak untuk mengajukan komplain.</li> <li>3. Untuk itu rumah sakit perlu memiliki unit yang merespon dan menindaklanjuti keluhan tersebut dalam waktu yang telah ditetapkan agar keluhan pasien dapat segera teratasi.</li> </ol>
Dimensi Mutu	Berorientasi pada Pasien
Tujuan	Tergambarnya kecepatan rumah sakit dalam merespon keluhan pasien agar dapat diperbaiki dan ditingkatkan untuk sebagai bentuk pemenuhan hak pasien.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan <i>grading</i> risiko, analisis hingga tindak lanjutnya.</li> <li>2. <i>Grading</i> risiko dan standar waktu tanggap komplain: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. <i>Grading</i> Merah (ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, potensi</li> </ol> </li> </ol>

	<p>kerugian material, dan lain-lain.</p> <p>b. <i>Grading</i> Kuning (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain-lain.</p> <p>c. <i>Grading</i> Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan <i>grading</i>
Denominator (penyebut)	Jumlah komplain yang disurvei
Target Pencapaian	≥ 80%
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: Semua komplain (lisan, tertulis, dan media massa)</p> <p>Kriteria Eksklusi: Tidak ada</p>
Formula	$\frac{\text{Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan sesuai dengan } \textit{grading}}{\text{Jumlah komplain yang disurvei}} \times 100 \%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Data sekunder dari catatan Komplain
Instrumen Pengambilan Data	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulir Komplain</li> <li>2. Laporan Tindak Lanjut Komplain</li> </ol>
Besar Sampel	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)</li> <li>2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi &gt; 30)</li> </ol>
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling - Simple Random Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan



Penanggung Jawab	Kepala Bagian Humas/Unit Pengaduan/Bagian yang menangani complain
------------------	---

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

(penyebut)	
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	$\frac{\text{Total nilai persepsi seluruh responden}}{\text{Total unsur yang terisi dari seluruh responden}} \times 25$
Metode Pengumpulan Data	Survei
Sumber Data	Hasil survei
Instrumen Pengambilan Data	Kuisisioner
Besar Sampel	Sesuai tabel Sampel Krejcie dan Morgan
Cara Pengambilan Sampel	<i>Stratified Random Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Semesteran
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semesteran, Tahunan
Penanggung Jawab	Kepala Bagian Humas

5. Profil Indikator Mutu di Laboratorium Kesehatan  
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. Laboratorium Kesehatan 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	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (<i>alcohol-based handrubs</i>) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor.</li><li>2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO.</li><li>3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan.</li><li>4. Lima indikasi (<i>five moment</i>) kebersihan tangan terdiri dari:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien/spesimen/sampel.</li><li>b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien/spesimen/sampel.</li><li>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, pemberian suntikan dan lain-lain.</li><li>d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, <i>feces</i>, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD.</li><li>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/spesimen/sampel atau peralatan lain yang digunakan dalam pengelolaan spesimen/sampel.</li></ol></li><li>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.</li><li>6. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan.</li><li>7. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</li><li>8. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah</li></ol>
----------------------	--



	<p>penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.</p> <p>9. <i>Observer</i> adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan <i>tool</i> yang telah ditentukan.</p> <p>10. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan di unit atau Laboratorium Kesehatan sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan.</p> <p>11. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit).</p> <p>12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi.</p> <p>13. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan
Denominator (penyebut)	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi
Target Pencapaian	≥ 85%
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan</p> <p>Kriteria Eksklusi: Tidak ada</p>
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	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien.</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.</li> <li>3. Keputusan Menteri Kesehatan mengenai penanggulangan penyakit yang dapat menimbulkan wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat.</li> <li>4. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.</li> <li>5. Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri (APD).</li> <li>6. Laboratorium Kesehatan harus memperhatikan kepatuhan pemberi pelayanan dalam menggunakan APD sesuai dengan prosedur.</li> </ol>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur kepatuhan petugas Laboratorium Kesehatan dalam menggunakan APD.</li> <li>2. Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi.</li> </ol>
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit.</li> <li>2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam 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>).</li> <li>3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi.</li> <li>4. Petugas adalah seluruh tenaga yang</li> </ol>

	<p>terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium.</p> <p>5. <i>Observer</i> adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan <i>tool</i> yang telah ditentukan.</p> <p>6. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan.</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi
Target Pencapaian	100%
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: Semua petugas yang terindikasi harus menggunakan APD</p> <p>Eksklusi: Tidak ada</p>
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	<p>1. Total sampel (apabila jumlah populasi <math>\leq 30</math>)</p> <p>2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi <math>&gt; 30</math>)</p>
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non Probability Sampling – Consecutive Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Penanggung jawab mutu

## c. Kepatuhan Identifikasi Pasien



Judul Indikator	Kepatuhan Identifikasi Pasien
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien.</li> <li>2. Ketepatan identifikasi menjadi sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien.</li> <li>3. Untuk menjamin ketepatan identifikasi pasien maka diperlukan indikator yang mengukur dan memonitor tingkat kepatuhan pemberi pelayanan dalam melakukan proses identifikasi. Dengan adanya indikator tersebut diharapkan pemberi pelayanan akan menjadikan identifikasi sebagai proses rutin dalam proses pelayanan.</li> </ol>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan tindakan pelayanan.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</li> <li>2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Laboratorium Kesehatan.</li> <li>3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan).</li> <li>4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien misalnya pengambilan spesimen dan penyerahan hasil pemeriksaan.</li> <li>5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.</li> </ol>
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:	<p>Kriteria Inklusi: Semua pemberi pelayanan yang memberikan pelayanan kesehatan.</p> <p>Kriteria Eksklusi: Tidak ada</p>

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 $\leq 30$ ) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $> 30$ )
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non Probability Sampling – Consecutive Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Penanggung jawab mutu

## d. Kepatuhan Pelaporan Hasil Kritis

Judul Indikator	Kepatuhan Pelaporan Hasil Kritis
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>Peraturan Menteri Kesehatan mengenai keselamatan pasien.</li> <li>Kecepatan dan ketepatan pelaporan hasil laboratorium kritis sangat penting dalam kelanjutan tata laksana pasien/pengguna layanan. Hasil kritis menunjukkan kondisi yang membutuhkan keputusan segera.</li> <li>Pelaporan hasil kritis tepat waktu, akan meningkatkan keselamatan pasien/pengguna layanan.</li> </ol>
Dimensi Mutu	Keselamatan, tepat waktu
Tujuan	Meningkatkan kepatuhan pemberi layanan dalam melaporkan hasil kritis dengan tepat waktu untuk mempercepat pengambilan keputusan dan tindak lanjut dalam menjamin keamanan dan keselamatan pasien/pengguna layanan.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan Laboratorium dan rekomendasi organisasi profesi dan memerlukan penatalaksanaan segera.</li> <li>Hasil kritis harus dilaporkan kepada</li> </ol>

	<p>dokter/pihak pengirim.</p> <p>3. Jika dokter tidak dapat dihubungi, maka petugas laboratorium harus menghubungi pasien/keluarga dan menginformasikan bahwa hasil pemeriksaan telah selesai dan harus segera disampaikan kepada dokter pengirim.</p> <p>4. Hasil kritis sudah diterima oleh dokter/pihak pengirim paling lama 30 menit sejak petugas mengetahui adanya hasil pemeriksaan yang tergolong kritis.</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan ≤ 30 menit
Denominator (penyebut)	Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi
Target Pencapaian	100%
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: Semua hasil pemeriksaan laboratorium yang memenuhi kategori hasil kritis</p> <p>Kriteria Eksklusi: Tidak ada</p>
Formula	$\frac{\text{jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan } \leq 30 \text{ menit}}{\text{jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Laporan hasil laboratorium kritis
Instrumen Pengambilan Data	Formulir pelaporan hasil laboratorium kritis
Besar Sampel	<p>1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)</p> <p>2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi &gt; 30)</p>
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling - Simple Random Sampling/ Systematic Random Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Penanggung jawab mutu



## e. Kejadian Sampel/Spesimen Hilang

Judul Indikator	Kejadian Sampel/Spesimen Hilang
Dasar Pemikiran	Kejadian sampel/spesimen hilang masih terjadi sehingga pemeriksaan bisa tertunda atau tidak dapat dilakukan.
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi
Tujuan	Untuk mencegah kejadian sampel hilang dan menjamin tersedianya sampel yang akan diperiksa pada waktu tertentu sehingga tidak terjadi kerugian finansial dan dampak hukum.
Definisi Operasional	Kejadian sampel/spesimen hilang adalah tidak tersedianya sampel/spesimen yang telah diterima pada saat akan dilakukan pemeriksaan oleh petugas.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah sampel/spesimen yang hilang
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh sampel yang diperiksa
Target Pencapaian	0
Kriteria:	Kriteria Inklusi Seluruh sampel/spesimen  Kriteria Eksklusi Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah sampel/spesimen yang hilang}}{\text{Jumlah seluruh sampel yang diperiksa}} \times 100 \%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Laporan kejadian sampel/spesimen yang hilang
Instrumen Pengambilan Data	Formulir laporan kejadian sampel/spesimen yang hilang
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $> 30$ )
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling - Simple Random Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Penanggung jawab mutu

## f. Pengulangan Hasil Pemeriksaan

Judul Indikator	Pengulangan Hasil Pemeriksaan
Dasar Pemikiran	Pengulangan hasil pemeriksaan bisa terjadi karena spesimen/sampel tidak memenuhi syarat baik dari segi jenis, jumlah, kondisi serta metode yang tidak sesuai dengan permintaan pemeriksaan sehingga harus dilakukan pengulangan pemeriksaan laboratorium.
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Mencegah terjadinya pengulangan pemeriksaan laboratorium yang tidak seharusnya.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengulangan hasil pemeriksaan adalah proses mengulang kembali pemeriksaan laboratorium karena tidak memenuhi syarat baik dari segi jenis, jumlah, kondisi serta metode yang tidak sesuai.</li> <li>2. Pemeriksaan ulang karena kesalahan/kelalaian petugas</li> </ol>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pemeriksaan yang diulang
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh pemeriksaan
Target Pencapaian	0
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: Semua pemeriksaan laboratorium</p> <p>Kriteria Eksklusi: Duplo atau pemeriksaan ulang yang harus dilakukan bukan termasuk kesalahan/kelalaian petugas</p>
Formula	$\frac{\text{Jumlah pemeriksaan yang diulang}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan}} \times 100$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Laporan pengulangan pemeriksaan
Instrumen Pengambilan Data	Formulir laporan pengulangan pemeriksaan
Besar Sampel	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Total sampel (apabila jumlah populasi <math>\leq 30</math>)</li> <li>2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi <math>&gt; 30</math>)</li> </ol>
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Simple Random Sampling</i>
Periode Pengumpulan	Bulanan

Data	
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Penanggung jawab mutu

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



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	$\frac{\text{Total nilai persepsi seluruh responden}}{\text{Total unsur yang terisi dari seluruh responden}} \times 25$
Metode Pengumpulan Data	Survei
Sumber Data	Hasil survei
Instrumen Pengambilan Data	Kuisisioner
Besar Sampel	Sesuai tabel Sampel Krejcie dan Morgan
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non probability Sampling – Consecutive sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Semesteran
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semesteran, Tahunan
Penanggung Jawab	Penanggung jawab mutu

6. Profil Indikator Mutu di Unit Transfusi Darah  
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 Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

	3. UTD 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (<i>alcohol-based handrubs</i>) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor.</li> <li>2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO.</li> <li>3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan.</li> <li>4. Lima indikasi (<i>five moment</i>) kebersihan tangan terdiri dari: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien/spesimen/sampel.</li> <li>b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien/spesimen/sampel.</li> <li>c. Sebelum melakukan prosedur aseptik yaitu kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, seperti: <i>phlebotomi</i>, pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, pemberian suntikan dan lain lain.</li> <li>d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, <i>feces</i>, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD.</li> <li>e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien yaitu melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana pras arana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, seperti: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien/spesimen/sampel atau peralatan lain yang digunakan dalam pengelolaan spesimen/sampel.</li> </ol> </li> <li>5. Peluang adalah periode di antara indikasi di</li> </ol>

	<p>mana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan.</p> <p>6. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan.</p> <p>7. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</p> <p>8. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.</p> <p>9. <i>Observer</i> adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan <i>tool</i> yang telah ditentukan.</p> <p>10. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan di unit atau UTD sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan.</p> <p>11. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit).</p> <p>12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi.</p> <p>13. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan
Denominator (penyebut)	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi
Target Pencapaian	≥ 85%
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan</p> <p>Kriteria Eksklusi: Tidak ada</p>
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	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien.</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.</li> <li>3. Keputusan Menteri Kesehatan mengenai penanggulangan penyakit yang dapat menimbulkan wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat.</li> <li>4. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan</li> <li>5. Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri (APD).</li> <li>6. UTD harus memperhatikan kepatuhan pemberi pelayanan dalam menggunakan APD sesuai dengan prosedur.</li> </ol>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur kepatuhan petugas UTD dalam menggunakan APD.</li> <li>2. Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi.</li> </ol>
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit.</li> <li>2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam 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</li> </ol>

	<p>transmisi (kontak, <i>droplet</i> dan <i>airborne</i>).</p> <p>3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi.</p> <p>4. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium.</p> <p>5. <i>Observer</i> adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan <i>tool</i> yang telah ditentukan.</p> <p>6. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan.</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi
Target Pencapaian	100%
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: Semua petugas yang terindikasi harus menggunakan APD</p> <p>Eksklusi: Tidak ada</p>
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	<p>1. Total sampel (apabila jumlah populasi <math>\leq 30</math>)</p> <p>2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi <math>&gt; 30</math>)</p>
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non Probability Sampling – Consecutive Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>

Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Penanggung jawab mutu

## c. Pemenuhan Kebutuhan Darah Oleh UTD

Judul Indikator	Pemenuhan Kebutuhan Darah Oleh UTD
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Pemerintah mengenai Pelayanan Darah.</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Unit Transfusi Darah, Bank Darah Rumah Sakit, dan Jejaring Pelayanan Transfusi Darah.</li> <li>3. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Standar Pelayanan Transfusi Darah.</li> <li>4. Ketersediaan darah sesuai kebutuhan menjadi faktor utama dalam memudahkan masyarakat mengakses pelayanan darah.</li> <li>5. Pemenuhan darah berdasarkan kebutuhan masih menjadi masalah, bisa disebabkan karena ketersediaan stok darah yang berkurang pada kondisi tertentu seperti libur panjang, bulan puasa dan bencana.</li> </ol>
Dimensi Mutu	Tepat waktu, adil dan terintegrasi
Tujuan	Menjamin ketersediaan darah oleh UTD sesuai kebutuhan.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemenuhan kebutuhan darah oleh UTD adalah persentase pemenuhan darah sesuai dengan permintaan dalam 24 jam.</li> <li>2. Permintaan darah adalah jumlah kantong darah yang diminta oleh RS/bangsas.</li> </ol>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah permintaan darah yang terpenuhi dalam 24 jam (kantong).
Denominator (penyebut)	Jumlah permintaan darah dalam 24 jam (kantong).
Target Pencapaian	100%
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Seluruh permintaan darah Kriteria Eksklusi: Golongan darah langka (misalnya: Rhesus negatif, O Bombay) dan komponen darah yang spesifik (komponen darah apheresis, leukodepleted, washed erithrocyte, pediatric bag, darah dengan uji saring NAT, darah inkompatibel).
Formula	$\frac{\text{Jumlah permintaan darah yang terpenuhi dalam 24 jam (kantong)}}{\text{Jumlah permintaan darah dalam 24 jam (kantong)}} \times 100 \%$
Metode	Retrospektif



Pengumpulan Data	
Sumber Data	Data Pemenuhan Kebutuhan Darah
Instrumen Pengambilan Data	Formulir pemenuhan kebutuhan darah
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $> 30$ )
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling - Simple Random Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Penanggung jawab mutu

d. Donasi dari Pendonor Darah Sukarela

Judul Indikator	Donasi dari Pendonor Darah Sukarela
Dasar Pemikiran	1. Peraturan Pemerintah mengenai Pelayanan Darah. 2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Unit Transfusi Darah, Bank Darah Rumah Sakit dan Jejaring Pelayanan Transfusi Darah; 3. Donasi dari pendonor darah sukarela merupakan salah satu usaha untuk menjamin ketersediaan stok darah.
Dimensi Mutu	Keselamatan, adil
Tujuan	Meningkatkan ketersediaan darah yang aman
Definisi Operasional	Donasi dari pendonor darah sukarela adalah penyumbangan darah dari pendonor yang memberikan darah, plasma atau komponen darah lainnya atas kehendaknya dan tidak menerima pembayaran, baik dalam bentuk tunai atau hal lainnya sebagai pengganti uang.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah donasi dari pendonor sukarela
Denominator (penyebut)	Jumlah donasi dari seluruh pendonor
Target Pencapaian	$\geq 90\%$
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Seluruh donasi

	Kriteria Eksklusi: Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah donasi dari pendonor sukarela}}{\text{Jumlah donasi dari seluruh}} \times 100 \%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Data Pendonor Sukarela
Instrumen Pengambilan Data	Laporan donasi darah
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $> 30$ )
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Simple Random Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Penanggung jawab mutu

e. Hasil Pemeriksaan Golongan Darah Pendonor yang Berbeda Dengan Uji Konfirmasi Golongan Darah

Judul Indikator	Hasil Pemeriksaan Golongan Darah Pendonor yang Berbeda Dengan Uji Konfirmasi Golongan Darah
Dasar Pemikiran	1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Unit Transfusi Darah, Bank Darah Rumah Sakit dan Jejaring Pelayanan Transfusi Darah. 2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Standar Pelayanan Transfusi Darah 3. Pemeriksaan golongan darah yang tidak terkonfirmasi dapat mengancam keselamatan pasien.
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektif
Tujuan	Meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
Definisi Operasional	1. Hasil pemeriksaan golongan darah pendonor yang berbeda dengan uji konfirmasi golongan darah adalah perbedaan hasil pemeriksaan golongan darah sebelum donasi dengan hasil pemeriksaan konfirmasi (menggunakan sampel dari selang kantong). 2. Uji konfirmasi golongan darah adalah pemeriksaan golongan darah menggunakan sampel dari selang kantong dengan metode yang sama atau metode lain yang lebih akurat.

	3. Darah yang didistribusikan hanya darah yang telah ditetapkan golongan darahnya melalui uji konfirmasi.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah hasil pemeriksaan golongan darah pendonor yang berbeda dengan Uji Konfirmasi Golongan Darah
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh pemeriksaan konfirmasi golongan darah
Target Pencapaian	≤ 2%
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Seluruh pemeriksaan konfirmasi golongan darah  Kriteria Eksklusi: Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah hasil pemeriksaan golongan darah pendonor yang berbeda dengan Uji Konfirmasi Golongan Darah}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan konfirmasi golongan darah}} \times 100 \%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Hasil konfirmasi golongan darah
Instrumen Pengambilan Data	Laporan hasil konfirmasi golongan darah
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Penanggung jawab Mutu

## f. Suhu Penyimpanan Produk Darah

Judul Indikator	Suhu Penyimpanan Produk Darah
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Pemerintah mengenai Pelayanan Darah.</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Standar Pelayanan Transfusi Darah terkait.</li> <li>3. Pencatatan suhu merupakan salah satu upaya penting untuk menjamin mutu produk darah.</li> </ol>



Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Menjamin keamanan dan mutu produk darah
Definisi Operasional	1. Suhu penyimpanan produk darah harus sesuai dengan standar yang telah ditetapkan berdasarkan jenis komponen masing-masing. 2. Suhu penyimpanan produk darah harus diukur minimal 2 kali per <i>shift</i> (setiap 4 jam).
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pencatatan suhu penyimpanan produk darah yang sesuai standar
Denominator (penyebut)	Jumlah pencatatan suhu penyimpanan produk darah yang seharusnya dilakukan
Target Pencapaian	100%
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Seluruh alat penyimpanan produk darah  Kriteria Eksklusi: Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah pencatatan suhu penyimpanan produk darah yang sesuai standar}}{\text{Jumlah pencatatan suhu penyimpanan produk darah yang seharusnya dilakukan}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Observasi
Sumber Data	Hasil pencatatan suhu penyimpanan produk darah
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Observasi
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $> 30$ )
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Simple Random Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Penanggung Jawab Mutu

## g. 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.
Dimensi Mutu	Berorientasi kepada pasien
Tujuan	Mengukur tingkat kepuasan masyarakat sebagai dasar upaya-upaya peningkatan mutu dan terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pasien.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.</li> <li>2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan.</li> <li>3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Krejcie dan Morgan.</li> <li>4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien.</li> <li>5. Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variabel penyusunan survei kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan.</li> <li>6. Unsur survei kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Persyaratan.</li> <li>b. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur.</li> <li>c. Waktu Penyelesaian.</li> <li>d. Biaya/Tarif.</li> <li>e. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan.</li> <li>f. Kompetensi Pelaksana.</li> <li>g. Perilaku Pelaksana.</li> <li>h. Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan.</li> <li>i. Sarana dan prasarana.</li> </ol> </li> <li>7. Indeks Kepuasan adalah hasil pengukuran dari kegiatan Survei Kepuasan berupa angka.</li> </ol>
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	$\frac{\text{Total nilai persepsi seluruh responden}}{\text{Total unsur yang terisi dari seluruh responden}} \times 25$
Metode Pengumpulan Data	Survei
Sumber Data	Hasil survei
Instrumen Pengambilan Data	Kuisisioner
Besar Sampel	Sesuai tabel Sampel Krejcie dan Morgan
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non Probability Sampling – Consecutive sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Semesteran
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semesteran, Tahunan
Penanggung Jawab	Penanggung jawab mutu



BAB IV  
PENGUKURAN INDIKATOR NASIONAL MUTU PELAYANAN KESEHATAN

Pengukuran Indikator Mutu dilakukan melalui kegiatan pengumpulan data, validasi data, analisis data, dan pelaporan dan komunikasi yang dilakukan secara bertahap.

A. Pengumpulan Data

Pengumpulan data Indikator Mutu adalah proses mengumpulkan data dan atau menghimpun data berkaitan dengan indikator mutu yang telah ditetapkan. Tujuan dari pengumpulan data untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan dalam rangka mencapai tujuan dari pengukuran indikator.

Pengumpulan data dilakukan oleh unit kerja yang bertanggung jawab terhadap Indikator Mutu. Tahapan pengumpulan data dimulai dengan mengidentifikasi sumber data, menetapkan sampling, frekuensi pengumpulan data, mengembangkan instrumen pengumpulan data, serta elemen data yang dibutuhkan sesuai profil indikator nasional mutu pelayanan.

1. Identifikasi sumber data

Sumber data terdiri atas data primer dan data sekunder. Data primer didapatkan secara langsung antara lain dari survei harian dan hasil observasi. Sedangkan data sekunder didapatkan secara tidak langsung antara lain dari catatan pendaftaran, rekam medik, catatan jadwal pelaksanaan operasi, lembar resep, laporan visite rawat inap, laporan hasil laboratorium, hasil survei kepuasan, dan catatan keluhan.

2. *Sampling*

Dalam pengumpulan data, idealnya data dikumpulkan dari seluruh anggota populasi. Namun pada kondisi di mana anggota populasi sangat banyak maka pengumpulan data dilakukan melalui *sampling* yaitu mengambil sebagian dari anggota populasi yang dipilih dengan teknik *sampling* agar dapat mewakili populasi. Apabila jumlah anggota populasi tidak terlalu banyak maka digunakan seluruh anggota populasi. Jika pengumpulan data dilakukan pada sampel, maka perlu ditentukan dua aspek yaitu teknik *sampling* dan besar sampel minimal.

a. Teknik *sampling*

Berikut adalah beberapa contoh teknik *sampling*:

1) *Sampling* probabilitas (*Probability sampling*)

Dalam teknik *sampling* ini, setiap subjek dalam populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk dipilih sebagai sampel. Beberapa teknik *sampling* probabilitas antara lain:

a) Sampel acak sederhana (*simple random sampling*)

Dalam teknik ini, subjek dipilih secara acak dari daftar subjek dengan menggunakan undian atau menggunakan tabel angka random. Apabila jumlah anggota populasi dapat diketahui, maka tiap anggota populasi tersebut diberi nomor urut dan dipilih sebagian dari mereka sebagai sampel dengan menggunakan tabel angka random. Contoh: memilih 200 sampel dalam 1000 anggota populasi.

b) Sampel acak sistematis (*systematic random sampling*)

Teknik ini memilih sampel dari populasi secara acak dengan menggunakan interval yang sama.

- c) *Stratified Random Sampling*  
*Stratified random sampling* digunakan apabila populasi bersifat heterogen, yang terdiri atas beberapa subpopulasi yang bersifat homogen. Dalam hal ini perbedaan adalah dalam jumlah anggota subpopulasi. Besarnya subpopulasi dinyatakan dalam persentase terhadap populasi total. Pada masing-masing subpopulasi dilakukan pengambilan sampel secara acak sejumlah persentase dari total sampel yang diperlukan.
  - d) *Multistage random sampling*  
*Multistage random sampling* dipilih apabila populasi bersifat heterogen dan dijumpai kluster/strata yang sifatnya heterogen kemudian dilakukan pemilihan secara acak kluster/strata yang akan digunakan sebagai sumber data. Sampel yang terpilih merupakan representasi dari masing-masing kluster/strata.
  - e) *Cluster random sampling*  
*Cluster random sampling* digunakan apabila populasi yang bersifat *one stage* dan terdiri atas kluster-kluster yang bersifat heterogen. Kluster akan dipilih secara acak, kluster yang terpilih mewakili karakteristik populasi.
- 2) *Sampling non probabilitas (Non-probability sampling)*  
 Teknik ini lebih praktis dan lebih mudah dilakukan sehingga lebih sering digunakan. Jenis *sampling non probabilitas* antara lain:
- a) *Consecutive Sampling*  
 Teknik ini memilih calon subjek/sampel berdasarkan kedatangan di tempat penelitian. Calon subjek/sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak ada kriteria eksklusi akan digunakan sebagai sampel. Pengambilan sampel dihentikan apabila jumlah sampel terpenuhi.
  - b) *Sampling berdasarkan ketersediaan (Convenience sampling)*.  
 Dalam teknik ini, subjek diambil tanpa sistematika tertentu, pemilihan berdasarkan ketersediaan yang ada pada saat dilakukan pengukuran. Subjek diambil/terpilih sebagai sampel karena sampel tersebut ada pada tempat dan waktu yang tepat. Teknik ini paling mudah namun validitasnya rendah.
  - c) *Sampling berdasarkan pertimbangan (Judgmental sampling atau purposive sampling/ Trigger sampling)*.  
 Teknik ini memilih sampel berdasarkan adanya pertimbangan atau *trigger* tertentu yang telah ditetapkan sebelumnya.
  - d) *Total sampling*  
 Apabila anggota populasi jumlahnya sedikit sesuai dengan kriteria yang digunakan maka seluruh anggota populasi digunakan sebagai sampel. Misalnya jumlah anggota populasi  $\leq 30$  maka seluruhnya digunakan sebagai sampel.
- b. Besar sampel  
 Untuk menentukan besar sampel minimal, faktor yang harus dipertimbangkan adalah jumlah anggota populasi, namun selain



itu semakin banyak variasi dalam populasi, maka semakin banyak besar sampel yang diperlukan.

- 1) Perhitungan besar sampel berdasarkan rumus Slovin:  
Rumus Slovin digunakan apabila anggota populasi > 30 sehingga perlu dihitung jumlah sampel minimal yang dapat mewakili populasi.

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n = jumlah sampel minimal

N = jumlah populasi

e = *margin of error* (biasanya ditetapkan sebesar 0,05)

Contoh:

Apabila populasi = 1.000 orang

*Margin of error* yang ditetapkan adalah 5% atau 0,05

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

sehingga:

$$n = \frac{1000}{1 + (1000 \times 0,05^2)}$$

$$n = \frac{1000}{1 + (1000 \times 0,0025)}$$

$$n = \frac{1000}{1 + 2,5}$$

$$n = \frac{1000}{3,5}$$

$$n = 285,7143$$

Apabila dibulatkan maka besar sampel minimal dari 1.000 populasi pada *margin of error* 5% adalah sebesar 286.

- 2) Besar sampel untuk indikator kepuasan pasien dihitung dengan menggunakan tabel Krejcie dan Morgan.

Tabel 2. Sampel Krejcie Morgan

Populasi (N)	Sampel (n)	Populasi (N)	Sampel (n)	Populasi (N)	Sampel (n)
10	10	220	140	1200	291
15	14	230	144	1300	297
20	19	230	148	1400	302
25	24	250	152	1500	306
30	28	260	155	1600	310
35	32	270	159	1700	313
40	36	280	162	1800	317
45	40	290	165	1900	320
50	44	300	169	2000	322
55	48	320	175	2200	327
60	52	340	181	2400	331
65	56	360	186	2600	335
70	59	380	191	2800	338
75	63	400	196	3000	341
80	66	420	201	3500	346
85	70	440	205	4000	351
90	73	460	210	4500	354



95	76	480	214	5000	357
100	80	500	217	6000	361
110	86	550	226	7000	364
120	92	600	234	8000	367
130	97	650	242	9000	368
140	103	700	248	10000	370
150	108	750	254	15000	375
160	113	800	260	20000	377
170	118	850	265	30000	379
180	123	900	269	40000	380
190	127	950	274	50000	381
200	132	1000	278	75000	382
210	136	1100	285	1000000	384

2. Instrumen pengumpulan data Indikator Mutu  
Dalam melakukan pengumpulan data diperlukan alat bantu instrumen yang dapat berupa formulir observasi, formulir pengumpulan data dan lain sebagainya.
3. Frekuensi pengumpulan data sesuai dengan kamus Indikator Mutu. Frekuensi pengumpulan data dilaksanakan sesuai dengan profil Indikator Mutu masing-masing Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
4. Elemen Data  
Dalam mengumpulkan data perlu memahami elemen data yang ingin diukur. Elemen data terdiri atas:
  - a. *Numerator* adalah data yang akan diukur. Sehingga dalam pengukuran menjawab pertanyaan: "Apa yang akan saya amati?"
  - b. *Denominator* adalah data yang menggambarkan semua peluang yang ingin diobservasi dalam populasi atau sampel yang akan diukur. Sehingga dalam pengukuran menjawab pertanyaan: "Siapa yang harus saya perbaiki?".

#### B. Validasi Data

Validasi data adalah penilaian keakuratan dan kebenaran data yang dikumpulkan. Validasi data dilaksanakan oleh komite/tim/petugas yang ditunjuk oleh pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Validasi data dipersyaratkan pada kondisi-kondisi sebagai berikut:

1. Indikator baru diimplementasikan;
2. Data akan dipublikasikan;
3. Terdapat perubahan sistem pengumpulan data indikator, seperti perubahan instrumen pengumpulan data, atau petugas yang mengumpulkan data bertukar;
4. Capaian data berubah tanpa dapat dijelaskan penyebabnya;
5. Sumber data berubah, seperti ketika sebagian data diambil secara manual kemudian diubah menjadi format elektronik;
6. Subjek pengumpulan data berubah, seperti perubahan rata-rata umur pasien, komorbiditas, perubahan protokol penelitian, implementasi panduan praktik terbaru, atau pengenalan teknologi dan metodologi perawatan terbaru.

Salah satu jenis validasi yang merekomendasikan adalah metode *reproducibility* yaitu diulangnya pengukuran oleh orang yang berbeda, menggunakan formulir/*checklist*/alat yang sama dan dilakukan dalam kondisi yang sama dan pada populasi/sampel yang sama.

Berikut adalah langkah-langkah uji validasi data dengan menggunakan metode kesesuaian hasil pengukuran (*Measure Result Agreement*):

1. Pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan oleh petugas pengumpul data dengan cara mengumpulkan data dari Populasi atau Sampel dari sumber data, dengan panduan Profil Indikator dan menggunakan Formulir Pengumpulan data yang telah disiapkan. Besar sampel dapat dilihat pada Tabel 3. Penentuan Besar Sampel Validasi untuk Petugas Pengumpul Data.

2. Validasi Data

Validasi data dilakukan oleh petugas validasi data dengan cara mengumpulkan data secara acak/random sampel yang akan diukur dari seluruh populasi atau sampel sumber data yang sama yang digunakan oleh pengumpul data, dengan panduan kamus, dan formulir pengumpulan data yang sama dengan yang digunakan oleh pengumpul data. Besar sampel dapat dilihat pada Tabel 3 Penentuan Besar Sampel untuk Petugas Validasi. Petugas validasi data tidak perlu mengumpulkan semua data yang dikumpulkan pengumpul data.

Tabel 3. Besar Sampel Validasi

Petugas Pengumpul Data		Petugas Validasi Data	
Populasi	Sampel	Populasi	Sampel
≥ 640	128 sampel	≥ 480	48 sampel
320 – 639	20% dari total populasi	161 – 480	48 sampel
64 – 319	64 sampel	17 – 160	Minimal 16 atau 10% populasi
< 64	100% populasi	1 - 16	100% populasi

3. Hitung kesesuaian antara hasil petugas pengumpul data dan petugas validasi data. Jumlah Kesesuaian Data dibagi Jumlah Sampel x 100%.

$$\frac{\text{Jumlah Kesesuaian Data}}{\text{Jumlah Sampel}} \times 100\%$$

Kesesuaian hasil pengukuran dapat dipercaya atau valid jika mencapai 90%.

4. Hasil penghitungan validitas tersebut terdapat dua kemungkinan antara lain:

- a. Jika mencapai 90% maka hasil pengukuran dapat dipercaya atau valid.
- b. Jika hasilnya <90% dan terdapat perbedaan atau ketidakcocokan, maka pengumpul data dan validator mencari penyebab perbedaan data dan melakukan perbaikan. Setelah dilakukan perbaikan, kemudian dilakukan pengumpulan data ulang menggunakan sampel yang baru dengan langkah-langkah yang sama sejak awal.

Faktor-faktor penyebab data tidak valid adalah sebagai berikut:

1. Pemahaman pengumpul data dan petugas validasi data belum memadai.
2. Kamus indikator tidak jelas sehingga menimbulkan salah interpretasi.
3. Perbedaan pemahaman tentang definisi operasional.
4. Keterbatasan waktu pengumpulan data.
5. Kesalahan dalam melakukan penginputan data.
6. Penggunaan sumber data yang berbeda.
7. Kelalaian.
8. Formulir pengumpulan data belum terdesain dengan baik.



Untuk mengurangi kesalahan, meningkatkan validitas dan mengurangi *random error* dalam pengumpulan data, dapat dilakukan berbagai upaya antara lain:

1. Standarisasi pengukuran (menggunakan definisi operasional yang sama, menggunakan elemen data yang sama).
2. Pelatihan pengumpul data dan validator (dilatih dengan cara yang sama seperti pengumpul data).
3. Standarisasi instrumen/alat ukur (menggunakan instrumen/alat yang sama misalnya form atau kuesioner).
4. Mengulang pengukuran (mengumpulkan data ulang oleh orang yang berbeda dengan sampel yang sama).

### C. Analisis Data

Analisis data adalah suatu poses atau upaya untuk menggabungkan dan mengubah data menjadi informasi yang dapat dipahami dan berguna dalam membuat kesimpulan atau membuat keputusan. Unit yang bertanggung jawab, dapat dibantu oleh komite/tim mutu untuk melakukan analisis data tersebut.

Data juga perlu disajikan dalam bentuk yang mudah dibaca dan dimengerti, untuk memudahkan interpretasi hasil pengukuran indikator mutu.

Secara garis besar ada tiga cara yang sering dipakai untuk penyajian data yaitu:

1. Narasi
 

Ciri dari penyajian secara tulisan adalah:

  - a. Dibuat dalam bentuk narasi mulai dari pengambilan data hingga kesimpulan.
  - b. Kelemahan: kurang menggambarkan bentuk statistik bila terlalu banyak datanya.
2. Tabel
 

Penyajian data dalam bentuk angka yang disusun dalam kolom dan baris dengan tujuan untuk menunjukkan frekuensi kejadian dalam kategori yang berbeda.
3. Diagram
 

Fasilitas Pelayanan Kesehatan dapat menggunakan beberapa jenis diagram untuk membantu analisis. Ketepatan pemilihan alat tergantung pada sifat data. Beberapa alat yang paling umum digunakan:

  - a. Diagram *Run Chart*

Diagram *run chart* digunakan untuk mengevaluasi data dari waktu ke waktu. Diagram *run chart* dapat menunjukkan:

    - 1) Gambaran umum sebuah proses
    - 2) Garis yang menunjukkan nilai sepanjang waktu
    - 3) *Trend* naik dan turun

Diagram *run chart* dapat mendeteksi:

    - 1) Pergeseran atau *Shifts* adalah jika 8 titik atau lebih berturut-turut jatuh pada satu sisi dari garis tengah. Titik pada garis rata-rata tidak masuk hitungan.
    - 2) Tren atau *Trend* adalah jika 6 titik atau lebih berturut-turut bergerak ke arah yang sama. Titik garis datar tidak termasuk dalam hitungan.
    - 3) *Zigzag* adalah jika 14 titik atau lebih turun naik.
  - b. Diagram kontrol atau *Control Chart*

Diagram kontrol ini digunakan untuk menilai stabilitas suatu proses melalui analisis variasi kinerja dari waktu ke waktu. Diagram kontrol lebih spesifik daripada diagram *run chart*



- karena dapat menilai apakah proses berada dalam kontrol atau terkendali dengan adanya garis kontrol atas (*Upper control limit / UCL*) dan garis kontrol bawah (*Lower control limit / LCL*).
- c. Diagram batang atau *Bar chart*  
Diagram batang sangat membantu saat data terdiri dari kategori yang berbeda. Sumbu x mendefinisikan suatu variabel dan sumbu y mendefinisikan suatu karakteristik misalnya frekuensi atau persentase. Diagram batang dimanfaatkan untuk membandingkan hasil pengukuran dari dua sampel atau populasi yang berbeda.
  - d. *Pie chart*  
*Pie chart* merupakan lingkaran yang dibagi-bagi berdasarkan proporsi subpopulasi data yang diperoleh. *Pie chart* menunjukkan proporsi subpopulasi dalam sebuah populasi.

Setelah disajikan dalam bentuk yang mudah dipahami (narasi, tabel dan grafik), informasi tersebut perlu dilakukan analisis. Analisis dapat dilakukan dengan cara:

1. Pencapaian dibandingkan secara serial (dari waktu ke waktu)  
Pencapaian indikator dibandingkan antara periode berjalan dengan periode sebelumnya/berikutnya sehingga dapat diketahui adanya kesenjangan/kenaikan maupun penurunan capaian kinerja, analisis dilakukan dengan cara melihat *trend*.
2. Pencapaian dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan.
3. Pencapaian dibandingkan dengan pencapaian Fasilitas Pelayanan Kesehatan sejenis lainnya.  
Pencapaian indikator dibandingkan dengan pencapaian Fasilitas Pelayanan Kesehatan sejenis lainnya sebagai bentuk *benchmark*. Perbandingan dilakukan dengan cara membandingkan pencapaian dengan *trend* pencapaian. *Trend* pencapaian dikatakan bagus bila grafik menunjukkan peningkatan yang lebih baik daripada *trend* peningkatan lain.
4. Pencapaian dibandingkan dengan standar dan referensi yang digolongkan sebagai *best practice/better practice* maupun *practice guidelines*.

D. Pelaporan dan Komunikasi

Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib melaporkan dan mengkomunikasikan hasil capaian Indikator Mutu secara berkala. Pelaporan dan komunikasi tersebut diperlukan dalam perencanaan, pemantauan dan evaluasi serta pengambilan keputusan untuk peningkatan pelayanan kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Kegiatan ini harus dilakukan dengan cermat dan teliti karena kesalahan dalam pelaporan akan mengakibatkan kesalahan dalam pengambilan keputusan.

Penyampaian hasil pencapaian Indikator Mutu dikomunikasikan kepada seluruh *stake holder* terkait. Penyampaian hasil dilakukan secara berkala sesuai profil Indikator Mutu.

Mekanisme pelaporan dan komunikasi Indikator Mutu dilakukan secara online dengan menggunakan aplikasi, namun dalam hal kondisi tidak dapat mengakses aplikasi, mekanisme pelaporan dan komunikasi dilakukan sebagai berikut:

1. Pelaporan Internal
  - a. Bulanan
    - 1) Laporan dari unit pelayanan ke Komite/Tim Mutu.
    - 2) Laporan Komite/Tim Mutu ke pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

- b. Triwulan  
Laporan pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan ke Dewan Pengawas RS atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota/ Provinsi.
- 2. Pelaporan Eksternal  
Fasilitas Pelayanan Kesehatan melaporkan hasil pengukuran indikator mutu kepada Kementerian Kesehatan secara berkala sesuai dengan profil indikator melalui aplikasi *web-based* (<http://mutufasyankes.kemkes.go.id>).

BAB V  
PENUTUP

Dengan disusunnya Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan, diharapkan dapat menjadi acuan pelaksanaan pengukuran Indikator Mutu bagi pengelola mutu di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Pengukuran Indikator Mutu ini dilakukan untuk menilai apakah upaya-upaya yang telah dilakukan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan benar-benar dapat meningkatkan mutu pelayanan secara signifikan, juga untuk memberikan umpan balik pada penyedia layanan kesehatan dan manajemen Fasilitas Pelayanan Kesehatan, untuk mempromosikan transparansi publik, dan dapat menjadi tolok ukur pembandingan untuk mengidentifikasi *best practice* untuk pembelajaran. Dengan demikian, pengukuran mutu pelayanan yang diikuti dengan upaya perbaikan lainnya diharapkan dapat mendorong peningkatan budaya mutu yang berkesinambungan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

BUDI G. SADIKIN