



RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

**KEPUTUSAN DIREKTUR RSU. MITRA MEDIKA MEDAN
NOMOR : 008/SK/DIR/RSM/1/2017
TENTANG
PENETAPAN INDIKATOR AREA KLINIS DI AREA PRIORITAS
RSU. MITRA MEDIKA MEDAN**

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu dan aman kepada pasien di RSU. Mitra Medika Medan diperlukan upaya-upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada point (a) diatas, dipandang perlu menetapkan Keputusan Direktur tentang Penetapan Indikator Area Klinis di RSU. Mitra Medika Medan.
- Mengingat : 1. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
2. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien RS;
4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/2008 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit.

MEMUTUSKAN

**Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR RSU. MITRA MEDIKA MEDAN
TENTANG PENETAPAN INDIKATOR AREA KLINIS DI
AREA PRIORITAS RSU. MITRA MEDIKA MEDAN.**

KESATU Mencabut Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Mitra Medika Medan No. 028/SK/DIR/RSM/IX/2016 Tentang Penetapan Indikator Area Klinis di Area Prioritas RSU. Mitra Medika Medan;

KEDUA : Judul indikator dan profil indikator sebagaimana dimaksud (terlampir);

: Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan maka akan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Medan
Pada Tanggal : 12 Januari 2017
Direktur

Dr. dr. Arifah Devi Fitriani, M.Kes

Tembusan :
1. Arsip



"MELAYANI DENGAN SENYUM"

RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

Lampiran
Penetapan Indikator Area Klinis Di
Area Prioritas RSU. Mitra Medika
Medan
Nomor : 008/SK/DIR/RSM/I/2017
Tanggal : 19 September 2016

INDIKATOR AREA KLINIS DI AREA PRIORITAS RSU. MITRA MEDIKA MEDAN

No	JUDUL INDIKATOR	STANDAR
1	Asesmen awal medis lengkap dalam 24 jam pada pasien rawat inap	100 %
2	Pelaporan nilai kritis laboratorium	< 30 menit
3	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto rawat inap	≤ 3 jam
4	Kelengkapan pengisian <i>informed consent</i> tindakan operatif pasien rawat inap	100 %
5	Ketepatan waktu pemberian antibiotik	100%
6	Penulisan resep rawat inap sesuai formularium	100%
7	Kelengkapan pengkajian pre anestesi untuk pasien pra-operasi elektif dengan semua jenis anestesi	100 %
8	Kejadian reaksi transfusi darah	0,01 %
9	Kelengkapan pengisian resume medis dalam 24 jam oleh DPJP setelah selesai pelayanan	100%
10	Angka Infeksi Luka Operasi	1,5 %
	Angka Infeksi Saluran Kemih	0 %
	Angka pneumonia pada pasien dengan ventilator	0 %
	Angka infeksi jarum infus	< 5 %
	Angka kejadian IADP	< 5 %



RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

A. PROFIL KAMUS INDIKATOR AREA KLINIS

1. Asesmen Pasien

INDIKATOR : AREA KLINIS	
Judul Indikator	Asesmen awal medis lengkap dalam 24 jam pada pasien rawat inap
Definisi Operasional	Asesmen awal medis dikategorikan lengkap apabila item sebagai berikut terisi : nama, RM, tanggal lahir, tanggal pemeriksaan, jam pemeriksaan, anamnesis (keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, riwayat penyakit keluarga, pemeriksaan umum (kesadaran, tekanan darah, nadi, pernafasan, suhu, keadaan umum, keadaan gizi), pemeriksaan fisik, diagnosis banding, diagnosis kerja, terapi, rencana tindakan, nama dokter & tanda tangan. Pengisian harus dilakukan dalam waktu 24 jam terhitung sejak pasien masuk dari jam terdaftar di sistem emed rumah sakit.
Tujuan peningkatan mutu	Tergambarnya pemahaman dan kedisiplinan tenaga medis dalam melakukan pengkajian / asesmen pada saat pasien masuk Rumah Sakit
Numerator	Jumlah lembaran "Asesmen Awal Medis" yang terisi lengkap dalam 24 jam setiap bulannya
Denominator	Jumlah seluruh formulir "Asesmen Awal Medis" rawat inap dalam sebulan
Sumber data	RM Pasien
Penanggung jawab	Kepala Bidang Pelayanan Medik
Alasan pemilihan indikator	Asesmen merupakan proses yang terus menerus dan dinamis yang digunakan untuk mengumpulkan informasi dari data keadaan fisik, dan riwayat kesehatan pasien sebagai bahan analisis informasi dan data, termasuk hasil laboratorium dan radiologi untuk mengidentifikasi dan merencanakan kebutuhan pelayanan keperawatan pasien yang dilakukan saat pasien baru pertama dirawat inap di Rumah Sakit.
Type indikator	Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses Outcome
JANGKA WAKTU LAPORAN	
Frekuensi penilaian data	Setiap Bulan
Metodologi pengumpulan data	Sensus Harian
Target sampel dan sample size	Jumlah sampel perbulan 100% populasi
Area monitoring	Rawat Inap
Standar	100 %
Pengumpulan data dan analisis data	Pengumpulan data dilaksanakan oleh Kepala ruangan rawat inap sebagai informasi awal untuk unit masing – masing, kemudian setiap bulan data akan dilaporkan kepada Sub Peningkatan Mutu, dilanjutkan dengan pelaporan data ke Direktur RS. Secara Umum setiap 3 bulan data akan dianalisa dan dilaporkan ke Dewan Pengawas dan Yayasan serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah sakit yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP.
Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi, media elektronik (<i>TV Display</i>), mading dan <i>website</i> RS.



RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

Nama alat audit	No	Tgl	Nama Pasien	L/P	No RM	Ruang Rawat	Nama DPJP	Kelengkapan Asesmen Awal Medis 24 jam		Keterangan
								Ya	Tidak	

2. Pelayanan Laboratorium

INDIKATOR : AREA KLINIS	
Judul Indikator	Pelaporan nilai kritis laboratorium
Definisi Operasional	Pelaporan nilai kritis yang dimaksud adalah pelaporan yang dimulai dari temuan hasil dengan nilai kritis oleh analis yang kemudian dilaporkan kepada perawat ruangan.
Tujuan peningkatan mutu	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium khususnya pelaporan nilai kritis
Numerator	Laporan nilai kritis laboratorium < 30 menit
Denominator	Semua laporan nilai kritis laboratorium
Sumber data	Laboratorium
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium
Alasan pemilihan indikator	Nilai kritis hasil pemeriksaan laboratorium adalah hasil laboratorium ekstrim tinggi atau rendah yang dapat mengancam keselamatan pasien dan memerlukan tindakan medis segera.
Type indikator	Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome
JANGKA WAKTU LAPORAN	
Frekuensi penilaian data	Setiap Bulan
Metodologi pengumpulan data	Sensus Harian
Target sampel dan sample size	Jumlah sampel perbulan 100% populasi
Area monitoring	Laboratorium
Standar	< 30 menit
Pengumpulan data dan analisis data	Pengumpulan data dilaksanakan oleh Kepala Instalasi Laboratorium sebagai informasi awal untuk unitnya, kemudian setiap bulannya data akan dilaporkan kepada Sub Peningkatan Mutu, dilanjutkan dengan pelaporan data ke Direktur RS. Secara Umum setiap 3 bulan data akan dianalisa dan dilaporkan ke Dewan Pengawas dan Yayasan serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah sakit yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP.
Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi, media elektronik (<i>TV Display</i>), mading dan <i>website</i> RS



RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

Nama alat audit	No	Tgl/jam Ditemukan hasil kritis	Nama Pasien/ Tgl Lahir	Ruangan	No. RM	No. LAB	Hasil Pemeriksaan	Jam Dilaporkan	Petugas Pemberi	Petugas Penerima

3. Pelayanan Radiologi

INDIKATOR : AREA KLINIS																																								
Judul Indikator	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto rawat inap																																							
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan petugas radiologi menyerahkan hasil yang sudah diekspertisi ke perawat.																																							
Tujuan peningkatan mutu	Tergambarnya kecepatan pelayanan Radiologi																																							
Numerator	Jumlah hasil pelayanan thorax foto rawat inap ≤ 3 jam dalam 1 bulan																																							
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut																																							
Sumber data	Radiologi																																							
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi																																							
Alasan pemilihan indikator	Janji hasil pelayanan Radiologi merupakan gambaran manajemen peningkatan kualitas di Instalasi Radiologi. Pelayanan penunjang sangat diperlukan untuk menegakkan diagnosa yang tentunya harus dilakukan dalam waktu yang cepat.																																							
Type indikator	Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses Outcome																																							
JANGKA WAKTU LAPORAN																																								
Frekuensi penilaian data	Setiap Bulan																																							
Metodologi pengumpulan data	Sensus Harian																																							
Target sampel dan sample size	Jumlah sampe perbulan 100% populasi																																							
Area monitoring	Radiologi																																							
Standar	≤ 3 jam (100%)																																							
Pengumpulan data dan analisis data	Pengumpulan data dilaksanakan oleh Kepala Instalasi Radiologi sebagai informasi awal untuk unitnya, kemudian setiap bulannya data akan dilaporkan kepada Sub Peningkatan Mutu, dilanjutkan dengan pelaporan data ke Direksi. Secara umum data akan dianalisa dan dilaporkan ke Pemilik RS serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah sakit setiap 3 bulan yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP.																																							
Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi, media elektronik (TV Display), mading dan website RS																																							
Nama alat audit	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="3">No</th> <th rowspan="3">Tgl</th> <th rowspan="3">Nama Pasien</th> <th rowspan="3">L/ P</th> <th rowspan="3">No. RM</th> <th rowspan="3">Waktu Foto Thorax</th> <th rowspan="3">Waktu Selesai</th> <th colspan="4">Serah Terima</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Pemberi</th> <th colspan="2">Penerima</th> </tr> <tr> <th>Nama</th> <th>TTD</th> <th>Nama</th> <th>TTD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	No	Tgl	Nama Pasien	L/ P	No. RM	Waktu Foto Thorax	Waktu Selesai	Serah Terima				Pemberi		Penerima		Nama	TTD	Nama	TTD																				
No	Tgl								Nama Pasien	L/ P	No. RM	Waktu Foto Thorax	Waktu Selesai	Serah Terima																										
														Pemberi		Penerima																								
		Nama	TTD	Nama	TTD																																			



RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

4. Prosedur Bedah

INDIKATOR : AREA KLINIS																																									
Judul Indikator	Kelengkapan pengisian <i>informed consent</i> tindakan operatif pasien rawat inap																																								
Definisi Operasional	<i>Informed consent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut. <i>Informed consent</i> yang lengkap meliputi : 1. Diagnosa 2. Rencana Tindakan 3. Risiko 4. Komplikasi																																								
Tujuan peningkatan mutu	Tergambarnya kegiatan evaluasi kelengkapan <i>informed consent</i> pasien bedah yang memberikan jaminan keamanan dan keselamatan pasien																																								
Numerator	Jumlah pasien bedah yang memiliki <i>informed consent</i> lengkap																																								
Denominator	Jumlah pasien rawat inap yang dilakukan tindakan operatif																																								
Sumber data	Rekam Medis																																								
Penanggung jawab	Kepala Ruang Rawat Inap																																								
Alasan pemilihan indikator	Begitu pentingnya <i>informed consent</i> untuk setiap tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien. Hal ini dilakukan untuk terhindar dari masalah hukum sehingga perlu membiasakan tata tertib dalam hal pelaksanaan <i>informed consent</i> ini.																																								
Type indikator	Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses Outcome																																								
JANGKA WAKTU LAPORAN																																									
Frekuensi penilaian data	Setiap Bulan																																								
Metodologi pengumpulan data	Sensus Harian																																								
Target sampel dan sample size	Jumlah sampel perbulan 100% populasi																																								
Area monitoring	Rawat Inap																																								
Standar	100 %																																								
Pengumpulan data dan analisis data	Pengumpulan data dilaksanakan oleh Kepala Ruang Rawat Inap sebagai informasi awal untuk unitnya, kemudian setiap bulannya data akan dilaporkan kepada Sub Peningkatan Mutu, dilanjutkan dengan pelaporan data ke Direktur RS. Secara umum setiap 3 bulan data akan dianalisa dan dilaporkan ke Dewan Pengawas dan Yayasan serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah sakit yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP.																																								
Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi, media elektronik (<i>TV Display</i>), mading dan <i>website</i> RS																																								
Nama alat audit	<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Tgl</th> <th>Nama Pasien</th> <th>L/P</th> <th>No. RM</th> <th>Tindakan Operatif</th> <th>Lengkap/Tidak</th> <th>Ket</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	No	Tgl	Nama Pasien	L/P	No. RM	Tindakan Operatif	Lengkap/Tidak	Ket																																
No	Tgl	Nama Pasien	L/P	No. RM	Tindakan Operatif	Lengkap/Tidak	Ket																																		



RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

5. Penggunaan antibiotika dan obat lainnya

INDIKATOR : AREA KLINIS																																													
Judul Indikator	Ketepatan waktu pemberian antibiotik																																												
Definisi Operasional	Pemberian antibiotik dilakukan secara tepat waktu sesuai dengan 7 Benar Pemberian Obat (Benar Waktu).																																												
Tujuan peningkatan mutu	Untuk memastikan pemberian antibiotik dilakukan tepat waktu																																												
Numerator	Jumlah pemberian antibiotika yang diberikan secara tepat waktu																																												
Denominator	Jumlah seluruh pemberian antibiotika																																												
Sumber data	Catatan Pemberian Obat (CPO)																																												
Penanggung jawab	Farmasi Klinis																																												
Alasan pemilihan indikator	Pemakaian antibiotik harus dilaksanakan sesuai dengan ketentuan sehingga tidak menyebabkan resistensi antibiotik.																																												
Type indikator	Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses Outcome																																												
JANGKA WAKTU LAPORAN																																													
Frekuensi penilaian data	Setiap Bulan																																												
Metodologi pengumpulan data	Sensus Harian																																												
Target sampel dan sample size	Jumlah sampel perbulan 100% populasi																																												
Area monitoring	Rawat Inap																																												
Standar	100%																																												
Pengumpulan data dan analisis data	Pengumpulan data dilaksanakan oleh Farmasi Klinis kemudian setiap bulannya data akan dilaporkan kepada Sub Peningkatan Mutu, dilanjutkan dengan pelaporan data ke Direktur. Secara umum setiap 3 bulan data akan dianalisa dan dilaporkan ke Dewan Pengawas dan Yayasan serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah sakit yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP.																																												
Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi, media elektronik (<i>TV Display</i>), mading dan <i>website</i> RS																																												
Nama alat audit	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">Tgl</th> <th rowspan="2">Nama Pasien</th> <th rowspan="2">L/P</th> <th rowspan="2">No. RM</th> <th rowspan="2">Nama Antibiotik</th> <th colspan="4">Jam Pemberian</th> </tr> <tr> <th>I</th> <th>II</th> <th>III</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	No	Tgl	Nama Pasien	L/P	No. RM	Nama Antibiotik	Jam Pemberian				I	II	III	IV																														
No	Tgl							Nama Pasien	L/P	No. RM	Nama Antibiotik	Jam Pemberian																																	
		I	II	III	IV																																								



RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

6. Kesalahan Medikasi (*Medication Error*) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

INDIKATOR : AREA KLINIS																																			
Judul Indikator	Penulisan resep rawat inap sesuai formularium																																		
Definisi Operasional	Penulisan resep rawat inap sesuai formularium adalah penulisan resep sesuai dengan daftar obat yang digunakan di rumah sakit.																																		
Tujuan peningkatan mutu	Tergambarnya upaya rumah sakit dalam mencegah penulisan resep rawat inap diluar formularium.																																		
Numerator	Jumlah penulisan resep rawat inap sesuai formularium dalam 1 bulan																																		
Denominator	Jumlah resep rawat inap dalam bulan yang sama																																		
Sumber data	Resep Obat																																		
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi																																		
Alasan pemilihan indikator	Penulisan resep diluar formularium dapat menyebabkan penundaan pemberian obat.																																		
Type indikator	Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome																																		
JANGKA WAKTU LAPORAN																																			
Frekuensi penilaian data	Setiap Bulan																																		
Metodologi pengumpulan data	Sensus Harian																																		
Target sampel dan sample size	Jumlah sampel perbulan 100% populasi																																		
Area monitoring	Rawat Inap																																		
Standar	100%																																		
Pengumpulan data dan analisis data	Pengumpulan data dilaksanakan oleh Kepala Instalasi Farmasi kemudian setiap bulannya data akan dilaporkan kepada Sub Peningkatan Mutu, dilanjutkan dengan pelaporan data ke Direktur. Secara umum setiap 3 bulan data akan dianalisa dan dilaporkan ke Dewan Pengawas dan Yayasan serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah sakit yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP.																																		
Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi, media elektronik (<i>TV Display</i>), mading dan <i>website</i> RS																																		
Nama alat audit	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">Tgl</th> <th rowspan="2">Nama Pasien</th> <th rowspan="2">L/ P</th> <th rowspan="2">No. RM</th> <th rowspan="2">Nama Dokter</th> <th colspan="2">Resep</th> </tr> <tr> <th>Sesuai Formularium</th> <th>Tidak Sesuai Formularium</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	No	Tgl	Nama Pasien	L/ P	No. RM	Nama Dokter	Resep		Sesuai Formularium	Tidak Sesuai Formularium																								
No	Tgl							Nama Pasien	L/ P	No. RM	Nama Dokter	Resep																							
		Sesuai Formularium	Tidak Sesuai Formularium																																



RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

7. Penggunaan Anestesi dan Sedasi

INDIKATOR : AREA KLINIS	
Judul Indikator	Kelengkapan pengkajian pre anestesi untuk pasien pra-operasi elektif dengan semua jenis anestesi
Definisi Operasional	Pengkajian pre anestesi yang lengkap adalah pengisian formulir asesmen pre anestesi pada lembaran pertama diisi lengkap oleh pasien / perawat, dan lembaran kedua diisi oleh dokter yang meliputi: a. Kajian Sistem b. Keadaan Umum c. Pemeriksaan Fisik d. Laboratorium (bila tersedia) e. Kesimpulan Asesmen Prasedasi/ Anestesi f. Rencana Sedasi g. Tanda Tangan h. Tanggal dan Jam
Tujuan peningkatan mutu	Mengetahui kinerja dokter anestesi dalam melaksanakan prosedur persiapan pre-anestesi dan untuk menghindari insiden keselamatan pasien dalam hal anestesi
Numerator	Jumlah pengkajian pre-anestesi pasien rawat inap yang ditulis lengkap dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien pre-operasi rawat inap
Sumber data	Rekam Medis pasien
Penanggung jawab	Kepala Bidang Pelayanan Medik
Alasan pemilihan indikator	Seseorang yang memenuhi kualifikasi melaksanakan assesmen pre anestesi, sebagai dasar untuk menentukan proses perencanaan anestesi dan sedasi yang aman dan sesuai. Perencanaan anesthesia yang baik dapat mengurangi insiden keselamatan pasien selama menjalani operasi.
Type indikator	Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses Outcome
JANGKA WAKTU LAPORAN	
Frekuensi penilaian data	Setiap bulan
Metodologi pengumpulan data	Sensus Harian
Target sampel dan sample size	Jumlah sampel perbulan 100% populasi
Area monitoring	Instalasi Bedah Sentral
Standar	100 %
Pengumpulan data dan analisis data	Pengumpulan data dilaksanakan oleh Kepala Ruangan Bedah, kemudian dilaporkan kepada Kepala Instalasi Bedah Sentral kemudian setiap bulannya data akan dilaporkan kepada Sub Peningkatan Mutu, dilanjutkan dengan pelaporan data ke Direksi. Secara umum setiap 3 bulan data akan dianalisa dan dilaporkan ke Dewan Pengawas dan Yayasan serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah sakit yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP.
Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi, media elektronik (<i>TV Display</i>), mading dan <i>website</i> RS



RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

Nama alat audit	No	Tgl	Nama	L/ P	No. RM	Diagnosa Medik	Pengkajian Pra Anestesi Lengkap		Ket
							Ya	Tidak	

8. Penggunaan darah dan produk darah

INDIKATOR : AREA KLINIS	
Judul Indikator	Kejadian reaksi transfusi darah
Definisi Operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisis akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
Tujuan peningkatan mutu	Tergambarnya manajemen risiko Laboratorium RS
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi darah dalam 1 bulan
Sumber data	Rawat Inap
Penanggung jawab	Laboratorium
Alasan pemilihan indikator	Laboratorium bertanggung jawab terhadap pelayanan transfusi darah di rumah sakit dan melakukan pemeriksaan <i>crossmatch</i> sebelum darah diberikan kepada pasien. Instalasi ini harus selalu memiliki stock darah yang aman (<i>non reaktif</i> pada uji saring) yang berasal dari Bank darah setempat. Ketersediaan produk darah harus dilakukan dengan manajemen yang baik, sehingga seluruh kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi darah dapat terpenuhi
Type indikator	Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses Outcome
JANGKA WAKTU LAPORAN	
Frekuensi penilaian data	Setiap bulan
Metodologi pengumpulan data	Sensus Harian
Target sampel dan sample size	Jumlah sampel perbulan 100% populasi
Area monitoring	Rawat Inap
Standar	0,01 %
Pengumpulan data dan analisis data	Pengumpulan data dilaksanakan oleh Kepala ruangan rawat inap kemudian setiap bulannya data akan dilaporkan kepada Sub Peningkatan Mutu, dilanjutkan dengan pelaporan data ke Direktur RS. Secara umum setiap 3 bulan data akan dianalisa dan dilaporkan ke Pemilik RS serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah sakit yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP.
Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi, media elektronik (<i>TV Display</i>), mading dan <i>website</i> RS.



RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

Nama alat audit	No	Tgl	Nama Pasien	L/P	No. RM	Produk darah	Kantong Ke	Reaksi Transfusi (Ya/tidak)	Lapor ke LAB (Ya/Tidak)	Ket Jenis Alergi

9. Ketersediaan, isi dan penggunaan rekam medis

INDIKATOR : AREA KLINIS	
Judul Indikator	Kelengkapan pengisian resume medis dalam 24 jam oleh DPJP setelah selesai pelayanan
Definisi Operasional	Pengisian resume medis yang lengkap meliputi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanggal masuk 2. Tanggal keluar/tanggal meninggal 3. Ruang rawat terakhir 4. DPJP 5. Alasan dirawat 6. Diagnosis masuk 7. Diagnosis Keluar (Diagnosa Utama) 8. Pemeriksaan fisik yang penting 9. Laboratorium yang penting 10. Radiologi yang penting 11. Pengobatan selama dirawat 12. Kondisi pulang 13. Instruksi dan Edukasi lanjutan (follow up) 14. Terapi pulang 15. Tanggal, Jam dan nama jelas serta tanda tangan yang membuat
Tujuan peningkatan mutu	Tergambarnya kedisiplinan tenaga medis dalam melakukan perawatan saat pasien berada di rumah sakit.
Numerator	Jumlah resume medis yang dinyatakan lengkap dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah resume medis dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam Medis
Penanggung jawab	Kepala ruangan rawat inap
Alasan pemilihan indikator	
Type indikator	Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses Outcome
JANGKA WAKTU LAPORAN	
Frekuensi penilaian data	Setiap Bulan
Metodologi pengumpulan data	<i>Retrospective</i>
Target sampel dan sample size	Jumlah sampel perbulan 100% populasi
Area monitoring	Rawat Inap
Standar	100%



RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

Pengumpulan data dan analisis data	Pengumpulan data dilaksanakan oleh Rawat Inap kemudian setiap bulannya data akan dilaporkan kepada Sub Peningkatan Mutu, dilanjutkan dengan pelaporan data ke Direktur RS. Secara umum setiap 3 bulan data akan dianalisa dan dilaporkan ke Dewan Pengawas dan Yayasan serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah sakit yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP.																																															
Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi, media elektronik (<i>TV Display</i>), mading dan <i>website</i> RS.																																															
Nama alat audit	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">Tgl</th> <th rowspan="2">Nama Pasien</th> <th rowspan="2">L/P</th> <th rowspan="2">No RM</th> <th rowspan="2">Ruang Rawat</th> <th colspan="2">Kelengkapan Resume Medis 24 jam</th> <th rowspan="2">Keterangan</th> </tr> <tr> <th>Ya</th> <th>Tidak</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	No	Tgl	Nama Pasien	L/P	No RM	Ruang Rawat	Kelengkapan Resume Medis 24 jam		Keterangan	Ya	Tidak																																				
No	Tgl							Nama Pasien	L/P		No RM	Ruang Rawat	Kelengkapan Resume Medis 24 jam		Keterangan																																	
		Ya	Tidak																																													

10. Pencegahan dan kontrol infeksi, surveilans dan pelaporan

INDIKATOR : AREA KLINIS	
Judul Indikator	Angka Infeksi Luka Operasi
Definisi Operasional	Angka kejadian infeksi luka operasi pada pasien pasca operasi bersih dan ditandai rasa panas, kemerahan, pengerasan (tumor), dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu > 3 x 24 jam sampai satu bulan setelah operasi.
Tujuan peningkatan mutu	Mengetahui hasil pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit.
Numerator	Jumlah infeksi luka operasi pada operasi dalam periode waktu tertentu
Denominator	Jumlah seluruh operasi dalam periode waktu yang sama
Sumber data	Laporan Surveilans Komite PPI
Penanggung jawab	Komite PPI
Alasan pemilihan indikator	Operasi yang memenuhi prosedur standar tidak menimbulkan infeksi luka operasi
Type indikator	Struktur Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome
JANGKA WAKTU LAPORAN	
Frekuensi penilaian data	Setiap Bulan
Metodologi pengumpulan data	Sensus Harian
Target sampel dan sample size	Jumlah sampel perbulan 100% populasi
Area monitoring	Rawat Inap
Standar	1,5 %
Pengumpulan data dan analisis data	Pengumpulan data dilaksanakan oleh IPCN kemudian setiap bulannya data akan dilaporkan kepada Sub Peningkatan Mutu, dilanjutkan dengan pelaporan data ke Direktur RS. Secara umum setiap 3 bulan data akan dianalisa dan dilaporkan ke Dewan Pengawas dan Yayasan serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah sakit yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP.



RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi, media elektronik (<i>TV Display</i>), mading dan <i>website</i> RS.
Nama alat audit	Formulir terlampir

INDIKATOR : AREA KLINIS	
Judul Indikator	Angka Infeksi Saluran Kemih
Definisi Operasional	Infeksi Saluran Kemih Nosokomial didefinisikan sebagai suatu keadaan dengan gejala/ keluhan spesifik seperti Demam > 38°, Disuri, Nikuri, Nyeri Suprapubis, atau tanpa keluhan tersebut dengan hasil biakan urine porsi tengah 105 kuman per ml urine dengan jenis kuman tidak lebih dari 2 species.
Tujuan peningkatan mutu	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit.
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami ISK karena pemasangan kateter dalam periode waktu tertentu.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang terpasang kateter dalam periode waktu yang sama.
Sumber data	Laporan Surveilans Komite PPI
Penanggung jawab	Komite PPI
Alasan pemilihan indikator	Infeksi Saluran Kemih merupakan jenis infeksi nosokomial yang paling sering terjadi sekitar 40% dari seluruh infeksi pada rumah sakit setiap tahunnya (Burke And Zavasky 1999). Dan 10% dari pasien rawat inap menggunakan kateter (Asher, Oliver dan Fry). Terjadinya ISK Nosokomial menunjukkan kualitas dari asuhan keperawatan.
Type indikator	Struktur Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome
JANGKA WAKTU LAPORAN	
Frekuensi penilaian data	Setiap Bulan
Metodologi pengumpulan data	Sensus Harian
Target sampel dan sample size	Jumlah sampel perbulan 100% populasi
Area monitoring	Rawat Inap
Standar	0 %
Pengumpulan data dan analisis data	Pengumpulan data dilaksanakan oleh IPCN kemudian setiap bulannya data akan dilaporkan kepada Sub Peningkatan Mutu, dilanjutkan dengan pelaporan data ke Direktur RS. Secara umum setiap 3 bulan data akan dianalisa dan dilaporkan ke Dewan Pengawas dan Yayasan serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah sakit yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP.
Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi, media elektronik (<i>TV Display</i>), mading dan <i>website</i> RS.
Nama alat audit	Formulir terlampir



RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

INDIKATOR : AREA KLINIS	
Judul Indikator	Angka pneumonia pada pasien dengan ventilator
Definisi Operasional	<i>Ventilator associated pneumonia</i> didefinisikan sebagai suatu keadaan dengan gejala klinis pneumonia dan hasil pemeriksaan penunjang radiologi dan mikrobiologi yang mengarah ke diagnosis pneumonia.
Tujuan peningkatan mutu	Mengetahui hasil pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit.
Numerator	Jumlah pasien dengan <i>ventilator associated pneumonia</i> dalam periode waktu tertentu.
Denominator	Jumlah seluruh pasien dengan pemakaian ventilator dalam periode waktu yang sama.
Sumber data	Laporan Surveilans Komite PPI
Penanggung jawab	Komite PPI
Alasan pemilihan indikator	Penggunaan ventilator pada pasien yang dirawat di ICU harus memenuhi standar sehingga tidak menimbulkan <i>ventilator associated pneumonia</i> .
Type indikator	Struktur Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome
JANGKA WAKTU LAPORAN	
Frekuensi penilaian data	Setiap Bulan
Metodologi pengumpulan data	Sensus Harian
Target sampel dan sample size	Jumlah sampel perbulan 100% populasi
Area monitoring	Rawat Inap
Standar	0 %
Pengumpulan data dan analisis data	Pengumpulan data dilaksanakan oleh IPCN kemudian setiap bulannya data akan dilaporkan kepada Sub Peningkatan Mutu, dilanjutkan dengan pelaporan data ke Direktur RS. Secara umum setiap 3 bulan data akan dianalisa dan dilaporkan ke Dewan Pengawas dan Yayasan serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah sakit yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP.
Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi, media elektronik (<i>TV Display</i>), mading dan <i>website</i> RS.
Nama alat audit	Formulir terlampir



RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

INDIKATOR : AREA KLINIS	
Judul Indikator	Angka infeksi jarum infus
Definisi Operasional	Angka kejadian terjadinya phlebitis pasca pemasangan jarum infus yang timbul setelah 3x24 jam.
Tujuan peningkatan mutu	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit.
Numerator	Jumlah lokasi pemasangan infus yang mengalami infeksi dalam periode waktu tertentu.
Denominator	Jumlah seluruh lokasi pemasangan jarum infus dalam periode waktu yang sama.
Sumber data	Laporan Surveilans Komite PPI
Penanggung jawab	Komite PPI
Alasan pemilihan indikator	Pemasangan infus dapat menyebabkan terjadinya tromboflebitis yang menunjukkan kualitas asuhan keperawatan
Type indikator	Struktur Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome
JANGKA WAKTU LAPORAN	
Frekuensi penilaian data	Setiap Bulan
Metodologi pengumpulan data	Sensus Harian
Target sampel dan sample size	Jumlah sampel perbulan 100% populasi
Area monitoring	Rawat Inap
Standar	< 5 %
Pengumpulan data dan analisis data	Pengumpulan data dilaksanakan oleh IPCN kemudian setiap bulannya data akan dilaporkan kepada Sub Peningkatan Mutu, dilanjutkan dengan pelaporan data ke Direktur RS. Secara umum setiap 3 bulan data akan dianalisa dan dilaporkan ke Dewan Pengawas dan Yayasan serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah sakit yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP.
Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi, media elektronik (<i>TV Display</i>), mading dan <i>website</i> RS.
Nama alat audit	Formulir terlampir



RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

INDIKATOR : AREA KLINIS	
Judul Indikator	Angka kejadian IADP
Definisi Operasional	IADP adalah infeksi aliran darah primer yang timbul tanpa ada organ atau jaringan lain yang dicurigai sebagai sumber infeksi, dan merupakan salah satu sumber data yang digunakan untuk mengendalikan infeksi nosokomial di rumah sakit.
Tujuan peningkatan mutu	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit.
Numerator	Jumlah kasus IADP dalam periode waktu tertentu
Denominator	Jumlah hari penggunaan alat intravaskuler dalam periode waktu tertentu
Sumber data	Laporan Surveilans Komite PPI
Penanggung jawab	Komite PPI
Alasan pemilihan indikator	Untuk mengetahui data infeksi pada pasien yang menggunakan alat intravaskuler dalam waktu 2 x 24 jam (di diagnosa melalui pemeriksaan kultur) diperlukan dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi mutu pelayanan Rumah Sakit.
Type indikator	Struktur Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome
JANGKA WAKTU LAPORAN	
Frekuensi penilaian data	Setiap Bulan
Metodologi pengumpulan data	Sensus Harian
Target sampel dan sample size	Jumlah sampel perbulan 100% populasi
Area monitoring	Rawat Inap
Standar	< 5 %
Pengumpulan data dan analisis data	Pengumpulan data dilaksanakan oleh IPCN kemudian setiap bulannya data akan dilaporkan kepada Sub Peningkatan Mutu, dilanjutkan dengan pelaporan data ke Direktur RS. Secara umum setiap 3 bulan data akan dianalisa dan dilaporkan ke Dewan Pengawas dan Yayasan serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah sakit yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP.
Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi, media elektronik (<i>TV Display</i>), mading dan <i>website</i> RS.
Nama alat audit	Formulir terlampir

Ditetapkan di : Medan
 Pada Tanggal : 12 Januari 2017
 Direktur

Dr. dr. Arifah Devi Fitriani, M.Kes

