



**PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN  
RSUD Dr. MUHAMMAD. ZEIN PAINAN**

Jalan. Dr. A. Rivai Painan (Kode Pos 25611)  
Telp. (0756) 21428 Fax. (0756) 21398 Email. rsudpainan@ymail.com



**KEPUTUSAN DIREKTUR  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN  
NOMOR : 800/09.5/RSUD-SK/1/2019**

**TENTANG**

**PANDUAN MEMILIH DAN MENETAPKAN PRIORITAS PENGUKURAN MUTU  
PELAYANAN KLINIS**

**DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN**

- Menimbang** : a bahwa rumah sakit memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu klinis yang akan dievaluasi dan indikator-indikator.
- b bahwa rumah sakit memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis perlu ditetapkan dengan keputusan Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.
- Mengingat** : 1 Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
- 2 Undang Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
- 3 Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan.
- 4 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes /SK/III/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- 5 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.
- 6 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
- 7 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit.
- 8 Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Selatan Nomor 5 tahun

**MEMUTUSKAN :**

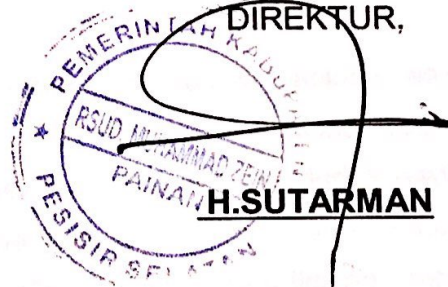
- Menetapkan :**
- KESATU :** **KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN TENTANG MEMILIH DAN MENETAPKAN PRIORITAS PENGUKURAN MUTU PELAYANAN KLINIS**
- KEDUA :** Peningkatan mutu dan keselamatan pasien dilakukan berdasarkan tersedianya data secara efektif dapat dilakukan berdasarkan *evidence based* praktik klinik dan *evidence based* praktik manajemen.
- KETIGA :** Rumah sakit setiap tahun harus memilih fokus perbaikan, proses dan hasil praktik klinik dan manajemen pengacu pada misi rumah sakit, kebutuhan pasien dan jenis pelayanan.
- KEEMPAT :** Direktur rumah sakit bersama-sama dengan pelayanan dan manajemen memilih dan menetapkan pengukuran mutu pelayanan klinik yang prioritas dilakukan evaluasi dengan menggunakan indikator mutu sebagai berikut :
- 1) Indikator mutu area klinik (IAK) yaitu indikator mutu yang bersumber dari area pelayanan.
  - 2) Indikator mutu area manajemen (IAM) yaitu indikator mutu yang bersumber dari area manajemen.
  - 3) Indikator mutu sasaran keselamatan pasien (SKP) yaitu indikator mutu yang mengukur kepatuhan staf dalam penerapan sasaran keselamatan pasien dan budaya keselamatan

KELIMA

: Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, akan dilakukan perubahan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di Painan  
Pada Tanggal 2 Januari 2019

DIREKTUR,



**H.SUTARMAN**

### 3. PENYIMPANAN

Penyimpanan dokumen ini adalah untuk keperluan administrasi dan sebagai acuan dalam pelaksanaan tugas-tugas yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan di RSUD H. Muhammad Zaini Painan sebagai Rumah Sakit Tipe B. Dokumen ini akan disimpan di bagian administrasi dan akan diarsipkan ke dalam folder yang sesuai dengan nomor surat yang bersangkutan.

# PANDUAN

---

## PEMILIHAN DAN PENETAPAN PRIORITAS PENGUKURAN MUTU TAHUN 2019



**Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan**

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611  
Phone : (0756) 21428-21518, Fax. 0756- 21398



LAMPIRAN : KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD DR MUHAMMAD ZEIN  
NOMOR : 800/09. /RSUD-SK/1/2019  
TANGGAL : JANUARI 2019  
TENTANG : PANDUAN PEMILIHAN DAN PENETAPAN PRIORITAS  
PENGUKURAN MUTU

## **BAB I PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

Salah satu unsur kesejahteraan umum dari tujuan nasional adalah terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Tujuan nasional tersebut akan dapat dipenuhi apabila kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk dapat tercapai. Oleh karena itu pelayanan kesehatan yang bermutu akan menjadi salah satu kebutuhan dasar yang diperlukan oleh setiap orang. Meningkatnya pendidikan dan keadaan sosial ekonomi masyarakat akan merubah sistem nilai dan orientasi dalam masyarakat. Masyarakat mulai cenderung menuntut pelayanan umum yang lebih baik, lebih ramah dan lebih bermutu, sehingga perlu upaya peningkatan mutu pelayanan terutama di bidang kesehatan.

Sesuai visi, misi dan tujuan Rumah Sakit banyak kegiatan Rumah Sakit yang harus dilaksanakan, baik yang bersifat pelayanan medis, maupun pelayanan umum bagi pasien sebagai pelanggan utama. RSUD Dr Muhammad Zein Painan sebagai Rumah Sakit rujukan untuk Pesisir Selatan akan terus melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan di semua satuan kerja, sehingga pelayanan yang diberikan akan menjawab tuntutan masyarakat.

### **B. PENGERTIAN**

Penetapan prioritas adalah suatu proses yang dilakukan oleh sekelompok orang dengan menggunakan metode tertentu untuk menentukan urutan prioritas dari yang paling penting sampai yang kurang penting. Penetapan prioritas dapat dilakukan dengan metode kualitatif dan kuantitatif. Memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu perlu dilakukan karena rumah sakit adalah salah satu institusi yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang memerlukannya.

## **BAB II**

### **RUANG LINGKUP**

Panduan pemilihan prioritas pengukuran mutu pelayanan ini digunakan sebagai acuan dalam pemilihan prioritas pengukuran mutu pelayanan di rumah sakit, sehingga perlu dipahami oleh seluruh unit kerja, yaitu :

1. Bagian Tata Usaha
2. Bidang Pelayanan Medis
3. Bidang Penunjang Medis
4. Bidang Keuangan
5. Instalasi Gawat Darurat
6. Instalansi Rawat Jalan
7. Instalasi Farmasi
8. Instalasi Radiologi
9. Instalasi Gizi
10. Instalasi Fisioterapi
11. Instalasi Laboratorium
12. Instalasi Kamar Operasi
13. Unit Anastesi dan RR
14. Irna Bedah
15. Irna Penyakit Dalam
16. Irna Kebidanan dan Penyakit Kandungan
17. Irna Anak
18. Unit Perinatology
19. Vip
20. Kelas Mande Rubiah
21. Unit Neurology
22. Unit Paru
23. ICU
24. Instalasi Rekam Medik
25. Unit Casemic
26. Unit Pendaftaran
27. Instalasi PKRS
28. Unit Laundry
29. Unit Patology Anatomi
30. Unit Data Layanan

### **BAB III**

#### **KEBIJAKAN**

1. Direktur dan jajaran Manajemen berkoordinasi dengan seluruh Kepala Bidang/Kepala Instalasi dalam memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi.
2. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) memfasilitasi Direktur dan jajaran Manajemen untuk melakukan rapat koordinasi dengan seluruh Kepala Bidang/Kepala Bagian/Kepala Instalasi dalam memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi
3. Prioritas pengukuran mutu pelayanan tersebut meliputi pengukuran mutu dengan menggunakan indikator area klinis (IAK), indikator area manajemen (IAM), indikator area sasaran keselamatan pasien (ISKP), dan 5 Panduan Praktek Klinis (PPK) yang dievaluasi
4. Dasar pemilihan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis mengacu kepada standar yang ada.
5. Direktur beserta Komite PMKP menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis meliputi indikator area klinis (IAK), indikator area manajemen (IAM), indikator area sasaran keselamatan pasien (ISKP), dan 5 Panduan Praktek Klinis (PPK) yang dievaluasi
6. Setiap indikator yang ditetapkan dilengkapi dengan profil indikator
7. Direktur serta PMKP melakukan supervisi terhadap proses pengumpulan data dengan menggunakan formulir supervisi yang telah disediakan

## BAB IV TATA LAKSANA

- A. Penetapan Prioritas Pengukuran Mutu Pelayanan
1. Setiap tahun Direktur beserta Komite PMKP menetapkan pelayanan prioritas pengukuran mutu
  2. Direktur beserta Komite PMKP berkoordinasi dengan seluruh Kepala Bidang/Ka Instalasi dalam memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi.
  3. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) menyediakan data capaian mutu yang ada pada tahun sebelumnya meliputi data indikator mutu: IAK, IAM, dan ISKP dan berpartisipasi dalam memberikan saran dan pertimbangan kepada Direktur berdasarkan data data yang ada
  4. PMKP memfasilitasi dalam memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi tersebut.
  5. Pemilihan dan penetapan prioritas pelayanan dengan berpedoman pada data hasil capaian mutu tahun sebelumnya.
- B. Dasar pemilihan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis mengacu kepada standar yang ada, yaitu:
1. Misi dan strategi tujuan rumah sakit  
Penetapan prioritas pengukuran mutu harus mempertimbangkan misi dan strategi tujuan rumah sakit
  2. Data data permasalahan yang ada di rumah sakit., misalnya :
    - a. Komplain pasien, data diperoleh dari Instalasi PKRS
    - b. Capaian indikator mutu yang masih rendah, data diperoleh dari PMKP
    - c. Adanya kejadian yang tidak diharapkan, data diperoleh dari dari Sub Keselamatan pasien PMKP
  3. Sistem dan proses yang memperlihatkan variasi proses penerapan pelayanan dan hasil pelayanan yang paling banyak, data diperoleh dari evaluasi *clinical pathway*
  4. Perbaikan yang berdampak pada efisiensi.
    - a. Dampak perbaikan efisiensi dari suatu proses klinis yang kompleks
    - b. Perbaikan suatu proses mengidentifikasi pengurangan biaya dan sumber daya yang digunakan

- c. Hasil evaluasi dari dampak perbaikan tersebut dapat menunjang pemahaman tentang biaya relatif yang dikeluarkan demi investasi mutu dan sumber daya manusia, finansial, dan keuntungan lain dari investasi tersebut. Oleh karena itu perlu pembuatan program (tool) sederhana untuk menghitung sumber daya yang digunakan pada proses yang lama dan pada proses yang baru
5. Dampak pada perbaikan sistem, sehingga efek dari perbaikan dapat terjadi di seluruh rumah sakit, misalnya sistem manajemen obat di rumah sakit
6. Riset klinik dan program pendidikan profesi kesehatan merupakan prioritas untuk rumah sakit pendidikan

#### C. Indikator Mutu Prioritas

Indikator mutu prioritas ditentukan dalam rapat koordinasi antara Direktur, pelayanan prioritas, para kepala bidang/bagian, dan seluruh pimpinan unit kerja dengan difasilitasi oleh PMKP. Setelah didapatkan kesepakatan maka indikator mutu prioritas disusun profil/ kamus indikator. Kemudian PMKP akan mengusulkan untuk ditetapkan oleh Direktur.

Penetapan Indikator prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis meliputi:

1. Indikator area klinis
2. Indikator area manajemen
3. Indikator area sasaran keselamatan pasien
4. Panduan Praktek Klinis (PPK) yang dievaluasi

Rumah sakit menetapkan evaluasi pelayanan kedokteran dengan panduan praktik klinis (PPK), alur klinis atau protokol, jumlah setiap tahunnya tidak berubah yaitu 5 PPK. Yang bisa berubah adalah jenis, mengikuti prioritas mutu yang akan diperbaiki di rumah sakit

1. Indikator area klinis

Pemilihan indikator terkait area klinis yang penting meliputi:

- a. Asesmen terhadap area klinik
- b. Pelayanan laboratorium
- c. Pelayanan radiologi dan diagnostik imaging
- d. Prosedur bedah
- e. Penggunaan antibiotika dan obat lainnya
- f. Kesalahan medis (medication error) dan Kejadian Nyaris Cidera (KNC)
- g. Anestesi dan penggunaan sedasi
- h. Penggunaan darah dan produk darah
- i. Ketersediaan, isi dan penggunaan catatan medic

- j. Pencegahan dan kontrol infeksi, surveilans dan pelaporan
- k. Riset klinik

2. Indikator area manajemen

Pemilihan indikator terkait area manajemen yang penting meliputi:

- a. Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat untuk memenuhi kebutuhan pasien
- b. Pelaporan yang diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan
- c. Manajemen risiko
- d. Manajemen penggunaan sumber daya
- e. Harapan dan kepuasan pasien dan keluarga
- f. Harapan dan kepuasan staf
- g. Demografi pasien dan diagnosis klinik
- h. Manajemen keuangan
- i. Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf.

3. Indikator area sasaran keselamatan pasien

Pemilihan indikator sasaran keselamatan pasien yang penting meliputi:

- a. Identifikasi pasien dengan benar
- b. Komunikasi yang efektif
- c. Keamanan obat-obat yang harus diwaspadai (*high alert medications*)
- d. Kepastian lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar
- e. Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
- f. Mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh

4. Lima Panduan Praktek Klinis (PPK) yang dievaluasi.

- a. Kelompok Staf Medis (KSM) di area pelayanan prioritas dengan difasilitasi oleh Komite Medik memberikan pertimbangan kepada Direktur Utama dalam penetapan lima PPK yang akan dievaluasi.
- b. Dilakukan evaluasi proses pelaksanaan panduan praktek klinik, dan atau alur klinis (*clinical pathway*) dan atau protokol klinis dan atau prosedur dan atau standing order di area prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis.

#### D. Profil/ Kamus Indikator

Setiap indikator yang ditetapkan dilengkapi dengan profil indikator yang meliputi :

1. Nama indikator
2. Kode indikator
3. Jenis indikator
4. Alasan pemilihan indikator
5. Tujuan
6. Kepustakaan/panduan/referensi indikator
7. Sumber data
8. Definisi operasional
9. Numerator
10. Denominator
11. Dimensi
12. Kriteria inklusi
13. Kriteria eksklusi
14. Tipe indikator
15. Metode pengumpulan data
16. Populasi
17. Sampel
18. Pengumpul data
19. Validator
20. Pengumpul Data
21. Periode waktu pelaporan
22. Tempat pengumpulan data
23. Formula
24. Target
25. Periode analisis data
26. Analisa data
27. Diseminasi data ke staf
28. Formulir pengumpulan data

#### E. Supervisi

Direktur rumah sakit RSUD Dr Muhammad Zein Painan dan PMKP melakukan supervisi terhadap proses pengumpulan data dengan menggunakan formulir supervisi yang telah disediakan, Supervisi dilakukan oleh :

1. Direktur Rumah Sakit dan PMKP melakukan supervisi terhadap indikator mutu pelayanan prioritas, indikator mutu tingkat rumah sakit (Mutu Nasional)
2. Pimpinan unit kerja : melakukan supervisi terhadap indikator mutu di unit kerja masing masing

## BAB V DOKUMENTASI

Pencatatan/dokumentasi dilakukan sebagai berikut:

1. Setiap indikator mutu area klinis, area manajemen, dan area sasaran keselamatan pasien dilakukan pengukuran dengan menggunakan formulir yang telah dibuat
2. Data hasil pengukuran indikator mutu area klinis, area manajemen, dan area sasaran keselamatan pasien yang telah diukur dilaporkan ke PMKP setiap bulan sebelum tanggal 7
3. Setiap PPK yang ditetapkan untuk dipantau dan dievaluasi, dilakukan audit klinis dan atau audit medis pada panduan praktik klinis /alur klinis prioritas di tingkat rumah sakit oleh Komite Medik
4. Laporan hasil pengukuran data mutu dan evaluasi audit klinik dilaporkan kepada Direktur RSUD Dr Muhammad Zein Painan setiap bulan

| No  | Dasar Pemilihan Prioritas, apakah topik yang dipilih sudah sesuai dengan:  | Ya / Tidak |
|---|--|------------|
| 1.  | Misi dan strategi tujuan RS  |            |
| 2.  | Data data permasalahan yang ada di RS  |            |
| 3.  | Sistem dan proses yang memperlihatkan variasi proses penerapan pelayanan dan hasil pelayanan yang paling banyak, data diperoleh dari evaluasi clinical pathway |            |
| 4.  | Perbaikan yang berdampak pada efisiensi.   |            |
| 5.  | Dampak pada perbaikan sistem, sehingga efek dari perbaikan dapat terjadi di seluruh RS, misalnya sistem manajemen obat di RS                                   |            |
| Topik pelayanan yang ditingkatkan dapat ditetapkan bila minimal ada satu jawaban : Ya |  |            |



## KAMUS INDIKATOR

|    |  |   |
|----|--|---|
| 1  | Nama Indikator                               |   |
| 2  | Kode Indikator                               |   |
| 3  | Jenis Indikator                              | <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit<br><input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM<br><input type="checkbox"/> Indikator mutu unit<br><input type="checkbox"/> Indikator lainnya   |
| 4  | Alasan Pemilihan Indikator                   |   |
| 5  | Tujuan                                       |   |
| 6  | Kepustakaan/Panduan/<br>/Referensi Indikator |   |
| 7  | Sumber Data                                  | <input type="checkbox"/> Rekam Medik<br><input type="checkbox"/> Catatan Data<br><input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien<br><input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan),<br><input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan  |
| 8  | Definisi Operasional                         |   |
| 9  | Numerator                                    |   |
| 10 | Denominator                                  |   |
| 11 | Dimensi                                      | <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri<br><input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat<br><input type="checkbox"/> Kesenambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas<br><input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi<br><input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Lainnya, |
| 12 | Kriteria Inklusi                             |   |
| 13 | Kriteria Eksklusi                            |   |
| 14 | Tipe Indikator                               | <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome<br><input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome   |
| 15 | Metode Pengumpulan Data                      | <input type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent   |
| 16 | Populasi                                     |   |
| 17 | Sampel                                       |   |
| 18 | Pengumpul Data                               |   |
| 19 | Validator                                    |   |
| 20 | PIC  |   |
| 21 | Periode Waktu Pelaporan                      | <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester<br><input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Tahunan  |
| 22 | Tempat Pengumpulan Data                      |   |
| 23 | Formula Pengukuran                           |   |
| 24 | Target                                       |   |
| 25 | Periode Analisis Data                        | <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester<br><input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Tahunan  |
| 26 | Analisis Data                                | <input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram<br><input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan  |
| 27 | Diseminasi Data ke Staf                      |   |
| 28 | Formulir Pengumpulan Data                    |   |



**PETUNJUK PENGISIAN  
KAMUS INDIKATOR**

|    |  |   |
|----|--|---|
| 1  | Nama Indikator                                   | Diisi lengkap, berisi tentang topik yang akan diamati, waktu/periode dan lokasi pengamatan.   |
| 2  | Kode Indikator                                   | Diisi oleh PMKP   |
| 3  | Jenis Indikator                                  | Pilih indikator dengan memberi tanda ceklis (√):<br><input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit<br><input type="checkbox"/> Indikator Area Klinis (IAK)<br><input type="checkbox"/> Indikator Area Manajerial (IAM)<br><input type="checkbox"/> Indikator Unit Kerja (Tuliskan Nama Unit Kerja)   |
| 4  | Alasan Pemilihan Indikator                       | Jelaskan dengan singkat latar belakang mengapa indikator tersebut perlu diukur dan apa akibatnya jika capaian indikator tersebut rendah. Gunakan data berupa data kuantitatif untuk mendukung latar belakang tersebut. Bisa juga menggunakan <i>score</i> pembobotan ( <i>grading/scoring</i> )   |
| 5  | Tujuan   | Jelaskan untuk apa indikator di unit kerja anda itu dikerjakan  |
| 6  | Kepustakaan/<br>Panduan/<br>/Referensi Indikator | Sumber referensi penyusunan indikator   |
| 7  | Sumber Data                                      | Asal atau tempat memperoleh data (primer atau sekunder), atau sumber bahan nyata / keterangan yang dapat dijadikan dasar yang berhubungan langsung dengan persoalan. Pilih dengan memberi ceklis (√) data indikator yang dikumpulkan bersumber dari :<br><input type="checkbox"/> Rekam Medik<br><input type="checkbox"/> Catatan Data<br><input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan pasien<br><input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan<br><input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan |
| 8  | Definisi Operasional                             | Penjelasan tentang hal-hal penting dalam pengukuran indikator yang memerlukan penjelasan secara rinci, spesifik, tegas, dan pasti   |
| 9  | Numerator  | Besaran nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja   |
| 10 | Denominator                                      | Besaran nilai penyebut dalam rumus indikator kinerja  |
| 11 | Dimensi  | Pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan yang diberikan, berdasarkan standar WHO dilihat dari, pilih dengan memberi tanda ceklis (√):<br><input type="checkbox"/> Kelayakan<br><input type="checkbox"/> Ketersediaan (tingkat perawatan dan pelayanan yang tepat, tersedia sesuai kebutuhan)<br><input type="checkbox"/> Kesiambungan (tingkat perawatan dan pelayanan<br><br>dikoordinasi antar disiplin ilmu, antar organisasi sepanjang waktu)       |

|    |                         |  |
|----|-------------------------|--|
|    |                         | <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu (tingkat perawatan dan pelayanan diberikan sesuai waktu yang diperlukan)<br><input type="checkbox"/> Keselamatan (tingkat perawatan dan pelayanan dimana risiko intervensi dan risiko di lingkungan direduksi untuk pasien, keluarga, residen, termasuk petugas kesehatan)<br><input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri (tingkat perawatan dan pelayanan diberikan dengan menghargai kebutuhan, harapan, dan keinginan individu, dimana individu dilibatkan dalam keputusan perawatan dan pelayanan mereka)<br><input type="checkbox"/> Manfaat (perawatan dan pelayanan yang diterima pasien bermanfaat)<br><input type="checkbox"/> Efektifitas (tingkat perawatan dan pelayanan sesuai pengetahuan untuk mencapai outcome yang diinginkan)<br><input type="checkbox"/> Efisiensi (hubungan antara outcome (hasil perawatan dan pelayanan) dan sumber daya yang digunakan untuk memberikan perawatan dan pelayanan)<br><input type="checkbox"/> Lainnya, |
| 12 | Kriteria Inklusi        | Sampel yang akan diamati, yang memenuhi kriteria yang telah ditentukan untuk dianalisa   |
| 13 | Kriteria Eksklusi       | Mengeluarkan sampel yang tidak memenuhi kriteria yang telah ditentukan untuk dianalisa   |
| 14 | Tipe Indikator          | Indikator yang diukur dapat diambil dengan memberi tanda ceklis (√):<br><input type="checkbox"/> Struktur (mengukur sarana prasarana / sumber daya)<br><input type="checkbox"/> Proses (mengukur proses kegiatan)<br><input type="checkbox"/> Outcome (mengukur hasil dari suatu proses kegiatan)<br><input type="checkbox"/> Proses dan outcome   |
| 15 | Metode Pengumpulan Data | Pilih salah satu dengan memberi tanda ceklist (√), metodologi yang digunakan untuk mengumpulkan data indikator:<br><input type="checkbox"/> Retrospektif (data diambil dari kegiatan yang telah lalu)<br><input type="checkbox"/> Concurrent (data diambil dari kegiatan yang baru dimulai / akan dilakukan)   |
| 16 | Populasi                | Keseluruhan obyek atau totalitas subyek yang memiliki karakteristik tertentu yang akan diamati/diobservasi   |
| 17 | Sampel                  | Jumlah bagian kecil yang diambil dari populasi sesuai dengan prosedur tertentu (lihat table Isaac dan Michael)   |
| 18 | Pengumpul Data          | Orang yang bertanggungjawab penuh terhadap pengumpulan data di unit kerja  |
| 19 | Validator               | PMKP   |
| 20 | PIC Data                | Nama jabatan pimpinan unit kerja tempat data dikumpulkan   |
| 21 | Periode Waktu Pelaporan | Pilih salah satu dengan memberi tanda ceklist (√), periode waktu data dilaporkan:<br><input type="checkbox"/> Bulanan<br><input type="checkbox"/> Triwulan<br><br><input type="checkbox"/> Semester<br><input type="checkbox"/> Tahunan  |
| 22 | Tempat Pengumpulan Data | PMKP   |

|    |                           |   |
|----|---------------------------|---|
| 23 | Formula Pengukuran        | Formula yang digunakan untuk mengukur capaian indikator   |
| 24 | Target                    | Nilai atau ukuran pencapaian mutu/kinerja tertentu yang telah ditetapkan dan harus dicapai langsung atau bertahap berdasarkan kemampuan unit Kerja  |
| 25 | Periode Analisis Data     | Jangka waktu data dianalisis. Pilih salah satu dengan memberi tanda ceklist (√), periode waktu data dilaporkan:<br><input type="checkbox"/> Bulanan<br><input type="checkbox"/> Triwulan<br><input type="checkbox"/> Semester<br><input type="checkbox"/> Tahunan                               |
| 26 | Analisa Data              | Bagaimana data yang dikumpulkan akan dianalisis. Pilih salah satu dengan memberi tanda ceklist (√), analisis data yang dilakukan:<br><input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram<br><input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan |
| 27 | Diseminasi Data ke Staf   | Bagaimana data disampaikan ke staf  |
| 28 | Formulir Pengumpulan Data | Form yang digunakan sesuai dengan indikator mutu yang dikumpulkan   |

CEKLIST SUPERVISI INDIKATOR PRIORITASRSUD DR MUHAMMAD ZEIN PAINAN

| NO | NAMA INDIKATOR | UNIT KERJA | JENIS INDIKATOR |     |      | PROFIL INDIKATOR | PENGUMPULAN DATA | ANALISA | VALIDASI | RENCANA PERBAIKAN |
|----|----------------|------------|-----------------|-----|------|------------------|------------------|---------|----------|-------------------|
|    |                |            | IAK             | IAM | ISKP |                  |                  |         |          |                   |
|    |                |            |                 |     |      |                  |                  |         |          |                   |
|    |                |            |                 |     |      |                  |                  |         |          |                   |
|    |                |            |                 |     |      |                  |                  |         |          |                   |
|    |                |            |                 |     |      |                  |                  |         |          |                   |
|    |                |            |                 |     |      |                  |                  |         |          |                   |
|    |                |            |                 |     |      |                  |                  |         |          |                   |

|  |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
| <b>PROFIL INDIKATOR</b><br>A. Ada dan lengkap<br>B. Ada sebagian besar, tapi tidak lengkap<br>C. Tidak ada | <b>PENGUMPULAN DATA</b><br>A. Sudah dikumpulkan minimal 3 bulan/12 bulan<br>B. Sebagian besar sudah dikumpulkn<br>C. Pengumpulan data kurang dari 3 bulan | <b>ANALISA DATA</b><br>A. Ada dan lengkap<br>B. Ada, tidak lengkap<br>C. Tidak ada | <b>VALIDASI DATA</b><br>A. Ada dan lengkap<br>B. Ada, tidak lengkap<br>C. Tidak ada | <b>RENCANA PERBAIKAN</b><br>A. Ada dan lengkap<br>B. Ada, tidak lengkap<br>C. Tidak ada |
|--|---|--|---|---|

Bila perlu tambahkan catatan pada setiap kolom

