

LAPORAN PELAKSANAAN VALIDASI  
DATA INDIKATOR MUTU  
DI RUMAH RS BHAYANGKARA MAYANG MANGURAI JAMBI

## I. PENDAHULUAN

Berdasarkan Visi Rumah Sakit RS Bhayangkara Mayang Mangurai Jambi menjadi rumah sakit pilihan utama di provinsi jambi yang memberikan pelayanan prima dengan berorientasi pada kebahagiaan pasien,. Rumah Sakit Bhayangkara Mayang Mangurai Jambi salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu Rumah Bhayangkara Mayang Mangurai Jambi dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat dan seluruh anggota personel kepolisian. Upaya peningkatan mutu pelayanan dilakukan di semua unit pelayanan, baik pada unit pelayanan medik, pelayanan keperawatan, maupun pada unit pelayanan administrasi dan manajemen melalui program jaminan mutu yang wajib dipantau. Program dalam mewujudkan Bhayangkara Mayang Mangurai Jambi yang bermutu adalah suatu program berkelanjutan yang disusun secara objektif dan sistematis untuk memantau dan menilai indikator mutu serta kewajaran pelayanan yang diberikan kepada pasien. Program penjaminan mutu merupakan aktivitas mendefinisikan, mendesain, memeriksa, memantau, mensurveikan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Aktivitas-aktivitas ini disusun secara komprehensif dan terintegrasi yang meliputi struktur, proses, dan output/outcome. Teknis pemantauan terhadap kualitas pelayanan rumah sakit memerlukan penetapan indikator mutu yang digunakan sebagai variabel untuk mengukur suatu perubahan dengan menggunakan instrumen yang tepat. Saat ini telah ditetapkan indikator mutu Prioritas, terdiri dari: 34 indikator klinik. Indikator mutu yang telah ditetapkan tersebut telah dipantau dengan instrumen yang disusun berdasarkan kebutuhan data yang diperlukan. Setelah dilakukan pengumpulan data oleh masing-masing unit dalam rumah sakit, maka rumah sakit menggunakan proses internal untuk melakukan validasi data sebelum dilaksanakan pelaporan dan publikasi data. Proses internal di dalam Rumah Sakit Rs bhayangkara dalam rangka validasi data indikator mutu adalah Komite PMKP melakukan keliling yang dilaksanakan oleh tim mutu yang ditunjuk berdasarkan surat perintah mengambil data indikator mutu. Penyahihan/validasi data merupakan alat

penting untuk memahami mutu dari data mutu dan untuk mencapai tingkat di mana data tersebut cukup meyakinkan bagi para pembuat keputusan. Validasi data menjadi salah satu langkah dalam 2 proses penentuan prioritas untuk pengukuran, pemilihan indikator yang harus diukur, pemilihan dan pengujian ukuran, pengumpulan data, validasi data dan penggunaan data untuk perbaikan. Tujuan dari validasi data ini adalah tersedianya data dan informasi mutu yang valid sebagai dasar manajemen rumah sakit untuk mengambil keputusan dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi program dan peningkatan kewaspadaan serta respon terhadap kejadian luar biasa yang cepat dan tepat.

## II. LAPORAN VALID INDIKATOR AREA KLINIS

### 1. Kelengkapan Identifikasi Pasien saat Pendaftaran Rawat Inap (Ranap)

|  |  |
|--|--|
| Judul indikator                              | Kelengkapan Identifikasi Pasien saat Pendaftaran Rawat Inap (Ranap)  |
| Numerator                                    | Jumlah pasien rawat inap yang memiliki identifikasi pasien lengkap saat pendaftaran rawat inap   |
| Denominator                                  | Jumlah seluruh pasien yang didaftarkan untuk rawat inap pada periode pengukuran.   |
| Sumber Data                                  | Rekam medis elektronik   |
| Capaian Indikator                            | Bulan Januari 90 %   |
| Jumlah pasien masuk rawat inap Bulan Januari | 810 Pasien   |
| Justifikasi perlu validasi                   | Data baru pertama kali di kumpulkan  |
| Metode Validasi                              | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 81 Pasien</li><li>2. Melakukan telaah data yg disampling tersebut</li><li>3. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format harian Kelengkapan mengidentifikasi pasien masuk rawat inap pada semua unit pelayanan perawatan</li></ol> |
| Hasil Validasi                               | Kelengkapan mengidentifikasi pasien masuk rawat inap = 85%   |
| Hasil Analisa                                | $85\%/90\% \times 100\% = 94,4\% \rightarrow 94\%$   |
| Kesimpulan                                   | Data Kelengkapan Identifikasi Pasien saat Pendaftaran Rawat Inap (Ranap): Sudah Akurat   |
| Rencana Tidak Lanjut                         | Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator<br>Melakukan edukasi ke semua unit untuk mengisi Kelengkapan mengidentifikasi pasien masuk rawat inap di simrs melalui tim IT rumah sakit, dan akan membuat sistem aplikasi penguncian data pasien jika tidak melengkapi data pasien.                 |

## 2. Kelengkapan Informasi oleh petugas saat Serah Terima Pasien

|  |  |
|--|--|
| Judul indikator  | Kelengkapan Informasi oleh petugas saat Serah Terima Pasien  |
| Numerator  | Jumlah serah terima pasien yang dilakukan dengan informasi lengkap sesuai standar (SBAR).  |
| Denominator  | Jumlah seluruh serah terima pasien yang diamati pada periode pengukuran.   |
| Sumber Data  | Rekam medis elektronik   |
| Capaian Indikator  | Bulan Januari 80 %   |
| Jumlah seluruh kegiatan serah terima pasien yang dilakukan dengan informasi lengkap sesuai standar (SBAR Bulan Januari | 100 Pasien   |
| Justifikasi perlu validasi   | Data baru pertama kali di kumpulkan  |
| Metode Validasi  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 10 Pasien</li> <li>2. Melakukan telaah data yg disampling tersebut</li> <li>3. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format harian Kelengkapan Informasi oleh petugas saat Serah Terima Pasien sesuai standar (SBAR</li> </ol> |
| Hasil Validasi   | Kelengkapan Informasi oleh petugas saat Serah Terima Pasien = 75%  |
| Hasil Analisa  | $75\%/80\% \times 100\% = 93,7\% \rightarrow 93\%$   |
| Kesimpulan   | Data Kelengkapan Informasi oleh petugas saat Serah Terima): Sudah Akurat   |
| Rencana Tidak Lanjut   | Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator Melakukan edukasi ke semua unit yang melakukan kegiatan serah terima pasien agar selalu memperhatikan dan mendengarkan informasi yang di terima dengan baik dan benar dengan menggunakan standar SBAR   |

### 3. Penerapan tujuh benar dalam pemberian obat

|  |   |
|--|---|
| Judul indikator  | Penerapan tujuh benar dalam pemberian obat  |
| Numerator  | Jumlah pemberian obat yang memenuhi seluruh unsur tujuh benar   |
| Denominator  | Total pemberian obat yang diobservasi   |
| Sumber Data  | Rekam medis elektronik  |
| Capaian Indikator  | Bulan Januari 81 %  |
| Jumlah seluruh kegiatan pasien rawat inap yang mendapatkan terapi obat di rumah sakit. Bulan Januari | 810 Pasien  |
| Justifikasi perlu validasi   | Data baru pertama kali di kumpulkan   |
| Metode Validasi  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 81 Pasien</li> <li>2. Melakukan telaah di data yg disampling tersebut</li> <li>3. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format harian Kelengkapan Penerapan tujuh benar dalam pemberian obat</li> </ol> |
| Hasil Validasi   | Penerapan tujuh benar dalam pemberian obat = 75%  |
| Hasil Analisa  | $75\%/81\% \times 100\% = 92,5\% \rightarrow 92\%$  |
| Kesimpulan   | Data Penerapan tujuh benar dalam pemberian obat: Sudah Akurat   |
| Rencana Tidak Lanjut   | Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator Melakukan edukasi ke semua unit perawatan agar melakukan dan mempertahankan Penerapan tujuh benar dalam pemberian obat ke pasien   |

#### 4. Kepatuhan pelaksanaan Sign in, Time out dan sign out

|  |  |
|--|--|
| Judul indikator  | Kepatuhan pelaksanaan Sign in, Time out dan sign out   |
| Numerator  | Jumlah tindakan bedah/tindakan invasif yang melaksanakan Sign In, Time Out, dan Sign Out secara lengkap dan terdokumentasi   |
| Denominator  | Total tindakan bedah/tindakan invasif yang dilakukan dan diobservasi   |
| Sumber Data  | Rekam medis elektronik   |
| Capaian Indikator  | Bulan Januari 90 %   |
| Jumlah seluruh pasien tindakan bedah yang dilakukan di ruang operasi Bulan Januari | 460 Pasien   |
| Justifikasi perlu validasi   | Data baru pertama kali di kumpulkan  |
| Metode Validasi  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 46 Pasien</li> <li>2. Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format harian Kepatuhan pelaksanaan Sign in, Time out dan sign out</li> </ol> |
| Hasil Validasi   | Kepatuhan pelaksanaan Sign in, Time out dan sign out = 85%   |
| Hasil Analisa  | $85\%/90\% \times 100\% = 94,4\% \rightarrow 94\%$   |
| Kesimpulan   | Data Kepatuhan pelaksanaan Sign in, Time out dan sign out : Sudah Akurat   |
| Rencana Tidak Lanjut   | Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator Melakukan edukasi ke petugas kamar bedah agar selalu melakukan dan mempertahankan Kepatuhan pelaksanaan Sign in, Time out dan sign out ke pasien  |

## 5. Angka kejadian HAIs dirumah sakit

|   |  |
|---|--|
| Judul indikator                                     | Angka kejadian HAIs dirumah sakit  |
| Numerator   | Jumlah pasien rawat inap yang mengalami HAI selama dirawat di rumah sakit  |
| Denominator   | Jumlah pasien rawat inap yang berisiko (pasien $\geq 48$ jam rawat inap )  |
| Sumber Data   | Rekam medis elektronik   |
| Capaian Indikator                                   | Bulan Januari 0.3 %  |
| Jumlah seluruh pasien rawat inap pada Bulan Januari | 810 Pasien   |
| Justifikasi perlu validasi                          | Data baru pertama kali di kumpulkan  |
| Metode Validasi                                     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan metode sampling <math>\rightarrow</math> dilakukan sampling menjadi 81 Pasien</li> <li>2. Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format harian Angka kejadian HAIs dirumah sakit</li> </ol> |
| Hasil Validasi                                      | Angka kejadian HAIs dirumah sakit = 0%   |
| Hasil Analisa                                       | $0\%/0.3\% \times 100\% = 0\% \rightarrow 0\%$   |
| Kesimpulan  | Data Angka kejadian HAIs dirumah sakit: Sudah Akurat   |
| Rencana Tidak Lanjut                                | Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator Melakukan edukasi ke petugas ruang pelayanan agar selalu melakukan koordinasi dengan tim PPI rumah sakit dalam penanganan kasus infeksi di rumah sakit dan selalu mencatat bila terjadi nya infeksi pada pasien             |

## 6. Pemasangan stikers kuning pada pasien resiko jatuh di rawat inap

|  |  |
|--|--|
| Judul indikator  | Pemasangan stikers kuning pada pasien resiko jatuh di rawat inap   |
| Numerator  | Jumlah pasien rawat inap berisiko jatuh yang benar-benar diberi stiker kuning  |
| Denominator  | total pasien rawat inap yang diidentifikasi berisiko jatuh   |
| Sumber Data  | Rekam medis elektronik   |
| Capaian Indikator  | Bulan Januari 94 %   |
| Jumlah seluruh pasien rawat inap yang ada Pemasangan stikers kuning pada Bulan Januari | 210 Pasien   |
| Justifikasi perlu validasi   | Data baru pertama kali di kumpulkan  |
| Metode Validasi  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 21 Pasien</li> <li>2. Melakukan telaah data yg disampling tersebut</li> <li>3. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format harian Pemasangan stikers kuning pada pasien resiko jatuh di rawat inap</li> </ol>       |
| Hasil Validasi   | Pemasangan stikers kuning pada pasien resiko jatuh di rawat inap= 90%  |
| Hasil Analisa  | $90\%/94\% \times 100\% = 95.7\% \rightarrow 95\%$   |
| Kesimpulan   | Data Pemasangan stikers kuning pada pasien resiko jatuh di rawat inap : Sudah Akurat   |
| Rencana Tidak Lanjut   | Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator Melakukan edukasi ke petugas ruang pelayanan ruang perawatan rawat inap agar selalu melakukan dan mempertahankan Pemasangan stikers kuning pada pasien resiko jatuh di rawat inap agar pasien selalu terjaga saat di lakukan perawatan. |

## 7. Visite dan Perencanaan Diet Pasien Diabetes oleh Ahli Gizi

|   |   |
|---|---|
| Judul indikator   | Visite dan Perencanaan Diet Pasien Diabetes oleh Ahli Gizi  |
| Numerator   | Pasien diabetes rawat inap yang menerima visite & rencana diet oleh ahli gizi   |
| Denominator   | Total pasien rawat inap diabetes selama periode pengukuran  |
| Sumber Data   | Rekam medis elektronik  |
| Capaian Indikator   | Bulan Januari 76 %  |
| Jumlah seluruh pasien pasien rawat inap dengan diagnosis diabetes mellitus selama periode Bulan Januari | 50 Pasien   |
| Justifikasi perlu validasi  | Data baru pertama kali di kumpulkan   |
| Metode Validasi   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 5 Pasien</li> <li>2. Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format harian Visite dan Perencanaan Diet Pasien Diabetes oleh Ahli Gizi</li> </ol> |
| Hasil Validasi  | Visite dan Perencanaan Diet Pasien Diabetes oleh Ahli Gizi = 70%  |
| Hasil Analisa   | $70\%/76\% \times 100\% = 92.1\% \rightarrow 92\%$  |
| Kesimpulan  | Data Visite dan Perencanaan Diet Pasien Diabetes oleh Ahli Gizi: Sudah Akurat   |
| Rencana Tidak Lanjut  | Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator Melakukan edukasi ke petugas Ahli Gizi di ruang pelayanan agar selalu melakukan Visite dan Perencanaan Diet Pasien Diabetes di ruang perawatan   |

## 8. Kepatuhan Pegawai datang dinas tepat waktu'

|  |   |
|--|---|
| Judul indikator  | Kepatuhan Pegawai datang dinas tepat waktu'   |
| Numerator  | Jumlah kehadiran pegawai yang tepat waktu dalam periode pengukuran  |
| Denominator  | Jumlah total kehadiran pegawai yang seharusnya hadir dalam periode yang sama.   |
| Sumber Data  | Rekam medis elektronik  |
| Capaian Indikator  | Bulan Januari 95 %  |
| Jumlah seluruh pegawai yang dijadwalkan hadir di rumah sakit pada jam kerja resmi yang telah ditetapkan. Bulan Januari | 393 Karyawan  |
| Justifikasi perlu validasi   | Data baru pertama kali di kumpulkan   |
| Metode Validasi  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 39 karyawan</li> <li>2. Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format absensi harian yang di absen oleh supervisor yang bertugas</li> </ol> |
| Hasil Validasi   | Kepatuhan Pegawai datang dinas tepat waktu' = 90%   |
| Hasil Analisa  | $90\%/95\% \times 100\% = 94.7\% \rightarrow 94\%$  |
| Kesimpulan   | Data Kepatuhan Pegawai datang dinas tepat waktu': Sudah Akurat  |
| Rencana Tidak Lanjut   | Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator<br>Melakukan edukasi dan bimbingan dan arahan ke pada karyawan yang di dalam catatan supervisor yang sering terlambat dengan mempertanyakan alasan keterlambatan.  |

## 9. kepatuhan PPA dalam pengiputan data ke ERM

|  |   |
|--|---|
| Judul indikator  | kepatuhan PPA dalam pengiputan data ke ERM  |
| Numerator  | Jumlah data pasien yang diinput lengkap dan tepat waktu ke ERM oleh PPA sesuai SOP  |
| Denominator  | Jumlah total pasien yang harus diinput ke ERM dalam periode pengukuran.   |
| Sumber Data  | Rekam medis elektronik  |
| Capaian Indikator  | Bulan Januari 79 %  |
| Jumlah Semua pasien yang masuk layanan rumah sakit selama periode pengukuran yang datanya wajib diinput ke ERM oleh petugas PPA. Bulan Januari | 810 pasien  |
| Justifikasi perlu validasi   | Data baru pertama kali di kumpulkan   |
| Metode Validasi  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 81 pasien</li> <li>2. Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format kepatuhan PPA dalam pengiputan data ke ERM</li> </ol> |
| Hasil Validasi   | kepatuhan PPA dalam pengiputan data ke ERM = 73%  |
| Hasil Analisa  | $73\%/79\% \times 100\% = 92.4\% \rightarrow 92\%$  |
| Kesimpulan   | kepatuhan PPA dalam pengiputan data ke ERM: Sudah Akurat  |
| Rencana Tidak Lanjut   | Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator Melakukan edukasi dan bimbingan dan arahan ke pada seluruh PPA yang bertugas di rumah sakit agar selalu mengisi dan patuh terhadap penginputan data ke ERM   |

10. Kesalahan petugas ruangan rawat inap dalam pengorderan obat pada SIMRM

|   |   |
|---|---|
| Judul indikator   | Kesalahan petugas ruangan rawat inap dalam pengorderan obat pada SIMRM  |
| Numerator   | Jumlah order obat oleh petugas ruangan rawat inap yang mengandung kesalahan (salah dosis, salah obat, salah pasien)   |
| Denominator   | Jumlah total order obat oleh petugas ruangan rawat inap dalam periode yang sama   |
| Sumber Data   | Rekam medis elektronik  |
| Capaian Indikator   | Bulan Januari 1 %   |
| Jumlah Semua order obat yang dilakukan oleh petugas ruangan rawat inap dalam SIM-RM pada periode pengukuran Bulan Januari | 810 pasien  |
| Justifikasi perlu validasi  | Data baru pertama kali di kumpulkan   |
| Metode Validasi   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 81 pasien</li> <li>2. Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format kepatuhan Kesalahan petugas ruangan rawat inap dalam pengorderan obat pada SIMRM</li> </ol> |
| Hasil Validasi  | Kesalahan petugas ruangan rawat inap dalam pengorderan obat pada SIMRM = 1%   |
| Hasil Analisa   | $1\%/1\% \times 100\% = 100\% \rightarrow 100\%$  |
| Kesimpulan  | Kesalahan petugas ruangan rawat inap dalam pengorderan obat pada SIMRM: Sudah Akurat  |
| Rencana Tidak Lanjut  | Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator Melakukan edukasi dan bimbingan dan arahan ke pada seluruh petugas ruangan rawat inap dalam pengorderan obat pada SIMRM dengan teliti dan benar dengan melakukan prinsip tujuh langkah benar obat.   |

## 11. Kepatuhan pengisian resume keperawatan

|   |   |
|---|---|
| Judul indikator   | Kepatuhan pengisian resume keperawatan  |
| Numerator   | jumlah resume keperawatan yang diisi lengkap dan sesuai standar.  |
| Denominator   | Jumlah seluruh resume keperawatan pasien yang seharusnya diisi pada periode pengukuran.   |
| Sumber Data   | Rekam medis elektronik  |
| Capaian Indikator   | Bulan Januari 80 %  |
| Jumlah Semua resume keperawatan yang diisi lengkap dan sesuai standar pada periode pengukuran Bulan Januari | 810 pasien  |
| Justifikasi perlu validasi  | Data baru pertama kali di kumpulkan   |
| Metode Validasi   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 81 pasien</li> <li>2. Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format Kepatuhan pengisian resume keperawatan</li> </ol> |
| Hasil Validasi  | Kepatuhan pengisian resume keperawatan = 72 %   |
| Hasil Analisa   | $72\%/80\% \times 100\% = 90\% \rightarrow 90\%$  |
| Kesimpulan  | Kepatuhan pengisian resume keperawatan : Sudah Akurat   |
| Rencana Tidak Lanjut  | Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator Melakukan edukasi dan bimbingan dan arahan ke pada seluruh petugas ruangan rawat inap dan sosialisasi ulang pentingnya resume keperawatan tersebut.  |

## 12. Kelengkapan resume medis rawat jalan

|   |   |
|---|---|
| Judul indikator   | Kelengkapan resume medis rawat jalan  |
| Numerator   | Jumlah resume medis rawat jalan yang lengkap  |
| Denominator   | Total resume medis rawat jalan yang diperiksa dalam periode   |
| Sumber Data   | Rekam medis elektronik  |
| Capaian Indikator   | Bulan Januari 90 %  |
| Jumlah resume medis rawat jalan yang di ukur lengkapannya pada periode pengukuran Bulan Januari | 5010 pasien   |
| Justifikasi perlu validasi  | Data baru pertama kali di kumpulkan   |
| Metode Validasi   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 501 pasien</li> <li>2. Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format kelengkapan resume medis rawat jalan</li> </ol>                                      |
| Hasil Validasi  | Kepatuhan pengisian resume keperawatan = 90%  |
| Hasil Analisa   | $90\%/90\% \times 100\% = 100\% \rightarrow 100\%$  |
| Kesimpulan  | kelengkapan resume medis rawat jalan: Sudah Akurat  |
| Rencana Tidak Lanjut  | Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator Melakukan edukasi dan bimbingan dan arahan ke pada seluruh petugas ruangan rawat jalan dan Perawat poliklinik Pastikan semua dokter harus mengisi lengkap resume medis untuk keselamatan pasien dan mencegah terjadinya penundaan klem |

### 13. Kelengkapan resume medis rawat inap

|  |   |
|--|---|
| Judul indikator  | Kelengkapan resume medis rawat inap   |
| Numerator  | Jumlah resume medis rawat inap yang terisi lengkap sesuai standar.  |
| Denominator  | Jumlah seluruh resume medis pasien rawat inap yang pulang (hidup/meninggal) pada periode pengukuran.  |
| Sumber Data  | Rekam medis elektronik  |
| Capaian Indikator  | Bulan Januari 94 %  |
| Jumlah seluruh resume medis pasien rawat inap yang pulang (hidup/meninggal) pada periode pengukuran. Bulan Januari | 810 pasien  |
| Justifikasi perlu validasi   | Data baru pertama kali di kumpulkan   |
| Metode Validasi  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 81 pasien</li> <li>2. Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format kelengkapan resume medis rawat inap</li> </ol>                                |
| Hasil Validasi   | kelengkapan resume medis rawat inap = 90%   |
| Hasil Analisa  | $90\%/94\% \times 100\% = 95\% \rightarrow 95\%$  |
| Kesimpulan   | kelengkapan resume medis rawat inap : Sudah Akurat  |
| Rencana Tidak Lanjut   | Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator Melakukan edukasi dan bimbingan dan arahan ke pada seluruh petugas ruangan rawat inap dan Sosialisasikan kembali dengan dokter tentang pentingnya resume yang lengkap untuk untuk keselamatan pasien dan untuk pengkleman bpjs |

#### 14. Kelengkapan resume medis neonatus

|   |  |
|---|--|
| Judul indikator   | Kelengkapan resume medis neonatus  |
| Numerator   | Jumlah resume medis neonatus yang terisi lengkap sesuai kriteria.  |
| Denominator   | Jumlah seluruh resume medis neonatus yang ditelaah pada periode pengukuran.  |
| Sumber Data   | Rekam medis elektronik   |
| Capaian Indikator   | Bulan Januari 91 %   |
| Jumlah resume medis neonatus yang terisi lengkap sesuai kriteria.pada periode pengukuran. Bulan Januari | 210 pasien   |
| Justifikasi perlu validasi  | Data baru pertama kali di kumpulkan  |
| Metode Validasi   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 21 pasien</li> <li>2. Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format kelengkapan resume medis neonatus</li> </ol>                                   |
| Hasil Validasi  | kelengkapan resume medis neonates = 83%  |
| Hasil Analisa   | $83\%/91\% \times 100\% = 91\% \rightarrow 91\%$   |
| Kesimpulan  | kelengkapan resume medis neonatus : Sudah Akurat   |
| Rencana Tidak Lanjut  | Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denomerator Melakukan edukasi dan bimbingan dan arahan ke pada seluruh petugas ruangan rawat prt dan Lakukan sosialisasi dan ingat kan dokter agar menyelesaikan resume agar tidak menjadi PR perawat dan tidak terjadi penundaan klem BPJS |

15. Kepatuhan Bidan dalam Memberikan Edukasi dan medokumentasikan

|   |   |
|---|---|
| Judul indikator   | Kepatuhan Bidan dalam Memberikan Edukasi dan medokumentasikan   |
| Numerator   | Jumlah pelayanan kebidanan yang disertai edukasi sesuai standar   |
| Denominator   | Jumlah seluruh pelayanan kebidanan yang seharusnya diberikan edukasi  |
| Sumber Data   | Rekam medis elektronik  |
| Capaian Indikator   | Bulan Januari 87 %  |
| Jumlah pelayanan kebidanan yang di sertai edukasi sesuai standar pada periode pengukuran. Bulan Januari | 280 pasien  |
| Justifikasi perlu validasi  | Data baru pertama kali di kumpulkan   |
| Metode Validasi   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 28 pasien</li> <li>2. Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format Kepatuhan Bidan dalam Memberikan Edukasi dan medokumentasikan</li> </ol>                    |
| Hasil Validasi  | Kepatuhan Bidan dalam Memberikan Edukasi dan medokumentasikan = 79%   |
| Hasil Analisa   | $79\%/87\% \times 100\% = 90\% \rightarrow 90\%$  |
| Kesimpulan  | Kepatuhan Bidan dalam Memberikan Edukasi dan medokumentasikan : Sudah Akurat  |
| Rencana Tidak Lanjut  | Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator Melakukan edukasi dan bimbingan dan arahan ke pada seluruh petugas ruangan rawat kebidanan dan Lakukan pengawasan yang konsisten oleh kepala ruangan agar semua edukasi yang diberikan tersampaikan dengan benar dan tetap terdokumentasikan |

## 16. Pengusulan UKP dan BERKALA tepat waktu

|  |   |
|--|---|
| Judul indikator  | Pengusulan UKP dan BERKALA tepat waktu  |
| Numerator  | Jumlah usulan UKP dan BERKALA tepat waktu   |
| Denominator  | Total usulan UKP dan BERKALA yang seharusnya diajukan   |
| Sumber Data  | Rekam medis elektronik  |
| Capaian Indikator  | Bulan Januari 100 %   |
| Jumlah usulan UKP dan BERKALA tepat waktu pada periode pengukuran. Bulan Januari | 132 karyawan  |
| Justifikasi perlu validasi   | Data baru pertama kali di kumpulkan   |
| Metode Validasi  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 13 karyawan</li> <li>2. Melakukan telaah data yg disampling tersebut</li> <li>3. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format Pengusulan UKP dan BERKALA tepat waktu</li> </ol>             |
| Hasil Validasi   | Pengusulan UKP dan BERKALA tepat waktu = 100 %  |
| Hasil Analisa  | $100\%/100\% \times 100\% = 100\% \rightarrow 100\%$  |
| Kesimpulan   | Pengusulan UKP dan BERKALA tepat waktu : Sudah Akurat   |
| Rencana Tidak Lanjut   | Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator Melakukan edukasi dan bimbingan dan arahan ke pada seluruh anggota polri dan asn agar Pertahankan dan selalu ingatkan personil yang akan UKP dan Gaji Berkala untu mempersiapkan berkas sebelum batas waktunya |

17. Kepatuhan pegawai menyelesaikan administrasi setelah terima gaji

|   |   |
|---|---|
| Judul indikator   | Kepatuhan pegawai menyelesaikan administrasi setelah terima gaji  |
| Numerator   | Jumlah pegawai yang menyelesaikan administrasi setelah menerima gaji sesuai batas waktu.  |
| Denominator   | Jumlah seluruh pegawai yang menerima gaji pada periode penilaian.   |
| Sumber Data   | Bendahara rumah sakit   |
| Capaian Indikator   | Bulan Januari 80 %  |
| Jumlah seluruh pegawai yang menerima gaji pada periode peilain pada Bulan Januari | 261 Karyawan kontrak  |
| Justifikasi perlu validasi  | Data baru pertama kali di kumpulkan   |
| Metode Validasi   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 26 karyawan</li> <li>2. Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format Kepatuhan pegawai menyelesaikan administrasi setelah terima gaji</li> </ol> |
| Hasil Validasi  | Kepatuhan pegawai menyelesaikan administrasi setelah terima gaji = 75 %   |
| Hasil Analisa   | $75\%/80\% \times 100\% = 93\% \rightarrow 93\%$  |
| Kesimpulan  | Kepatuhan pegawai menyelesaikan administrasi setelah terima gaji : Sudah Akurat   |
| Rencana Tidak Lanjut  | Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denomerator<br>Perlu peran kepala ruangan untuk mengingatkan pegawai kontrak yang ada diruangan masing-masing agar segera melakukan penandatanganan slip gaji sebagai pertanggung jawaban .  |

18. Keterlambatan Pasien Pindah dari ICU ke Ruang Rawat Biasa <60 menit

|  |   |
|--|---|
| Judul indikator  | Keterlambatan Pasien Pindah dari ICU ke Ruang Rawat Biasa <60 menit   |
| Numerator  | Jumlah pasien yang pindah dari ICU ke ruang rawat biasa dalam waktu $\leq 60$ menit setelah dinyatakan layak pindah.  |
| Denominator  | Jumlah seluruh pasien yang dinyatakan layak pindah dari ICU ke ruang rawat biasa dalam periode pengukuran.  |
| Sumber Data  | Rekam medis elektronik  |
| Capaian Indikator  | Bulan Januari 3 %   |
| Jumlah seluruh pasien yang dinyatakan layak pindah dari ICU ke ruang rawat biasa dalam periode pengukuran pada Bulan Januari | 50 pasien   |
| Justifikasi perlu validasi   | Data baru pertama kali di kumpulkan   |
| Metode Validasi  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan metode sampling <math>\rightarrow</math> dilakukan sampling menjadi 5 pasien</li> <li>2. Melakukan telaah data yg disampling tersebut</li> <li>3. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format Keterlambatan Pasien Pindah dari ICU ke Ruang Rawat Biasa &lt;60 menit</li> </ol> |
| Hasil Validasi   | Keterlambatan Pasien Pindah dari ICU ke Ruang Rawat Biasa <60 menit = 3 %   |
| Hasil Analisa  | $3\%/3\% \times 100\% = 100\% \rightarrow 100\%$  |
| Kesimpulan   | Keterlambatan Pasien Pindah dari ICU ke Ruang Rawat Biasa <60 menit : Sudah Akurat  |
| Rencana Tidak Lanjut   | Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator<br>Perlu peran semua perawat rawat inap dan icu dalam proses pemindahan pasien dan fasilitas di lengkapi untuk pemindahan pasien keruangan rawatan   |

19. Kepatuhan petugas dalam pelaksanaan hand over

|   |  |
|---|--|
| Judul indikator   | Kepatuhan petugas dalam pelaksanaan hand over  |
| Numerator   | Jumlah hand over yang dilaksanakan sesuai standar (lengkap dan benar) berdasarkan hasil observasi.   |
| Denominator   | Jumlah seluruh hand over yang diobservasi..  |
| Sumber Data   | Rekam medis elektronik   |
| Capaian Indikator   | Bulan Januari 93 %   |
| Jumlah seluruh hand over yang diobservasi periode pengukuran pada Bulan Januari | 460 pasien   |
| Justifikasi perlu validasi  | Data baru pertama kali di kumpulkan  |
| Metode Validasi   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 46 pasien</li> <li>2. Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format Kepatuhan petugas dalam pelaksanaan hand over</li> </ol> |
| Hasil Validasi  | Kepatuhan petugas dalam pelaksanaan hand over = 85%  |
| Hasil Analisa   | $85\%/93\% \times 100\% = 91\% \rightarrow 91\%$   |
| Kesimpulan  | Kepatuhan petugas dalam pelaksanaan hand over: Sudah Akurat  |
| Rencana Tidak Lanjut  | Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator Laksanakan serah terima baik manual ataupun ERM dengan baik dan jelas sehingga tidak terjadi keterlambatan atau kesalahan pemeriksaan   |

20. Kejadian pasien Hipotensi intra HD

|  |   |
|--|---|
| Judul indikator  | Kejadian pasien Hipotensi intra HD  |
| Numerator  | Jumlah tindakan hemodialisis yang mengalami kejadian hipotensi intra HD dalam periode pengukuran.   |
| Denominator  | Jumlah seluruh tindakan hemodialisis yang dilakukan dalam periode pengukuran yang sama.   |
| Sumber Data  | Rekam medis elektronik  |
| Capaian Indikator  | Bulan Januari 1 %   |
| Jumlah seluruh tindakan hemodialisis yang dilakukan dalam periode pengukuran yang sama.pengukuran pada Bulan Januari | 410 pasien  |
| Justifikasi perlu validasi   | Data baru pertama kali di kumpulkan   |
| Metode Validasi  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 41 pasien</li> <li>2. Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format Kejadian pasien Hipotensi intra HD</li> </ol> |
| Hasil Validasi   | Kejadian pasien Hipotensi intra HD = 1%   |
| Hasil Analisa  | $1\%/1\% \times 100\% = 100\% \rightarrow 100\%$  |
| Kesimpulan   | Kejadian pasien Hipotensi intra HD : Sudah Akurat   |
| Rencana Tidak Lanjut   | Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator Lakukan proses dalam hal ini seperti penarikan cairan yang berlebihan , suhu dialisis yang tinggi atau seperti dari pasiennya sarankan bila memakan obat hipertensi sebelum 4-6 jam pre HD     |

21. Waktu tunggu pelayanan obat jadi < 30 menit

|   |   |
|---|---|
| Judul indikator   | Waktu tunggu pelayanan obat jadi < 30 menit   |
| Numerator   | Jumlah resep obat jadi yang dilayani dengan waktu tunggu $\leq$ 30 menit..  |
| Denominator   | jumlah seluruh resep obat jadi yang dilayani pada periode pengukuran.   |
| Sumber Data   | Rekam medis elektronik  |
| Capaian Indikator   | Bulan Januari 70 %  |
| jumlah seluruh resep obat jadi yang dilayani pada periode pengukuran.pada Bulan Januari | 3010 pasien   |
| Justifikasi perlu validasi  | Data baru pertama kali di kumpulkan   |
| Metode Validasi   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 510 pasien</li> <li>2.Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3.Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format Waktu tunggu pelayanan obat jadi &lt; 30 menit</li> </ol> |
| Hasil Validasi  | Waktu tunggu pelayanan obat jadi < 30 menit = 63%   |
| Hasil Analisa   | $63\%/70\% \times 100\% = 90\% \rightarrow 90\%$  |
| Kesimpulan  | Waktu tunggu pelayanan obat jadi < 30 menit : Sudah Akurat  |
| Rencana Tidak Lanjut  | Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denomerator<br>Lakukan Lengkapi stok obat jadi serta lakukan perbaikan alur sktining resep untuk memangkas waktu tunggu obat jadi  |

22. Respon time petugas memvalidasi resep ERM

|   |  |
|---|--|
| Judul indikator   | Respon time petugas memvalidasi resep ERM  |
| Numerator   | Jumlah resep pada ERM yang divalidasi oleh petugas farmasi $\leq$ standar waktu yang ditetapkan.   |
| Denominator   | Total seluruh resep yang masuk ke ERM dalam periode pengukuran..   |
| Sumber Data   | Rekam medis elektronik   |
| Capaian Indikator   | Bulan Januari 90 %   |
| Total seluruh resep yang masuk ke ERM dalam periode pengukuran pada Bulan Januari | 810 pasien   |
| Justifikasi perlu validasi  | Data baru pertama kali di kumpulkan  |
| Metode Validasi   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Menggunakan metode sampling <math>\rightarrow</math> dilakukan sampling menjadi 81 pasien</li> <li>2.Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3.Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format Respon time petugas memvalidasi resep ERM</li> </ol> |
| Hasil Validasi  | Respon time petugas memvalidasi resep ERM = 83%  |
| Hasil Analisa   | $83\%/90\% \times 100\% = 92\% \rightarrow 92\%$   |
| Kesimpulan  | Respon time petugas memvalidasi resep ERM : Sudah Akurat   |
| Rencana Tidak Lanjut  | <p>Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator</p> <p>Memastikan stok obat didepo real time sehingga dokter meresepkan sesuai stok yang ada dan petugas depo harus sering-sering melakukan pengecekan sistem pada ERM</p>   |

23. waktu keluar pemeriksaan darah rutin sejak pengambilan sampel <2 jam

|   |   |
|---|---|
| Judul indikator   | waktu keluar pemeriksaan darah rutin sejak pengambilan sampel <2 jam  |
| Numerator   | Jumlah pemeriksaan darah rutin yang hasilnya  |
| Denominator   | Jumlah seluruh pemeriksaan darah rutin yang dilakukan dalam periode pengukuran.   |
| Sumber Data   | Rekam medis elektronik  |
| Capaian Indikator   | Bulan Januari 86 %  |
| Jumlah seluruh pemeriksaan darah rutin yang dilakukan dalam periode pengukuran pada Bulan Januari | 1010 pasien   |
| Justifikasi perlu validasi  | Data baru pertama kali di kumpulkan   |
| Metode Validasi   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 101 pasien</li> <li>2.Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3.Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format waktu keluar pemeriksaan darah rutin sejak pengambilan sampel &lt;2 jam</li> </ol>                  |
| Hasil Validasi  | waktu keluar pemeriksaan darah rutin sejak pengambilan sampel <2 jam = 83%  |
| Hasil Analisa   | $83\%/86 \times 100\% = 96\% \rightarrow 96\%$  |
| Kesimpulan  | waktu keluar pemeriksaan darah rutin sejak pengambilan sampel <2 jam: Sudah Akurat  |
| Rencana Tidak Lanjut  | <p>Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator</p> <p>Lakukan koordinasi yang baik dengan admin poliklinik guna mempercepat proses registrasi sampel dan meminimalisir salah input data sert melakukan quality contro sebelum jam sibuk agar alat tidak berhenti ditengah proses pelayanan</p> |

24. Kepatuhan pengemasan alat medis dan labeling alat steril

|   |  |
|---|--|
| Judul indikator   | Kepatuhan pengemasan alat medis dan labeling alat steril   |
| Numerator   | Jumlah alat medis steril yang dikemas dan diberi label sesuai standar.   |
| Denominator   | Jumlah seluruh alat medis steril yang diaudit pada periode pengukuran.   |
| Sumber Data   | Rekam medis elektronik   |
| Capaian Indikator   | Bulan Januari 88 %   |
| Jumlah seluruh alat medis steril yang diaudit pada periode pada Bulan Januari | 300 alat   |
| Justifikasi perlu validasi  | Data baru pertama kali di kumpulkan  |
| Metode Validasi   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 30 alat</li> <li>2.Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3.Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format Kepatuhan pengemasan alat medis dan labeling alat steril</li> </ol> |
| Hasil Validasi  | Kepatuhan pengemasan alat medis dan labeling alat steril = 83%   |
| Hasil Analisa   | $83\%/88\% \times 100\% = 94\% \rightarrow 94\%$   |
| Kesimpulan  | Kepatuhan pengemasan alat medis dan labeling alat steril : Sudah Akurat  |
| Rencana Tidak Lanjut  | <p>Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator</p> <p>Lakukan edukasi dari PPI kepada petugas CSSD tentang standar pengemasan dan koordinasi dengan petugas kamar operasi tentang jadwal operasi</p>  |

25. Kelengkapan berkas rawat jalan untuk pengklemen BPJS

|   |   |
|---|---|
| Judul indikator   | Kelengkapan berkas rawat jalan untuk pengklemen BPJS  |
| Numerator   | Jumlah berkas rawat jalan pasien BPJS yang lengkap sesuai standar klaim BPJS.   |
| Denominator   | Total seluruh berkas rawat jalan pasien BPJS yang diperiksa pada periode tertentu.  |
| Sumber Data   | Rekam medis elektronik  |
| Capaian Indikator   | Bulan Januari 90 %  |
| Total seluruh berkas rawat jalan pasien BPJS yang diperiksa pada periode tertentu. pada Bulan Januari | 4010 berkas pasien  |
| Justifikasi perlu validasi  | Data baru pertama kali di kumpulkan   |
| Metode Validasi   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 401 berkas pasien</li> <li>2.Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3.Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format Kelengkapan berkas rawat jalan untuk pengklemen BPJS</li> </ol>  |
| Hasil Validasi  | Kelengkapan berkas rawat jalan untuk pengklemen BPJS = 83%  |
| Hasil Analisa   | $83\%/90\% \times 100\% = 92\% \rightarrow 92\%$  |
| Kesimpulan  | Kelengkapan berkas rawat jalan untuk pengklemen BPJS : Sudah Akurat   |
| Rencana Tidak Lanjut  | Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator Menentukan penyebab tidak lengkap, seperti resume medis yang tidak lengkap atau ketidak sesuaian (ICD-10), bisa juga hasil pemeriksaan penunjang yang tidak terlampir bisa juga SEP yang tidak ditanda tangani pasien. Perlu koordinasi administrasi casemix dengan admin poliklinik agar melengkapi kekurangan tersebut |

26. Pasien non-gawat darurat yang dilayani di IGD

|   |   |
|---|---|
| Judul indikator   | Pasien non-gawat darurat yang dilayani di IGD   |
| Numerator   | Jumlah pasien non-gawat darurat yang diperiksa dokter   |
| Denominator   | Seluruh pasien non-gawat darurat yang datang dan dilayani di IGD pada periode pengukuran.   |
| Sumber Data   | Rekam medis elektronik  |
| Capaian Indikator   | Bulan Januari 25 %  |
| Seluruh pasien non-gawat darurat yang datang dan dilayani di IGD pada periode pengukuran pada Bulan Januari | 330 pasien  |
| Justifikasi perlu validasi  | Data baru pertama kali di kumpulkan   |
| Metode Validasi   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 33 pasien</li> <li>2.Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3.Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format Pasien non-gawat darurat yang dilayani di IGD</li> </ol>   |
| Hasil Validasi  | Pasien non-gawat darurat yang dilayani di IGD = 23%   |
| Hasil Analisa   | $23\%/25\% \times 100\% = 92\% \rightarrow 92\%$  |
| Kesimpulan  | Pasien non-gawat darurat yang dilayani di IGD : Sudah Akurat  |
| Rencana Tidak Lanjut  | <p>Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator</p> <p>Petugas medis melakukan pemeriksaan serta jelaskan kepada pasien bahwa hasil pemeriksaan kondisi tidak termasuk gawat darurat dan memberikan obat ringan serta jelaskan kepada pasien untuk berobat keFKTP atau poliklinik , Apabila pasien tetap ingin dilayani diIGD ,beritahu pasien kemungkinan klem BPJS ditolak,sehingga pasien harus menanggung biaya secara umum /pribadi.</p> |

27. Kepatuhan petugas menginput data ke SIMRM

|  |  |
|--|--|
| Judul indikator  | Kepatuhan petugas menginput data ke SIMRM  |
| Numerator  | Jumlah rekam medis pasien yang diinput lengkap dan tepat waktu ke SIMRM oleh petugas.  |
| Denominator  | Jumlah seluruh rekam medis pasien yang seharusnya diinput ke SIMRM pada periode pengukuran.  |
| Sumber Data  | Rekam medis elektronik   |
| Capaian Indikator  | Bulan Januari 90 %   |
| Jumlah seluruh rekam medis pasien yang seharusnya diinput ke SIMRM pada periode pengukuran. pada Bulan Januari | 750 pasien   |
| Justifikasi perlu validasi   | Data baru pertama kali di kumpulkan  |
| Metode Validasi  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 75 pasien</li> <li>2.Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3.Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format Jumlah seluruh rekam medis pasien yang seharusnya diinput ke SIMRM pada periode pengukuran.</li> </ol>                                |
| Hasil Validasi   | Jumlah seluruh rekam medis pasien yang seharusnya diinput ke SIMRM pada periode pengukuran = 82%   |
| Hasil Analisa  | $82\%/90\% \times 100\% = 91\% \rightarrow 91\%$   |
| Kesimpulan   | Jumlah seluruh rekam medis pasien yang seharusnya diinput ke SIMRM pada periode pengukuran : Sudah Akurat  |
| Rencana Tidak Lanjut   | Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator<br>Upayakan satu orang petugas untuk menginput data keSIM RM serta memastikan tidak ada kendala pada alat sebelum pasien rame dari polklinik,serta mengunci sistim pada SIM RM tidak bisa "Selesai" apabila data wajib (seperti nama dokter pengirim, atau expertise) belum terisi. |

28. Kepatuhan penilaian status gizi pasien rawat inap dalam 1 x 24 jam

|   |  |
|---|--|
| Judul indikator   | Kepatuhan penilaian status gizi pasien rawat inap dalam 1 x 24 jam   |
| Numerator   | Jumlah pasien rawat inap yang dinilai status gizinya dalam 1 x 24 jam sejak masuk.   |
| Denominator   | Jumlah seluruh pasien rawat inap selama periode tersebut.  |
| Sumber Data   | Rekam medis elektronik   |
| Capaian Indikator   | Bulan Januari 80 %   |
| Jumlah seluruh pasien rawat inap selama periode tersebut pada Bulan Januari | 810 pasien   |
| Justifikasi perlu validasi  | Data baru pertama kali di kumpulkan  |
| Metode Validasi   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 81 pasien</li> <li>2.Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3.Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format Kepatuhan penilaian status gizi pasien rawat inap dalam 1 x 24 jam</li> </ol> |
| Hasil Validasi  | Kepatuhan penilaian status gizi pasien rawat inap dalam 1 x 24 jam = 72%   |
| Hasil Analisa   | $72\%/80\% \times 100\% = 90\% \rightarrow 90\%$   |
| Kesimpulan  | Kepatuhan penilaian status gizi pasien rawat inap dalam 1 x 24 jam: Sudah Akurat   |
| Rencana Tidak Lanjut  | <p>Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator</p> <p>Buat jadwal untuk ahli gizi dalam melaksanakan visite agar semua pasien baru ranap terlaksana skrining nya dengan baik dalam membantu penyembuhan pasien</p> <p>.</p>   |

29. Hasil visum selesai dalam 2 x 24 jam

|  |   |
|--|---|
| Judul indikator  | Hasil visum selesai dalam 2 x 24 jam  |
| Numerator  | Jumlah hasil visum selesai $\leq$ 2 x 24 jam  |
| Denominator  | Jumlah visum yang dilakukan   |
| Sumber Data  | Rekam medis elektronik  |
| Capaian Indikator  | Bulan Januari 87%   |
| Jumlah visum yang dilakukan selama periode tersebut pada Bulan Januari | 10 pasien   |
| Justifikasi perlu validasi   | Data baru pertama kali di kumpulkan   |
| Metode Validasi  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 1 pasien</li> <li>2.Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3.Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format Hasil visum selesai dalam 2 x 24 jam</li> </ol> |
| Hasil Validasi   | Hasil visum selesai dalam 2 x 24 jam = 80%  |
| Hasil Analisa  | $80\%/87\% \times 100\% = 91\% \rightarrow 91\%$  |
| Kesimpulan   | Hasil visum selesai dalam 2 x 24 jam : Sudah Akurat   |
| Rencana Tidak Lanjut   | <p>Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator</p> <p>Lakukan koordinasi dengan kepolisian daerah tempat kejadian dan serta upayakan dokter menanda tangani sebelum cuti/libur.</p> <p>.</p>   |

30. Kecepatani Petugas Iprs Melakukan Pengecekan Laporan Unit < Jam

|   |   |
|---|---|
| Judul indikator   | Kecepatani Petugas Iprs Melakukan Pengecekan Laporan Unit < Jam   |
| Numerator   | Jumlah total waktu < 1 Jam pengecekan semua laporan   |
| Denominator   | Jumlah laporan yang di cek  |
| Sumber Data   | Rekam medis elektronik  |
| Capaian Indikator   | Bulan Januari 85 %  |
| Jumlah laporan yang di cek selama periode tersebut pada Bulan Januari | 20 Alat   |
| Justifikasi perlu validasi  | Data baru pertama kali di kumpulkan   |
| Metode Validasi   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 2 alat</li> <li>2.Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3.Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format . Kecepatani Petugas Iprs Melakukan Pengecekan Laporan Unit &lt; Jam</li> </ol> |
| Hasil Validasi  | .Kecepatani Petugas Iprs Melakukan Pengecekan Laporan Unit < Jam = 83%  |
| Hasil Analisa   | $83\%/85\% \times 100\% = 97\% \rightarrow 97\%$  |
| Kesimpulan  | Kecepatani Petugas Iprs Melakukan Pengecekan Laporan Unit < Jam: Sudah Akurat   |
| Rencana Tidak Lanjut  | <p>Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator</p> <p>Tingkatkan kepedulian dari tim IPRS, dalam menanggapi respon dari unit2 yang membutuhkan tindakan perbaikan</p> <p>.</p>   |

31. Kepatuhan petugas dalam melengkapi ERM rawat jalan

|  |   |
|--|---|
| Judul indikator  | Kepatuhan petugas dalam melengkapi ERM rawat jalan  |
| Numerator  | Jumlah ERM rawat jalan yang terisi lengkap sesuai standar.  |
| Denominator  | Jumlah seluruh ERM rawat jalan yang ditelaah pada periode pengukuran.   |
| Sumber Data  | Rekam medis elektronik  |
| Capaian Indikator  | Bulan Januari 89 %  |
| Jumlah seluruh ERM rawat jalan yang ditelaah pada periode pengukuran Bulan Januari | 5010 pasien   |
| Justifikasi perlu validasi   | Data baru pertama kali di kumpulkan   |
| Metode Validasi  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 501 pasien</li> <li>2. Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format Kepatuhan petugas dalam melengkapi ERM rawat jalan</li> </ol>                            |
| Hasil Validasi   | Kepatuhan petugas dalam melengkapi ERM rawat jalan = 85%  |
| Hasil Analisa  | $85\%/89\% \times 100\% = 95\% \rightarrow 95\%$  |
| Kesimpulan   | Kepatuhan petugas dalam melengkapi ERM rawat jalan Sudah Akurat   |
| Rencana Tidak Lanjut   | <p>Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator Melakukan edukasi dan bimbingan dan arahan ke pada</p> <p>Untuk petugas admisi rawat jalan lakukan pengisian data secara teratur dan konsisten ,serta lakukan pengawasan yang ketat oleh penanggung jawab admisi untuk petugas baru</p> |

32. Respon time petugas IT terhadap komplain simrm<10 menit

|   |  |
|---|--|
| Judul indikator   | Respon time petugas IT terhadap komplain simrm<10 menit  |
| Numerator   | Jumlah komplain SIMRS yang direspon oleh petugas IT ≤ 10 menit.  |
| Denominator   | Jumlah seluruh komplain SIMRS yang masuk pada periode pengukuran.  |
| Sumber Data   | Laporan dari tiap unit   |
| Capaian Indikator   | Bulan Januari 100 %  |
| Jumlah seluruh komplain SIMRS yang masuk pada periode pengukuran pada Bulan Januari | 60 laporan   |
| Justifikasi perlu validasi  | Data baru pertama kali di kumpulkan  |
| Metode Validasi   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 6 laporan</li> <li>2.Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3.Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format Respon time petugas IT terhadap komplain simrm&lt;10 menit</li> </ol> |
| Hasil Validasi  | Respon time petugas IT terhadap komplain simrm<10 menit = 100%   |
| Hasil Analisa   | $100\%/100\% \times 100\% = 100\% \rightarrow 100\%$   |
| Kesimpulan  | Respon time petugas IT terhadap komplain simrm<10 menit : Sudah Akurat   |
| Rencana Tidak Lanjut  | <p>Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator</p> <p>Lakukan menyiapkan formolir kertas untuk backup pelayanan, penggunaan UPS atau genset, melakukan pencadangan data secara berkala kepada tempat yang aman</p> <p>.</p>                                     |

### 33. Kepatuhan pengangkutan limbah padat tepat waktu

|  |  |
|--|--|
| Judul indikator  | Kepatuhan pengangkutan limbah padat tepat waktu  |
| Numerator  | Jumlah pengangkutan limbah padat yang dilakukan tepat waktu sesuai jadwal  |
| Denominator  | Jumlah seluruh jadwal pengangkutan limbah padat pada periode pengukuran.   |
| Sumber Data  | Jadwal pengambilan dari vendor   |
| Capaian Indikator  | Bulan Januari 87 %   |
| Jumlah seluruh jadwal pengangkutan limbah padat pada periode pengukuran.pada Bulan Januari | 12 kali pengangkutan limbah  |
| Justifikasi perlu validasi   | Data baru pertama kali di kumpulkan  |
| Metode Validasi  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 1 kali pengangkutan limbah</li> <li>2.Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3.Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format Kepatuhan pengangkutan limbah padat tepat waktu</li> </ol>   |
| Hasil Validasi   | Kepatuhan pengangkutan limbah padat tepat waktu = 85%  |
| Hasil Analisa  | $85\%/87\% \times 100\% = 97\% \rightarrow 97\%$   |
| Kesimpulan   | Kepatuhan pengangkutan limbah padat tepat waktu : Sudah Akurat   |
| Rencana Tidak Lanjut   | Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator<br>Melakukan pemantauan harian terhadap volume limbah diTPS serta mencatat ketepatan jadwal pengangkutan.serta lakukan sosialisasi kepada petugas kebersihan agar melakukan pemilahan limbah dari sumbernya agar limbah medis agar mengurangi tercampur dengan limbah umum. |

34. Kejadian pasien fisioterapi tidak datang sesuai jadwal >2x sampai drop out

|   |   |
|---|---|
| Judul indikator   | Kejadian pasien fisioterapi tidak datang sesuai jadwal >2x sampai drop out  |
| Numerator   | Jumlah pasien fisioterapi yang tidak datang sesuai jadwal > 2 kali sampai dinyatakan drop out pada periode pengukuran.  |
| Denominator   | Jumlah seluruh pasien fisioterapi yang terjadwal pada periode pengukuran.   |
| Sumber Data   | Rekam medis elektronik  |
| Capaian Indikator   | Bulan Januari 0,5 %   |
| Jumlah seluruh pasien fisioterapi yang terjadwal pada periode pengukuran.pada Bulan Januari | 542 Pasien  |
| Justifikasi perlu validasi  | Data baru pertama kali di kumpulkan   |
| Metode Validasi   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Menggunakan metode sampling → dilakukan sampling menjadi 54 Pasien</li> <li>2.Melakukan telaah didata yg disampling tersebut</li> <li>3.Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan survey dan pengisian format Kejadian pasien fisioterapi tidak datang sesuai jadwal &gt;2x sampai drop out</li> </ol> |
| Hasil Validasi  | Kejadian pasien fisioterapi tidak datang sesuai jadwal >2x sampai drop out = 0%   |
| Hasil Analisa   | $0,1\%/0,5\% \times 100\% = 0\% \rightarrow 0\%$  |
| Kesimpulan  | Kejadian pasien fisioterapi tidak datang sesuai jadwal >2x sampai drop out : Sudah Akurat   |
| Rencana Tidak Lanjut  | Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpul data, sumber data, numerator, denominator Berikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya komitmen dalam menjalankan melakukan fisioterapi jangan sampai drop out untuk mendapatkan hasil yang maksimal.   |

### III. Analisis dan Tindak Lanjut :

Berdasarkan hasil pengumpulan data indikator mutu dari semua unit kerja telah dilaksanakan pemantauan data sampling dan divalidasi sebanyak 47 indikator, hasil validasi dari indikator mutu tersebut dinyatakan valid sehingga data dapat dipublikasikan dan siap diinformasikan ke dalam website RS Bhayangkara Mayang Mangurai Jambi.

### IV. Rekomendasi :

1.Sistem monitoring pelaporan indikator mutu lebih ditingkatkan sehingga peningkatan mutu dapat lebih membudaya.

2.Indikator mutu yang telah di validasi dan sudah dinyatakan data valid bisa segera disosialisasikan.

3.Data indikator yang sudah divalidasi dan dinyatakan valid bisa di publikasikan dan diinformasikan melalui website sesuai dengan ketentuan publikasi data RS Bhayangkara Mayang Mangurai Jambi sehingga bisa bermanfaat bagi masyarakat

### V. PENUTUP

Demikian laporan kegiatan pelaksanaan validasi data internal indikator mutu klinis di Rumah Sakit RS Bhayangkara Mayang Mangurai Jambi. Disampaikan dengan harapan dapat menjadi bahan pertimbangan dan masukan untuk meningkatkan pelayanan mutu Rumah RS Bhayangkara Mayang Mangurai Jambi.

FORMAT HASIL VALIDASI DATA INDIKATOR MUTU AREA KLINIS

| NO | STANDAR PMKP       | JUDUL INDIKATOR   | HASIL PEMANTAUAN RIIL<br>(RATA-RATA PER BULAN)<br>(FIRS ABTRACTOR) (%) | HASIL PEMANTAUAN<br>DATA SAMPLING VALIDASI<br>(second abstractor) (%) | %<br>FIRS<br>ABSTRACTOR<br>dengan<br>SECOND<br>ABSTRACTOR | KETERANGAN<br>(VALID = JIKA<br>NILAI Validasi<br>≥90%) |
|----|--------------------|---|--|---|---|--|
| 1  | INDIKATOR KLINIK 1 | Kelengkapan Identifikasi Pasien saat Pendaftaran Rawat Inap (Ranap) | 90%  | 85%   | 94%   | VALID  |
| 2  | INDIKATOR KLINIK 2 | Kelengkapan Informasi oleh petugas saat Serah Terima Pasien         | 80%  | 75%   | 93%   | VALID  |
| 3  | INDIKATOR KLINIK 3 | Penerapan tujuh benar dalam pemberian obat                          | 81%  | 75%   | 92%   | VALID  |
| 4  | INDIKATOR KLINIK 4 | Kepatuhan pelaksanaan Sign in, Time out dan sign out                | 80%  | 85%   | 94%   | VALID  |
| 5  | INDIKATOR KLINIK 5 | Angka kejadian HAIs dirumah sakit                                   | 0%   | 0%  | 0%  | VALID  |

|    |                     |  |     |     |      |       |
|----|---------------------|--|-----|-----|------|-------|
| 6  | INDIKATOR KLINIK 6  | Pemasangan stikers kuning pada pasien resiko jatuh di rawat inap       | 94% | 90% | 95%  | VALID |
| 7  | INDIKATOR KLINIK 7  | Visite dan Perencanaan Diet Pasien Diabetes oleh Ahli Gizi             | 76% | 70% | 92%  | VALID |
| 8  | INDIKATOR KLINIK 8  | Kepatuhan Pegawai datang dinas tepat waktu'                            | 95% | 90% | 94%  | VALID |
| 9  | INDIKATOR KLINIK 9  | kepatuhan PPA dalam pengiputan data ke ERM                             | 79% | 73% | 92%  | VALID |
| 10 | INDIKATOR KLINIK 10 | Kesalahan petugas ruangan rawat inap dalam pengorderan obat pada SIMRM | 1%  | 1%  | 100% | VALID |
| 11 | INDIKATOR KLINIK 11 | Kepatuhan pengisian resume keperawatan                                 | 80% | 72% | 90%  | VALID |
| 12 | INDIKATOR KLINIK 12 | Kelengkapan resume medis rawat jalan                                   | 90% | 90% | 100% | VALID |
| 13 | INDIKATOR KLINIK 13 | Kelengkapan resume medis rawat inap                                    | 94% | 90% | 95%  | VALID |
| 14 | INDIKATOR KLINIK 14 | Kelengkapan resume medis neonates                                      | 91% | 83% | 91%  | VALID |
| 15 | INDIKATOR KLINIK 15 | Kepatuhan Bidan dalam Memberikan Edukasi dan medokumentasikan          | 87% | 79% | 90%  | VALID |

|    |                     |  |      |      |      |       |
|----|---------------------|--|------|------|------|-------|
| 16 | INDIKATOR KLINIK 16 | Pengusulan UKP dan Gaji Berkala tepat waktu                          | 100% | 100% | 100% | VALID |
| 17 | INDIKATOR KLINIK 17 | Kepatuhan pegawai menyelesaikan administrasi setelah terima gaji     | 80%  | 75%  | 93%  | VALID |
| 18 | INDIKATOR KLINIK 18 | Keterlambatan Pasien Pindah dari ICU ke Ruang Rawat Biasa <60 menit  | 3%   | 3%   | 100% | VALID |
| 19 | INDIKATOR KLINIK 19 | Kepatuhan petugas dalam pelaksanaan hand over                        | 93%  | 85%  | 91%  | VALID |
| 20 | INDIKATOR KLINIK 20 | Kejadian pasien Hipotensi intra HD                                   | 1%   | 1%   | 100% | VALID |
| 21 | INDIKATOR KLINIK 21 | Waktu tunggu pelayanan obat jadi < 30 menit                          | 70%  | 63%  | 90%  | VALID |
| 22 | INDIKATOR KLINIK 22 | Respon time petugas depo memvalidasi resep ERM                       | 90%  | 83%  | 92%  | VALID |
| 23 | INDIKATOR KLINIK 23 | Waktu keluar pemeriksaan darah rutin sejak pengambilan sampel <2 jam | 86%  | 83%  | 96%  | VALID |
| 24 | INDIKATOR KLINIK 24 | Kepatuhan pengemasan alat medis dan labeling alat steril             | 88%  | 83%  | 94%  | VALID |

|    |                     |  |      |      |      |       |
|----|---------------------|--|------|------|------|-------|
| 25 | INDIKATOR KLINIK 25 | Kelengkapan berkas rawat jalan untuk pengklemen BPJS               | 90%  | 83%  | 92%  | VALID |
| 26 | INDIKATOR KLINIK 26 | Pasien non gawat darurat yang dilayani di IGD                      | 25%  | 23%  | 92%  | VALID |
| 27 | INDIKATOR KLINIK 27 | Kepatuhan petugas menginput data ke SIMRM                          | 90%  | 82%  | 91%  | VALID |
| 28 | INDIKATOR KLINIK 28 | Kepatuhan Penilaian Status Gizi Pasien Rawat Inap dalam 1 x 24 jam | 80%  | 72%  | 90%  | VALID |
| 29 | INDIKATOR KLINIK 29 | Hasil visum selesai dalam 2 x 24 jam setelah pemeriksaan           | 87%  | 80%  | 91%  | VALID |
| 30 | INDIKATOR KLINIK 30 | Kecepatani petugas iprs melakukan pengecekan laporan unit          | 85%  | 83%  | 97%  | VALID |
| 31 | INDIKATOR KLINIK 31 | Kepatuhan petuigais dalam melengkapi ERM rawat jalan               | 89%  | 85%  | 95%  | VALID |
| 32 | INDIKATOR KLINIK 32 | Respon time petugas IT terhadap gangguan E RM <10 menit            | 100% | 100% | 100% | VALID |
| 33 | INDIKATOR KLINIK 33 | Kepatuhan pengangkutan limbah padat tepat waktu                    | 87%  | 85%  | 97%  | VALID |

|    |                     |  |      |      |    |       |
|----|---------------------|--|------|------|----|-------|
| 34 | INDIKATOR KLINIK 34 | Kejadian pasien fisioterapi tidak datang sesuai jadwal >2x sampai drop out | 0,5% | 0,1% | 0% | VALID |
|----|---------------------|--|------|------|----|-------|