



PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS

NOMOR 128/UN4.24.0/2023

TENTANG

PEDOMAN PELAYANAN UNIT RAWAT JALAN DAN RAWAT INAP

INSTALASI LAYANAN MATA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS,

- Menimbang : a. bahwa dalam upaya meningkatkan keselamatan dan mutu pelayanan serta penyelenggaraan dan pelaksanaan tata kelola organisasi dan tata kelola klinis yang baik di Rumah Sakit Unhas, maka dibutuhkan pedoman pelayanan dan penataan organisasi di setiap unit kerja Rumah Sakit Unhas;
- b. bahwa berdasarkan huruf a di atas maka perlu disusun Peraturan Direktur Utama Tentang Pedoman Pelayanan Unit Rawat Jalan dan Rawat Inap Instalasi Layanan Mata di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar;

- Mengingat : 1. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1069 Tahun 2008 tentang Pedoman Klasifikasi dan Standar Rumah Sakit Pendidikan;

3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
7. Peraturan Presiden Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan;
8. Permenkes RI no. 11 tahun 2016 tentang penyelenggaraan pelayanan rawat jalan
9. Peraturan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor : 24/UN4.1/2022 Tanggal 17 Oktober 2022 tentang Organisasi dan Tata Kelola Rumah Sakit Universitas Hasanuddin;
10. Keputusan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 7071/UN4.1/KEP/2022 Tanggal 18 Oktober 2022 tentang Pemberhentian dan Pengangkatan Direktur Utama Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS,
TENTANG PEDOMAN PELAYANAN UNIT RAWAT JALAN
DAN RAWAT INAP INSTALASI LAYANAN MATA;

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

1. Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin yang selanjutnya disingkat dengan RS Unhas, merupakan unit kerja di dalam lingkungan Universitas Hasanuddin yang berfungsi sebagai unit penunjang akademik yang bertugas untuk mengkoordinasikan dan/atau menyelenggarakan kegiatan pendidikan, pelayanan kesehatan, penelitian dan pengembangan dalam sejumlah disiplin ilmu pengetahuan dan teknologi bidang kedokteran dan kesehatan atau yang terkait yang mengedepankan efisiensi dan produktivitas.
2. Dewan Pengawas adalah organ non struktural rumah sakit yang mewakili rektor untuk melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat non teknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat.
3. Direktur Utama adalah organ RS Unhas yang memimpin penyelenggaraan dan pengelolaan Rumah Sakit.
4. Komite adalah organ non struktural di bawah Direktur Utama yang bertanggung jawab atas pemberian rekomendasi kepada Direktur Utama dalam penerapan tata kelola klinik dan tata kelola organisasi yang baik.
5. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah unit yang bertanggung jawab kepada Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan untuk mengorganisir staf medik fungsional dalam menyelaraskan kebijakan RS Unhas dalam pelaksanaan diagnosa, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan di rumah sakit.
6. Manajer adalah organ di bawah Direktur yang membantu Direktur dalam penyelenggaraan operasional Direktur.
7. Instalasi adalah unit pelayanan yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian di rumah sakit.

8. Unit adalah organ di bawah Direktur/Manajer Bidang yang melaksanakan tugas teknis operasional dan administratif yang diperlukan untuk penyelenggaraan kegiatan pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian di rumah sakit.
9. Pegawai RS Unhas terdiri atas tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan.
10. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
11. Tenaga non Kesehatan adalah sumber daya manusia yang bekerja di RS Unhas untuk menunjang pengoordinasian, penyelenggaraan dan/atau pengelolaan kegiatan pendidikan, pelayanan dan penelitian di RS Unhas dengan menggunakan disiplin ilmu pengetahuan dan teknologi non kesehatan.
12. Pelayanan Rawat Jalan adalah pasien untuk diagnosis, pengobatan dan rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa menginap di Rumah Sakit. Pelayanan rawat jalan adalah pemberian pelayanan kesehatan rawat jalan di Rumah Sakit yang diselenggarakan melalui pelayanan dokter spesialis-subspesialis.
13. Profesi Pemberi Asuhan, yang selanjutnya disingkat PPA, adalah staf rumah sakit yang berhak memberikan rencana asuhan pasien terkait kondisi perkembangan pasien setiap waktu.
14. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung di rumah sakit.

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

Pedoman pelayanan unit rawat jalan dan rawat inap Instalasi layanan mata di Rumah Sakit Unhas ini dimaksudkan guna memberikan petunjuk dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan penyelenggaraan pelayanan unit rawat jalan dan rawat inap instalasi layanan mata di Rumah Sakit Unhas yang berorientasi kepada keselamatan dan keamanan pasien sehingga didapatkan suatu pelayanan baku, berkualitas dan komprehensif. Adapun tujuan dari pedoman ini tercantum dalam lampiran Peraturan Direktur Utama Rumah Sakit Unhas yang merupakan bagian tidak terpisahkan.

BAB III

PENYELENGGARAAN

Pasal 3

Penyelenggaraan pelayanan di unit rawat jalan dan rawat inap Instalasi layanan mata hanya dapat dilakukan oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang terlatih dan berkompeten.

Pasal 4

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan / penyelenggaraan / ketenagaan pelayanan unit rawat jalan dan rawat inap instalasi layanan mata sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Direktur ini.

BAB IV

RUANG LINGKUP

Pasal 5

Ruang lingkup pelayanan yang diberikan di unit rawat jalan dan rawat inap Instalasi layanan mata Rumah Sakit Unhas adalah sebagai berikut:

(1) Rawat Jalan

Ruang lingkup pelayanan mata umum spesialis dan pelayanan subspecialis.

Pelayanan mata umum: Memberikan pelayanan dengan lingkup yang terbatas yaitu pasien dengan diagnosa yang ringan dan di periksa oleh dokter spesialis mata.

Pelayanan sub-spesialis: Memberikan pelayanan kepada pasien yang memerlukan penanganan lebih lanjut dengan dilayani oleh dokter spesialis – subspecialistik yaitu subspecialis infeksi dan imunologi (IIM), vetrio retina (VR), neuro oftalmologi (NO), glukoma, kornea, lensa dan bedah refraktif (KBR), rekonstruksi okuloplasti dan onkologi (ROO), pediatrik oftalmologi (PO).

(2) Rawat Inap

Dimaksudkan guna memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien untuk tujuan pengamatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan pelayanan kesehatan lainnya yang akan ditangani oleh dokter spesialis atau sub-spesialis yang mengharuskan pasien tersebut dirawat inap.

- a. Pemeriksaan dan konsultasi dan pengobatan oleh dokter spesialis.
- b. Perawatan, makanan dan akomodasi diruang perawatan.
- c. Pemeriksaan penunjang diagnostik
- d. Tindakan medis yang bersifat diagnostik, terapeutik maupun operatif.
- e. Pemberian obat-obatan pada pasien sesuai dengan catatan

daftar obat dan instruksi dokter spesialis.

- f. Pelayanan transfusi darah.
- g. Pemberian surat rujukan.
- h. Pemakaian peralatan yang tersedia seperti oksigen.

BAB V

ORGANISASI

Pasal 6

1. Unit rawat jalan dan rawat inap instalasi layanan mata dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
2. Kepala ruangan bertanggung jawab langsung kepada Kepala Instalasi dan berlaku sebagai mitra.
3. Kepala ruangan bertanggung jawab terhadap pelayanan keperawatan di tingkat unit kepada Manajer Keperawatan.
4. Perawat Primer, dan perawat pelaksana bertanggung jawab kepada kepala ruangan dan kepala instalasi.
5. Admin ruangan bertanggung jawab langsung kepada Kepala Instalasi dan berkoordinasi dengan kepala ruangan.

BAB VI

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 7

1. Direktur Utama, Direktur pelayanan medik dan penunjang medik, Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik, Komite Keperawatan, Komite PPI, Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Komite Etik & Hukum, serta Satuan Pemeriksa Internal (SPI) melakukan pembinaan dan pengawasan sesuai dengan tugas, fungsi dan kewajibannya masing-masing.

2. Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud diarahkan untuk :
 - a. Melindungi pasien dalam penyelenggaraan pelayanan Instalasi layanan mata yang dilakukan tenaga kesehatan;
 - b. Mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan Instalasi layanan mata sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran; dan
 - c. Memberikan kepastian hukum bagi pasien dan tenaga kesehatan.
3. Pengawasan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dapat dilakukan secara eksternal maupun internal.
4. Pengawasan internal Rumah Sakit terdiri dari:
 - a. Pengawasan teknis medis; dan
 - b. Pengawasan teknis perumahsakit.
5. Pengawasan teknis medis sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis melalui Komite Medik Rumah Sakit.
6. Pengawasan teknis perumahsakit sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b adalah pengukuran kinerja berkala yang meliputi kinerja pelayanan dan kinerja keuangan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal.

BAB VII

PENCATATAN DAN PELAPORAN

Pasal 8

1. Setiap profesional pemberi asuhan melakukan pendokumentasian pada berkas rekam medik pasien baik dalam bentuk kertas maupun rekam medik elektronik.
2. Pendokumentasian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa:
 - a. Asesmen medis, keperawatan, gizi;
 - b. Catatan perkembangan pasien
 - c. Pemantauan PEWS/MEOVS/NEWS
 - d. Penilaian lanjutan risiko jatuh anak/dewasa/lansia/

- e. Catatan observasi rawap inap
 - f. Catatan keperawatan
 - g. Monitoring TTV, nyeri, jatuh
 - h. Barthel index
 - i. Kontrol pemberian obat
 - j. Edukasi terintegrasi
 - k. Pemeriksaan penunjang
 - l. E-resep
 - m. Konsultasi
3. Penanggungjawab instalasi layanan mata membuat pelaporan pelayanan yang dilakukan setiap bulan.
4. Pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berupa:
- a. Rekapitulasi pasien
 - b. Hasil BOR, AvLOS, TOI, BTO
 - c. Standar Pelayanan Minimum
 - d. Indikator mutu unit
 - e. Kinerja pegawai di unit

BAB VIII

PENUTUP

Pasal 9

Peraturan Direktur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.
Agar setiap orang mengetahui, memerintahkan pengundangan Peraturan Rektor dengan penempatannya.

Ditetapkan di Makassar

pada tanggal 17 April 2023

DIREKTUR UTAMA;



ANDI MUHAMMAD ICHSAN

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Andi Muhammad Ichsan", written below the printed name.

LAMPIRAN

PERATURAN DIREKTUR UTAMA

RUMAH SAKIT UNHAS

NOMOR 128/UN4.24.0/2023

TANGGAL 17 APRIL 2023

TENTANG PEDOMAN PELAYANAN

UNIT RAWAT JALAN DAN RAWAT INAP

INSTALASI LAYANAN MATA

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Peningkatan kinerja pelayanan kesehatan telah menjadi tema utama diiseleruh dunia. Dengan tema ini, pelayanan kesehatan dan kelompok profesional kesehatan sebagai pemberi pelayanan harus menampilkan akuntabilitas sosial mereka dalam memberikan pelayanan yang mutakhir kepada pasien yang berdasarkan standar profesionalisme, sehingga diharapkan dapat memenuhi harapan masyarakat. Sebagai konsekuensinya peningkatan kinerja memerlukan persyaratan yang diterapkan dalam melaksanakan pekerjaan yang berdasarkan standar tertulis. Instalasi layanan mata merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang meliputi pelayanan mata umum, infeksi dan imunologi (IIM), vetrio retina (VR), neuro oftalmologi (NO), glukoma, kornea, lensa dan bedah refraktif (KBR), rekonstruksi okuloplasti dan onkologi (ROO), pediatrik oftalmologi (PO). Pelayanan perlu di tingkatkan dan dikembangkan secara berkesinambungan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan, pengobatan, perawatan ke pasien.

Dalam pelayanan keperawatan, standar sangat membantu perawat untuk mencapai asuhan yang berkualitas. Namun keberhasilan dalam mengimplementasikan standar sangat tergantung pada individu itu sendiri, usaha bersama dari semua staf serta partisipasi dari seluruh anggota profesi. Standar yang dikembangkan dengan baik akan memberikan ciri

ukuran kualitatif yang tepat seperti yang tercantum dalam standar pelaksanaannya. Standar selalu berhubungan dengan mutu karena standar menentukan mutu. Standar dibuat untuk mengarahkan cara pelayanan yang akan diberikan serta hasil yang ingin dicapai. Pemilihan prosedur, mempertimbangkan informasi dari asesmen, tes diagnostik, dan sumber lain yang tersedia. Pasien dan keluarga atau para pembuat keputusan menerima informasi yang adekuat untuk berpartisipasi dalam keputusan pemberian pelayanan.

B. TUJUAN PEDOMAN

1. Tujuan Umum

Tercapainya unit rawat jalan dan rawat inap instalasi layanan mata sebagai unit yang dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, berkualitas yang mencakup meningkatnya mutu pelayanan kesehatan dan meningkatnya keterampilan perawat / tenaga kesehatan

2. Tujuan Khusus.

- 1) Mengetahui standar ketenagaan di unit rawat jalan dan rawat inap instalasi layanan mata unit di Rumah Sakit Unhas.
- 2) Mengetahui standar fasilitas di unit rawat jalan dan rawat inap instalasi layanan mata unit di Rumah Sakit Unhas.
- 3) Mengetahui tata laksana pelayanan di unit rawat jalan dan rawat inap instalasi layanan mata unit di Rumah Sakit Unhas.
- 4) Mengetahui penyediaan logistik di unit rawat jalan dan rawat inap instalasi layanan mata unit di Rumah Sakit Unhas.
- 5) Mengetahui keselamatan pasien dalam pelayanan di unit rawat jalan dan rawat inap instalasi layanan mata unit di Rumah Sakit Unhas.
- 6) Mengetahui keselamatan kerja dalam pelayanan di unit rawat jalan dan rawat inap instalasi layanan mata unit di Rumah Sakit Unhas.
- 7) Mengetahui pengendalian mutu pelayanan di unit rawat jalan dan rawat inap instalasi layanan mata unit di Rumah Sakit Unhas.

C. RUANG LINGKUP PELAYANAN

1. Pelayanan unit rawat jalan Instalasi Layanan Mata meliputi:

Ruang lingkup pelayanan mata umum spesialis dan pelayanan subspecialis Pelayanan mata umum: Memberikan pelayanan dengan lingkup yang terbatas yaitu pasien dengan diagnosa yang ringan dan di periksa oleh dokter spesialis mata. Pelayanan sub spesialis: Memberikan pelayanan kepada pasien yang memerlukan penanganan lebih lanjut dengan dilayani oleh dokter spesialis – subspecialistik yaitu subspecialis infeksi dan imunologi (IIM), vetrio retina (VR), neuro oftalmologi (NO), glukoma, kornea, lensa dan bedah refraktif (KBR), rekonstruksi okuloplasti dan onkologi (ROO), pediatrik oftalmologi (PO).

- a. Pemeriksaan dan konsultasi dan oleh dokter spesialis.
- b. Pemeriksaan penunjang diagnostik
- c. Tindakan medis yang bersifat diagnostik, terapeutik maupun operatif / ODC.
- d. Pemberian obat-obatan pada pasien sesuai dengan catatan daftar obat dan instruksi dokter spesialis.

Ruang lingkup unit kerja yang terkait pelayanan di unit rawat jalan instalasi layanan mata adalah:

- a. Instalasi Gawat Darurat
- b. Instalasi Laboratorium
- c. Instalasi Radiologi
- d. Instalasi rawat jalan gedung EF
- e. Instalasi Farmasi

2. Pelayanan unit rawat inap instalasi layanan mata meliputi:

Pelayanan Kesehatan kepada pasien untuk tujuan pengamatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan pelayanan kesehatan lainnya yang akan ditangani oleh dokter spesialis atau sub-spesialis yang mengharuskan pasien tersebut dirawat inap.

- e. Pemeriksaan dan konsultasi dan pengobatan oleh dokter spesialis.

- f. Perawatan, makanan dan akomodasi diruang perawatan.
- g. Pemeriksaan penunjang diagnostik
- h. Tindakan medis yang bersifat diagnostik, terapeutik maupun operatif.
- i. Pemberian obat-obatan pada pasien sesuai dengan catatan daftar obat dan instruksi dokter spesialis.
- j. Pelayanan transfusi darah.
- k. Pemberian surat rujukan.
- l. Pemakaian peralatan yang tersedia seperti oksigen.

Ruang lingkup unit kerja yang terkait pelayanan di unit rawat inap instalasi layanan mata adalah:

- a. Instalasi Gawat Darurat
- b. Instalasi Rawat Jalan
- c. Instalasi Care Unit
- d. Instalasi Kemoterapi
- e. Instalasi Hemodialisa
- f. Instalasi Rawat Inap dan kamar bersalin
- g. Instalasi Laboratorium
- h. Instalasi Radiologi

D. BATASAN OPERASIONAL

1. Unit rawat jalan Instalasi Layanan Mata Rumah Sakit Unhas
Poliklinik Mata dimana didalamnya mencakup pelayanan pemeriksaan, penentuan diagnosa, serta tindakan. Dokter yang melayani adalah dr.Sp.M, dokter spesialis konsultan dan peserta didik spesialis.
Pendaftaran pasien bisa melalui dua cara yaitu pendaftaran online di mobile JKN unuk pasien BPJS, dan juga pendaftaran secara manual. Pasien yang mendaftar dengan online memperlihatkan bukti balasan pendaftaran pada saat nomor antrian disebut ke bagian admisi dan admisi akan mengarahkan pasien sesuai dengan rujukan poli yang ditunjukkan atau sesuai keluhan pasien. Sedangkan pasien yang mendaftar secara manual dengan mengambil nomor antrian di Loker dan

memperlihatkan keadmisi nomor antrian yang telah disebut dan admisi mengarahkan ke poli yang ditunjukkan sesuai rujukan atau keluhan pasien.

2. Unit rawat inap instalasi layanan mata Rumah Sakit Unhas beroperasi selama 24 jam yang menerima pasien dari rawat jalan dan IRD. Standar unit kerja meliputi ruang rawat pasien, nurse station, ruang tindakan, ruang perawat, ruang linen kotor, kamar mandi/toilet, ruang jaga residen. Adapun kondisi unit rawat inap instalasi layanan mata Rumah Sakit Unhas, terdiri dari:

a. Ruang Pasien Rawat Inap.

Ruangan untuk pasien yang memerlukan asuhan keperawatan pengobatan secara berkesinambungan. Di ruang rawat inap layanan mata terdiri dari VIP, ruang kelas I,II, dan III.

b. Nurse Station

Ruangan ini dilengkapi meja nurse station, kursi, tempat berkas, komputer, telepon, lemari alat, lemari BHP, lemari obat dan troli Tindakan. Kegiatan di ruangan ini meliputi: Serah terima pasien baru dan pulang, penandatanganan surat pernyataan keluarga pasien (apabila diperlukan persetujuan pengobatan, tindakan perawatan ataupun persetujuan tindakan bedah).

c. Ruang Tindakan

Ruangan ini berisi alat-alat kesehatan, bed pasien, troly emergensi, lemari linen bersih, lemari B3 dan tempat layanan konsultasi. Tempat ini juga dapat digunakan untuk melakukan tindakan kedokteran tertentu.

d. Ruang Perawat

Ruangan ini berisi loker perawat dan dapat digunakan perawat untuk beristirahat secara bergantian pada saat bertugas.

e. Ruang Linen Kotor

Tempat untuk penyimpanan linen kotor yang telah digunakan di ruang rawat inap sebelum di bawa ke ruang cuci (laundry). Ruang linen kotor terdiri dari 2 box besar tertutup, 1 box tertutup untuk linen

infeksius dan 1 box tertutup untuk linen non infeksius.

f. Kamar Mandi / Toilet.

Kamar mandi / toilet di ruang rawat inap mata Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, terdapat disetiap ruang perawatan VIP dan kls 1, dan 2 kamar mandi umum pasien yang setiap hari dibersihkan oleh petugas cleaning service.

g. Ruang Jaga Residen

Ruang ini dapat digunakan oleh residen jaga untuk berdiskusi, mengerjakan tugas maupun untuk beristirahat pada saat jaga.

E. LANDASAN HUKUM

Sebagai dasar dikeluarkannya surat keputusan ini adalah ketentuan dalam bidang kesehatan terutama yang menyangkut hak pasien dan keluarga, serta kewajiban staf rumah sakit yang terlibat dalam pelayanan pasien dalam memenuhi kebutuhan pasien sebagai berikut :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang RumahSakit
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 tahun 1999 tentang perlindungan konsumen
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 Tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien
5. Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan
6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
7. SK Menkes 436/93 tentang Standar Pelayanan RS dan Standar Pelayanan Medik.
8. Kepmenkes RI no. 432 tahun 2007;“Pedoman tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit”.

BAB II

STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

Uraian kualifikasi ketenagaan unit rawat jalan dan rawat inap instalasi layanan mata sebagai berikut :

No.	Jenis Tenaga	Ruangan	Pendidikan	Jumlah
1	Kepala Instalasi	Layanan Mata	Dokter Spesialis Mata	1
2	Dokter	Rawat Jalan, Rawat Inap	Dokter Spesialis	
3	Kepala Ruangan	Rawat Jalan dan Rawat Inap	Ners	1
4	Perawat Primer	Rawat Inap	Ners	1
5	Perawat Pelaksana	Rawat Jalan	Ners	4
		Rawat Inap	Ners	11
			D3 Keperawatan	8
6	Refraksionis	Rawat Jalan	D3	2
7	Admin Ruangan	Rawat Inap	DIII / S1 semua jurusan yang bisa mengoperasikan computer dan berkomunikasi dengan baik	1

B. Distribusi Ketenagaan

Jenis Tenaga	
Dokter Spesialis / residen	On Site 24 jam
Kepala Ruangan	Jam Kerja / Di luar jam kerja
Perawat	On Site 24 jam (dibagi dalam 3 shift)
Admin Ruangan	Jam Kerja (Senin – Sabtu)

Instalasi Layanan Mata	PENDIDIKAN			Admin	Jumlah SDM	STATUS KEPEGAWAIAN		
	Ners	D3 Keperawatan	Refraksionis			PNS	Pegawai Tetap Non PNS	Pegawai Tidak Tetap
Rawat Jalan	4	-	2	-	6	2	2	2
Rawat Inap	10	2	-	1	13	-	4	9
JUMLAH	14	2	2	1	19	2	6	11

Distribusi shift perawat Instalasi Layanan Mata

Unit	Jumlah Petugas Pershift		
	Pagi (07.30 – 14.00)	Siang (14.00 – 21.00)	Malam (21.00 – 08.00)
Rawat Jalan	6 (07.30 – 16.00)	-	-
Rawat Inap	2 - 3	2 - 3	2 - 3

Perencanaan kebutuhan tenaga perawat pada setiap unit pelayanan keperawatan dilakukan berdasarkan perhitungan Analisis Beban Kerja (Workload) dari masing-masing unit pelayanan keperawatan. Dalam menghitung kebutuhan tenaga perawat, setiap unit perawatan akan mengacu pada standar sebagai berikut:

1. Ruang rawat jalan

$$\text{Tenaga Perawat} = \frac{BK \times 313 \text{ hari}}{289 \times \text{jam kerja/hari}}$$

Keterangan:

BK = Beban kerja perawat rawat jalan satu unit poli pelayanan

313 = Jumlah hari kerja Official selama setahun

289 = Hari kerja efektif perawat per tahun

{365- (52 hr minggu + 12 hari libur nasional + 12 hari cuti tahunan) = 289 hari}

2. Ruang Rawat Inap

$$\text{Tenaga Perawat} = \frac{A \times B \times 365 \text{ hari}}{255 \times \text{jam kerja/hari}}$$

Keterangan:

A= Jumlah jam perawatan/24 jam

B= Sensus harian (BOR RS)

255 = Hari kerja efektif perawat per tahun dengan 3/4 atau 6/8 (2 x pagi, 2x sore, 2x malam dan libur)

{365- (12 hari libur nasional + 12 hari libur cuti tahunan x 3/4) = 255 hari}

Hari kerja efektif perawat per tahun dengan waktu kerja reguler {365- (12 hari libur nasional + 12 hari libur cuti tahunan x 4/5) = 273 hari}

Efektifitas kerja perawat rawat inap berdasarkan permenpan :

a. Shift pagi 6,5 jam.

b. Shift Siang 7 jam.

c. Shift Malam 10,5 jam

Ketertanggungans Pasien

KOMPONEN	MINIMAL CARE/ SELF CARE	PARTIAL CARE	TOTAL CARE (30 Poin)	INTENSIVE CARE (40 Poin)
Aktifitas sehari-hari/ADL	Kebersihan diri, mandi, ganti pakaian dilakukan sendiri	Kebersihan diri, mandi, ganti pakaian dibantu	Sebagian besar aktivitas dibantu	Segala aktivitas dibantu oleh perawat
	Makan dan minum dilakukan sendiri	Makan dan minum dibantu	Terpasang kateter foley, intake dan output dicatat	Makan memerlukan NGT dan menggunakan suction
	Ambulasi dengan pengawasan	Ambulasi dibantu, pengobatan lebih dari sekali	Kenyamanan, tidak bisa merubah posisi sendiri, dibantu oleh dua orang	Terpasang kateter foley, intake dan output dicatat dan Posisi pasien diatur
Status Umum Kesehatan	Pengobatan minimal, status psikologi stabil	Pengobatan minimal, status psikologi stabil	Pengobatan lebih dari sekali, persiapan pengobatan memerlukan prosedur	Gelisah/ disorientasi
Treatment dan medikasi	Manajemen nyeri ringan	Manajemen nyeri sedang	Manajemen nyeri berat	
	Observasi tanda-tanda vital dilakukan tiap shift	Observasi tanda-tanda vital dilakukan tiap shift	Observasi tanda-tanda vital setiap 4-6 jam sekali	Observasi tanda-tanda vital setiap 1-2 jam sekali
	tidak terpasang infus	Terpasang infus	Terpasang infus	Terpasang infus

C. Pengaturan Jaga

Jam dinas di unit rawat jalan setiap hari senin - kamis Pukul 07.30-16.00

WITA, dan hari Jum'at pukul 07.30 -16.30 WITA.

Pengaturan tenaga kerja di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin

berdasarkan shift dan nonshift sebagai berikut:

1. Pegawai Shift

Senin- Minggu

Shift Pagi: 07.30-14.00 WITA

Shift Siang: 14.00 - 21.00 WITA

Shift Malam : 21.00 - 07.30 WITA

2. Pegawai non shift (Tidak termasuk libur nasional)

Senin - Kamis: 07.30 - 16.00 WITA

Jumat: 07.30 - 16.30 WITA

3. Admin Ruangan

Senin- Sabtu

Pagi : 07.30-14.00 WITA

4. Pengaturan Jaga Perawat

- ◇ Pengaturan jadwal dinas perawat dibuat dan di pertanggung jawabkan oleh Kepala Ruang (Karu) di unit rawat jalan dan rawat inap dan disetujui oleh Manajer Keperawatan.
- ◇ Jadwal dinas dibuat untuk jangka waktu satu bulan dan direalisasikan ke perawat pelaksana setiap satu bulan.
- ◇ Untuk tenaga perawat yang memiliki keperluan penting pada hari tertentu, maka perawat tersebut dapat mengajukan permintaan dinas kepada kepala ruangan. Permintaan akan disesuaikan dengan kebutuhan tenaga yang ada (apa bila tenaga cukup dan berimbang serta tidak mengganggu pelayanan, maka permintaan disetujui).
- ◇ Setiap tugas jaga / shift harus ada perawat penanggung jawab shift
- ◇ Jadwal dinas terbagi atas dinas pagi, sore, dinas malam, libur dan cuti.
- ◇ Jika tenaga perawat jaga karena sesuatu hal sehingga tidak dapat jaga sesuai jadwal yang telah ditetapkan (terencana), maka perawat yang bersangkutan harus memberitahu Karu maksimal 5 hari sebelum jadwal jaga tersebut atas sepengetahuan kepala ruangan dan persetujuan kepala instalasi. Sebelum memberitahu Karu, diharapkan perawat yang bersangkutan sudah mencari perawat pengganti.
- ◇ Apabila ada tenaga perawat tiba – tiba tidak dapat jaga sesuai jadwal yang telah ditetapkan (tidak terencana), maka Karu akan mencari pengganti. Kemudian perawat tersebut melapor ke kabid SDM bahwa ia tidak dapat dinas sesuai jadwal disertai alasan yang kuat.
- ◇ Setiap perawat pelaksana dapat melakukan pertukaran jaga untuk urusan penting maksimal 2 kali dalam sebulan, dan melakukan pergantian pertukaran dalam bulan yang sama

BAB III

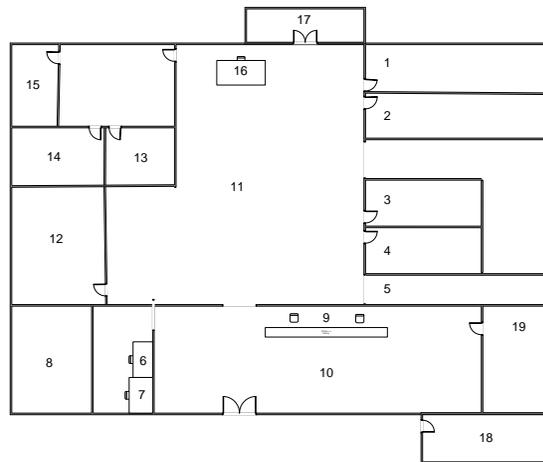
STANDAR FASILITAS

A. Denah Ruang

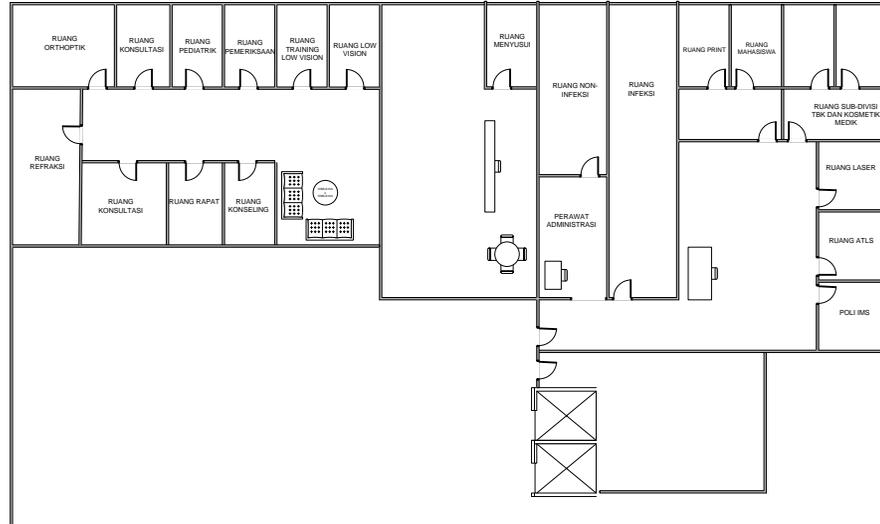
1. Rawat Jalan instalasi layanan mata

Ruang rawat jalan instalasi layanan mata terdapat pada gedung A di lantai 1 dan lantai 2 (khusus poli pediatrik oftalmologi)

Denah Ruangan Rawat Jalan Gedung A Lantai 1



Denah Ruangan Rawat Jalan Gedung A Lantai 2



2. Rawat Inap instalasi layanan mata

Ruang perawatan rawat inap instalasi layanan mata berada di Gedung A rumah sakit unhas lantai 2. Terdiri dari 1 kamar VIP (1 tempat tidur), kelas I terdiri dari 3 kamar (6 tempat tidur / masing – masing kamar 2 tempat tidur), Kelas II terdiri dari 1 kamar (4 tempat tidur), kelas III terdiri dari 2 kamar (12 tempat tidur / masing-masing kamar 6 tempat tidur).

2. Unit rawat inap instalasi layanan mata

Fasilitas Ruangan	Ruangan Instalasi Rawat Inap							Keterangan
	VIP	Kelas 1	Kelas 2	Kelas 3	Ruang Tindakan	Nurse Station	Ruang Perawat	
Tempat tidur pasien	1	6	4	12	1			Memenuhi standar
Bed Site Kabinet	1	6	4	12				Memenuhi standar
Lemari Pakaian	1							Memenuhi standar
Nurse call	-	-	-	-				Tidak memenuhi standar
Meja Makan / meja mayo	1	6	-	-				
Kursi	1	4	1	2	2	6		
Set meja dan kursi tamu	1							
Televisi	1	3	-	-		1		
Tirai	-	6	-	10	-			Tidak memenuhi standar
Jemuran	1	6	-	-				
AC	1	1 (rusak)	1 (rusak)	1 (rusak)	-	-	1	Tidak memenuhi standar
Kulkas	1	-					1	Tidak memenuhi standar
Dispenser	1	-	-	-		1	1	
Kamar Mandi / WC	1	3	-	-			-	Tidak memenuhi standar
Washtafel	1	3	-	-				
Handrub di bed pasien	1	6	4	12				Memenuhi standar
Tensimeter Digital/Sphygmomanometer Digital	-	-	-	-	2			
Tiang Infus	1	6	4	12	1			Memenuhi standar
Film Viewer					-			
Tensimeter, Anaeroid/Sphygmomanometer, Aneroid					2			
Pen Light						1		
Timbangan bayi					1			
Ambu bag dewasa					1			
Ambu bag anak					1			
Lemari Linen					1			
Lemari B3					1			
Bantal					16			
Stetoskop Dewasa					1			
Stetoskop anak					1			
Termometer Digital					1			
Emergency Trolley/					1			
Defibrilator					1			
Slitlamp					1			

Tabung oksigen besar					2			
Tabung oksigen kecil					4			
Oksigen transport					1			
Troli alat					2	2		
Long Spine bord					1			
Suction						1		
Infus pump						2		
Vena Detektor						1		
ECG/EKG/Electrocardiograph 12 Channels					1			
Syringe Pump						2		
Oximeter / Saturasi						1		
Alat GDS						2		
Lampu Periksa/Examination Lamp/Hanging lamp					1			
Nebulizer						1		
Timbangan Pasien						2		
Pengukut tinggi badan						1		
Kursi sofa						4		
Sofa bed	1						3	
Loker							3	
Lemari Obat						2		
Lemari alat						1		
Kulkas Obat						1		
Komputer						4		
Laptop						1		
Telepon						2		
Lemari berkas							2	
Lemari BHP							1	
Lemari barang							1	

Sebagai sarana pendukung dalam memberikan informasi diagnostik juga dilengkapi dengan sarana dan prasarana alat medis yang canggih. Tersedianya air bersih, sumber listrik yang stabil dan tegangan yang konstan, dan jaringan internet.

BAB IV
KEBIJAKAN

1. Jadwal pelayanan poliklinik pagi setiap hari Senin-Sabtu (kecuali hari minggu dan hari libur nasional). Waktu pendaftaran dimulai pukul 07.30 – 14.00 WITA dan waktu pelayanan 07.30 – 16.00 WITA, kecuali jumat 07.30 – 16.30 WITA.
2. Selama jam pelayanan/kerja, petugas wajib menggunakan seragam kerja yang telah ditetapkan oleh rumah sakit dan kartu identitas pegawai dan menggunakan sepatu
3. Pengkajian pasien rawat jalan dilakukan kepada pasien baru dan pasien berulang yang datang berobat di Poliklinik mata Rumah Sakit Unhas.
4. Pasien berhak memilih DPJP, atau pasien memilih sesuai dengan sub bagian penyakit yang dialami.
5. Petugas memberikan edukasi general informed consent kepada pasien
6. Setiap ada kejadian insiden keselamatan pasien, KTD, KNC, KPC, KTC, sentinel wajib melaporkan ke karu/ka.instalasi/tim mutu RS untuk selanjutnya dilaporkan ke bagian komite keselamatan pasien.
7. Pengkajian medik dilakukan oleh tenaga medis yang bertugas di unit rawat jalan maupun rawat inap (dokter spesialis, dokter PPDS yang diberikan wewenang oleh dokter yang bertugas)
8. Pengkajian keperawatan rawat jalan dan rawat inap dilakukan oleh tenaga keperawatan yang bertugas di instalasi layanan mata. Mahasiswa perawat dapat melakukan pengkajian dibawah supervisi perawat ruangan yang bertugas.
9. Pasien yang datang sendiri adalah pasien umum (non rujukan)
10. Pasien dengan rujukan adalah pasien yang datang dengan surat keterangan rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama
11. Pasien yang datang sendiri maupun pasien rujukan mendaftar di admisi gedung A pada hari dan jam kerja/pelayanan rawat jalan.

12. Penerimaan pasien dilakukan sesuai dengan kebutuhan klinis pasien tanpa diskriminasi (perbedaan ras, umur, jenis kelamin, kewarganegaraan, kedudukan sosial, ataupun ketidakmampuan fisik)
13. Penentuan penerimaan dan jenis pelayanan dilakukan berdasarkan hasil skrining serta wawancara pasien dan terkait dengan peralatan dan SDM rumah sakit.
14. Penerimaan dan pendaftaran pasien dilakukan secara konsisten berdasarkan standar rumah sakit.
15. Penerimaan pasien datang sendiri dapat diarahkan ke poli mata umum atau poliklinik sub spesialis yang sesuai kebutuhan pasien
16. Penerimaan pasien dengan rujukan diarahkan ke poliklinik berdasarkan rujukan yang diberikan
17. Pasien yang mendaftar di luar jam pendaftaran diarahkan untuk kembali besok atau IGD jika kondisi pasien mendesak
18. Pasien diberitahu tentang informasi perkiraan biaya pengobatan khusus untuk pasien umum.
19. Saat ada petugas yang sakit / tidak hadir akan dikoordinasikan ke bidang keperawatan untuk dilakukan floating (perawata dari unit lain yang akan membantu)
20. Pendamping pasien rawat inap maksimal 2 orang.
21. Tidak dibolehkan membawa anak umur dibawah 12 tahun ke ruangan pasien.
22. Tidak diperbolehkan merokok dan minum minuman keras di rumah sakit dan ruang pasien.
23. Beberapa kebijakan lain yang belum diatur dalam aturan akan dibuat berdasarkan kondisi yang ada.

BAB V

TATA LAKSANA PELAYANAN

A. UNIT RAWAT JALAN

Pasien rawat jalan terdiri dari:

1. Pasien baru

Pasien yang belum pernah mempunyai riwayat pengobatan di rawat jalan mata Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

2. Pasien Konsul

Pasien yang mendapat konsul dari poli tujuan utama ke poliklinik lain yang ada hubungannya dengan penyakit sebelumnya.

3. Pasien kontrol

Pasien yang telah mendapat pengobatan dari kunjungan sebelumnya dan harus melakukan pemeriksaan kembali.

Prosedur pelayanan di unit rawat jalan instalasi layanan mata:

a. Pendaftaran online / mobile JKN (untuk pasien BPJS)

Pasien mendaftar melalui aplikasi mobile JKN dan memperlihatkan bukti pendaftaran ke bagian admisi.

b. Pendaftaran manual

Pasien mendaftar atau mengambil nomor antrian dibagian loket poliklinik. Kemudian menunggu nomor antrian di ruang tunggu poliklinik hingga mendapat giliran untuk masuk ke poliklinik yang ditunggu. Pendaftaran dimulai Pkl 07.30 – 14.00 WITA

c. Pasien Khusus (fast track)

Pasien Khusus (fast track) diberi tanda dari bagian security / admisi sehingga pasien tidak harus menunggu antrian yang telah diambil. Pasien yang termasuk fast track yaitu:

7. Pasien geriatri yaitu pasien yang usia lebih dari 60 tahun dengan lebih dari 2 penyakit atau pasien yang dengan usia lebih dari 65 tahun.

8. Pasien dengan risiko jatuh yang telah d skrining oleh bagian security.

Skiring Risiko Jatuh di rawat Jalan

Merupakan prosedur untuk mengidentifikasi pasien-pasien beresiko jatuh dengan skala jatuh *Get Up & Go Test* yang merupakan cara cepat dan sederhana menilai kemungkinan pasien jatuh di Rawat Jalan. Menurunkan risiko pasien jatuh di rawat jalan. Membuat asuhan perawatan pasien menjadi lebih aman dengan pemberian intervensi pencegahan jatuh yang tepat.

1. Petugas *Security* melakukan skrining awal resiko jatuh dengan melakukan pengamatan cara berdiri dan berjalan pasien saat memasuki ruang pendaftaran rawat jalan.
2. Apabila dari hasil skrining dengan skala *Get Up & Go Test* ditemukan resiko jatuh, maka petugas *Security* melakukan upaya pencegahan resiko jatuh.
3. Petugas *Security* melakukan pemasangan ID Card (Kartu Penanda Resiko Jatuh) berwarna kuning dengan bertuliskan *Fall Risk*.
4. Petugas *Security* memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang resiko jatuh dan pencegahannya.
5. Petugas *Security* melaporkan kepada perawat rawat jalan / admisi tentang pasien dengan resiko jatuh untuk diprioritaskan.

Form skrining risiko jatuh pasien rawat jalan (<i>GET UP AND GO TEST</i>)					
Form <i>Get Up & Go Test</i>					
No	Penilaian/Pengkajian		Ya	Tidak	
a.	Cara berjalan pasien (salah satu atau lebih) 1. Tidak seimbang / sempoyongan / limbung 2. Jalan dengan menggunakan alat bantu kruk, tripot, kursi, orang lain				
b.	Menopang saat akan duduk : tampak memegang pinggiran kursi atau meja/benda lain penopang saat akan duduk				

No	Hasil	Penilaian/Pengkajian	Ket		
1.	Tidak berisiko	Tidak ditemukan a & b			
2.	Risiko Rendah	Ditemukan salah satu dari a atau b			
3.	Risiko Tinggi	Ditemukan a dan b			

No	Hasil	Tindakan	Ya	Tidak	Ket
1.	Tidak berisiko	Tidak ada tindakan			
2.	Risiko Rendah	Edukasi			
3.	Risiko Tinggi	Pasang penanda berwarna kuning dan edukasi			

B. UNIT RAWAT INAP

Pelaksanaan penerimaan pasien

1. Pasien masuk ke rawat inap melalui IGD atau rawat jalan
2. Pasien tiba diruang perawatan diantar oleh perawat poli / perawat IGD.
3. Sampai diruang perawatan, perawat poli / perawat IGD melakukan operan dengan perawat ruangan terkait kondisi pasien dan tujuan perawatan atau rencana tindak lanjut pasien di rawat inap, mengecek identitas pasien(nama, tanggal lahir, no.RM) sambil mencocokkan dengan status pasien dan gelang pasien bila sudah terpasang dan memverifikasi kelengkapan berkas pasien.
4. Perawat melakukan asesmen keperawatan awal (berdasarkan umur / kelompok / kasus pasien).
5. Perawat melakukan pengkajian awal yang terdiri dari riwayat kesehatan, pengkajian fisik, status fungsional dan pola aktivitas harian, pengkajian nyeri, risiko integritas kulit, risiko jatuh, luka, neurosensory dan risiko nutritional, status psikologis, social- ekonomi, budaya, spiritual, komunikasi dan reproduksi, tingkat pengetahuan dan kebutuhan edukasi kesehatan, skrining discharge planning kemudian merumuskan masalah keperawatan yang timbul dan membuat rencana asuhan keperawatan dan didokumentasikan ke manual rekam medik / elektronik rekam medik.
6. Perawat melakukan orientasi pada pasien dan keluarga. Orientasi pasien baru meliputi:
 - a. Memperkenalkan Ruang perawatan yang ditempati pasien.
 - b. Perkenalan terhadap perawat jaga (Kepala Ruangan, Perawat Primer, dan Perawat pelaksana yang bertugas)
 - c. Menjelaskan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) terhadap pasien.
 - d. Penjelasan tentang penyakit yang diderita, terapi yang akan diberikan dan persiapannya.
 - e. Aturan Rumah Sakit
 - f. Fasilitas

- g. Jam berkunjung
 - h. Penunggu pasien : Hanya boleh ditunggu oleh dua penunggu dan akan mendapatkan kartu pengguna klien rawat inap RSUD.
 - i. Waktu pengantaran makanan, pengambilan air minum
 - j. Penjelasan akan sistem sentralisasi obat
 - k. Penjelasan sebelum melakukan tindakan, pasien diminta menyebutkan nama dan tanggal lahir
 - l. Penjelasan pelayanan spiritual
 - m. Penjelasan alur komplain
 - n. Penjelasan alur kehilangan barang
 - o. Penjelasan alur evakuasi bencana
 - p. Perkenalan ruangan/lingkungan :, Kamar mandi/WC, ruang dokter, ruang perawat, depo farmasi, letak pispot dan urinal.
 - q. Anjurkan untuk tidak membawa barang berharga
 - r. Perkenalkan klien baru dengan klien lain yang sekamar (bila ada)
 - s. Menanyakan kembali tentang informasi yang telah disampaikan
 - t. Menghubungi dokter yang merawat
 - u. Pemberian informasi tentang hak dan kewajiban pasien
7. Dokter melakukan asesmen medis awal dan didokumentasikan di elektronik rekam medik
 8. Assesmen awal medis dan keperawatan harus dilengkapi dalam 1 x 24 jam.
 9. Menentukan diagnosa pasien,
 10. Membuat Nursing Care Plan (NCP) atau rencana asuhan pasien. Buat rencana keperawatan / medis berdasarkan skala prioritas (mulai dari keadaan umum pasien, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang) kolaborasikan dengan dokter spesialis lain atau yang merawat untuk tindakan medis, pemberian terapi dan tindakan pelayanan selanjutnya atau kolaborasikan dengan tim medis lain bila diperlukan.
 11. Melakukan evaluasi (SOAP)
 12. Informasikan / berikan edukasi kepada keluarga/ pasien untuk ikut dalam pengambilan keputusan untuk pelayanan selanjutnya

13. Melakukan dokumentasi asuhan pada rekam medis pasien / elektronik rekam medis
14. Bila tempat tidur rawat inap penuh, pasien dari IGD maka pasien di edukasi untuk menunggu sampai ada tempat tidur kosong dan tetap di rawat di IGD atau dirujuk ke rumah sakit lain, jika pasien dari rawat jalan (poliklinik) di edukasi perawatan di Gedung EF atau menunggu sampai ada tempat tidur yang kosong sambil mengecek ketersediaan tempat tidur atau pasien diarahkan ke rumah sakit lainnya.
15. Untuk perencanaan fasilitas alokasi tempat, peralatan, utilitas, teknologi medis, dan kebutuhan lain serta perencanaan tenaga SDM yang akan dipakai di ruang dengan memakai fasilitas peralatan dan teknologi medis yang ada, atau berkoordinasi dengan unit perawatan yang lain di rumah sakit unhas serta untuk bantuan tenaga yang diambil dari ruangan lain bagi yang tidak sedang berdinam dengan koordinasi dengan bidang keperawatan.

Pelaksanaan perawatan pasien rawat inap:

1. Mengobservasi kondisi pasien setiap shift atau sesuai kebutuhan
2. Memberikan penjelasan kepada pasien atau keluarga tentang kondisi maupun tindakan yang akan dilakukan
3. Melaksanakan tindakan dengan memperhatikan sasaran keselamatan pasien :
 - a. Identifikasi pasien dengan benar
 - b. Meningkatkan komunikasi efektif melalui metode S-BAR & TBAK
 - b. Meningkatkan kewaspadaan penggunaan obat High alert
 - c. Memastikan tepat sisi, prosedur, tepat pasien, dalam proses pembedahan.
 - d. Mengurangi resiko infeksi
 - e. Mengurangi resiko jatuh
4. Kolaborasi dengan dokter dan tim kesehatan yang lain

Pelaksanaan Izin keluar sementara

1. Pasien menyampaikan keluhan dan tujuan meminta izin untuk keluar dari area rumahsakit
2. Perawat mengkaji dan menentukan keperluan izin pasien sesuai dengan kebutuhan untuk peningkatan kualitas kesehatan pasien yang sementara di rawat
3. Perawat mengkonfirmasi keluhan dan permintaan izin pasien ke dokter penanggungjawab.
4. Dokter penanggung jawab menjelaskan risiko yang bisa terjadi jika pasien tetap meninggalkan area rumah sakit pada saat pasien sementara proses perawatan
5. Dokter penanggungjawab menentukan boleh atau tidaknya pasien meninggalkan arearumah sakit disesuaikan dengan kondisi pasien yang bersangkutan
6. Jika dokter penanggung jawab membolehkan, maka perawat mengkoordinasikan instruksi dokter dan keluhan pasien tentang permintaan izin ke kepala ruangan dan kepala instalasi
7. Kepala ruangan/kepala instalasi menentukan berapa lama pasien bisa diberi izin berada di area luar rumah sakit untuk menyelesaikan kepentingan yang berhubungan dengan peningkatan kualitas kesehatannya.
8. Perawat memberikan form permintaan izin untuk ditandatangani pasien

Pelaksanaan Penundaan Pelayanan

Dokter yang bersangkutan sudah menyampaikan informasi bahwa :

1. Terlambat datang untuk visite sesuai jadwal visite, disertai alasan dan jam datang untuk visite.
2. Berhalangan tidak dapat visite karena alasan tertentu, disertai surat izin dan surat pelimpahan tugas (dokter pengganti) yang disampaikan kepada direksi.
3. Kepala bidang pelayanan medis menyampaikan kepada bagian/unit terkait.

4. Jika dokter yang bersangkutan terlambat datang untuk visite :
 - a. Perawat ruangan rawat inap segera menginformasikan kepada pasien dan keluarga pasien bahwa dokter yang bersangkutan terlambat datang untuk visite dan permohonan maaf atas ketidaknyamanan tersebut.
 - b. Sarankan :
 - Jika pasien dalam kondisi menurun, maka dapat disarankan untuk di visite dokter jaga ruangan.
 - Jika pasien tidak mau ke dokter yang lain, maka dapat disarankan untuk bersabar menunggu.
5. Jika dokter yang bersangkutan berhalangan tidak dapat visite, maka:
 - a. Perawat ruangan rawat inap segera menginformasikan kepada pasien dan keluarga pasien bahwa dokter yang bersangkutan berhalangan tidak dapat visite, menginformasikan juga dokter pengganti, dan permohonan maaf atas ketidaknyamanan tersebut.
 - b. Sarankan:
 - Apabila pasien tersebut setuju, maka pasien akan di visite oleh dokter pengganti.
 - Apabila pasien tidak setuju, maka perawat ruangan rawat inap menawarkan di visite dokter jaga ruangan.

Pelaksanaan Pemulangan Pasien

1. Merupakan suatu proses multidisiplin melibatkan PPA (dalam hal ini DPJP dan Perawat penanggung jawab)
2. Tetapkan prioritas mengenai hal-hal yang dibutuhkan oleh pasien dan keluarga.
3. DPJP dan perawat penanggung jawab harus memastikan pasien memperoleh perawatan yang sesuai dan adekuat serta proses Discharge planning berjalan lancar.
4. Tugas DPJP dan perawat penanggung jawab berkolaborasi dengan MMP adalah:
 - a. Mengkoordinasikan semua aspek perawatan pasien termasuk

- discharge planning, assesmen dan peninjauan ulang rencana perawatan serta memastikan semua rencana berjalan dengan lancar.
- b. Mengambil tindakan segera bila terdapat masalah
 - c. Mengkoordinasi semua aspek perawatan pasien termasuk Discharge planning, assesmen, dan peninjauan ulang rencana perawatan.
 - d. Mendiskusikan dengan pasien mengenai perkiraan tanggal pemulangan pasien dalam 24 jam setelah pasien dirawat.
 - e. Identifikasi, melibatkan dan menginformasikan pasien mengenai rencanakeperawatan,
 - f. Catat semua perkembangan ke dalam rekam medis pasien
 - g. Melibatkan pasien dan keluarga pasien sebagai partner penuh dalam proses discharge planning.

Pelaksanaan Transfer pasien

1. Persiapan Sebelum Melakukan transfer :
 - Rekam medis pasien
 - Hasil pemeriksaan, foto rontgen, USG, EKG, dll
 - Formulir pesanan pindah/pulang
 - Alat transportasi; tempat tidur / kursi roda
 - Obat-obatan, alkes milik pasien dan barang-barang pribadi pasien
 - Alat bantu kesehatan yang dipakai, seperti : O2, standar infus, dll.
2. Petugas medis perlu juga menjelaskan kepada pasien dan keluarga bahwa pasien akandipindahkan ke unit perawatan sesuai kebutuhan pasien dan meminta persetujuan daripasien atau keluarga.
3. Setelah pasien atau keluarga setuju, petugas medis menginformasikan ke bagian admisi bahwa pasien akan dipindahkan antar unit dan mengarahkan keluarga pasien ke admisi untuk pengurusan administrasi.
4. Petugas admisi menginformasikan kepastian tempat perawatan sesuai dengan kebutuhan. Kemudian admisi akan menginformasikan ke unit perawatan yang dituju tentang rencana kepindahan pasien berikut identitas, kondisi, diagnosa medik, alasan pindah dan dokter yang merawat.

5. Perawat menyiapkan pesanan pindah sesuai dengan program medik
6. Perawat mengkaji status kesehatan pasien sebelum dipindahkan.
7. Perawat menginformasikan perawat unit yang dituju bahwa pasien boleh dijemput/ diantar ke unit yang akan dituju.
8. Perawat unit perawatan mengantar / menjemput pasien, selanjutnya dilakukan serah terima pasien berikut pesanan pindah, alat yang dipakai dan obat-obatan pasien
9. Melakukan observasi terakhir kondisi pasien di unit dengan disaksikan oleh perawat yang menjemput pasien.
10. Memindahkan pasien dari tempat tidur unit ke tempat tidur perawatan.
11. Mengantar pasien ke unit perawatan yang dituju sesuai kriteria yang ditentukan.
12. Perpindahan pasien dari unit perawatan intensif ke unit perawatan dilaksanakan setelah dokter intensif bersama dokter yang merawat menetapkan bahwa kondisi kesehatan pasien tidak lagi memerlukan perawatan intensif dan dapat dirawat di unit perawatan
13. Pasien yang masih memerlukan bantuan oksigen, unit perawatan menyiapkan oksigen untuk selama transportasi.
14. Setelah pasien dipindahkan perawat intensif memberitahukan kepada dokter yang merawat bahwa pasien sudah dipindahkan ke unit perawatan

Pemantauan Obat dan Peralatan Selama Transfer Pasien

15. Selama proses transfer pasien tetap di monitor
16. Peralatan pemantauan harus dipastikan tersedia dan berfungsi dengan baik sebelum transfer dilakukan.
17. Hindari penggunaan tiang dengan selang infus yang terlalu banyak agar akses terhadap pasien tidak terhalang dan stabilitas brankar terjaga dengan baik
18. Tabung oksigen transport harus aman dan terpasang dengan baik
19. Monitor portable dapat memperlihatkan elektrokardiogram (EKG), saturasi oksigen dan pengukuran tekanan darah.
20. Semua peralatan medis yang digunakan selama proses transfer harus terkalibrasi

21. Pasien harus dipantau secara terus menerus selama transfer dan dicatat di lembar pemantauan.

Dokumentasi dan penyerahan pasien transfer dalam rumah sakit

22. Lakukan pencatatan yang jelas dan lengkap dalam semua tahapan transfer dan harus mencakup:

- a. indikasi pasien masuk dirawat.
- b. riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan diagnostik.
- c. diagnosis
- d. setiap prosedur yg dilakukan
- e. obat yg diberikan dan tindakan lain yg dilakukan.
- f. keadaan pasien pada waktu dipindah (transfer).

23. Saat tiba di unit tujuan, harus ada proses serah terima pasien dari tim transfer dengan pihak unit yang akan bertanggungjawab terhadap perawatan pasien selanjutnya.

24. Proses serah terima pasien harus mencakup pemberian informasi (baik secara verbal maupun tertulis) mengenai riwayat penyakit pasien, tanda vital, hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium dan radiologi), terapi dan kondisi klinis selama transfer berlangsung dan ditulis di rekam medik

25. Hasil pemeriksaan laboratorium, radiologi dan yang lainnya harus diserahkan kepada petugas tempat tujuan

Pasien keluar rumah sakit atas permintaan sendiri

Pasien keluar rumah sakit atas permintaan sendiri dapat dikategorikan sebagai berikut:

1. Pasien memahami resiko yang dapat timbul akibat pulang atas permintaan sendiri
2. Pasien tidak kompeten untuk memahami risiko yang berhubungan dengan pulang atas permintaan sendiri, dikarenakan kondisi medisnya
3. Pasien tidak kompeten untuk memahami risiko yang berhubungan dengan pulang atas permintaan sendiri dikarenakan gangguan jiwa.

Adapun langkah-langkahnya sebagai berikut:

1. Dokter penanggung jawab bersama perawat memberikan penjelasan dan

informasi tentang keadaan penyakitnya

2. Perawat menjelaskan terkait administrasi dan aturan yang berlaku saat pasien pulang atas permintaan sendiri.
3. Keluarga atau pasien menandatangani surat pernyataan pulang atas permintaan sendiri yang terlampir dalam rekam medis
4. Dokter dan perawat memberikan informasi mengenai layanan yang relevan dengan perawatannya yang tersedia di masyarakat
5. Petugas administrasi/ perawat mengarahkan keluarga untuk pengurusan administrasi pulang
6. Keluarga / pasien membawa perincian dan menyelesaikan administrasi di bagian keuangan/ Kasir
7. Surat bukti pembayaran diserahkan dan diperlihatkan ke bagian administrasi / perawat
8. Perawat memberikan penjelasan tentang perawatan selanjutnya di rumah dan menyerahkan surat-surat yang diperlukan pasien
9. Evakuator rawat inap mengantarkan pasien ke kendaraan yang telah disiapkan

Pasien kabur atau melarikan diri

Pasien yang kabur atau yang melarikan diri yang dimaksud disini adalah pasien rawat inap yang telah dilakukan pemeriksaan dan atau telah mendapatkan pengobatan kemudian meninggalkan rumah sakit tanpa pemberitahuan atau izin dari dokter jaga / dokter penanggung jawab pelayanan serta tanpa adanya surat keterangan boleh pulang dari pihak rumah sakit dan belum menyelesaikan administrasi.

Jika kejadian pada jam dinas:

1. Laporkan kepada kepala ruang
2. Kepala ruang menghubungi bagian security rumah sakit. (kode kuning)
3. Jika kejadian diluar jam dinas, perawat ruang menulis pada catatan terintegrasi, menghubungi bagian security rumah sakit
4. Perawat penanggung jawab / ketua tim keperawatan melapor kepada kepala ruangan dan mengkonsultasikan ke bagian pihak management

5. Bila ada indikasi kondisi pasien yang membahayakan dirinya sendiri atau lingkungan , pihak manajemen rumah sakit menghubungi pihak berwenang atau keluarga yang menjadi penjamin pasien, jika tidak dapat dihubungi pihak manajemen menelusur kealamat sesuai dengan alamat yang ada di surat perawatan. Kejadian pasien kabur ruangan dicatat / didokumentasikan pada rekam medik.

BAB VI

LOGISTIK

Dalam melaksanakan fungsi pelayanan medis dan pelayanan keperawatan dibutuhkan beberapa perlengkapan diantaranya peralatan alat tulis kantor, peralatan form rekam medis, peralatan alat kesehatan, peralatan bahan habis pakai dan kebutuhan obat-obatan yang kemudian diatur untuk pengadaan kebutuhan tersebut. Pemesanan/pengadaan barang-barang tersebut dilakukan secara periodik dan sesuai dengan kebutuhan ruangan masing-masing berdasarkan RKAT yang telah dibuat sebelumnya.

A. KEBUTUHAN ALAT TULIS KANTOR

Pengadaan kebutuhan alat tulis kantor diperoleh dengan cara melakukan pengampraan melalui aplikasi Khanza Rumah Sakit Unhas ke bagian gudang (Logistik), setelah melakukan pengampraan, unit tujuan (gudang) akan memverifikasi permintaan ruangan sesuai jumlah barang yang tersedia di gudang, setelah itu petugas gudang menyiapkan barang yang diminta berdasarkan hasil verifikasi. Jika barang yang diminta sudah siap maka petugas gudang menghubungi unit untuk mengambil barang yang sudah disiapkan.

B. KEBUTUHAN FORM REKAM MEDIS

Di unit rawat jalan dan rawat inap terdapat beberapa form rekam medis yang harus di ampra/disiapkan diruangan. Hal ini dikarenakan form tersebut belum masuk dalam elektronik rekam medis dan form yang butuh tanda tangan DPJP / pasien / keluarga namun tetap dibutuhkan di ruang perawatan untuk kesinambungan pelayanan.

Pengadaan kebutuhan form rekam medis diperoleh dengan cara melakukan pengampraan melalui aplikasi Khanza Rumah Sakit Universitas Hasanuddin ke bagian Rekam medis, setelah melakukan pengampraan, unit tujuan Rekam medis, akan memverifikasi permintaan ruangan sesuai jumlah barang yang tersedia, setelah itu petugas rekam medis menyiapkan barang yang diminta berdasarkan hasil verifikasi. Jika barang yang diminta

sudah siap maka petugas rekam medis menghubungi unit untuk mengambil barang yang sudah disiapkan.

C. KEBUTUHAN ALAT KESEHATAN

Permohonan akan kebutuhan alat kesehatan dilakukan berdasarkan RKAT tahun berjalan yang sudah dibuat sebelumnya. Permintaan alat kesehatan dapat diperoleh dengan cara melakukan pengampraan melalui aplikasi khanza Rumah Sakit Unhas ke bagian IPSRS (Alkes) setelah melakukan pengampraan, unit tujuan bagian IPSRS (Alkes) akan memverifikasi permintaan ruangan sesuai jumlah barang yang tersedia di gudang Alkes, setelah itu petugas IPSRS (Alkes) menyiapkan barang yang diminta berdasarkan hasil verifikasi. Jika barang yang diminta sudah siap maka petugas IPSRS (Alkes) menghubungi unit rumah tangga untuk diantarkan ke unit terkait atau unit terkait yang mengambil barang yang sudah disiapkan.

Untuk permintaan barang diluar RKAT yang sudah di buat, maka unit harus melakukan permintaan ke bagian pelayanan medik & keperawatan, dan untuk selanjutnya bagian pelayanan medik akan bersurat ke bagian IPSRS untuk dapat langsung direalisasikan sesuai dengan jumlah permintaan yang ada dengan memperhatikan anggaran yang tersedia.

D. KEBUTUHAN BAHAN HABIS PAKAI

Kebutuhan bahan habis pakai dapat diperoleh dengan cara melakukan pengampraan melalui aplikasi khanza Rumah Sakit Unhas ke bagian gudang farmasi, setelah melakukan pengampraan, unit tujuan gudang farmasi, akan memverifikasi permintaan ruangan sesuai jumlah barang yang tersedia, setelah itu petugas gudang farmasi menyiapkan barang yang diminta berdasarkan hasil verifikasi. Jika barang yang diminta sudah siap maka petugas gudang farmasi akan mengantarkan barang ke unit tujuan.

E. KEBUTUHAN OBAT-OBATAN

Kebutuhan obat-obatan pasien dapat di peroleh dengan melakukan peresepan online di aplikasi khanza Rumah Sakit Universitas Hasanuddin ke bagian apotik Gedung A. Setelah Resep diterima dan diverifikasi oleh petugas apotik, maka obat-obatan segera di antarkan ke unit tujuan sesuai jam pengantaran obat. Jika ada obat yang dibutuhkan segera di luar jam pengantaran apotik maka keluarga pasien yang akan mengambil obat ke apotik terkait.

BAB VII

KESELAMATAN PASIEN

Keselamatan pasien adalah sistim yang dijalankan dirumah sakit yang membuat asuhan pasien menjadi lebih aman sehingga kepercayaan pasien terhadap pelayanan rumah sakit meningkat. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

A. TUJUAN KESELAMATAN PASIEN

Adapun Tujuan dari keselamatan pasien antara lain :

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit
2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat;
3. Menurunnya kejadian insiden keselamatan pasien di RS
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi insiden pada pasien atau pengulangan kejadian

B. 6 SASARAN KESELAMATAN PASIEN

6 Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit yang harus diterapkan di instalasi rawat inap :

1. Identifikasi pasien dengan benar

Hal ini untuk mengembangkan pola pendekatan agar bisa meningkatkan atau memperbaiki ketelitian dalam identifikasi pasien.

- a. Identifikasi pasien (Patient Identification) adalah prosedur pencatatan identitas diri pasien yang masuk ke Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, baik pasien anak, dewasa maupun bayi yang baru lahir, yang dapat dilakukan dengan penggunaan gelang identitas pasien.
- b. Identifikasi pasien anak dan dewasa adalah pencatatan identifikasi diri pasien dan pemberian tanda berupa gelang nama pada tangan yang memuat minimal : nama pasien, nomor rekam medis atau

tempat tanggal lahir.

- c. Identifikasi bayi baru lahir adalah pencatatan identitas diri bayi dan pemberian tanda berupa gelang nama pada tangan bayi yang memuat nama ibu bayi, nomor rekam medis bayi, tanggal lahir . Disertai cap kaki bayi kiri dan kanan dan cap ibu jari tangan kanan dari ibu bayi pada lembar identifikasi bayi.
- d. Tujuan Pemasangan Gelang Identitas Pasien
 - 1) Sebagai Gelang Identitas/Tanda Pengenal Pasien di RS
 - 2) Mencegah terjadi kesalahan pelayanan dan pengobatan pasien

Gelang Identitas Merah muda untuk pasien perempuan dan Biru Muda untuk Laki-laki

 - Snap Merah untuk pasien alergi
 - Snap Kuning untuk pasien risiko jatuh
 - Snap Ungu untuk pasien DNR setelah mengisi inform consent
 - Snap Pink untuk keterbatasan ekstremitas/fraktur
 - Snap Abu-abu untuk pasien dengan implant radioaktif
- e. Konfirmasi Identifikasi Pasien menggunakan min. 2 identitas
 - Nama Pasien
 - Tanggal Lahir
 - No. RM
 - NIK
- f. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian tindakan, misalnya :

pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen, pemberian diet, radioterapi, pemberian cairan intravena, hemodialisis, pemeriksaan klinis, kateterisasi jantung, prosedur radiologi, pasien koma dan sebagainya

2. Meningkatkan komunikasi efektif

Peningkatan Komunikasi Efektif Antar Perawat Dan Tenaga Kesehatan Lainnya Komunikasi verbal antar perawat dan staf yang terkait lainnya, yang mampu mengurangi kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien selama dalam perawatan di rumah sakit melalui pemberian

informasi yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas dan dipahami oleh penerima pesan sehingga informasi yang diterima bisa diterapkan secara konsisten.

- a. Pelaporan pasien dengan kondisi kritis, hasil pemeriksaan diagnostik kritis, pasien dalam pengobatan yang memerlukan pengawasan khusus dan pasien yang memerlukan monitoring ketat
- b. Pelaporan menggunakan teknik SBAR (Situation-Background-Assesment-Recommendation)
- c. Ketika perawat menerima instruksi verbal/pertelepon menggunakan teknik TBaK (Tulis Baca dan Konfirmasi)
- d. Melaksanakan proses komunikasi serah terima "Hand Over"

3. Meningkatkan Keamanan Obat-Obat yang Memerlukan Kewaspadaan Tinggi (High Alert Medication)

- a. Peningkatan Keamanan Obat Dengan Kewaspadaan Tinggi (High Alert Medication) Obat dengan kewaspadaan tinggi adalah obat-obat yang secara signifikansi berisiko membahayakan pasien bila digunakan dengan salah atau pengelolaan yang kurang tepat. Hal ini berkaitan dengan proses identifikasi, pemberian label, penetapan lokasi dan penyimpanannya.
- b. Obat yang berisiko tinggi menyebabkan kecacatan/kematian (Insulin, heparin dan kemoterapeutik)
- c. Obat dengan nama, kemasan dan labelnya tampak sama (look alike) serta bunyi ucapan sama (sound alike)
- d. Elektrolit Pekat (Seperti : KCl 7,46%, NaCl 3% dan MgSO₄ 50%)

4. Memastikan Tepat Sisi, Tepat Prosedur dan Tepat Orang pada Tindakan Pembedahan

- b. Memastikan Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi
Rumah sakit harus mempunyai metodologi identifikasi dan verifikasi pemberian tanda pada lokasi operasi (Site Marking) berdasarkan diagnosis dan tepat pasien.
- c. Penandaan operasi menggunakan tanda cek list ✓ dengan spidol

permanen warna hitam.

- d. Lembar persetujuan tindakan dan anastesi telah dijelaskan pada pasien di rawat inap dan telah ditandatangani oleh pasien/kelurga pasien, DPJP dan Perawat.
- e. Mencocokkan hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi dengan identitas pasien sebelum diantar ke ruang OK

5. Mengurangi Resiko Infeksi di Rumah Sakit

Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan dengan hand hygiene. Lima Waktu Cuci Tangan dan Enam Langkah Cuci Tangan

6. Mengurangi Resiko Pasien Jatuh

c. Asesmen Risiko Jatuh

- Asesmen risiko jatuh pada anak (< 14 tahun) Skala Humpty Dumpty
- Asesmen Risiko Jatuh Pasien Dewasa Skala Morse
- Asesmen Risiko Jatuh Pasien Lansia (> 60 tahun)
- Asesmen Risiko Jatuh Neonatus

d. Tata Laksana Pencegahan Jatuh Unit Rawat Inap

Tidak berisiko dan Risiko rendah:

- Intervensi jatuh standar
- Edukasi pasien dan keluarga → pasang akrilik edukasi
- Lakukan penilaian ulang bila terjadi perubahan kondisi
- Risiko Tinggi
 - Pasang Gelang Risiko Jatuh
 - Pasang tanda segitiga jatuh
 - Edukasi pasien dan keluarga
 - Edukasi pasien dan keluarga tujuan pemasangan tanda resiko jatuh

e. Contoh perubahan kondisi/pengobatan (asesmen ulang risiko jatuh)

- Pasien Pasca Operasi
- Pasien Pasca Sedasi
- Penurunan Kesadaran

- Pasien Pasca Jatuh
- Pasien Pasca Tindakan Invasif, Risiko Tinggi penambahan obat-obat sedatif (kecuali pasien ICU) Hipnotik, Barbiturat, Fenotiazin, Antidepresan dan Narkotik
- Obat-obat beresiko tinggi (diuretik, narkotik, sedatif, anti psikotik, laksatif, vasodilator, antiaritmia, obat hipoglikemik, anti depresan, neuroleptik, NSAID

C. TATA LAKSANA KESELAMATAN PASIEN

Keselamatan pasien Instalasi layanan mata di Rumah Sakit Unhas merupakan prioritas utama. Hal ini terkait dengan kepercayaan pelanggan, dan keselamatan pasien itu sendiri. Adapun sistem yang berjalan di Instalasi layanan mata adalah.

1. Pelaksanaan 6 sasaran keselamatan pasien oleh staf yang bertugas
2. Pemantauan / monitoring terhadap petugas terkait konsistensi pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di instalasi rawat inap.
3. Pemantauan / monitoring evaluasi mutu harian rawat inap.
4. Pelaporan jika terjadi insiden keselamatan pasien

D. SISTEM PENCATATAN DAN PELAPORAN KESELAMATAN PASIEN

Adapun sistem pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien di unit rawat jalan dan rawat inap instalasi layanan mata yaitu :

1. Setiap kejadian yang terkait dengan keselamatan pasien, dilakukan pelaporan kepada kepala unit dan kepala instalasi rawat.
2. Setiap kejadian yang terkait dengan keselamatan pasien, dilakukan pencatatan dan pelaporan kepada komite mutu Rumah Sakit Unhas, dengan membuat pelaporan insiden pada web insiden.
3. Komite mutu Rumah Sakit Unhas menganalisis akar penyebab masalah semua kejadian yang dilaporkan unit kerja. Berdasarkan hasil analisis akar masalah, maka komite mutu Rumah Sakit Unhas merekomendasikan solusi pemecahan dan mengirimkan hasil solusi pemecahan masalah kepada pimpinan rumah sakit.

Pelaporan insiden keselamatan pasien

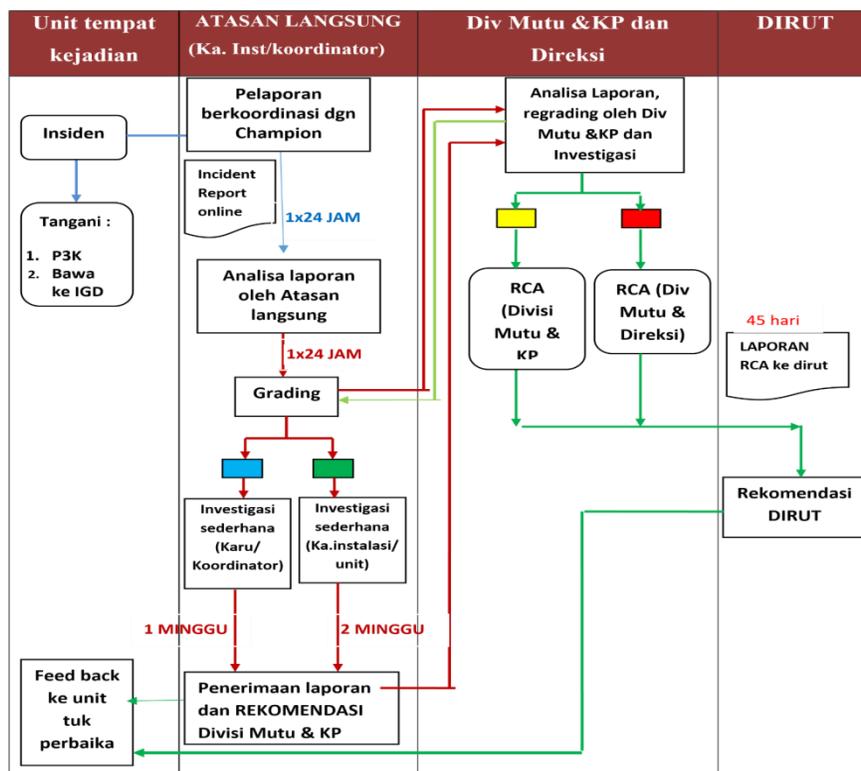
Ada 5 jenis insiden keselamatan pasien yang harus dilaporkan untuk ditindaklanjuti antara lain:

- 1) Kejadian Sentinel : Insiden yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius (cacat permanen).
- 2) KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) : insiden yang mengakibatkan pasien cedera/ kerugian.
- 3) KNC (Kejadian Nyaris Cedera) : insiden yang belum sampai terpapar/ cedera pada pasien dimana pegawai segera menyadari sebelum insiden terjadi
- 4) KTC (Kejadian Tidak Cedera) : telah terjadi insiden dan pasien sudah terpapar, tetapi pasien tidak mengalami cedera atau dampak dari tindakan tersebut.
- 5) KPC (Kondisi Potensial Cedera) : kondisi/ situasi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera.

E. MONITORING DAN EVALUASI

Komite mutu bersama dengan pimpinan rumah sakit melakukan monitoring dan evaluasi pada instalasi terkait pelaksanaan keselamatan pasien.

F. ALUR PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN RS UNHAS



BAB VII

KESELAMATAN KERJA

Penerapan keselamatan kerja di Instalasi layanan mata akan tetap berkoordinasi dengan bagian kesehatan dan keselamatan kerja rumah sakit (K3RS). Kondisi yang dapat mengurangi bahaya dan terjadinya kecelakaan dalam proses pelayanan terhadap karyawan ataupun penyelenggaraan pelatihan dikarenakan pekerjaan yang terorganisir dengan baik, dikerjakan sesuai dengan prosedur, tempat kerja yang aman, dan terjamin kebersihannya serta istirahat yang cukup.

Keselamatan kerja (safety) adalah segala upaya atau tindakan yang harus diterapkan dalam rangka menghindari kecelakaan yang terjadi akibat kesalahan kerja petugas ataupun kelalaian dan kesengajaan.

A. Penggunaan Alat Pelindung Diri

1. Menggunakan masker
2. Menggunakan sarung tangan
3. Pada saat merawat pasien infeksius yang menular melalui cairan tubuh, petugas menggunakan APD tambahan seperti apron sekali pakai dan google (kacamata)

B. Pembinaan dan pengawasan staf tentang sistem keselamatan kerja

1. Melakukan koordinasi dengan bagian K3RS
2. Mengikutsertakan staf untuk mengikuti pelatihan penanggulangan kebakaran (fire fighting)
3. Mengikutsertakan staf untuk mengikuti pelatihan kewaspadaan bencana

C. Pemilahan Sampah dan linen

1. Sampah medis menggunakan tempat sampah dengan KANTONG KUNING.
2. Sampah nonmedis menggunakan tempat sampah dengan KANTONG HITAM.

3. Ampul obat-obatan, spoit bekas pakai dan needle dibuang di safety box.
4. Dilakukan pemisahan linen infeksius dan noninfeksius. Untuk linen yang terkena cairan tubuh dan kotoran pasien, dimasukkan dalam kantong plastik dan diberi LABEL.

D. Melakukan inventarisasi dan kalibrasi alat-alat kesehatan

1. Inventarisasi dilakukan tiap bulan untuk memastikan alat dalam kondisi siap pakai
2. Kalibrasi alat kesehatan dilakukan oleh bagian IPSRS untuk memastikan keakuratan alat

E. Melakukan supervisi secara berkala

1. Supervisi tindakan sesuai SOP
2. Supervisi program-program K3RS
 - a. Penggunaan APAR
 - b. Kode-kode bencana

F. Menerapkan alur pelaporan insiden pasien/kecelakaan kerja

Koordinasi dengan bagian Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien, Divisi K3/KL apabila terjadi insiden ataupun kecelakaan kerja.

Prosedur Keselamatan Kerja Instalasi Layanan Mata

Keamanan kerja di ruang terlaksana apabila sesuai prosedur kerja sebagai berikut:

- a. Menggunakan alas kaki/sepatu agar tidak terkena cairan tubuh pasien seperti darah, pecahan ampul obat atau jarum suntik, atau sengatan listrik.
- b. Tempat sampah di bedakan menjadi 2 bagian, pertama warna kuning untuk sampah yang terpapar resiko infeksi, tempat sampah domestik untuk sampah biasa, dan box khusus untuk meletakkan ampulan obat dan bekas jarum suntik / safety box.
- c. Menempatkan obat dan cairan pasien pada lemari obat yang telah di tentukan dengan rapi dan sesuai prosedur.
- d. Meletakkan linen bersih dan kotor di masing – masing tempat tersedia.
- e. Tidak mengangkat barang berat, bila tidak sesuai dengan kemampuan

- f. Tidak mengangkut barang dalam jumlah besar yang dapat membahayakan badan dan kualitas barang.
- g. Menggunakan hand rub / mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan / 5 moment mencuci tangan / 6 langkah mencuci tangan.
- h. Tersedia alat pemadaman kebakaran yang berfungsi baik di tempat yang mudah dijangkau.
- i. Menggunakan trolley obat untuk mendistribusikan obat dan melakukan tindakan kepada pasien.
- j. Semua peralatan listrik yang tidak dipergunakan termasuk lampu harus dimatikan bila tidak diperlukan.
- k. Semua kondisi barang yang ada di ruangan pasien seperti tempat tidur, ac, kipas angin, tv, kamar mandi, dan lain-lain harus dalam keadaan yang baik agar tidak membahayakan pasien dan perawat
- l. Mengadakan kursi roda untuk pasien yang membutuhkan
- m. Memberi penerangan yang cukup untuk ke kamar kecil dan ruangan pasien
- n. Barang yang berat selalu ditempatkan di bagian bawah dan angkatlah dengan alat pengangkat yang tersedia untuk barang tersebut
- o. Semua kabel – kabel harus diatur sedemikian rupa sehingga tidak melukai, tidak membuat tersandung, tidak membuat tersengat petugas ataupun karyawan yang lain.
- p. Membersihkan bahan yang tumpah atau keadaan lantai yang licin akibat pekerjaan rutin pemeliharaan sarana RS (pemberian AC)

Kaitannya dengan kondisi dan lingkungan kerja, kecelakaan dan penyakit akibat kerja dapat terjadi bila :

- a. Peralatan tidak memenuhi standar kualitas atau bila sudah aus
- b. Alat-alat produksi tidak disusun secara teratur menurut proses produksi
- c. Ruang kerja terlalu sempit, ventilasi udara kurang memadai, ruangan terlalu panas atau terlalu dingin.
- d. Tidak tersedia alat-alat pengaman.
- e. Kurang memperhatikan persyaratan penanggulangan bahaya kebakaran dan lain-lain.

BAB IX
PENGENDALIAN MUTU

A. BENTUK-BENTUK PENGAWASAN DAN PENGENDALIAN

Pencatatan dan pelaporan

- a. Dokumen rekam medis pasien.
- b. Buku operan PJ shift
- c. Pencatatan dan Pelaporan Tentang Perlengkapan Peralatan di Unit pelayanan
- d. Membuat inventaris peralatan di unit pelayanan
- e. Dilaporkan kepada atasan langsung (Kepala Ruangan)

B. SISTEM PENGENDALIAN EFEKTIF

Sistem pengendalian efektif meliputi:

1. Terkoordinasi dengan arus kerja, dan dapat memberikan informasi langsung kepada atasan langsung.
2. Terfokus pada titik strategis, sistem harus jelas dan mudah dimengerti oleh orang-orang yang dikendalikan.
3. Objektif dan menyeluruh, sistem harus jelas dan mudah dimengerti oleh orang-orang yang dikendalikan.
4. Fleksibel. Sistem harus dibuat mudah, sehingga mudah diterapkan.
5. Secara ekonomi realistis, untung rugi pengendalian harus diperhitungkan secara realistis.
6. Secara organisasi harus realistis, jika sistem tidak realistis (standar yang ditetapkan terlalu tinggi), maka bawahan cenderung membuat laporan bias.
7. Akurat/tepat yaitu informasi yang dihasilkan oleh sistem harus benar.
8. Tepat waktu, informasi harus didapatkan dalam suatu waktu tertentu, sehingga dapat dilakukan koreksi bila diperlukan.
9. Sistem harus dapat diterima oleh semua pegawai.

C. INDIKATOR KEBERHASILAN PELAYANAN

1. Terselenggaranya pelaksanaann indikator mutu pelayanan rawat jalan:

Indikator mutu nasional, meliputi:

- 1) Kepatuhan kebersihan tangan
- 2) Kepatuhan identifikasi pasien
- 3) Waktu tunggu rawat jalan

Indikator Mutu prioritas Rumah Sakit , meliputi :

- 4) Upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap, IGD, dan rawat jalan

Indikator Mutu prioritas Unit ,

- 5) Kehadiran dokter penanggung jawab (DPJP) di rawat jalan
- 6) Persentase jumlah rujukan eksternal di rawat jalan

Judul Indikator	Kepatuhan Kebersihan Tangan
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien 2. Peraturan Menteri Kesehatan No.27 Tahun 2017 mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 3. Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/MENKES/104/2020 mengenai penanggulangan penyakit yang dapat menimbulkan wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat. 4. Rumah sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai dengan ketentuan WHO Guideline 2009
Dimensi Mutu	<p>Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk</p> <p> <input type="checkbox"/> 1.Effective <input type="checkbox"/> 3.People-Centred <input type="checkbox"/> 5.Efficient <input type="checkbox"/> 7. integrated <input checked="" type="checkbox"/> 2.Safe <input type="checkbox"/> 4.Timely <input type="checkbox"/> 6. Equitable </p>
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Defenisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (alcohol- based handrubs) dengan kandungan alcohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor. 2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO. 3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan. 4. Lima indikasi (five moment) kebersihan tangan terdiri dari: <ol style="list-style-type: none"> a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien. b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien. c. Sebelum melakukan prosedur aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, contoh: pemasangan intra venakater (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, suctioning, pemberian suntikan dan lain-lain. d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD. e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat- alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien. 5. Peluang adalah periode di antara indikasi dimana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan. 6. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan. 7. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. 8. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. 9. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan. 10. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan di unit sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan.

	<p>11. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit).</p> <p>12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi.</p> <p>13. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.</p>
Jenis Indikator	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk Input <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Output <input type="checkbox"/> Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan
Denominator (Penyebut)	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi
Target Capaian	≥ 85%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan Eksklusi : -
Formula	$\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100\%$
Metode pengumpulan data	Observasi
Sumber data	Hasil Observasi
Instrumen Pengambilan data	Formulir Kepatuhan Kebersihan Tangan
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Besar Sampel	Minimal 200 Peluang
Cara Pengambilan Sampel	Non probability Sampling – Consecutive sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	1. Tabel 2. Runchart
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Instrument Pengambilan Data	Sistem Manajemen Data RS dan Microsoft Excel
Penanggung jawab	Komite PPI
Validator	Komite Mutu

Judul Indikator	Kepatuhan Identifikasi Pasien
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien. 2. Ketepatan identifikasi menjadi sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien. 3. Untuk menjamin ketepatan identifikasi pasien maka diperlukan indikator yang mengukur dan memonitor tingkat kepatuhan pemberi pelayanan dalam melakukan proses identifikasi. Dengan adanya indikator tersebut diharapkan pemberi pelayanan akan menjadikan identifikasi sebagai proses rutin dalam proses pelayanan.
Dimensi Mutu	<p>Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk</p> <p> <input type="checkbox"/> 1.Effective <input type="checkbox"/> 3.People-Centred <input type="checkbox"/> 5.Efficient <input type="checkbox"/> 7. integrated <input checked="" type="checkbox"/> 2.Safe <input type="checkbox"/> 4.Timely <input type="checkbox"/> 6. Equitable </p>
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan tindakan pelayanan.
Defenisi operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. 2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit. 3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan). 4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti : <ol style="list-style-type: none"> a. Pemberian pengobatan : pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dannutrisi. b. Prosedur tindakan: tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit. c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan lain.radiologi, dan lain- lain d. Kondisi tertentu: pasien tidak dapatberkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar. 5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberipelayanan melakukan identifikasiseluruh tindakan intervensi yang benar.Dilakukan dengan benar.
Jenis Indikator	<p>Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk</p> <p> <input type="checkbox"/> Input <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Output <input type="checkbox"/> Outcome </p>
Numerator	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi
Denominator	Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	<p>Inklusi : Semua pemberi pelayanan yang memberikan pelayanan kesehatan.</p> <p>Eksklusi : Tidak ada</p>
Formula	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi dibagi Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasidikali 100%
Metode Pengumpulan Data	Observasi
Sumber Data	Hasil observasi
Instrumen Pengambilan data	Formulir Observasi Kepatuhan Identifikasi Pasien
Besar Sampel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalsampel(apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara pengambilan sampel	Non Probability Sampling – Consecutive Sampling
Periode Pengumpulan data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Periode Analisis	Triwulan

Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Penyajian Data	1. Tabel 2. Runchart
Sampel	Total sampling
Rencana analisis	Analisa persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel, SISTEM MANAJEMEN DATA RS, SIMRS
Pengumpul Data	Kepala Ruangan unit pasien terdaftar
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi unit pasien terdaftar
Validator	Seksi Mutu Pelayanan Medik



Judul Indikator	Waktu tunggu pasien rawat jalan
Dasar Pemikiran	1. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 2. Rumah sakit harus menjamin ketepatan pelayanan kesehatan termasuk di unit rawat jalan. Walaupun tidak dalam kondisi gawat maupun darurat namun tetap harus dilayani dalam waktu yang ditetapkan. Hal ini untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan pasien akan rencana diagnosis dan pengobatan. Waktu tunggu yang lama dapat menyebabkan ketidakpuasan pasien dan keterlambatan diagnosis maupun pengobatan pasien.
Dimensi Mutu	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input type="checkbox"/> 1.Effective <input checked="" type="checkbox"/> 3.People-Centred <input type="checkbox"/> 5.Efficient <input type="checkbox"/> 7. integrated <input type="checkbox"/> 2.Safe <input checked="" type="checkbox"/> 4.Timely <input type="checkbox"/> 6. Equitable
Tujuan	Tergambaranya waktu pasien menunggu di pelayanan sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat jalan agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien.
Defenisi Operasional	1. Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis. 2. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran online. a. pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis. b. pasien mendaftar online, maka dihitung. sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendaftaran online sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis. c. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.
Jenis Indikator	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input type="checkbox"/> Input <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤ 60 menit
Denominator	Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi
Target Capaian	$\geq 80\%$
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Kriteria Inklusi : Pasien yang berobat di rawat jalan Kriteria Eksklusi : a. Pasien medical check up, pasien poli gigi b. Pasien yang mendaftar online atau anjungan mandiri datang lebih dari 60 menit dari waktu yang sudah ditentukan c. Pasien yang ada tindakan pasien sebelumnya

Formula	Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤ 60 menit dibagi Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber data	Sumber data sekunder antara lain dari: 1. Catatan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan 2. Rekam Medik Pasien Rawat Jalan 3. Formulir Waktu Tunggu Rawat Jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Waktu Tunggu Rawat jalan
Periode Analisis Dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengumpulan Data	Probability Sampling – Simple Random Sampling/Stratified Random sampling (berdasar poliklinik rawat jalan)
Penyajian Data	1. Tabel 2. Run chart
Rencana Analisis	Analisis persentase
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan
Validator	Seksi Mutu Pelayanan Medik

Indikator Mutu prioritas Rumah Sakit , meliputi :

Judul Indikator	Upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap, IGD dan rawat jalan
Dasar Pemikiran	1. Permenkes No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit 3. Pedoman Keselamatan Pasien RS Unhas no. 34/UN4.24/2022
Dimensi Mutu	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input type="checkbox"/> 1.Effective <input type="checkbox"/> 3.People-Centred <input type="checkbox"/> 5.Efficient <input type="checkbox"/> 7. integrated <input checked="" type="checkbox"/> 2.Safe <input type="checkbox"/> 4.Timely <input type="checkbox"/> 6. Equitable
Tujuan	1. Memaksimalkan sumber daya dalam melakukan upaya pencegahan cedera akibat jatuh. 2. Pasien safety 3. Untuk meminimalisir risiko dan harm.
Defenisi operasional	Upaya pencegahan jatuh meliputi : 1. Screening di rawat jalan/ IGD 2. Asesmen awal risiko jatuh Disebut patuh apabila melaksanakan seluruh upaya pencegahan jatuh pada pasien yang berisiko sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh rs. Catatan : 1. Assessment awal hanya dilakukan pada pasien rawat inap 2. Untuk pasien rawat jalan dan IGD hanya dilakukan screening
Jenis Indikator	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input type="checkbox"/> Input <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Output <input type="checkbox"/> outcome
Numerator	Jumlah kasus yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan pasien jatuh
Denominator	Jumlah kasus semua pasien yang berisiko jatuh
Target Capaian	100%
Kriteria	Inklusi : Semua kasus berisiko jatuh

Inklusi dan Eksklusi	Eksklusi : Pasien yang tidak dapat dilakukan asesmen ulang maupun edukasi seperti pasien meninggal, pasien gangguan jiwa yang sudah melewati fase akut, dan pasien menolak edukasi.
Formula	Jumlah proses yang telah dilakukan identifikasi secara benar dibagi jumlah proses pelayanan yang di observasi dikali 100%
Sumber data	Rekam Medis pasien rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling
Rencana analisis	Analisa persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel, Aplikasi, SIMRS
Pengumpul Data	Kepala Ruangan Unit Pasien terdaftar
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi unit pasien terdaftar
Validator	Ketua Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien

Indikator Mutu prioritas Unit,

Judul Indikator	Kehadiran dokter penanggung jawab (DPJP) di Instalasi Rawat Jalan/Poliklinik
Dasar Pemikiran	Penanganan pasien langsung oleh dokter penanggung jawab (DPJP) penting dalam pemberian pelayanan pasien baik berupa konsultasi ataupun pemberian tindakan, pengambilan keputusan yang cepat (tanpa melalui pelaporan berjenjang peserta didik) atas rencana pengobatan pasien. Selain itu, menunjukkan komitmen DPJP dalam pemberian pelayanan terhadap pasien RS Unhas, serta mempercepat proses klaim dan administrasi lainnya.
Dimensi Mutu	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input checked="" type="checkbox"/> 1.Efisiensi <input type="checkbox"/> 3.Aksesibilitas <input checked="" type="checkbox"/> 5.Fokus pada pasien <input checked="" type="checkbox"/> 2.Efektifitas <input checked="" type="checkbox"/> 4.Keselamatan <input type="checkbox"/> 6.Kesinambungan
Tujuan	Untuk mengendalikan jumlah pasien rujukan dan memaksimalkan pelayanan yang dapat dilakukan di RS Unhas
Defenisi Operasional	Jumlah Kehadiran dokter penanggung jawab (DPJP) di Instalasi Rawat Jalan/Poliklinik sesuai jadwal yang telah ditetapkan oleh tiap KSM
Jenis Indikator	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input type="checkbox"/> Input <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan outcome
Numerator	Jumlah Kehadiran dokter penanggung jawab (DPJP) di Instalasi Rawat Jalan/Poliklinik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah jadwal jaga dokter penanggung jawab (DPJP) yang seharusnya (yang ditetapkan oleh KSM) dalam 1 bulan
Target Capaian	≥ 80%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Kriteria inklusi: 1) Jumlah kehadiran DPJP di Instalasi Rawat Jalan/Poliklinik sesuai SOP absensi DPJP RS Unhas 2) Jumlah jadwal jaga dokter penanggung jawab (DPJP) yang seharusnya (yang ditetapkan oleh KSM) Kriteria eksklusi : 1) Jumlah kehadiran DPJP yang tidak sesuai dengan jadwal jaganya
Formula	Jumlah Kehadiran dokter penanggung jawab (DPJP) di Instalasi Rawat Jalan/Poliklinik 1 bulan dibagi Jumlah jadwal jaga dokter penanggung jawab (DPJP) yang seharusnya (yang ditetapkan oleh KSM) dalam 1 bulan
Sumber data	Data kehadiran DPJP melalui fiface/finger print ditarik dari SIM-RS dan data absensi manual DPJP di tiap poliklinik. Data jumlah jadwal jaga DPJP diambil dari daftar jaga DPJP yang dikeluarkan oleh tiap KSM

Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis presentasi
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excell, SIM-RS, dan data absen manual
Pengumpul Data	Kepala Ruangan Rawat Jalan
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan
Validator	Kepala Bidang Pelayanan Medik

Judul Indikator	Persentase jumlah rujukan eksternal Instalasi Rawat jalan/ Poliklinik
Dasar Pemikiran	Rujukan eksternal merupakan pasien RS Unhas yang dirujuk/diarahkan ke RS lain dengan alasan tertentu misalnya pelayanan tidak tersedia, pemeriksaan penunjang tidak ada dll. Dengan menjadikannya sebagai indicator mutu, maka rumah sakit bisa mengidentifikasi penyebab rujukan dan mencari solusi untuk memaksimalkan pelayanan di RS Unhas
Dimensi Mutu	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input checked="" type="checkbox"/> 1.Efesiensi <input type="checkbox"/> 3.Aksesibilitas <input type="checkbox"/> 5.Fokus pada pasien <input type="checkbox"/> 2.Efektifitas <input type="checkbox"/> 4.Keselamatan <input type="checkbox"/> 6.Kesinambungan
Tujuan	Untuk mengendalikan jumlah pasien rujukan dan memaksimalkan pelayanan yang dapat dilakukan di RS Unhas
Defenisi Operasional	Jumlah pasien yang dirujuk ke rumah sakit lain baik ke RS tipe A maupun RS Tipe B
Jenis Indikator	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input type="checkbox"/> Input <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Numerator	Jumlah pasien poliklinik yang dirujuk eksternal dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien poliklinik keseluruhan dalam 1 bulan
Target Capaian	
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Kriteria inklusi: 1) Pasien terdaftar sebagai pasien poliklinik RS Unhas. 2) pasien poliklinik RS Unhas yang dirujuk ke RS lain sesuai dengan SOP rujukan eksternal pasien. Kriteria eksklusi : 1) Pasien poliklinik RS Unhas namun karena kondisinya maka pasien dialihkan ke Instalasi Gawat Darurat
Formula	Jumlah pasien poliklinik RS Unhas yang dirujuk ke RS lain selama 1 bulan dibagi Jumlah pasien poliklinik keseluruhan dalam 1 bulan
Sumber data	Data jumlah pasien poliklinik RS Unhas ditarik dari SIM-RS, sedangkan data jumlah pasien yang dirujuk diambil dari pencatatan manual pasien rujukan eksternal dari tiap poliklinik
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis presentasi
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excell, SIM-RS, dan data manual
Pengumpul Data	Kepala Ruangan Rawat Jalan
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan
Validator	Kepala Bidang Pelayanan Medik

2. Terselenggaranya pelaksanaan indikator mutu pelayanan rawat inap:

Indikator mutu nasional, meliputi:

- 1) Kepatuhan kebersihan tangan
- 2) Kepatuhan identifikasi pasien
- 3) Kepatuhan jam visite Dokter spesialis
- 4) Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

Indikator Mutu prioritas Rumah Sakit , meliputi :

- 5) Kepatuhan Perintah Lisan dengan TBAK pasien
- 6) Kepatuhan visite DPJP Bedah
- 7) Kepatuhan visite DPJP anastesi
- 8) Kelengkapan asesmen pra bedah elektif dan CITO
- 9) Kelengkapan asesmen pra anastesi elektif dan CITO
- 10) Kelengkapan persiapan pasien pre operasi
- 11) Kelengkapan Sarana dan Prasarana di Ruang Rawat Inap

Indikator Mutu prioritas Unit , meliputi :

- 12) Kepatuhan jam visite Dokter spesialis



Judul Indikator	Kepatuhan Kebersihan Tangan
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 5. Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien 6. Peraturan Menteri Kesehatan No.27 Tahun 2017 mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 7. Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/MENKES/104/2020 mengenai penanggulangan penyakit yang dapat menimbulkan wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat. 8. Rumah sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai dengan ketentuan WHO Guideline 2009
Dimensi Mutu	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input type="checkbox"/> 1.Effective <input type="checkbox"/> 3.People-Centred <input type="checkbox"/> 5.Efficient <input type="checkbox"/> 7. integrated <input checked="" type="checkbox"/> 2.Safe <input type="checkbox"/> 4.Timely <input type="checkbox"/> 6. Equitable
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Defenisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1.Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (alcohol- based handrubs) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor. 2.Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO. 3.Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama

	<p>perawatan.</p> <p>4. Lima indikasi (five moment) kebersihan tangan terdiri dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien. Sebelum melakukan prosedur aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, contoh: pemasangan intra ven kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, suctioning, pemberian suntikan dan lain-lain. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien. <p>5. Peluang adalah periode di antara indikasi dimana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan.</p> <p>6. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan.</p> <p>7. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</p> <p>8. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.</p> <p>9. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan.</p> <p>10. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan di unit sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi satu bulan.</p> <p>11. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit).</p> <p>12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi.</p> <p>13. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.</p>
Jenis Indikator	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk Input <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Output <input type="checkbox"/> Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (Pembilang)	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan
Denominator (Penyebut)	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi
Target Capaian	≥ 85%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan Eksklusi : -
Formula	$\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100\%$
Metode pengumpulan data	Observasi
Sumber data	Hasil Observasi
Instrumen	Formulir Kepatuhan Kebersihan Tangan

Pengambilan data	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Besar Sampel	Minimal 200 Peluang
Cara Pengambilan Sampel	Non probability Sampling – Consecutive sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	1. Tabel 2. Runchart
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Instrument Pengambilan Data	Sistem Manajemen Data RS dan Microsoft Excel
Penanggung jawab	Komite PPI
Validator	Komite Mutu



Judul Indikator	Kepatuhan Identifikasi Pasien
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien. Ketepatan identifikasi menjadi sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien. Untuk menjamin ketepatan identifikasi pasien maka diperlukan indikator yang mengukur dan memonitor tingkat kepatuhan pemberi pelayanan dalam melakukan proses identifikasi. Dengan adanya indikator tersebut diharapkan pemberi pelayanan akan menjadikan identifikasi sebagai proses rutin dalam proses pelayanan.
Dimensi Mutu	<p>Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk</p> <p> <input type="checkbox"/> 1.Effective <input type="checkbox"/> 3.People-Centred <input type="checkbox"/> 5.Efficient <input type="checkbox"/> 7. integrated <input checked="" type="checkbox"/> 2.Safe <input type="checkbox"/> 4.Timely <input type="checkbox"/> 6. Equitable </p>
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan tindakan pelayanan.
Defenisi operasional	<ol style="list-style-type: none"> Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan). Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti : <ol style="list-style-type: none"> Pemberian pengobatan : pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dannutrisi. Prosedur tindakan: tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan lain.radiologi, dan lain- lain Kondisi tertentu: pasien tidak dapatberkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberipelayanan melakukan identifikasiseluruhtindakan intervensi yang benar.Dilakukan dengan benar.
Jenis Indikator	<p>Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk</p> <p> <input type="checkbox"/> Input <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Output <input type="checkbox"/> Outcome </p>
Numerator	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi
Denominator	Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi
Target Capaian	100%

Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Semua pemberi pelayanan yang memberikan pelayanan kesehatan. Eksklusi : Tidak ada
Formula	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode <u>observasi</u> dibagi Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	Observasi
Sumber Data	Hasil observasi
Instrumen Pengambilan data	Formulir Observasi Kepatuhan Identifikasi Pasien
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara pengambilan sampel	Non Probability Sampling – Consecutive Sampling
Periode Pengumpulan data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Penyajian Data	1. Tabel 2. Runchart
Sampel	Total sampling
Rencana analisis	Analisa persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel, SISTEM MANAJEMEN DATA RS, SIMRS
Pengumpul Data	Kepala Ruangan unit pasien terdaftar
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi unit pasien terdaftar
Validator	Seksi Mutu Pelayanan Medik



Judul Indikator	Kepatuhan jam visite dokter
Dasar Pemikiran	1. Undang-Undang No.29 Tahun 2004 mengenai Praktik Kedokteran 2. Undang-Undang No. 25 Tahun 2009 mengenai pelayanan publik 3. Pelayanan kesehatan harus berorientasi kepada kebutuhan pasien, bukan kepada keinginan rumah sakit.
Dimensi Mutu	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input type="checkbox"/> 1.Effective <input checked="" type="checkbox"/> 3.People-Centred <input checked="" type="checkbox"/> 5.Efficient <input type="checkbox"/> 7. integrated <input type="checkbox"/> 2.Safe <input checked="" type="checkbox"/> 4.Timely <input type="checkbox"/> 6. Equitable
Tujuan	1. Tergambarnya kepatuhan dokter melakukan visitasi kepada pasien rawat inap sesuai waktu yang ditetapkan. 2. Waktu yang ditetapkan untuk visite adalah pukul 06.00 – 14.00.
Defenisi Operasional	Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya.
Jenis Indikator	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input type="checkbox"/> Input <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien yang di-visitasi dokter pada pukul 06.00 – 14.00
Denominator	Jumlah pasien yang diobservasi
Target Capaian	$\geq 80\%$
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Visite dokter pada pasien rawat inap Eksklusi :

	a. Pasien yang baru masuk rawat inap hari itu b. Pasien konsul
Formula	Jumlah pasien yang di-visitasi dokter pada pukul 06.00-14.00 dibagi Jumlah pasien yang diobservasi dikali 100%
Sumber data	Data sekunder berupa laporan visitasi rawat inap dalam rekam medik, data primer berdasarkan pengukuran petugas ruangan yg menilai langsung waktu visitasi dokter
Cara Pengambilan Sampel	Probability Sampling – Stratified Random Sampling (berdasarkan unit pelayanan)
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis Dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penyajian Data	1. Tabel 2. Run chart
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Waktu Visitasi Dokter
Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap, Rawat Inap Khusus dan Kamar Bersalin;
Validator	Seksi Mutu Pelayanan Medik



Judul Indikator	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
Dasar Pemikiran	Permenkes No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien
Dimensi Mutu	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input type="checkbox"/> 1.Effective <input type="checkbox"/> 3.People-Centred <input type="checkbox"/> 5.Efficient <input type="checkbox"/> 7. integrated <input checked="" type="checkbox"/> 2.Safe <input type="checkbox"/> 4.Timely <input type="checkbox"/> 6. Equitable
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan dalam menjalankan upaya pencegahan jatuh agar terselenggara asuhan pelayanan yang aman dan mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien
Defenisi Operasional	1. Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi: a. Asesment awal risiko jatuh b. Assesment ulang risiko jatuh c. Intervensi pencegahan risiko jatuh 2. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standard yang ditetapkan rumah sakit.
Jenis Indikator	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input type="checkbox"/> Input <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Numerator	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh
Denominator	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh Eksklusi : Pasien yang tidak dapat dilakukan asesmen ulang maupun edukasi seperti pasien meninggal, pasien gangguan jiwa yang sudah melewati fase akut, dan pasien menolak intervensi
Formula	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh dibagi Jumlah pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh yang diobservasi kali 100%
Sumber data	Data sekunder menggunakan data dari rekam medis
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan

Penyajian Data	1. Tabel 2. Runchart
Periode Analisis	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	Probability Sampling – Stratified Random Sampling (berdasarkan Unit Pelayanan)
Rencana Analisis	Analisis persentasi
Instrument Pengambilan Data	Formulir Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat inap dan kamar bersalin , Rawat Jalan, Rawat Khusus dan Rawat Insentif
Validator	

Indikator Mutu prioritas Rumah Sakit,

Judul Indikator	Kepatuhan perintah lisan dengan TBaK pasien Rawat Inap
Dasar Pemikiran	1. Permenkes No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit 3. Pedoman Keselamatan Pasien RS Unhas no. 34/UN4.24/2022
Dimensi Mutu	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input checked="" type="checkbox"/> 1.Effective <input type="checkbox"/> 3.People-Centred <input type="checkbox"/> 5.Efficient <input checked="" type="checkbox"/> 7. integrated <input checked="" type="checkbox"/> 2.Safe <input type="checkbox"/> 4.Timely <input type="checkbox"/> 6. Equitable
Tujuan	1. Untuk meningkatkan komunikasi efektif antar petugas rumah sakit terutama dalam penyampaian perintah lisan atau verbal atau melalui telepon atau media komunikasi lainnya seperti sms, wa dan lainnya 2. Untuk menjamin keselamatan pasien agar tidak terjadi kesalahan pemberian pengobatan 3. Untuk menjaga kesinambungan informasi terkait pengobatan pasien yang terjadi antar petugas RS/PPA
Defenisi operasional	TBaK adalah metode yang digunakan saat petugas RS menerima perintah lisan atau verbal atau via telpon dari petugas lainnya atau DPJP untuk mencegah terjadinya mis komunikasi antara petugas RS/Profesional Pemberi Asuhan (PPA). Metode yang dipakai setelah menerima perintah adalah Tulis, Baca (Kembali, kalau perlu dieja) dan dikonfirmasi ke pemberi perintah agar mengisi dan menandatangani rekam medis serta member
Jenis Indikator	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input type="checkbox"/> Input <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Output <input type="checkbox"/> Outcome
Numerator	Jumlah perintah lisan yang melaksanakanTBaK sesua iregulasi
Denominator	Total perintah lisan dalam kurun waktu tertentu
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi; PPA di ruang isolasi dan PPA pelayanan penunjang
Formula	Jumlah perintah lisan yang melaksanakan TBaK sesuai regulasi dibagi Total perintah lisan dalam kurun waktu tertentu dikali 100%
Sumber data	CPPT rekam medis
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan	Retrospektif

Data	
Sampel	Total sampling
Rencana analisis	Analisa persentase
Instrument Pengambilan Data	Mocrosoft Excel, Aplikasi, SIMRS
Pengumpul Data	Kepala Ruangan unit pasien terdaftar
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi unit pasienterdaftar
Validator	Ketua Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien



Judul Indikator	Kepatuhan Visite DPJP Bedah
Dasar Pemikiran	1. Undang-Undang No.29 Tahun 2004 mengenai Praktik Kedokteran 2. Undang-Undang No. 25 Tahun 2009 mengenai pelayanan publik 3. Pelayanan kesehatan harus berorientasi kepada kebutuhan pasien, bukan kepada keinginan rumah sakit.
Dimensi Mutu	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input type="checkbox"/> 1.Effective <input checked="" type="checkbox"/> 3.People-Centred <input checked="" type="checkbox"/> 5.Efficient <input type="checkbox"/> 7. integrated <input type="checkbox"/> 2.Safe <input checked="" type="checkbox"/> 4.Timely <input type="checkbox"/> 6. Equitable
Tujuan	1. Tergambarnya kepatuhan DPJP Bedah melakukan visitasi kepada pasien operasi sesuai waktu yang ditetapkan. 2. Waktu yang ditetapkan untuk visite adalah pukul 06.00 – 14.00.
Defenisi Operasional	Kepatuhan visite DPJP bedah adalah kunjungan DPJP Bedah untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnyaberdasarkan waktunya, pre, dan post operasi untuk pasien yang dioperasi, termasuk visite dokter selain pasien operasi
Jenis Indikator	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input type="checkbox"/> Input <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
SatuanPengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien yang di-visite DPJP Bedah
Denominator	Jumlah pasien yang diobservasi
Target Capaian	≥80%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Visite dokter bedah pada pasien operasi dan non operasi Eksklusi :Pasien konsul
Formula	Jumlah pasien yang di-visite DPJP Bedah dibagi Jumlah pasien yang diobservasi dikali 100%
Sumber data	Data sekunder berupa laporan visite DPJP Bedah di dalam rekam medik
Cara Pengambilan Sampel	Probability Sampling – Stratified Random Sampling (berdasarkan unit pelayanan)
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis Dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penyajian Data	1. Tabel 2. Run chart
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Waktu Visite Dokter
Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap, Rawat Inap Khusus dan Kamar Bersalin; Intersif dan
Validator	Seksi Mutu Pelayanan Medik

Judul Indikator	Kepatuhan Visite DPJP Anastesi
Dasar Pemikiran	1. Undang-Undang No.29 Tahun 2004 mengenai Praktik Kedokteran 2. Undang-Undang No. 25 Tahun 2009 mengenai pelayanan publik 3. Pelayanan kesehatan harus berorientasi kepada kebutuhan pasien, bukan kepada keinginan rumah sakit.
Dimensi Mutu	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input type="checkbox"/> 1.Effective <input checked="" type="checkbox"/> 3.People-Centred <input checked="" type="checkbox"/> 5.Efficient <input type="checkbox"/> 7. integrated <input type="checkbox"/> 2.Safe <input checked="" type="checkbox"/> 4.Timely <input type="checkbox"/> 6. Equitable
Tujuan	1. Tergambarnya kepatuhan DPJP Anastesi melakukan visitasi kepada pasien operasi sesuai waktu yang ditetapkan. 2. Waktu yang ditetapkan untuk visite adalah pukul 06.00 – 14.00.
Defenisi Operasional	Kepatuhan visite DPJP Anastesi adalah kunjungan DPJP Anastesi untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnyaberdasarkan waktu, pre, dan post operasi untuk pasien yang dioperasi, termasuk visite dokter selain pasien operasi
Jenis Indikator	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input type="checkbox"/> Input <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
SatuanPengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien yang di-visitasi DPJP Anastesi
Denominator	Jumlah pasien yang diobservasi
Target Capaian	≥80%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Visite dokter Anastesi pada pasien operasi dan non operasi Eksklusi :Pasien konsul
Formula	Jumlah pasien yang di-visitasi DPJP Anastesi dibagi Jumlah pasien yang diobservasi dikali 100%
Sumber data	Data sekunder berupa laporan visite DPJP Anastesi di dalam rekam medik
Cara Pengambilan Sampel	Probability Sampling – Stratified Random Sampling (berdasarkan unit pelayanan)
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis Dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penyajian Data	1. Tabel 2. Run chart
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Waktu Visite Dokter
Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap, Rawat Inap Khusus dan Kamar Bersalin;
Validator	Seksi Mutu Pelayanan Medik



Judul Indikator	Kelengkapan Asesmen pra bedah elektif dan CITO
Dasar Pemikiran	1. Permenkes No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit 3. Pedoman Keselamatan Pasien RS Unhas no. 34/UN4.24/2022
Dimensi Mutu	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input checked="" type="checkbox"/> 1.Effective <input type="checkbox"/> 3.People-Centred <input type="checkbox"/> 5.Efficient <input checked="" type="checkbox"/> 7. integrated <input checked="" type="checkbox"/> 2.Safe <input type="checkbox"/> 4.Timely <input type="checkbox"/> 6. Equitable
Tujuan	1. Untuk mempercepat penegakan diagnose penyakit pasien sebelum operasi 2. meningkatkan efektifitas perencanaan perawatan pasien. 3. Meningkatkan efektifitas pelayanan 4. Menciptakan pelayanan yang integritas dan berkesinambungan

Defenisi Operasional	Kelengkapan asesmen pra bedah elektif dan CITO adalah kepatuhan melengkapi pengisian asesmen medis paling lambat 24 jam sejak pasien operasi masuk Rawat Inap
Jenis Indikator	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input type="checkbox"/> Input <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Output <input type="checkbox"/> Outcome
Numerator	Jumlah pasien dengan diagnose operasi yang lengkap asesmen awal medis sejak pasien masuk rawat inap
Denominator	Jumlah pasien yang masuk dengan diagnose operasi di rawat inap (total shift)
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Semua Pasien masuk di rawat inap, rawat jalan dan IGD
Formula	Jumlah pasien dengan diagnose operasi yang lengkap asesmen awal medis sejak pasien masuk rawat inap dibagi Jumlah pasien yang masuk dengan diagnose operasi di rawat inap (total shift) dikali 100 %
Sumber data	MR. 3 Asessmen Awal Medis dan Form Mutu Rawat Inap.
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel, Aplikasi, SIMRS
Penanggung jawab	Kepala Ruangan rawat inap dan Kamar Bersalin, Pelayanan intensif (ICU dan NICU), Pelayanan khusus (Kemoterapi, Hemodialisa),
Validator	Ketua Ketua Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien



Judul Indikator	Kelengkapan Asesmen pra anastesi elektif dan CITO
Dasar Pemikiran	1. Permenkes No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit 3. Pedoman Keselamatan Pasien RS Unhas no. 34/UN4.24/2022
Dimensi Mutu	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input checked="" type="checkbox"/> 1.Effective <input type="checkbox"/> 3.People-Centred <input type="checkbox"/> 5.Efficient <input checked="" type="checkbox"/> 7. integrated <input checked="" type="checkbox"/> 2.Safe <input type="checkbox"/> 4.Timely <input type="checkbox"/> 6. Equitable
Tujuan	1. Untuk mempercepat penegakan diagnose penyakit pasien sebelum operasi 2. meningkatkan efektifitas perencanaan perawatan pasien. 3. Meningkatkan efektifitas pelayanan 4. Menciptakan pelayanan yang integritas dan berkesinambungan
Defenisi Operasional	Kelengkapan asesmen pra anastesi elektif dan CITO adalah kepatuhan melengkapi pengisian asesmen medis sejak pasien operasi masuk Rawat Inap, Rawat jalan dan IGD
Jenis Indikator	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input type="checkbox"/> Input <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Output <input type="checkbox"/> Outcome
Numerator	Jumlah pasien dengan diagnose operasi yang lengkap asesmen awal medis sejak pasien masuk rawat inap
Denominator	Jumlah pasien yang masuk dengan diagnose operasi di rawat inap (total shift)
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Semua Pasien masuk di rawat inap, rawat jalan dan IGD
Formula	Jumlah pasien dengan diagnose operasi yang lengkap asesmen awal medis sejak pasien masuk rawat inap dibagi Jumlah pasien yang masuk dengan diagnose operasi di rawat inap (total shift) dikali 100 %
Sumber data	MR. 3 Asessmen Awal Medis dan Form Mutu Rawat Inap.

Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Microsoft Excel, Aplikasi, SIMRS
Penanggung jawab	Kepala Ruangan rawat inap dan Kamar Bersalin, Pelayanan intensif (ICU dan NICU), Pelayanan khusus (Kemoterapi, Hemodialisa), Rawat jalan
Validator	Ketua Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien



Judul Indikator	Kelengkapan persiapan pasien pre operasi (salah satunya Pelaksanaan mandi/pembersihan pasien, dokumen dll)
Dasar Pemikiran	1. PMK NO 27 tahun 2017 tentang pedoman dan pengendalian infeksi di fasilitas layanan Kesehatan. 2. Laporan KTD
Dimensi Mutu	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input type="checkbox"/> 1.Effective <input checked="" type="checkbox"/> 3.People-Centred <input type="checkbox"/> 5.Efficient <input type="checkbox"/> 7. integrated <input checked="" type="checkbox"/> 2.Safe <input type="checkbox"/> 4.Timely <input type="checkbox"/> 6. Equitable
Tujuan	untuk meningkatkan kualitas pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan, sehingga melindungi sumber daya manusia kesehatan, pasien dan masyarakat dari penyakit infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Definisi Operasional	Kelengkapan persiapan pre operasi sebelu
Jenis Indikator	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input checked="" type="checkbox"/> Input <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Output <input type="checkbox"/> Outcome
Satuan Pengukuran	Presentase
Numerator (pembilang)	Pasien yang memenuhi seluruh item form kelengkapan persiapan pre operasi (yang diberi tanda ceklist)
Denominator (penyebut)	Total jumlah pasien yang harus terisi lengkap form kelengkapan persiapan pre operasi (yang diberi tanda ceklist)
Target Pencapaian	100%
Kriteria:	Kriteria inklusi : kategori risk , yaitu klasifikasi operasi, klasifikasi ASA jenis dan T.Time
Formula	Total jumlah pasien yang memenuhi form ceklist / total jumlah pasien yang harus memenuhi form ceklist X 100%.
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif, observasi
Sumber Data	Data primer : pencatatan form kelengkapan persiapan pre operasi Data sekunder : hasil laporan komplain, atau KPC
Instrumen Pengambilan Data	Form kelengkapan persiapan pre operasi
Besar Sampel	Total pasien operasi yang memenuhi kriteria inklusi.
Cara Pengambilan Sampel	Probability sampling
Periode Pengumpulan Data	Setiap bulan

Penyajian Data	Table dan grafik.																																				
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Setiap triwulan																																				
Penanggung Jawab	Kepala instalasi Bedah sentral																																				
Form	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">FORM KELENGKAPAN PERSIAPAN PASIEN PRE OPERASI</th> </tr> <tr> <th>NO</th> <th>ITEM PENILAIAN</th> <th>Ceklist</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>Jika ditemukan ada tanda-tanda infeksi, sebulan terdahulu infeksi nya sebelum hari operasi elektif, dan jika perlu tunda hari operasi sampai infeksi tersebut sembuh</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Jangan mencukur rambut, kecuali bila rambut terdapat pada sekitar daerah operasi dan atau akan mengganggu jalannya operasi.</td> <td>Tidak ada tanda-tanda infeksi</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Bila diperlukan mencukur rambut, lakukan di kamar bedah beberapa saat sebelum operasi dan sebaiknya menggunakan pencukur listrik (Bila tidak ada pencukur listrik gunakan silet baru).</td> <td>cukur rambut (bila perlu) dikamar bedah menggunakan pencukur listrik</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Kendalikan kadar gula darah pada pasien diabetes dan hindari kadar gula darah yang terlalu rendah sebelum operasi.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Sarankan pasien untuk berhenti merokok, minimum 30 hari sebelum hari elektif operasi.</td> <td>Gula darah terkendali (pasien DM)</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Mandikan pasien dengan zat antiseptik malam hari sebelum hari operasi.</td> <td>Pasien sudah mandi</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Cuci dan bersihkan lokasi pembedahan dan sekitarnya untuk menghilangkan kontaminasi sebelum mengadakan persiapan kulit dengan anti septik.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Gunakan antiseptik kulit yang sesuai untuk persiapan kulit</td> <td>lokasi pembedahan bersih</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Oleskan antiseptik pada kulit dengan gerakan melingkar mulai dari bagian tengah menuju ke arah luar. Daerah yang dipersiapkan haruslah cukup luas untuk memperbesar insisi, jika diperlukan</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>membuat insisi baru atau memasang drain bila diperlukan</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	FORM KELENGKAPAN PERSIAPAN PASIEN PRE OPERASI			NO	ITEM PENILAIAN	Ceklist		Jika ditemukan ada tanda-tanda infeksi, sebulan terdahulu infeksi nya sebelum hari operasi elektif, dan jika perlu tunda hari operasi sampai infeksi tersebut sembuh		1	Jangan mencukur rambut, kecuali bila rambut terdapat pada sekitar daerah operasi dan atau akan mengganggu jalannya operasi.	Tidak ada tanda-tanda infeksi	2	Bila diperlukan mencukur rambut, lakukan di kamar bedah beberapa saat sebelum operasi dan sebaiknya menggunakan pencukur listrik (Bila tidak ada pencukur listrik gunakan silet baru).	cukur rambut (bila perlu) dikamar bedah menggunakan pencukur listrik	3	Kendalikan kadar gula darah pada pasien diabetes dan hindari kadar gula darah yang terlalu rendah sebelum operasi.		4	Sarankan pasien untuk berhenti merokok, minimum 30 hari sebelum hari elektif operasi.	Gula darah terkendali (pasien DM)	5	Mandikan pasien dengan zat antiseptik malam hari sebelum hari operasi.	Pasien sudah mandi	6	Cuci dan bersihkan lokasi pembedahan dan sekitarnya untuk menghilangkan kontaminasi sebelum mengadakan persiapan kulit dengan anti septik.		7	Gunakan antiseptik kulit yang sesuai untuk persiapan kulit	lokasi pembedahan bersih	8	Oleskan antiseptik pada kulit dengan gerakan melingkar mulai dari bagian tengah menuju ke arah luar. Daerah yang dipersiapkan haruslah cukup luas untuk memperbesar insisi, jika diperlukan		9	membuat insisi baru atau memasang drain bila diperlukan	
FORM KELENGKAPAN PERSIAPAN PASIEN PRE OPERASI																																					
NO	ITEM PENILAIAN	Ceklist																																			
	Jika ditemukan ada tanda-tanda infeksi, sebulan terdahulu infeksi nya sebelum hari operasi elektif, dan jika perlu tunda hari operasi sampai infeksi tersebut sembuh																																				
1	Jangan mencukur rambut, kecuali bila rambut terdapat pada sekitar daerah operasi dan atau akan mengganggu jalannya operasi.	Tidak ada tanda-tanda infeksi																																			
2	Bila diperlukan mencukur rambut, lakukan di kamar bedah beberapa saat sebelum operasi dan sebaiknya menggunakan pencukur listrik (Bila tidak ada pencukur listrik gunakan silet baru).	cukur rambut (bila perlu) dikamar bedah menggunakan pencukur listrik																																			
3	Kendalikan kadar gula darah pada pasien diabetes dan hindari kadar gula darah yang terlalu rendah sebelum operasi.																																				
4	Sarankan pasien untuk berhenti merokok, minimum 30 hari sebelum hari elektif operasi.	Gula darah terkendali (pasien DM)																																			
5	Mandikan pasien dengan zat antiseptik malam hari sebelum hari operasi.	Pasien sudah mandi																																			
6	Cuci dan bersihkan lokasi pembedahan dan sekitarnya untuk menghilangkan kontaminasi sebelum mengadakan persiapan kulit dengan anti septik.																																				
7	Gunakan antiseptik kulit yang sesuai untuk persiapan kulit	lokasi pembedahan bersih																																			
8	Oleskan antiseptik pada kulit dengan gerakan melingkar mulai dari bagian tengah menuju ke arah luar. Daerah yang dipersiapkan haruslah cukup luas untuk memperbesar insisi, jika diperlukan																																				
9	membuat insisi baru atau memasang drain bila diperlukan																																				



Judul Indikator	Kelengkapan Sarana dan Prasarana di kamar pasien di Rawat Inap (dikategorikan berdasarkan kelas perawatan termasuk VIP)
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem jaminan Sosial Nasional (SJSN). 2. PMK No 24 Tahun 2016 tentang persyaratan teknis bangunan dan prasarana rumah sakit 3. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit, Pasal 18. 4. Pedoman pelayanan instalasi rawat inap dan kamar bersalin RS unhas.
Dimensi Mutu	<p>Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1.Effective <input checked="" type="checkbox"/> 3.People-Centred <input checked="" type="checkbox"/> 5.Efficient <input type="checkbox"/> 7. integrated</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2.Safe <input type="checkbox"/> 4.Timely <input type="checkbox"/> 6. Equitable</p>
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitas dan lingkungan dalam rumah sakit harus aman, berfungsi baik, dan memberikan lingkungan perawatan yang aman bagi pasien, keluarga, staf, dan pengunjung. Untuk mencapai tujuan itu maka fasilitas fisik, bangunan, prasarana dan peralatan kesehatan serta sumber daya lainnya harus dikelola secara efektif untuk mengurangi dan mengendalikan bahaya, risiko, mencegah kecelakaan, cedera dan penyakit akibat kerja. 2. Memenuhi standar sarana dan prasarana RS tipe B. 3. Mengurangi complain pasien.
Definisi Operasional	<p>Sarana : adalah segala sesuatu yang dapat dipakai sebagai alat dan bahan untuk perawatan di ruang rawat inap sesuai standar klasifikasi RS tipe B.</p> <p>Prasarana :adalah utilitas yang terdiri atas alat, jaringan dan sistem yang membuat suatu bangunan Rumah Sakit bisa berfungsi sesuai dengan standar klasifikasi RS tipe B.</p>
Jenis Indikator	<p>Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Input <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Output <input checked="" type="checkbox"/> Outcome</p>
Satuan Pengukuran	Presentase.
Numerator (pembilang)	Jumlah Ruang rawat inap yang memenuhi standar sarana dan prasarana sesuai form ceklist
Denominator (penyebut)	Jumlah total ruangan rawat inap.
Target Pencapaian	100%
Kriteria:	<p>Kriteria inklusi : semua ruangan perawatan di rawat inap</p> <p>Kriteria eksklusi : ruangan selain ruang perawatan di rawat inap</p>
Formula	Total jumlah ruangan yang memenuhi form ceklist / total jumlah ruangan keseluruhan ruang rawat inap X 100%.
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif, observasi

Sumber Data	Data primer : pencatatan form kelengkapan sarana dan prasarana diruang kamar pasien rawat inap. Data sekunder : hasil laporan komplain, atau KPC																																																																																																				
Instrumen Pengambilan Data	Form ceklist standar kebutuhan sarana dan prasarana rs sesuai kelas																																																																																																				
Besar Sampel	Seluruh jumlah total ruangan																																																																																																				
Cara Pengambilan Sampel	Probability sampling																																																																																																				
Periode Pengumpulan Data	Setiap hari																																																																																																				
Penyajian Data	Grafik																																																																																																				
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Setiap triwulan																																																																																																				
Penanggung Jawab	Kepala instalasi rawat inap dan kamar bersalin dan pelayanan medik																																																																																																				
Form kelengkapan sarana dan prasarana	<p style="text-align: center;">Fasilitas pada instalasi rawat inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No.</th> <th rowspan="2">Nama Ruangan</th> <th rowspan="2">Fasilitas Ruangan</th> <th colspan="5">Ruangan Instalasi Rawat Inap</th> <th rowspan="2">Ket.</th> </tr> <tr> <th>Kelas 1</th> <th>Kelas 2&3</th> <th>VVIP</th> <th>VIP</th> <th>Mata</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="12">1</td> <td rowspan="12">Kamar Perawatan</td> <td>Tempat tidur pasien</td> <td>√</td> <td>√</td> <td>√</td> <td>√</td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bed Site Kabinet</td> <td>√</td> <td>√</td> <td>-</td> <td>√</td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lemari</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>√</td> <td>√</td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nurse call</td> <td>√</td> <td>-</td> <td>√</td> <td>√</td> <td>-</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Meja Makan</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>√</td> <td>√</td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kursi</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>√</td> <td>√</td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Televisi</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>√</td> <td>√</td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tirai</td> <td>√</td> <td>√</td> <td>√</td> <td>√</td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sofa (Untuk ruang perawatan VIP)</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>√</td> <td>√</td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AC</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>√</td> <td>√</td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kulkas</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>√</td> <td>√</td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dispenser</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>√</td> <td>√</td> <td>√</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	No.	Nama Ruangan	Fasilitas Ruangan	Ruangan Instalasi Rawat Inap					Ket.	Kelas 1	Kelas 2&3	VVIP	VIP	Mata	1	Kamar Perawatan	Tempat tidur pasien	√	√	√	√	√		Bed Site Kabinet	√	√	-	√	√		Lemari	-	-	√	√	√		Nurse call	√	-	√	√	-		Meja Makan	-	-	√	√	√		Kursi	-	-	√	√	√		Televisi	-	-	√	√	√		Tirai	√	√	√	√	√		Sofa (Untuk ruang perawatan VIP)	-	-	√	√	√		AC	-	-	√	√	√		Kulkas	-	-	√	√	√		Dispenser	-	-	√	√	√	
No.	Nama Ruangan				Fasilitas Ruangan	Ruangan Instalasi Rawat Inap					Ket.																																																																																										
		Kelas 1	Kelas 2&3	VVIP		VIP	Mata																																																																																														
1	Kamar Perawatan	Tempat tidur pasien	√	√	√	√	√																																																																																														
		Bed Site Kabinet	√	√	-	√	√																																																																																														
		Lemari	-	-	√	√	√																																																																																														
		Nurse call	√	-	√	√	-																																																																																														
		Meja Makan	-	-	√	√	√																																																																																														
		Kursi	-	-	√	√	√																																																																																														
		Televisi	-	-	√	√	√																																																																																														
		Tirai	√	√	√	√	√																																																																																														
		Sofa (Untuk ruang perawatan VIP)	-	-	√	√	√																																																																																														
		AC	-	-	√	√	√																																																																																														
		Kulkas	-	-	√	√	√																																																																																														
		Dispenser	-	-	√	√	√																																																																																														

FORM CEKLIST KELENGKAPAN SARANA DAN PRASARANA				
NO	PERSYARATAN RUANGAN	USULAN	CEKLIST	BERFUNGSI
1	Jarak antar tempat tidur 2,4 m atau antar tepi tempat tidur minimal 1,5 m.			
2	Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi.			
3	Antar tempat tidur yang dibatasi oleh tirai maka rel harus dibenamkan/ menempel di plafon, dan sebaiknya bahan tirai non porosif.			
4	kotak kontak dan tidak boleh ada percabangan/ sambungan langsung tanpa pengamanan arus			
5	Harus disediakan outlet oksigen.			
6	Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik. Untuk ventilasi mekanik minimal total pertukaran udara 6 kali per jam, untuk ventilasi alami harus lebih dari nilai tersebut.			
7	Ruangan perawatan pasien harus memiliki bukaan jendela yang aman untuk kebutuhan pencahayaan dan ventilasi alami.			
8	Ruangan harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 250 lux untuk penerangan, dan 50 lux untuk tidur.			
9	Ruang perawatan harus menyediakan nurse call untuk masing-masing tempat tidur yang terhubung ke pos perawat (nurse station).			
10	Di setiap ruangan perawatan harus disediakan kamar mandi. Kamar mandi ini mengikuti persyaratan kamar mandi aksesibilitas.			

Indikator Mutu prioritas Unit

Judul Indikator	Kepatuhan jam visite dokter
Dasar Pemikiran	4. Undang-Undang No.29 Tahun 2004 mengenai Praktik Kedokteran 5. Undang-Undang No. 25 Tahun 2009 mengenai pelayanan publik 6. Pelayanan kesehatan harus berorientasi kepada kebutuhan pasien, bukan kepada keinginan rumah sakit.
Dimensi Mutu	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input type="checkbox"/> 1.Effective <input checked="" type="checkbox"/> 3.People-Centred <input checked="" type="checkbox"/> 5.Efficient <input type="checkbox"/> 7. integrated <input type="checkbox"/> 2.Safe <input checked="" type="checkbox"/> 4.Timely <input type="checkbox"/> 6. Equitable
Tujuan	3. Tergambarnya kepatuhan dokter melakukan visitasi kepada pasien rawat inap sesuai waktu yang ditetapkan. 4. Waktu yang ditetapkan untuk visite adalah pukul 06.00 – 14.00.
Defenisi Operasional	Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya.
Jenis Indikator	Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> jika termasuk <input type="checkbox"/> Input <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
SatuanPengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien yang di-visite dokter pada pukul 06.00 – 14.00
Denominator	Jumlah pasien yang diobservasi
Target Capaian	≥80%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Visite dokter pada pasien rawat inap Eksklusi : a. Pasien yang baru masuk rawat inap hari itu b. Pasien konsul
Formula	Jumlah pasien yang di-visite dokter pada pukul 06.00-14.00 dibagi Jumlah pasien yang diobservasi dikali 100%
Sumber data	Data sekunder berupa laporan visite rawat inap dalam rekam medic, data primer berdasarkan pengukuran petugas ruangan yg menilai langsung waktu visite dokter
Cara Pengambilan Sampel	Probability Sampling – Stratified Random Sampling (berdasarkan unit pelayanan)
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis Dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penyajian Data	3. Tabel 4. Run chart
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Waktu Visite Dokter
Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap, Rawat Inap Khusus dan Kamar Bersalin;
Validator	Seksi Mutu Pelayanan Medik

BAB X

PENUTUP

Pedoman pelayanan ini diharapkan dapat menjadi panduan dalam menyelenggarakan pelayanan di unit rawat jalan dan rawat inap Rumah Sakit Unhas.

Apabila dikemudian hari diperlukan adanya perubahan pada petunjuk teknis ini, maka akan dilakukan penyempurnaan pada penyusunan pedoman pelayanan berikutnya.

DIREKTUR UTAMA,



ANDI MUHAMMAD ICHSAN

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Andi Muhammad Ichsan', located to the right of the printed name.