



PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS

NOMOR 14/UN4.24.0/2022

TENTANG

PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI RAWAT INAP

DAN KAMAR BERSALIN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UNHAS

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka penyelenggaraan dan pelaksanaan tata kelola organisasi dan tata kelola klinis yang baik di Rumah Sakit Unhas, diperlukan Penataan Organisasi di setiap unit kerja Rumah Sakit Unhas;
 - b. bahwa berdasarkan huruf a di atas maka perlu disusun Peraturan Direktur Utama Tentang Pedoman Pengorganisasian Instalasi Rawat Inap Dan Kamar Bersalin di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar.

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2009 tentang Praktek Kedokteran
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
4. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi, (Lembaran Negara Tahun 2012 Nomor 158);
5. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014, Tanggal 15 Januari 2014, tentang Aparatur Sipil Negara, Lembaran Negara R.I. Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara R.I. Nomor 5494;
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
7. Peraturan Pemerintah Nomor 53 Tahun 2015 tentang Statuta Universitas Hasanuddin (Tambahan LN.Tahun 2015 Nomor 5722);
8. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
9. Peraturan Presiden Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1045 Tahun 2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1069 Tahun 2008 tentang Pedoman Klasifikasi dan Standar Rumah Sakit Pendidikan;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 tahun 2018 Tentang Kewajiban Rumah Sakit dan kewajiban pasien.
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 18 tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 Tahun 2017

tentang Petunjuk Operasional Penggunaan Dana Alokasi Khusus Fisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2018.

15. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
16. Peraturan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 12/UN4.1/2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Pengelola Universitas Hasanuddin;
17. Peraturan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 24/UN4.1/2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Universitas Hasanuddin;
18. Keputusan Rektor Unhas 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 INSTALASI RAWAT INAP DAN KAMAR BERSALIN

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Rektor ini yang dimaksud dengan:

1. Rumah Sakit Universitas Hasanuddin yang selanjutnya disingkat dengan RSUH, merupakan unit kerja didalam lingkungan Universitas Hasanuddin yang berfungsi sebagai unit penunjang akademik yang bertugas untuk mengkoordinasikan dan/atau menyelenggarakan kegiatan pendidikan, pelayanan dan penelitian dalam sejumlah disiplin ilmu pengetahuan dan teknologi bidang kedokteran dan kesehatan atau yang terkait yang mengedepankan efisiensi dan produktivitas.
2. Direktur Utama adalah organ RSUH yang memimpin penyelenggaran dan pengelolaan Rumah Sakit.
3. Instalasi adalah unit pelayanan yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian di rumah sakit.
4. Kepala Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin adalah seseorang yang diangkat oleh Direktur Utama yang bertanggungjawab terhadap kegiatan pelayanan kesehatan yang dilakukan di unit/instalasi
5. Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri, dengan staf yang kompeten yang ditujukan untuk perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit akut ataupun kronik.
6. Instalasi Rawat Inap dan kamar bersalin mempunyai tugas memfasilitasi kegiatan pelayanan, pendidikan dan penelitian, melaksanakan dan meningkatkan mutu pelayanan rawat inap dan kamar bersalin.
7. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang

diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung di rumah sakit.

8. Koordinator Pelayanan Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin adalah seorang tenaga perawat professional yang diberi wewenang untuk mengelola pelayanan asuhan keperawatan di ruang Instalasi Rawat Inap.
9. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan, yang selanjutnya disebut DPJP adalah seorang dokter spesialis yang sesuai dengan kewenangan klinisnya terkait penyakit pasien, memberikan asuhan medis lengkap (paket) kepada satu pasien dengan satu patologi/penyakit, dari awal sampai dengan akhir perawatan di Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin Rumah Sakit Unhas. Asuhan medis lengkap artinya rencana serta tindak lanjutnya sesuai kebutuhan pasien
10. Peserta Didik Dokter Spesialis, yang selanjutnya disebut PPDS adalah dokter yang sedang menjalani pendidikan dokter spesialis.
11. Profesi Pemberi Asuhan, yang selanjutnya disingkat PPA, adalah tenaga kesehatan yang secara langsung memberikan asuhan kepada pasien, antara lain dokter, perawat, bidan, ahli gizi, apoteker, psikolog klinis, penata anestesi, terapi fisik, dsb.

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

Pedoman pengorganisasian Instalasi Rawat Inap dan kamar bersalin di Rumah Sakit Unhas ini dimaksudkan guna memberikan petunjuk dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan penyelenggaraan Pelayanan Instalasi Rawat Inap di Rumah Sakit Unhas yang berorientasi kepada keselamatan dan keamanan pasien sehingga didapatkan suatu pelayanan baku, berkualitas dan komprehensif.

BAB III

PENYELENGGARAAN

Pasal 3

1. Penyelenggaraan pelayanan di Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin termasuk pelayanan rawat inap tingkat lanjut.
2. Penyelenggaraan pelayanan di Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin hanya dapat dilakukan oleh Profesi Pemberi Asuhan (PPA) yang terlatih dan berkompeten.

Pasal 4

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan/penyelenggaraan Pelayanan Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Direktur ini.

BAB IV

RUANG LINGKUP

Pasal 5

Ruang lingkup pelayanan yang diberikan di Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin Rumah Sakit Unhas adalah sebagai berikut:

- (1) Pemeriksaan dan konsultasi dan pengobatan oleh dokter spesialis.

- (2) Perawatan, makanan dan akomodasi di ruang perawatan.
- (3) Pemeriksaan penunjang diagnostik
- (4) Tindakan medis yang bersifat diagnostik, terapeutik maupun operatif.
- (5) Pemberian obat-obatan pada pasien sesuai dengan catatan daftar obat dan instruksi dokter spesialis.
- (6) Pelayanan transfusi darah.
- (7) Pemberian surat rujukan.
- (8) Pemakaian peralatan yang tersedia seperti oksigen.

BAB V

ORGANISASI

Pasal 6

- (1) Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin dibawah langsung oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik
- (2) Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin dipimpin oleh seorang kepala instalasi.
- (3) Kepala instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin bertanggung jawab langsung kepada Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (4) Koordinator pelayanan dan petugas Administrasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin bertanggung jawab langsung kepada Kepala Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin.
- (5) Perawat/Bidan Primer dan perawat/bidan Pelaksana bertanggung jawab kepada Koordinator ruangan pelayanan rawat inap.

BAB VI

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 7

(1) Direktur Utama, Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik, Komite Medik, Komite Keperawatan, dan Satuan Penjaminan Mutu melakukan pembinaan dan pengawasan sesuai dengan tugas, fungsi dan kewenangannya masing-masing.

(2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud diarahkan untuk:

- a. Melindungi pasien dalam penyelenggaraan pelayanan intensif yang dilakukan tenaga kesehatan;
- b. mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan intensif 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.

BAB VII
PENCATATAN DAN PELAPORAN

Pasal 8

1. Tiap PPA wajib mendokumentasikan asuhan dan pelayanan yang diberikan ke pasien dalam rekam medis elektronik sesuai standar yang ditetapkan oleh Rumah sakit.
2. Pendokumentasian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa:
 - a. Pengkajian awal keperawatan/kebidanan sesuai standar.
 - b. Penilaian lanjutan risiko jatuh neonatus/anak/dewasa/lansia/
 - c. Pemantauan PEWS/MEOWS/NEWS
 - d. Catatan perkembangan pasien sesuai standar (terintegrasi)
 - e. Catatan observasi rawat inap
 - f. Catatan keperawatan
3. Penanggungjawab rawat inap dan kamar bersalin membuat pelaporan pelayanan rawat inap yang dilakukan setiap bulan
4. Pelaporan sebagaimana yang dimaksud pada ayat 3 berupa:
 - a. Rekapitulasi pasien masuk rawat inap
 - b. Hasil BOR, AvLOS, TOI, BTO
 - c. Standar pelayanan minimum rawat inap dan kamar bersalin

BAB VIII

PENUTUP

Pasal 9

Peraturan Direktur ini mulai berlaku pada tanggal di tetapkan

Ditetapkan di : Makassar

Pada tanggal : 27 Desember 2022

Direktur Utama Rumah Sakit
Universitas Hasanuddin Makassar



dr. Andi Muhammad Ichsan, Ph. D., Sp. M(K)

NIP. 197002122008011013

LAMPIRAN

PERATURAN DIREKTUR UTAMA

RUMAH SAKIT UNHAS

NOMOR 14/UN4.24.0/2022

TANGGAL 27 Desember 2022

TENTANG PEDOMAN PELAYANAN

INSTALASI RAWAT INAP DAN KAMAR

BERSALIN DI RUMAH SAKIT UNHAS

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Peningkatan kinerja pelayanan kesehatan telah menjadi tema utama diseluruh 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. Pelayanan Instalasi Rawat Inap merupakan bagian integral dari pelayanan yang merawat semua kasus yang meliputi kasus Penyakit Dalam, kasus Bedah, kasus Kebidanan dan Kandungan, dan kasus Anak. Pelayanan Rawat Inap dan Kamar Bersalin di Rumah Sakit perlu di tingkatkan dan dikembangkan secara berkesinambungan dalam rangka memenuhi kebutuhan pelayanan, pengobatan, perawatan ke pasien baik dengan penyakit menular atau penyakit tidak menular.

Dalam pelayanan keperawatan/kebidanan di Rawat Inap dan kamar bersalin, standar sangat membantu perawat/bidan untuk mencapai asuhan yang berkualitas, sehingga harus berfikir realistis tentang pentingnya evaluasi sistematis terhadap semua

aspek asuhan yang berkualitas tinggi. 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.

Standar merupakan pernyataan-pernyataan tertulis mengenai harapan – harapan singkat ketrampilan/kompetensi untuk memastikan pencapaian suatu hasil tertentu. Untuk menjamin mutu asuhan yang diberikan, standar merupakan landasan normatif dan parameter untuk menentukan tingkat keberhasilan dalam memenuhi kebutuhan yang seharusnya. Dalam penyusunan standar diharuskan untuk memperhatikan proses dan harapan yang akan terjadi dalam upaya meningkatkan mutu layanan.

Standar praktik sangat diperlukan dalam pelayanan keperawatan/kebidanan di Rawat Inap dan Kamar Bersalin. Standar sangat membantu keperawatan/kebidanan untuk mencapai asuhan yang berkualitas. Standar digunakan terutama pada tiga proses evaluasi yaitu menilai diri sendiri, inspeksi dan akreditasi.

B. TUJUAN UMUM DAN TUJUAN KHUSUS

1. Tujuan Umum

Tercapainya Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin sebagai instalasi yang dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan perkembangan dan kemajuan teknologi kedokteran secara efektif dan efisien agar tercapai pelayanan kesehatan yang optimal, serta dapat dijangkau oleh masyarakat yang membutuhkan.

2. Tujuan Khusus.

1. Mengetahui standar ketenagaan di Instalasi Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin Rumah Sakit Pendidikan Unhas
2. Mengetahui standar Fasilitas di Instalasi Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin Rumah Pendidikan Unhas
3. Mengetahui Tata Laksana pelayanan di Instalasi Instalasi Rawat Inap dan

Kamar Bersalin Rumah Sakit Pendidikan Unhas

4. Mengetahui penyediaan logistik di Instalasi Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin Rumah Sakit Pendidikan Unhas
5. Mengetahui Keselamatan pasien dalam pelayanan di Instalasi Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin Rumah Sakit Pendidikan Unhas
6. Mengetahui Keselamatan kerja dalam pelayanan di Instalasi Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin Rumah Sakit Pendidikan Unhas
7. Mengetahui pengendalian mutu pelayanan di Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

C. RUANG LINGKUP PELAYANAN

1. Pelayanan rawat inap dan Kamar Bersalin meliputi:
 - a. Pemeriksaan dan konsultasi oleh dokter spesialis
 - b. Perawatan, makanan dan akomodasi di ruang perawatan
 - c. Pemeriksaan dan pengobatan oleh dokter spesialis
 - d. Pemeriksaan penunjang diagnostik
 - e. Tindakan medis yang bersifat diagnostik, terapeutik dan operatif
 - f. Pemberian obat- obatan pada pasien sesuai dengan catatan daftar obat pasien dan instruksi dokter spesialis
 - g. Pelayanan tranfusi darah
 - h. Pemberian surat rujukan
 - i. Pemakaian peralatan yang tersedia seperti oksigen.
2. Ruang Lingkup pelayanan Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin yang berkaitan dengan profesi lainnya terdiri dari:
 - a. Staf Medis
 - b. Staf Perawat
 - c. Staf Bidan
 - d. Staf Farmasi
 - e. Staf Gizi
 - f. Staf Rehabilitasi Medis

2. Ruang lingkup unit kerja yang terkait pelayanan Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin adalah:
- a. Instalasi Gawat Darurat
 - b. Instalasi Rawat Jalan
 - c. Instalasi Care Unit
 - d. Instalasi Kemoterapi
 - e. Instalasi Hemodialisa
 - f. Instalasi Neonatal Intensif Care Unit
 - g. Instalasi Rawat Inap terdiri dari:
 - a. Ruang Perawatan Kelas I dan VIP (Sandeq)
 - b. Ruang Perawatan Kelas II & III (Katinting)
 - c. Ruang Perawatan Kelas II & III, Isolasi Covid (Phinisi)
 - d. Ruang Perawatan Kamar Bersalin dan Rawat Gabung

D. BATASAN OPERASIONAL

Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin Rumah Sakit Universitas Hasanuddin beroperasi selama 24 jam non stop yang menerima pasien dari Rawat Jalan dan IRD. Standar Unit kerja instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin meliputi ruang bersalin, ruang rawat pasien, nurse station, ruang tindakan, depo obat, ruang perawat, soiled (tempat linen kotor), kamar mandi/toilet, ruang jaga residen/koas/mahasiswa. Adapun kondisi unit Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, terdiri dari:

a. Ruang Pasien Rawat Inap.

Ruangan untuk pasien yang memerlukan asuhan keperawatan pengobatan secara berkesinambungan lebih dari 24 jam. Di Ruang rawat inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin terdiri dari kamar kelas I,II, III, VIP, Ruang Isolai Covid, Kamar Bersalin.

b. Nurse Station

Ruangan ini dilengkapi meja nurse station, kursi, tempat arsip, komputer, telepon. Kegiatan di ruangan ini meliputi: Serah terima pasien baru dan pulang,

penandatanganan surat pernyataan keluarga pasien (apabila diperlukan persetujuan pengobatan, tindakan perawatan/kebidanan ataupun persetujuan tindakan bedah).

c. Ruang Tindakan dan Konsultasi

Ruangan ini berisi alat-alat kesehatan, tempat linen bersih dan tempat layanan konsultasi.

Tempat ini juga dapat digunakan untuk melakukan tindakan kedokteran tertentu.

d. Depo obat

Ruangan ini digunakan untuk penyimpanan obat pasien dalam melakukan sentralisasi obat serta terdapat trolley emergency. Tiap pasien memiliki 1 kotak obat, dan tiap obat pasien berisi obat-obat pasien yang digunakan selama pasien di rawat di ruang perawatan.

e. Ruang Perawat/bidan

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

f. Soiled (Tempat Linen Kotor)

Tempat untuk penyimpanan bahan-bahan kotor yang telah digunakan di ruang rawat inap sebelum di bawa ke ruang cuci (laundry). Tempat linen kotor di ruang perawatan Rumah Sakit Universitas Hasanuddin terdiri dari 2 box besar tertutup, 1 box tertutup untuk linen infeksius dan 1 box tertutup untuk linen non infeksius.

g. Kamar Mandi / Toilet.

Di ruang perawatan Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, terdapat 2 kamar mandi untuk petugas dan kamar mandi pasien yang setiap hari dibersihkan oleh petugas cleaning service.

h. Ruang Jaga Residen/koas/mahasiswa

Ruang ini dapat digunakan oleh residen, koas dan mahasiswa 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 Rumah Sakit
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 sebagai berikut :

No.	Jenis Tenaga	Ruangan	Pendidikan	Jumlah
1	Kepala Instalasi	Rawat Inap	Dokter Spesialis	1
2	Dokter	Rawat Inap	Dokter Spesialis	
3	Kepala Ruangan	Rawat Inap Kls 1 dan VIP (Sandeq)	S1 + Ners	1
		Rawat Inap Kls 2/3 (Katinting-lantai 4)	S2 Keperawatan	1
		Rawat Inap Kls 2/3 dan Isolasi Covid (Phinisi-lantai 3)	S1 + Ners	1
		Ruang Perawatan Maternal / Kamar Bersalin dan Rawat gabung	S2 Kebidanan	1
4	Perawat Primer	Rawat Inap Kls 1 dan VIP (Sandeq)	S1 + Ners	2
		Rawat Inap Kls 2/3 (Katinting-lantai 4)	S1 + Ners	2
		Rawat Inap Kls 2/3 dan isolasi Covid (Phinisi-lantai 3)	S1 + Ners	2
		Ruang Perawatan Maternal / Kamar Bersalin dan Rawat gabung	D3 Kebidanan	1

5	Perawat / Bidan Pelaksana	Rawat Inap Kls 1 dan VIP (Sandeq)	Ners dan D3 Keperawatan	25
		Rawat Inap Kls 2/3 (Katinting-lantai 4)	Ners dan D3 Keperawatan	24
		Rawat Inap Kls 2/3 dan Isolasi Covid (Phinisi- lantai 3)	Magister Keperawatan, Ners dan D3 Keperawatan	24
		Ruang Perawatan Maternal / Kamar Bersalin dan Rawat gabung	Magister Kebidanan, D4 Kebidanan, dan D3 Kebidanan	13
6	Admin Ruangan	Rawat Inap Kls 1 dan VIP (Sandeq)	DIII / S1 semua jurusan yang bisa mengoprasikan computer dan berkomunikasi dengan baik	1
		Rawat Inap Kls 2/3 (Katinting-lantai 4)		1
		Rawat Inap Kls 2/3 (Phinisi-lantai 3)		1
		Ruang Perawatan Maternal / Kamar Bersalin		1

B. Distribusi Ketenagaan

INSTALASI RAWAT INAP	PENDIDIKAN				ADMI N RUAN GAN	JUMLAH SDM	STATUS KEPEGAWAIAN		
	S2 Kepera watan/ Kebida nan	NERS	D4 Kebidanan	D3 Keperawat an/Kebida nan			PNS	PEGAWAI TETAP NON PNS	PEGAWAI TIDAK TETAP NON PNS
Rawat Inap Kls 1 dan VIP (Sandeq)	-	27	-	1	1	29	-	2	27
Rawat Inap Kls 2/3 (Katintin g-lantai 4)	3	24	-	-	1	28	1	1	26
Rawat Inap Kls 2/3 dan	1	24	-	2	1	28	-	3	25

Isolasi Covid (Phinisi-lantai 3)									
Ruang Perawatan Maternal / Kamar Bersalin	2	-	4	9	1	16	4	3	9
JUMLAH	6	75	4	12	4	101	5	9	87

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

Distribusi Shift Perawat di Instalasi Rawat Inap

Unit Rawat Inap	Jumlah Petugas Pershift		
	Pagi (07.30 – 14.00)	Siang (14.00 – 21.00)	Malam (21.00 – 08.00)
Rawat Inap Kls 1 dan VIP (Sandeq)	4-6	4-6	4-6
Rawat Inap Kls 2/3 (Katinting-lantai 4)	3	3 - 4	3 - 4
Rawat Inap Kls 2/3 dan Isolasi Covid (Phinisi-lantai 3)	5-6	5-6	5-6
Ruang Perawatan Maternal / Kamar Bersalin	2-3	2-3	2-3

Pola Perhitungan Tenaga Perawat Instalasi Rawat Inap :

Dalam pendistribusian tenaga perawat dengan menggunakan rumus :

1. Efektifitas kerja perawat. Berdasarkan Permenpan :

- a. Shift pagi 6,5 jam.
- b. Shift Siang 7 jam.
- c. Shift Malam 10,5 jam

2. Derajat ketergantungan pasien yang digunakan di ruang rawat inap menggunakan rumus Douglas,1984, dengan melihat klasifikasi pasien/ ketergantungan pasien

a. Rawat Inap

- 1) Asuhan keperawatan minimal/Self care = 1-2 jam/24 jam
- 2) Asuhan keperawatan Sedang/Partial = 3-4 jam/24 jam
- 3) Asuhan keperawatan Berat/Total = 5-6 jam/24 jam

Tabel 1 : Ketergantungan Pasien menurut Gillies ,2000

No	Kriteria
Asuhan keperawatan minimal/Self care (1-2jam/24jam)	
1	Kebersihan diri, mandi, ganti pakaian dilakukan sendir
2	Makan dan minum dilakukan sendiri
3	Ambulasi dg pengawasan
4	Observasi ttv dilakukan setiap shift
5	Pengobatan minimal, status psikologis stabil
6	Manajemen nyeri ringan

Asuhan keperawatan Sedang/Partial (3-4j/24j)	
1	Sebagian akifitas diberikan oleh perawat
2	Posisi diatur. Observasi ttv setiap 2 jam
3	Makan memerlukan NGT. Terapi intravena
4	Penggunaan suction
5	Gelisah/disorientasi
6	Manajemen nyeri sedang
7	Prosedur khusus
Asuhan keperawatan Berat/Total (5-6jam/24jam)	
1	Segala akifitas diberikan oleh perawat
2	Terpasang folley catheter. Intake output dicatat
3	Pengobatan lebih dari sekali
4	Persiapan pengobatan memerlukan prosedur
5	Terpasang Infus dan Pengobatan interna “drip”
6	Eliminasi, Inkontinen lebih dari 2-4 kali/shift
7	Kenyamanan, tidak bisa merubah posisi sendiri, dibantu oleh dua orang
8	Keadaan umum, penyakit serius. Menunjukkan adanya gejala akut (perdarahan dan atau kehilangan cairan)
9	Monitoring secara terus menerus setiap shift.
10	Manajemen nyeri berat

Tabel 2 : Perhitungan Tenaga Perawat menurut Douglas,1984

WAKTU/ KLASIFIKASI	PAGI	SORE	MALAM
• Minimal	• 0.17	0.14	• 0.07
• Partial	• 0.27	0.15	• 0.10
• Total	• 0.36	0.30	• 0.20

Kamar bersalin:

- 1) Waktu yg diperlukan untuk pertolongan persalinan mencakup kala I s/d IV
= 4 jam/pasien
- 2) Jam efektif kerja bidan = 7 jam/hari
- 3) Rata-rata jumlah pasien setiap hari = 10 pasien

Rumus

Rata-rata jmlh ps perhari x waktu yang diperlukan 4 jam perpasien	
-----	= ...org
7 jam/hari	

Maka distribusi bidan setiap ruangan yaitu:

- Ruang bersalin, ruang bayi dan rawat gabung = 12 orang

C. Pengaturan Jaga

Pengaturan tenaga kerja di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin berdasarkan shift dan non shift dapat dilihat dibawah ini:

1. Pegawai Shift dan non Shift

a. 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

b. Pegawai non shift

- Senin - Jumat : 07.30 - 16.00 WITA
- Senin - Sabtu : 07.30 - 14.00 WITA

2. Pengaturan Jaga Perawat/bidan pelaksana

- Pengaturan jadwal dinas perawat/bidan dibuat dan di pertanggung jawabkan oleh Kepala Ruang (Karu) di tiap lantai ruang perawatan dan disetujui oleh Manajer Keperawatan.
- Jadwal dinas dibuat untuk jangka waktu satu bulan dan direalisasikan ke perawat/bidan pelaksana setiap satu bulan.
- Untuk tenaga perawat/bidan yang memiliki keperluan penting pada hari tertentu, maka perawat/bidan 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 (PJ Shift)
- Jadwal dinas terbagi atas dinas pagi, dinas sore, dinas malam, libur dan cuti.
- Apabila ada tenaga perawat/bidan jaga karena sesuatu hal sehingga tidak dapat jaga sesuai jadwal yang telah ditetapkan (Terencana), maka perawat/bidan yang bersangkutan harus memberitahu Karu di setiap bagian maksimal 5 hari sebelum jadwal jaga tersebut dan membuat surat pertukaran shift atas sepengetahuan kepala ruangan dan persetujuan kepala instalasi. Sebelum memberitahu Karu, diharapkan perawat/bidan yang bersangkutan sudah mencari perawat/bidan pengganti.
- Apabila ada tenaga perawat/bidan tiba – tiba tidak dapat jaga sesuai jadwal yang telah ditetapkan (tidak terencana), maka Karu akan mencari pengganti. Kemudian perawat/bidan tersebut melapor ke kabid SDM bahwa ia tiba-tiba tidak dapat dinas sesuai jadwal disertai alasan yang kuat.
- Setiap perawat/bidan 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. Deskripsi fisik dan bangunan

Ruang perawatan rawat inap terdapat pada gedung EF yang terdiri dari lantai 3 terdapat ruang perawatan Kelas II/III, rawat inap covid dan ICU tanpa tekanan negative dengan/tanpa ventilator, ICU tekanan negative dengan ventilator dan lantai 4 terdapat ruang perawatan kelas VIP dan kelas 1, isolasi non covid, kamar bersalin, rawat gabung rawat inap kelas II, rawat inap kelas II/III.

Ruang perawatan rawat inap lantai 3 Kelas II terdiri dari 6 kamar (18 tempat tidur), kelas III terdiri dari 5 kamar (30 tempat tidur), rawat inap covid terdiri dari 7 kamar (14 tempat tidur), ICU tanpa tekanan negative dengan/tanpa ventilator terdiri dari 7 kamar (8 tempat tidur), ICU tekanan negative dengan ventilator terdiri dari 1 kamar (1 tempat tidur) dan lantai 4 terdapat ruang perawatan kelas VIP terdiri dari 5 kamar (5 tempat tidur) dan kelas 1 terdiri dari 12 kamar (24 tempat tidur), isolasi non covid terdiri dari 1 kamar (1 tempat tidur), kamar bersalin terdiri dari 1 kamar (2 tempat tidur), rawat gabung rawat inap kelas II terdiri dari 2 kamar (8 tempat tidur), rawat inap kelas II terdiri dari 2 kamar (8 tempat tidur) dan kelas III terdiri dari 5 kamar (30 tempat tidur).

B. Standar Fasilitas

Instalasi Rawat inap dan kamar bersalin Rumah Sakit Universitas Hasanuddin terdapat digedung EF lantai 3 dan lantai 4. Sebagai sarana pendukung dalam memberikan informasi diagnostik Instalasi Rawat Inap dan kamar bersalin juga dilengkapi dengan sarana dan prasarana alat medis yang canggih.

Tersedianya air bersih diolah dari pengolahan air PDAM yang monitor secara kontinue untuk memastikan kadar air yang digunakan untuk pemeriksaan memenuhi syarat baku mutu air.

Listrik di suplai dari PLN dengan sumber listrik yang stabil dan tegangan yang konstan. Jika terjadi kejadian listrik terputus atau terjadi pemadaman listrik maka sumber listrik Ruang perawatan dibantu UPS. Hal ini diperlukan supaya pemeriksaan tidak terhenti mengingat Instalasi Rawat Inap RS Universitas

Hasanuddin memberikan pelayanan 24 jam. Pemantauan kestabilan voltage secara kontinue dilakukan agar alat-alat yang ada di Instalasi Rawat Inap dapat digunakan dengan baik dan hasil yang dikeluarkan juga akurat.

Fasilitas pada instalasi rawat inap dan kamar bersalin Rumah Sakit Universitas Hasanuddin

No.	Nama Ruang	Fasilitas Ruangan	Ruang 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	-	-	√	√	√	
2	Peralatan Kesehatan	Meja Periksa/Tempat tidur periksa/Examination Table	-	-	-	-	-	
		Tensimeter Digital/Sphygmomanometer Digital	-	-	-	-	-	

		Tensimeter, Anaeroid/Sphygmoma nometer, Aneroid	√	√	√	√	√	
		Film Viewer	√	√	√	√	-	
		Medical Flash	√	√	√	√	√	

		light/Pen Light						
		Stethoscope/Stetoskop	√	√	√	√	√	
		Termometer Digital	√	√	√	√	√	
		Emergency Trolley/Resucitation Crash Cart	√	√	√	√	√	
		Defibrilator	√	√	-	-	-	
		Minor Surgery Set	√	√	√	√	√	
		Lever Biopsi Set (Jarum Biopsi khusus)	-	-	-	-	-	
		Set Aspirasi Sumsum Tulang Belakang (Jarum Khusus)	-	-	-	-	-	
		Renal Biopsi Set (Jarum Eksplorasi, Jarum Biopsi USG (Tru Cut Needle)	-	-	-	-	-	
		Suction pump Portable/Aspirator/Va cuum	√	√	√	√	-	
		ECG/EKG/Electrocar diogr aph 12 Channels	√	√	√	√	√	

		Syringe Pump	√	√	√	√	√	
		Trokar	-	-	-	-	-	
		Oximeter/Pulse Oximetry/Oksigen Saturasi	√	√	√	√	√	
		Bed Side Monitor/ Bed-Patient Monitor/Patient Monitor	√	√	√	√	-	
		ENT Examination set	-	-	-	-	-	

		Infusion pump	-	√	-	√	√	
		Lampu Periksa/Examination Lamp/Hanging lamp	-	-	-	-	-	
		Matras Dekubitus	-	-	√	√	-	
		Nebulyzer	√	√	√	√	√	
		Bed Patient Electric/Tempat Tidur Pasien Electric	√	√	√	√	√	
		Bed Patient Manual/Tempat Tidur Pasien Manual	√	√	-	-	√	
		Timbangan Pasien	√	√	√	√	√	
3	Ruang Dokter Jaga (Coas)	Tempat tidur	√	√	-		-	
		Sofa	√	√	-		-	
		Loker	√	√	-		-	
		Meja/kursi	√	√	-		-	

4	Ruang Dokter Jaga (Residen)	Tempat tidur	√	√	-	√	-	
		Sofa	√	√	-	√	-	
		Loker	√	√	-		-	
		Meja/kursi	√	√	-	√	-	
5	Depo Obat	Lemari Obat	√	√	√	√	√	
		Kulkas Obat	√	√	√	√	√	
6	Ruang verifikator	Meja	√	√	√		-	
		Kursi	√	√	√		-	
		Computer	√	√	√		-	
		Telepon/intercom	√	√	√		-	
7	Ruang Perawat	Meja	√	√	√	√	√	
		Kursi	√	√	√	√	√	
		Komputer	√	√	√	√	√	
		Sofa	√	√	√	√	√	
		Loker	√	√	√	√	√	
8	KM/WC (Pasien, petugas)	Kloset	√	√	√	√	-	
		Westafel	√	√	√	√	-	
9	Soiled	Kloset leher angsa, keran air bersih (Sink)Ket : tinggi bibir kloset + 80-100 m dari permukaan lantai	√	√	√	√	-	
		Bak Penampungan Linen	√	√	√	√	√	
10	Pantry	Westafel	0		√	√	-	

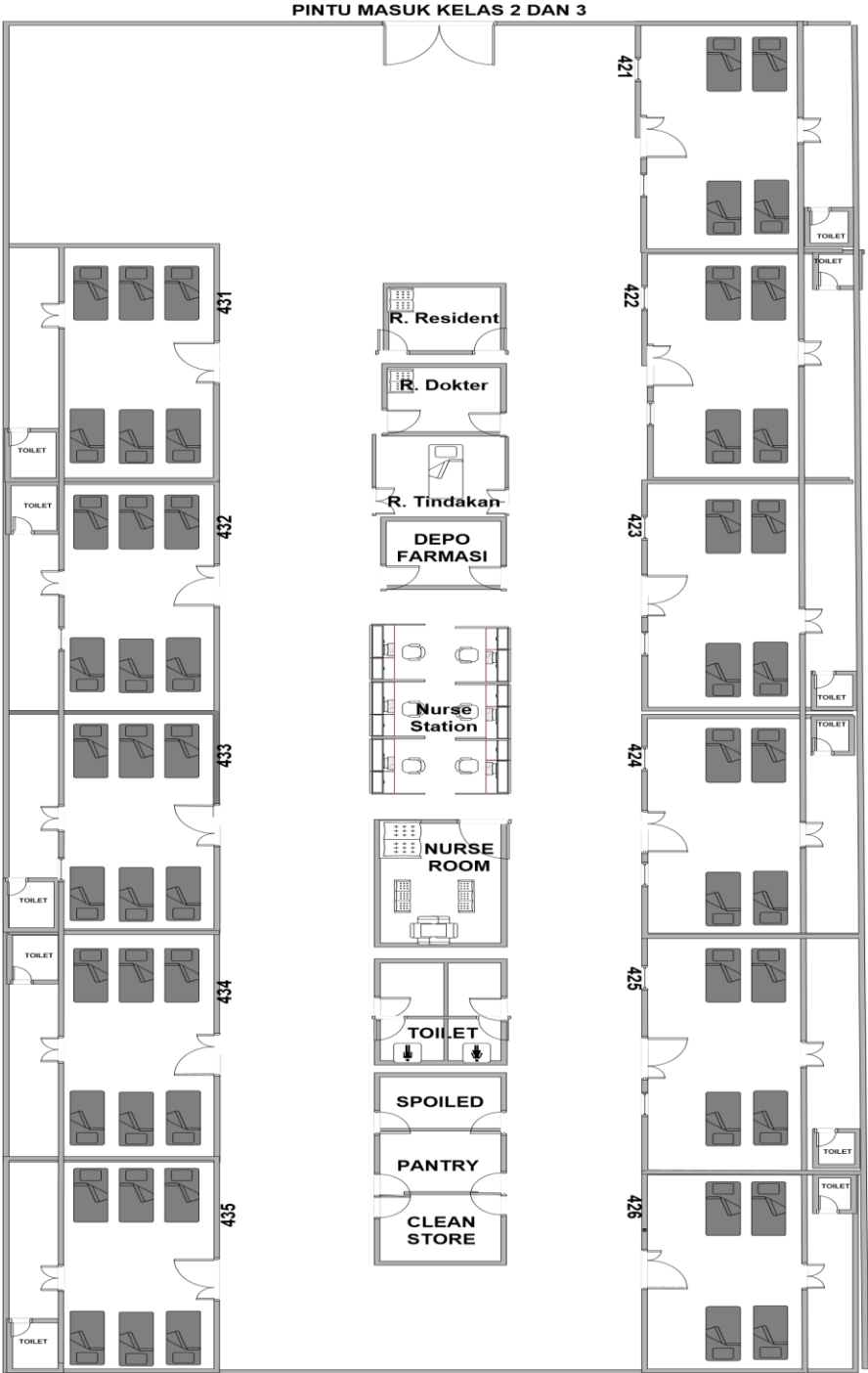
11	Gudang bersih (untuk penyimpanan alat dan BHP medis)	Lemari	√	√	√	√	√	
12	Janitor/Ruang petugas kebersihan	lemari/rak	0	√	-		-	

C. Denah Ruang

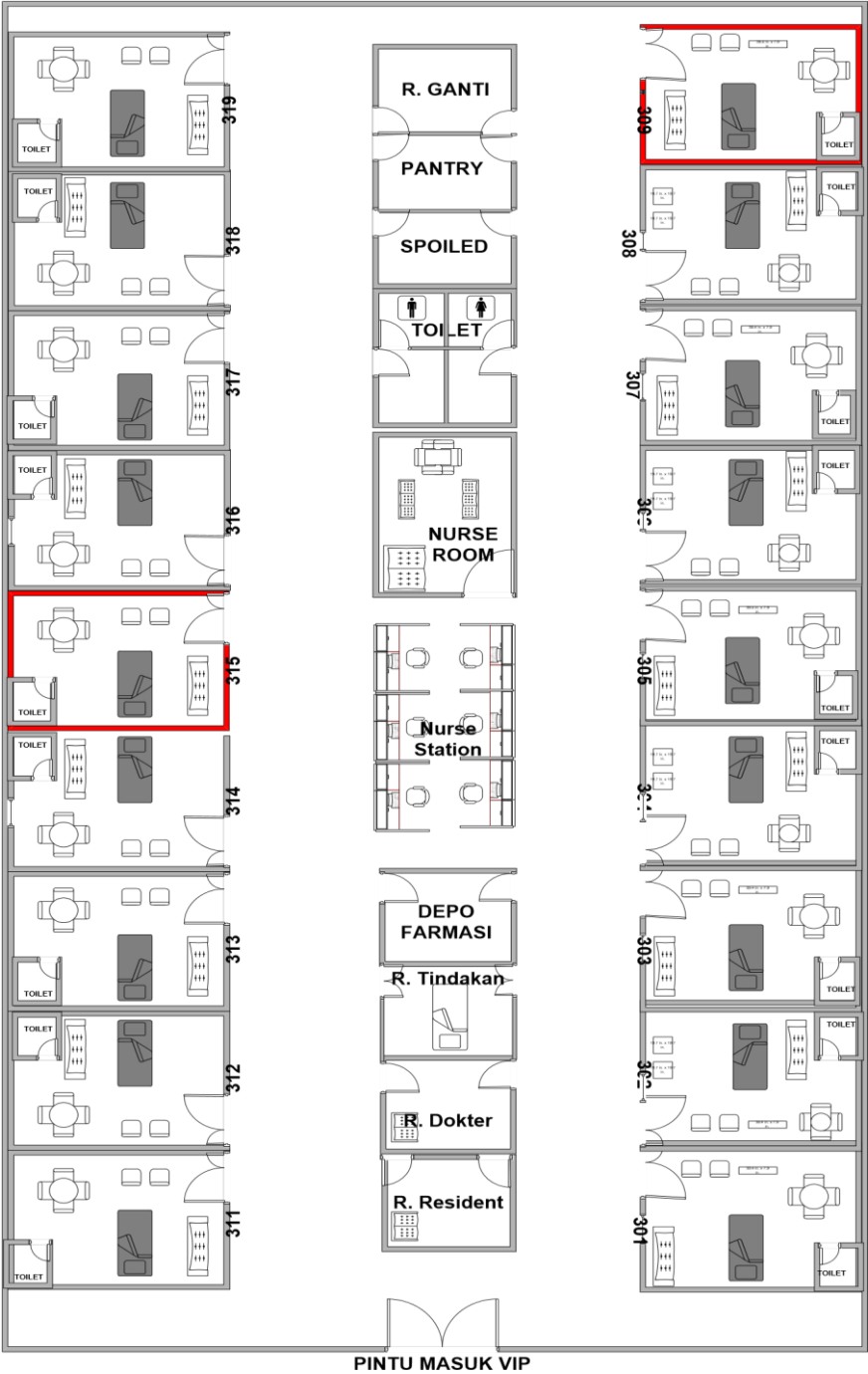
a. Denah Ruang Rawat Inap Kelas 1



b. Denah Ruang Rawat Inap Kelas II/III



c. Denah Ruang Rawat Inap VIP



BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN

A. PELAKSANAAN PENERIMAAN PASIEN

1. Pasien Masuk Ke rawat inap melalui IGD atau Poliklinik
2. Pasien tiba diruang perawatan diantar oleh perawat /bidan poliklinik/ perawat Instalasi Gawat Darurat.
3. Sampai diruang perawatan, perawat /bidan poliklinik/ perawat Instalasi Gawat Darurat 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 usia/ 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 disertai dengan tanda tangan dan nama lengkap perawat yang mengkaji dan tanda tangan DPJP. Untuk pengkajian keperawatan awal anak ditambah riwayat tumbuh kembang.
6. Perawat melakukan orientasi ruangan pada pasien dan keluarga tentang kondisi dan fasilitas ruangan, dokter dan petugas yang akan merawat, asuhan keperawatan, waktu konsultasi dan visite dokter, hak dan kewajiban, tata tertib pasien termasuk jam berkunjung, dan cuci tangan.
7. Dokter melakukan asesmen medis awal di lembar anamnesa dan pemeriksaan fisik oleh dokter yang terdiri dari:
 - 1) Subyek yang terdiri dari keluhan utama pasien, anamnesa
 - 2) Objek yang terdiri dari pemeriksaan fisik *head to toe* ,tanda tanda vital.

- 3) Assesman : diagnosis yang di dapatkan , diagnose banding bila ada
- 4) Planning : tindakan /pengobatan yang diberikan.\
8. Assesmen awal medis dan keperawatan harus dilengkapi dalam 1 x 24 jam.
9. Tentukan diagnose pasien, buat rencana keperawatan / medis berdasarkan skala prioritas (mulai dari keadaaan 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.
10. Informasikan / berikan edukasi kepada keluarga/ pasien untuk ikut dalam pengambilan keputusan untuk pelayanan selanjutnya dan didokumentasikan.
11. Untuk dapat mengetahui ketersediaan tempat tidur di RS Universitas Hasanuddin dapat diakses melalui aplikasi online **SISMADAK** atau **APLICARE**
12. Bila tempat tidur rawat inap penuh, Jika 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 menunggu sampai ada tempat tidur yang kosong sambil mengecek ketersediaan tempat tidur melalui online atau pasien diarahkan ke rumah sakit lainnya.
13. Untuk perencanaan fasilitas alokasi tempat, peralatan, utilitas, teknologi medis, dan kebutuhan lain serta perencanaan tenaga SDM yang akan dipakai di ruang IGD dengan memakai fasilitas peralatan dan teknologi medis yang ada di IGD serta bantuan tenaga yang diambil dari ruangan lain bagi yang tidak sedang berdiskusi dengan koordinasi dengan bidang keperawatan.

B. PELAKSANAAN ORIENTASI PASIEN

- Pasien dilakukan orientasi pada saat masuk dalam ruang perawatan yang meliputi:
 1. Memperkenalkan Ruang perawatan yang ditempati pasien.
 2. Perkenalan terhadap perawat jaga (Kepala Ruangan, Perawat Primer, dan Perawat pelaksana yang bertugas)
 3. Menjelaskan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) terhadap pasien

4. Penjelasan tentang penyakit yang diderita, terapi yang akan diberikan dan persiapannya.
5. Penjelasan tentang:
 - a. Aturan Rumah Sakit
 - b. Fasilitas
 - c. Jam berkunjung
 - d. Penunggu pasien : Hanya boleh ditunggu oleh dua penunggu dan akan mendapatkan kartu pengguna klien rawat inap RSUH.
 - e. Waktu makan, pengambilan air minum
 - f. Tata cara pembayaran jasa rumah sakit
 - g. Penjelasan akan sistem sentralisasi obat
 - h. Penjelasan sebelum melakukan tindakan, pasien diminta menyebutkan Nama dan Tanggal Lahir
 - i. Penjelasan pelayanan spiritual
 - j. Penjelasan alur complain
 - k. Penjelasan alur kehilangan barang
 - l. Penjelasan alur evakuasi bencana
6. Perkenalan ruangan/lingkungan : Nursing Bell, Kamar mandi/WC, Ruang Dokter, Ruang perawat, Depo farmasi, letak pispot dan urinal.
7. Anjurkan untuk tidak membawa barang berharga
8. Perkenalkan klien baru dengan klien lain yang sekamar (bila ada)
9. Menanyakan kembali tentang informasi yang telah disampaikan
10. Menghubungi dokter yang merawat
11. Pemberian informasi tentang hak dan kewajiban pasien

C. PELAKSANAAN PEMBERIAN ASUHAN PASIEN

1. Melakukan pemberian asuhan kepada pasien baik medis, keperawatan, kebidanan maupun gizi.
2. Melakukan asesmen pasien baik asesmen medis, asesmen keperawatan, asesment kebidanan, asesmen gizi atau asesmen lainnya sesuai kebutuhan

3. Melakukan penegakan diagnosa baik medis, keperawatan, kebidanan dan gizi
4. Membuat Nursing Care Plan (NCP) atau rencana asuhan pasien
5. Melaksanakan tindakan baik tindakan mandiri maupun kolaborasi
6. Melakukan evaluasi (SOAP)
7. Melakukan dokumentasi asuhan pada Rekam Medis pasien

D. PELAKSANAAN PERAWATAN PASIEN

1. Mengobservasi kondisi pasien setiap shift atau sesuai kebutuhan
2. Memantau in take dan out put pasien
3. Memberikan penjelasan kepada pasien atau keluarga tentang kondisi maupun tindakan yang akan dilakukan
4. Melaksanakan tindakan dengan memperhatikan sasaran keselamatan pasien :
 - a. Identifikasi pasien dengan benar
 - b. Komunikasi efektif melalui metode S-BAR & TBAK
 - c. Pengawasan penggunaan obat High alert
 - d. Pelaksanaan operasi sesuai prosedur, tepat pasien, tepat sisi
 - e. Mencegah infeksi nosokomial dengan cuci tangan sesuai standar WHO
5. Kolaborasi dengan dokter dan tim kesehatan yang lain

E. PELAKSANAAN IJIN KELUAR SEMENTARA

1. Pasien menyampaikan keluhan dan tujuan meminta izin untuk keluar dari area rumah sakit
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 penanggung jawab.
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 area rumah sakit disesuaikan dengan kondisi pasien yang bersangkutan
6. Jika dokter penanggung jawab membolehkan, maka perawat mengkoordinasikan instruksi dokter dan keluhan pasien tentang permintaan ijin ke kepala ruangan dan kepala instalasi
7. Kepala ruangan/kepala instalasi menentukan berapa lama pasien bisa diberi ijin berada di area luar rumah sakit untuk menyelesaikan kepentingan yang berhubungan dengan peningkatan kualitas kesehatannya.
8. Perawat memberikan form permintaan ijin untuk ditandatangani pasien
9. Perawat/bidan mendokumentasikan instruksi dokter, form permintaan ijin di rekam medis pasien dan memberikan nomor rumah sakit yang bisa di hubungi pasien jika kondisi pasien menurun pada saat berada di area rumah sakit

D. PELAKSANAAN PENUNDAAN PELAYANAN

1. Dokter yang bersangkutan sudah menyampaikan informasi bahwa :
 - Terlambat datang untuk visite sesuai jadwal visite, disertai alasan dan jam datang untuk visite.
 - Berhalangan tidak dapat visite karena alasan tertentu, disertai surat ijin dan surat pelimpahan tugas (dokter pengganti) yang disampaikan kepada Direksi.
2. Kepala bidang pelayanan medis menyampaikan kepada bagian/unit terkait.
Bagian/unit tersebut : rekam medis, rawat inap, rawat jalan, Instalasi Gawat Darurat (IGD), Instalasi Perawatan Intensif (IPI), pemasaran, melalui surat edaran.
3. Jika dokter yang bersangkutan terlambat datang untuk visite :
 - 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.
 - 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.
4. Jika dokter yang bersangkutan berhalangan tidak dapat visite, maka:
- Perawat/bidan 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.
 - 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.

E. PELAKSANAAN PEMULANGAN PASIEN

1. Merupakan suatu proses multidisiplin melibatkan PPA (dalam hal ini DPJP dan Perawat/bidan penanggung jawab) dan MPP (Manajer pelayanan pasien).
2. Tetapkan prioritas mengenai hal-hal yang dibutuhkan oleh pasien dan keluarga.
3. DPJP dan perawat/bidan penanggung jawab serta MPP harus memastikan pasien memperoleh perawatan yang sesuai dan adekuat serta proses *Discharge planning* berjalan lancar.
4. Tugas DPJP dan perawat/bidan penanggung jawab berkolaborasi dengan MMP adalah:
 - 1) Mengkoordinasikan semua aspek perawatan pasien termasuk *discharge planning*, assesmen dan peninjauan ulang rencana perawatan serta memastikan semua rencana berjalan dengan lancar.
 - 2) Mengambil tindakan segera bila terdapat masalah.
 - 3) Mengkoordinasi semua aspek perawatan pasien termasuk *Discharge planning*, assesmen, dan peninjauan ulang rencana perawatan.
 - 4) Mendiskusikan dengan pasien mengenai perkiraan tanggal pemulangan pasien dalam 24 jam setelah pasien dirawat.

- 5) Identifikasi, melibatkan dan menginformasikan pasien mengenai rencana keperawatan, pastikan bahwa kebutuhan-kebutuhan khusus pasien terpenuhi.
- 6) Catat semua perkembangan ke dalam rekam medis pasien
- 7) Melibatkan pasien dan keluarga pasien sebagai partner penuh dalam proses *Discharge planning*.

F. 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
 - 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 akan dipindahkan ke unit perawatan sesuai kebutuhan pasien dan meminta persetujuan dari pasien 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 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 intensif dengan disaksikan oleh perawat yang menjemput pasien.
10. Memindahkan pasien dari tempat tidur unit intensif 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

G. Pemantauan Obat dan Peralatan Selama Transfer Pasien

1. Selama proses transfer pasien tetap di monitor
2. Peralatan pemantauan harus dipastikan tersedia dan berfungsi dengan baik sebelum transfer dilakukan.
3. Hindari penggunaan tiang dengan selang infus yang terlalu banyak agar akses terhadap pasien tidak terhalang dan stabilitas brankar terjaga dengan baik
4. Tabung oksigen transport harus aman dan terpasang dengan baik
5. Monitor *portable* dapat memperlihatkan elektrokardiogram (EKG), saturasi oksigen dan pengukuran tekanan darah.
6. Semua peralatan medis yang digunakan selama proses transfer harus terkalibrasi
7. Pasien harus dipantau secara terus menerus selama transfer dan dicatat di lembar pemantauan.

H. Dokumentasi dan penyerahan pasien transfer dalam rumah sakit

1. 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).
2. Saat tiba di unit tujuan, harus ada proses serah terima pasien dari tim transfer dengan pihak unit yang akan bertanggungjawab terhadap perawatan pasien selanjutnya.
3. 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
4. Hasil pemeriksaan laboratorium, radiologi dan yang lainnya harus diserahkan kepada petugas tempat tujuan

I. 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 paksa
2. Pasien tidak kompeten untuk memahami risiko yang berhubungan dengan pulang paksa, dikarenakan kondisi medisnya
3. Pasien tidak kompeten untuk memahami risiko yang berhubungan dengan pulang paksa dikarenakan gangguan jiwa.

Adapun langkah-langkahnya sebagai berikut:

1. Dokter konsultan penanggung jawab bersama perawat memberikan penjelasan dan informasi tentang keadaan penyakitnya
2. Keluarga atau pasien menandatangani surat pernyataan pulang paksa yang terlampir dalam rekam medis
3. Dokter dan perawat memberikan informasi mengenai layanan yang relevan dengan perawatannya yang tersedia di masyarakat

4. Perawat administrasi menyiapkan perincian pembiayaan untuk dibawa ke kasir
5. Keluarga/Pasien membawa perincian dan menyelesaikan administrasi di bagian keuangan/Kasir
6. Surat bukti pembayaran diserahkan dan diperlihatkan ke bagian administrasi perawat
7. Perawat memberikan penjelasan tentang perawatan selanjutnya di rumah dan menyerahkan surat-surat yang diperlukan pasien
8. Evakuator rawat inap mengantarkan pasien yang sembuh ke kendaraan yang telah disiapkan

J. 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, perawat ruangan mencatat pada catatan terintegrasi.

- 1) Lapor kepada kepala ruang
- 2) Kepala ruang menghubungi bagian pihak PAWAS rumah sakit .
- 3) Jika kejadian diluar jam dinas, perawat ruang menulis pada catatan terintegrasi,
- 4) Perawat penanggung jawab / ketua tim keperawatan melapor kepada kepala ruangan dan mengkonsulkan kebagian pihak management
- 5) Bila ada indikasi kondisi pasien yang membahayakan dirinya sendiri atau lingkungan , Pihak manajemen rumah sakit menghubungi pihak berwenang Atau keluarga yang smenjadi penjamin pasien, jika tidak dapat dihubungi pihak manajemen menelusur kealamat sesuai dengan alamat yang ada di surat perawatan. Kejadian pasien meninggalkan ruangan dicatat pada rekam medik

BAB V LOGISTIK

Dalam melaksanakan fungsi 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 SIM Rumah Sakit Universitas Hasanuddin 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. Barang yang sudah diambil harus segera diterima melalui SIM Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, agar jumlah persediaan di gudang berkurang dan tidak terjadi selisih jumlah barang.

B. KEBUTUHAN FORM REKAM MEDIS

Di unit ruang perawatan terdapat beberapa form rekam medis yang harus disiapkan/diampura di ruangan. Hal ini dikarenakan form tersebut tidak masuk dalam rakitan status pasien yang dibuat oleh petugas rekam medis namun tetap dibutuhkan di ruang perawatan untuk kesinambungan pelayanan.

Pengadaan kebutuhan form rekam medis diperoleh dengan cara melakukan pengampraan melalui SIM 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. Barang yang sudah diambil harus segera diterima melalui SIM Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, agar jumlah persediaan barang di rekam medis berkurang dan tidak terjadi selisih jumlah barang.

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 SIM Rumah Sakit Universitas Hasanuddin 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 untuk mengambil barang yang sudah disiapkan. Barang yang sudah di ambil harus segera diterima melalui SIM Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, agar jumlah persediaan di gudang Alkes berkurang dan tidak terjadi selisih jumlah barang.

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 SIM Rumah Sakit Universitas Hasanuddin 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. Barang yang sudah di ambil harus segera diterima melalui SIM Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, agar jumlah persediaan barang gudang farmasi berkurang dan tidak terjadi selisih jumlah barang.

E. KEBUTUHAN OBAT-OBATAN

Kebutuhan obat-obatan pasien dapat di peroleh dengan melakukan peresepan online di SIM Rumah Sakit Universitas Hasanuddin ke bagian apotik rawat inap. setelah Resep diterima dan diverifikasi oleh petugas apotik rawat inap, 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 rawat inap.

Obat-obatan yang habis atau tidak ada di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin akan diberikan copy resep oleh petugas apotik, untuk selanjutnya keluarga pasien di arahkan membeli obat tersebut di luar Rumah Sakit Universitas hasanudddin.

BAB VI 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 tidak diharapkan (KTD) di RS
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan Kejadian tidak diharapkan (KTD)

B. 6 SASARAN KESELAMATAN PASIEN

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

1. Ketepatan Identifikasi Pasien

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,tempat tanggal lahir . Disertai cap kaki bayi kiri dan kanan dan cap ibu jari tangan kanan dari ibu bayi pada lembar identifikasi bayi.

2. 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.
3. 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.
4. Kepastian 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.
5. Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan (*Hand Hygiene*). Hal ini terkait dengan pencegahan penyakit menular dan infeksi, caranya dengan :
 - a. Cuci tangan adalah menghilangkan kotoran dan debu secara mekanis dari permukaan kulit dan mengurangi jumlah mikroorganisme sementara.
 - b. Cuci tangan antiseptik/prosedural adalah proses menghilangkan/ mematikan mikroorganisme transient.
 - c. Cuci tangan bedah adalah proses menghilangkan/mematikan mikroorganisme transient dan mengurangi flora resident.
6. Pengurangan Risiko Pasien Cidera Akibat Jatuh
Pasien jatuh adalah peristiwa jatuhnya pasien dari tempat tidur ke lantai atau ke tempat lainnya yang lebih rendah pada saat istirahat maupun pada saat terbangun yang disebabkan oleh berbagai kondisi penyakit stroke, epilepsi, kejang, penyakit kronis lainnya atau karena terlalu banyak aktifitas atau akibat kelalaian perawat,

pemberian obat-obatan diuretik, laksatik, sedatif, psikotropik dan obat anti depresan

Setiap tenaga medis harus memahami dan mengaplikasikan sejumlah langkah untuk memastikan pasien tidak mengalami risiko jatuh. Semua langkah akan diawasi untuk memastikan keberhasilannya. Dengan begitu segala risiko tersebut tidak akan menimpa pasien yang tengah dirawatnya.

C. TATA LAKSANA KESELAMATAN PASIEN

Tata Laksana Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap

Keselamatan pasien Instalasi Rawat Inap di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin merupakan prioritas utama hal ini terkait dengan kepercayaan pelanggan ,adapun sistim yang berjalan di Instalasi Rawat Inap adalah .

1. Pelaksanaan 6 sasaran keselamatan pasien oleh petugas jaga pada saat bertugas.
2. Pemantauan terhadap petugas terkait konsistensi pelaksanaan sasaran keselamatan pasien diinstalasi rawat inap.
3. Pemantaun Mutu harian rawat inap.
4. Pelaporan jika terjadi insiden keselamatan pasien di rawat inap.

D. SISTEM PENCATATAN DAN PELAPORAN KESELAMATAN PASIEN

Adapun sistem pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien di instalasi rawat inap yaitu :

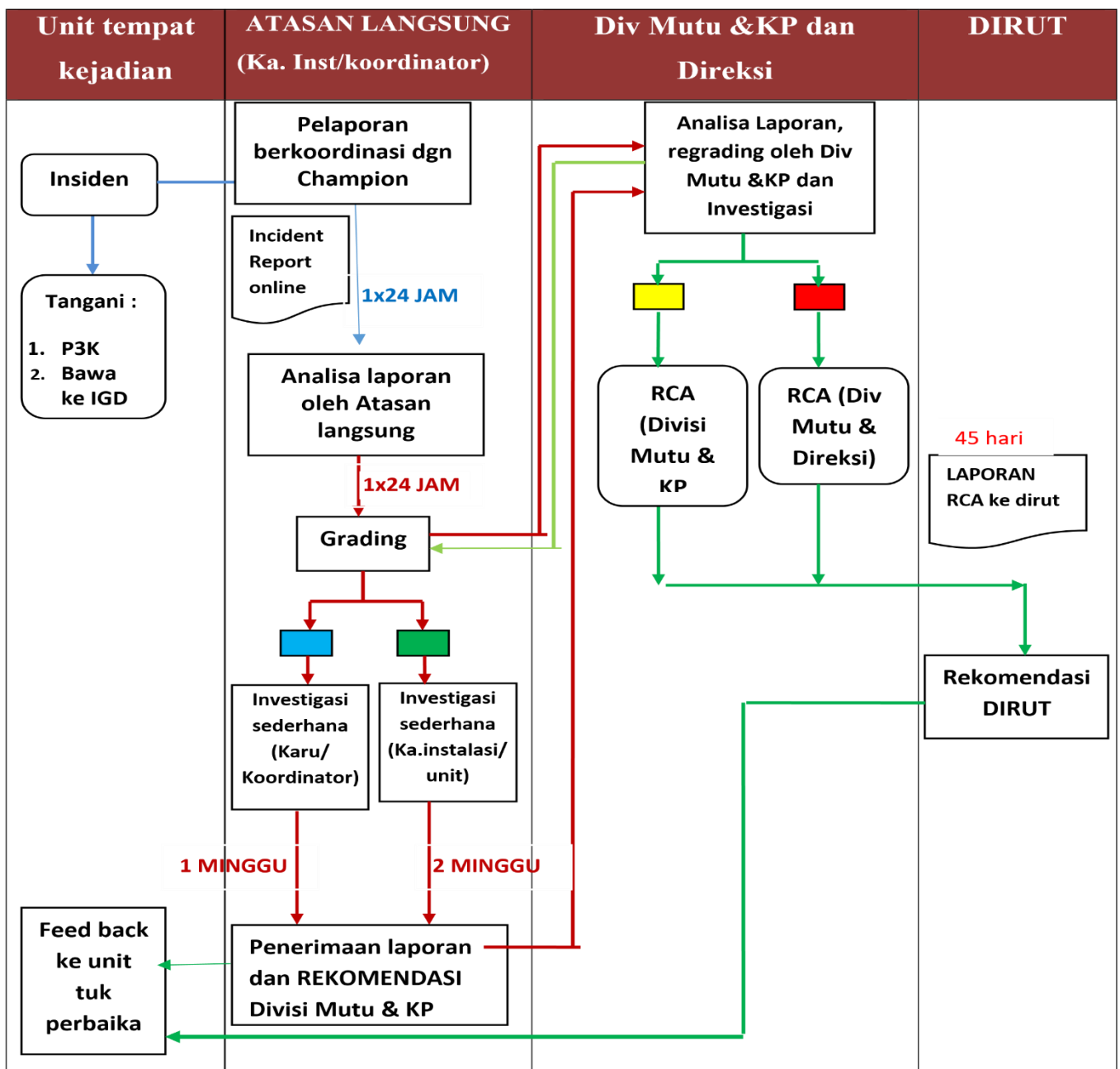
1. Setiap kejadian yang terkait dengan keselamatan pasien, dilakukan pelaporan kepada kepala unit rawat inap dan kepala instalasi rawat inap.
2. Setiap kejadian yang terkait dengan keselamatan pasien, dilakukan pencatatan dan pelaporan kepada komite mutu Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, kemudian membuat pelaporan insiden pada web sismadak.
3. Komite mutu Rumah Sakit Universitas Hasanuddin menganalisi akar penyebab masalah semua kejadian yang dilaporkan unit kerja.

- Berdasarkan hasil analisis akar masalah, maka komite mutu Rumah Sakit Universitas Hasanuddin merekomendasikan solusi pemecahan dan mengirimkan hasil solusi pemecahan masalah kepada pimpinan rumah sakit.

E. MONITORING DAN EVALUASI

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

ALUR PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN RS UNHAS



BAB VII KESELAMATAN KERJA

Kesehatan dan keselamatan kerja merupakan bagian dari kegiatan yang berkaitan erat dengan kejadian yang disebabkan akibat kelalaian petugas yang dapat mengakibatkan penyakit akibat kerja atau kecelakaan kerja.

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.

Kecelakaan kerja tidak terjadi dengan sendirinya, biasanya terjadi dengan tiba – tiba dan tidak direncanakan sehingga menyebabkan kerusakan pada peralatan maupun dapat melukai petugas.

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.

PROSEDUR KESELAMATAN KERJA INSTALASI RAWAT INAP DAN KAMAR BERSALIN

1. Ruang Pelayanan Nurse station

Keamanan kerja di ruang pelayanan perawatan ini terlaksana apabila sesuai prosedur kerja sbb:

- a. Menggunakan alas kaki/sepatu agar tidak terkena cairan tubuh pasien seperti darah, atau pecahan ampul obat atau jarum suntik.
- 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
- c. Menempatkan obat dan cairan pasien pada lemari obat yang telah ditentukan dengan rapi dan sesuai prosedur.
- d. Meletakkan linen bersih dan kotor di masing – masing tempat yang telah disediakan.

- 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 sebelum dan sesudah melakukan tindakan
- h. Tersedia alat pemadaman kebakaran yang berfungsi baik di tempat yang mudah dijangkau.

2. Ruang pelayanan pasien

Keamanan kerja di ruang penyelenggaraan ini terlaksana apabila sesuai prosedur kerja sbb:

- a. Menggunakan alat kaki/sepatu agar tidak tersengat listrik /bagian dari alat yang tajam (isi streples,paku payung)
- b. Menggunakan trolley obat untuk mendistribusikan obat dan melakukan tindakan kepada pasien.
- c. Semua peralatan listrik yang tidak dipergunakan termasuk lampu harus dimatikan bila tidak diperlukan.
- d. Semua kondisi barang yang ada di ruangan pasien seperti tempat tidur, ac, kipas angin, tv, kamar mandi, Dll harus dalam keadaan yang baik agar tidak membahayakan pasien dan perawat
- e. Tidak mengangkat barang berat, bila tidak sesuai dengan kemampuan
- f. Tersedia alkohol untuk melakukan cuci tangan dan mencegah pengendalian infeksi.
- g. Mengadakan kursi roda untuk pasien yang membutuhkan
- h. Memberi penerangan yang cukup untuk ke kamar kecil dan ruangan rawat pasien
- i. Tersedia alat pemadam kebakaran yang berfungsi baik ditempat yang mudah dijangkau.

3. Ruang Rapat

Keamanan kerja di ruang rapat ini terlaksana apabila sesuai prosedur kerja sbb:

- a. Barang yang berat selalu ditempatkan di bagian bawah dan angkatlah dengan alat pengangkat yang tersedia untuk barang tersebut
 - b. Semua peralatan listrik yang tidak dipergunakan termasuk lampu harus dimatikan bila tidak diperlukan
 - c. Semua kabel – kabel harus diatur sedemikian rupa sehingga tidak melukai, tidak membuat tersandung, tidak membuat tersengat petugas ataupun karyawan yang lain.
 - d. Tidak mengangkat barang berat, bila tidak sesuai dengan kemampuan.
 - e. Tidak mengangkat barang dalam jumlah besar yang dapat membahayakan badan dan kualitas barang.
 - f. Membersihkan bahan yang tumpah atau keadaan lantai yang licin akibat pekerjaan rutin pemeliharaan sarana RS (pemberian AC)
4. Dalam 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 tahapan 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.
5. Perlindungan kesehatan dan keselamatan kerja dan petugas kesehatan
- a. Petugas kesehatan yang merawat pasien menular harus mendapatkan pelatihan mengenai cara penularan dan penyebaran penyakit, tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi yang sesuai dengan protokol jika terpajan.
 - b. Petugas yang tidak terlibat langsung dengan pasien harus diberikan penjelasan umum mengenai penyakit tersebut.
 - c. Petugas kesehatan yang kontak dengan pasien penyakit menular melalui udara harus menjaga fungsi saluran pernafasan (tidak merokok, tidak minum dingin) dengan baik dan menjaga kebersihan tangan.

6. Petunjuk pencegahan infeksi untuk petugas kesehatan.

- a. Untuk mencegah transmisi penyakit menular dalam tatanan pelayanan kesehatan, petugas harus menggunakan APD yang sesuai untuk kewaspadaan standar dan kewaspadaan isolasi (berdasarkan penularan secara kontak, droplet atau udara) sesuai dengan penyebaran penyakit.
- b. Semua petugas kesehatan harus mendapatkan pelatihan tentang gejala penyakit menular yang sedang dihadapi.
- c. Semua petugas kesehatan dengan penyakit seperti flu harus dievaluasi untuk memastikan agen penyebab. Dan ditentukan apakah perlu dipindah tugaskan dari kontak langsung dengan pasien, terutama mereka yang bertugas di instalasi perawatan intensif, ruang rawat anak, ruang bayi.
- d. Semua petugas harus menggunakan apron, penutup kepala dan pelindung kaki (sandal/sepatu boot), sebelum masuk ruangan yang berpenyakit menular. Termasuk harus harus mengenakan APD tersebut hal ini bertujuan untuk mengurangi kontaminasi atau penularan.

BAB VIII

PENGENDALIAN MUTU

A. BENTUK-BENTUK PENGAWASAN DAN PENGENDALIAN

Pencatatan dan pelaporan

- a. Pencatatan dan Pelaporan Pengadaan Barang /alat habis pakai atau alat kesehatan
 1. Peresepan barang/alat habis pakai ke apotek rawat inap
 2. Permintaan barang/alat habis pakai ke gudang apotek
- b. Pencatatan dan Pelaporan Tentang pelayanan pasien
 1. Dokumen rekam medis pasien.
 2. Buku operan PJ shift
- c. Pencatatan dan Pelaporan Tentang Perlengkapan Peralatan di Unit pelayanan
 1. Membuat inventaris peralatan di unit pelayanan
 2. Dilaporkan kepada atasan langsung (Kepala Ruangan)
- d. Langkah-langkah Dalam Proses Pengendalian Empat langkah dasar yang harus dilakukan :
 1. Membuat standar untuk pelaksanaan yaitu:
 - a. Standar kualitas adalah suatu mutu dari bahan jadi dan pelayanan serta jasa yang harus ditentukan atau dibuat patokan (tolok ukur).
 - b. Standar kuantitas adalah ukuran berat, jumlah dan volume yang diwujudkan dalam ukuran bentuk.
 - c. Standar biaya adalah harga taksiran dari suatu barang atau jasa yang digunakan untuk mengukur biaya lain.
 - d. Standar prosedur adalah sebagai cara yang benar untuk kegiatan sehari-hari dalam proses penyelenggaraan pelayanan.
 2. Melatih tenaga keperawatan untuk memahami dan melaksanakan standarstandar yang telah ditetapkan.
 3. Memonitor, melihat, mengukur, mengecek pelaksanaan yang dilakukan kemudian membandingkan antara pelaksanaan kegiatan yang benar-benar dilakukan dengan standar yang telah dibuat sebelumnya.

4. Menetapkan tindakan perbaikan/koreksi untuk mengatasi penyimpangan dengan melaksanakan cara-cara yang telah disepakati berdasarkan data kegiatan terdahulu.

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.
 - a. Secara organisasi harus realistis, jika sistem tidak realistis (standar yang ditetapkan terlalu tinggi), maka bawahan cenderung membuat laporan bias.
 - b. Akurat/tepat yaitu informasi yang dihasilkan oleh sistem harus benar.
 - c. Tepat waktu, informasi harus didapatkan dalam suatu waktu tertentu, sehingga dapat dilakukan koreksi bila diperlukan.
 - d. Sistem harus dapat diterima oleh semua pegawai.

C. INDIKATOR KEBERHASILAN PELAYANAN

1. Terselenggaranya pelaksanaan indikator mutu pelayanan rawat inap:
 - a. Indikator mutu nasional, meliputi:
 - 1) Kepatuhan kebersihan tangan
 - 2) Kepatuhan identifikasi pasien
 - 3) Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi
 - 4) Kepatuhan jam visite Dokter spesialis
 - 5) Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

b. Indikator Mutu prioritas Rumah Sakit , meliputi :

- 1) Kepatuhan Perintah Lisan dengan TBAK pasien
- 2) Kepatuhan visite DPJP Bedah
- 3) Kepatuhan visite DPJP anastesi
- 4) Kelengkapan asesmen pra bedah elektif dan CITO
- 5) Kelengkapan asesmen pra anastesi elektif dan CITO
- 6) Kelengkapan persiapan pasien pre operasi
- 7) Kelengkapan Sarana dan Prasarana di Ruang Rawat Inap

c. Indikator Mutu prioritas Unit , meliputi :

- 1) Kepatuhan jam visite Dokter spesialis

2. Pengukuran indikator dan definisi operasional yang dilakukan :

a. Indikator mutu Nasional

- 1) Kepatuhan kebersihan tangan

Judul Indikator	Kepatuhan Kebersihan Tangan
Dasar Pemikiran	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	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
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	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: a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum
----------------------	---

2) Kepatuhan identifikasi pasien

Judul Indikator	Kepatuhan Identifikasi Pasien
Dasar Pemikiran	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	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan tindakan pelayanan.

Defenisi operasional	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 : a. Pemberian pengobatan : pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi. 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 dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar. 5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang benar. Dilakukan dengan benar.
Jenis Indikator	Beri  jika termasuk  Proses ☐ Output ☐ Outcome Input
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	Observasi
Data	
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	<i>Non Probability Sampling – Consecutive Sampling</i>
Periode Pengumpulan data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
Penyajian Data	1. Tabel 2. <i>Run chart</i>
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

3) Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi

Dasar Pemikiran	1. Undang Undang No.44 tahun 2009 mengenai Rumah Sakit 2. Berdasarkan SUPAS tahun 2015, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2015 adalah 305 per 100.000 kelahiran hidup, ini masih merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara. Kejadian kematian ibu ini terbanyak ditemukan di rumah sakit sebesar 78%. Tingginya Angka Kematian Ibu ini mengindikasikan masih perlunya dilakukan peningkatan tata kelola dan peningkatan mutu pelayanan antenatal care dan persalinan. Untuk itu diperlukan indikator untuk memantau kecepatan proses pelayanan operasi seksio sesarea.
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☒ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	Tergambarnya pelayanan kegawatdaruratan operasi seksio sesarea yang cepat dan tepat sehingga mampu mengoptimalkan upaya menyelamatkan Ibu dan Bayi
Defenisi Operasional	1. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu ≤ 30 menit. 2. Seksio sesarea emergensi adalah tindakan seksio sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya. 3. Seksio sesarea emergensi kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan di mana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin. 4. Pengukuran indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan seksio sesaria.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I (satu) yang mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi ≤ 30 menit
Denominator	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I
Target Capaian	$\geq 80\%$

Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Seksio sesarea emergensi kategori I Misalnya : <i>fetal distress</i> menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/forsep, ruptur uteri imminent, ruptur uteri, perdarahan ante partum dengan perdarahan aktif, Persalinan pada Bekas Seksio Sesarea (PBS).
-------------------------------	--

4) Kepatuhan jam visite Dokter spesialis

Judul	Kepatuhan jam visite Dokter spesialis
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☒ 3. <i>People-Centred</i> ☒ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☐ 2. <i>Safe</i> ☒ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
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 ☒ jika termasuk ☒ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan outcome ☐ Input
SatuanPengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien yang di- <i>visite</i> dokter pada pukul 06.00 – 14.00
Denominator	Jumlah pasien yang diobservasi
Target Capaian	≥ 80%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : <i>Visite</i> dokter pada pasien rawat inap Eksklusi : a. Pasien yang baru masuk rawat inap hari itu b. Pasien konsul
Formula	Jumlah pasien yang di- <i>visite</i> dokter pada pukul 06.00-14.00 dibagi Jumlah pasien yang diobservasi dikali 100%
Sumber data	Data sekunder berupa laporan <i>visite</i> rawat inap dalam rekam medic, data primer berdasarkan pengukuran petugas ruangan yg menilai langsung waktu visite dokter
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Stratified Random Sampling</i> (berdasarkan unit pelayanan)
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis Dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penyajian Data	1. Tabel 2. <i>Run chart</i>
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total sampling



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332 Laman :
www.rs.unhas.ac.id

Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Waktu <i>Visite</i> 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

5) Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

Judul Indikator	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
Dasar Pemikiran	Permenkes No. 11 Tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien
Dimensi Mutu	Beri tanda ☒ jika termasuk ☐ 3. <i>People-</i> ☐ <i>Centred</i> 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. ☒ 1. <i>Effective</i> ☐ <i>integrated</i> y 4. ☐ <i>Timely</i> 6. <i>Equitable</i> 2. <i>Safe</i>
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 ☒ jika termasuk ☒ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan outcome ☐ Input
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. <i>Run chart</i>

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	<i>Probability Sampling – Stratified Random Sampling</i> (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	

b. Indikator Mutu prioritas Rumah Sakit , meliputi :

1) Kepatuhan Perintah Lisan dengan TBAK pasien

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 ☒ jika termasuk ☒ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☒ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
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 ☒ jika termasuk ☐ Input ☒ Proses ☐ Output ☐ Outcome
Numerator	Jumlah perintah lisan yang melaksanakanTBaK sesuai regulasi
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 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

2) Kepatuhan visite DPJP Bedah

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 ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☒ 3. <i>PeopleCentred</i> ☒ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☐ 2. <i>Safe</i> ☒ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
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 jawabnya berdasarkan waktunya, pre, dan post operasi untuk pasien yang dioperasi, termasuk visite dokter selain pasien operasi
Jenis Indikator	Beri ☒ jika termasuk tanda ☒ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan outcome ☐ Input
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 konsil
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	<i>Probability Sampling – Stratified Random Sampling</i> (berdasarkan unit pelayanan)
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis Dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penyajian Data	1. Tabel 2. <i>Run chart</i>

Metode Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Waktu <i>Visite</i> 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

3) Kepatuhan visite DPJP anastesi

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 ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☒ 3. <i>PeopleCentred</i> ☒ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☐ 2. <i>Safe</i> ☒ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
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 jawabnya berdasarkan waktu, pre, dan post operasi untuk pasien yang dioperasi, termasuk visite dokter selain pasien operasi
Jenis Indikator	Beri ☒ jika termasuk tanda ☒ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan outcome ☐ Input
SatuanPengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien yang di-visite DPJP Anastesi
Denominator	Jumlah pasien yang diobservasi
Target Capaian	$\geq 80\%$
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Visite dokter Anastesi pada pasien operasi dan non operasi Eksklusi : Pasien konsul
Formula	Jumlah pasien yang di-visite 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	<i>Probability Sampling – Stratified Random Sampling</i> (berdasarkan unit pelayanan)
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Dan Pelaporan Data	
Penyajian Data	1. Tabel 2. <i>Run chart</i>

Metode Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total sampling
Rencana Analisis	Analisis persentase
Instrument Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Waktu <i>Visite</i> 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

4) Kelengkapan asesmen pra bedah elektif dan CITO

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 ☒ jika termasuk ☒ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☒ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
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 ☒ jika termasuk ☐ Proses ☒ Output ☐ Outcome ☐ Input
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

5) Kelengkapan asesmen pra anastesi elektif dan CITO

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 ☒ jika termasuk ☒ 1. <i>Effective</i> ☐ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☒ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
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 ☒ jika termasuk tanda ☐ Proses ☒ Output ☐ Outcome ☐ Input
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

6) Kelengkapan persiapan pasien pre operasi

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 ☒ jika termasuk ☐ 1. <i>Effective</i> ☒ 3. <i>People-Centred</i> ☐ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
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 sebelum
Jenis	Beri tanda ☒ jika termasuk

Indikator	Input	Proses	Output	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	Table dan grafik.			

7) Kelengkapan Sarana dan Prasarana di Ruang Rawat Inap

Judul Indikator	Kelengkapan Sarana dan Prasarana di kamar pasien di Rawat Inap (dikategorikan berdasarkan kelas perawatan termasuk VIP)
Dasar Pemikiran	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 Perumahsakitan, Pasal 18. 4. Pedoman pelayanan instalasi rawat inap dan kamar bersalin RS unhas.
Dimensi Mutu	Beri tanda ☐ jika termasuk ☒ 1. <i>Effective</i> ☒ 3. <i>People-Centred</i> ☒ 5. <i>Efficient</i> ☐ 7. <i>integrated</i> ☒ 2. <i>Safe</i> ☐ 4. <i>Timely</i> ☐ 6. <i>Equitable</i>
Tujuan	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	Sarana : adalah segala sesuatu yang dapat dipakai sebagai alat dan bahan untuk perawatan di ruang rawat inap sesuai standar klasifikasi RS tipe B. 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.
Jenis Indikator	Beri tanda ☒ jika termasuk ☒ Input ☐ Proses ☐ Output ☒ Outcome
Satuan Pengukuran	Presentase.
Numerator (pembilang)	Jumlah Ruangan diruang rawat inap yang memenuhi standar sarana dan prasarana sesuai form ceklist
Denominator (penyebut)	Jumlah total ruangan diruang rawat inap.
Target Pencapaian	100%

Kriteria:	Kriteria inklusi : semua ruangan perawatan di rawat inap Kriteria eksklusi : ruangan selain ruang perawatan di rawat inap
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 di ruang 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	Setiap triwulan

Penanggung Jawab	Kepala instalasi rawat inap dan kamar bersalin dan pelayanan medik																																																																																																											
Form kelengkapan sarana dan prasarana	Fasilitas pada instalasi rawat inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin <table> <tr> <th rowspan="2">No.</th><th rowspan="2">Nama Ruang</th><th rowspan="2">Fasilitas Ruang</th><th colspan="5">Ruang 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> <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> </table>								No.	Nama Ruang	Fasilitas Ruang	Ruang 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 Ruang	Fasilitas Ruang	Ruang 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.			

c. Indikator Mutu prioritas Unit

1) Kepatuhan jam visite Dokter spesialis

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			
	☐ Input	☒ Proses	☐ Outcome	☐ Proses dan outcome
Satuan Pengukuran	Persentase			
Numerator	Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam			
Denominator	Jumlah pasien operasi elektif			
Target Capaian	$\leq 5\%$			
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : Pasien operasi elektif Eksklusi : Penundaan operasi atas indikasi medis			
Formula	Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam dibagi Jumlah pasien operasi elektif dikali 100%			
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif			
Sumber data	Data sekunder dari catatan pasien yang dijadwalkan operasi dan data pelaksanaan operasi.			
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)			
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan			
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan			
Penyajian Data	1. Tabel 2. <i>Run chart</i>			
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Simple Random Sampling</i>			
Sampel	Total sampling			
Rencana	Analisis Persentase			

analisis	
Instrument Pengambilan Data	Formulir Penundaan Operasi Elektif
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Bedah/Bedah sentral
Validator	Seksi Mutu Pelayanan Medik

Ditetapkan di : Makassar

Pada tanggal : 27 Desember 2022

Direktur Utama Rumah Sakit
Universitas Hasanuddin Makassar



dr. Andi Muhammad Ichsan, Ph. D., Sp. M(K)
NIP. 197002122008011013

9