

INDIKATOR MUTU UNIT
UNIT: KAMAR BERSALIN / VK
BULAN: JULI 2023

NO	VARIABEL	TANGGAL																															TOTAL	% = N/D x 100%	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
1	Ketepatan Identifikasi Bayi Baru Lahir (BBL) standar 100%																																		
N	Jumlah BBL yang menggunakan gelang identitas dalam 1 bulan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
D	Jumlah seluruh BBL dalam bulan tersebut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Kelengkapan pengkajian awal kelahiran di kamar bersalin/VK standar > 90%																																		
N	Jumlah asesmen awal kelahiran yang terisi lengkap dalam waktu 24 jam	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
D	Total pasien kelahiran di kamar bersalin/VK	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Kepatuhan penggunaan APD Kamar Bersalin standar 100%																																		
N	Jumlah petugas yang sudah menggunakan APD sesuai indikasi dalam satu bulan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
D	Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam satu bulan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Bukti kelengkapan komunikasi efektif melalui telepon standar > 90%																																		
N	Jumlah pasien yang disamping yang melakukan komunikasi verbal dengan metode SBAR dan CABAK secara benar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
D	Jumlah seluruh pasien kelahiran yang disurvei dalam 1 TW	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Pelaksanaan IMD pada bayi baru lahir dengan persyaratan bayi bugar standar 100%																																		
N	Jumlah pelaksanaan IMD pada Bayi Baru Lahir	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
D	Jumlah seluruh partus normal dalam 1 bulan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Kepatuhan cuci tangan SDM Kamar Bersalin standar > 85%																																		
N	Jumlah SDM yang melakukan cuci tangan 5 moment	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
D	Jumlah SDM yang melakukan cuci tangan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Waktu Tanggap Operasi Sectio Caesaria Emergensi ≤ 30 menit standar > 80%																																		
N	Semua persalinan SC Emergency ≤ 30 menit	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
D	Jumlah seluruh persalinan SC dalam 1 bulan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Mengetahui,
Kepala Unit
(Bd. Nasti)

Bid. Unit
(Bd. Kemi Sibayadi W)

INDIKATOR MUTU UNIT
UNIT: KAMAR BERSALIN / VK
BULAN AGUSTUS 2023

NO	VARIABEL	TANGGAL																															TOTAL	% = N/D X 100%
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Ketepatan Identifikasi Bayi Baru Lahir (BBL) standar 100%																																		
1	N Jumlah BBL yang menggunakan gelang identitas dalam 1 bulan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
	D Jumlah seluruh BBL dalam bulan tersebut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Kelengkapan pengkajian awal kelahiran di kamar bersalin/VK standar > 90%																																		
2	N Jumlah asesmen awal kelahiran yang terisi lengkap dalam waktu 24 jam	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
	D Total pasien kelahiran di kamar bersalin/VK	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Kepatuhan penggunaan APD kamar Bersalin standar 100%																																		
3	N Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai Indikasi dalam satu bulan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
	D Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam satu bulan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Bukti kelengkapan komunikasi efektif melalui telepon standar > 90%																																		
4	N Jumlah pasien yang disamping yang melakukan komunikasi verbal dengan metode SBAR dan CABAR secara benar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
	D Jumlah berkas pasien kelahiran yang disurvei dalam 1 TV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Pelaksanaan IMD pada bayi baru lahir dengan persyaratan bayi bugar standar 100%																																		
5	N Jumlah pelaksanaan IMD pada Bayi Baru Lahir	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
	D Jumlah seluruh partus normal dalam 1 bulan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Kepatuhan cuci tangan SDM Kamar Bersalin standar > 85%																																		
6	N Jumlah SDM yang melakukan cuci tangan 6 langkah dan 5 moment	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
	D Jumlah SDM yang melakukan cuci tangan																																	
Waktu Tanggap Operasi Sectio Caesaria Emergency < 30 menit standar > 80%																																		
7	N Semua persalinan SC Emergency < 30 menit	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
	D Jumlah seluruh persalinan SC dalam 1 bulan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%

Mengetahui,
Kepala Unit

(Bdr. Nisnani)

Pj. Data Unit

(Bdr. Leni Setiawati Wj)

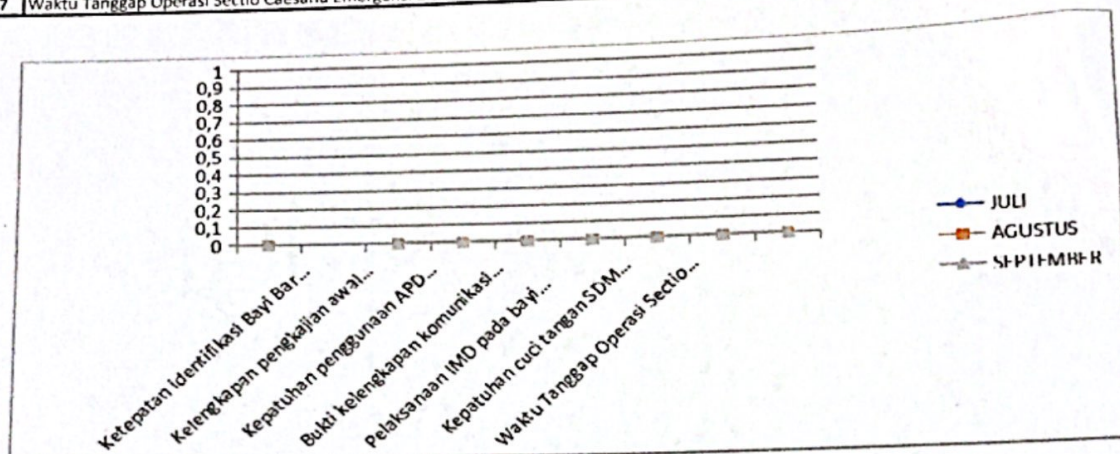
INDIKATOR MUTU UNIT
UNIT: KAMAR BERSALIN / VK
BULAN: SEPTEMBER 2023

NO	VARIABEL	TANGGAL																														TOTAL	% = N/D x 100%
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
Ketepatan Identifikasi Bayi Baru Lahir (BBL) standar 100%																																	0%
1	N Jumlah BBL yang menggunakan gelang identitas dalam 1 bulan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
	D Jumlah seluruh BBL dalam bulan tersebut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Kelengkapan pengkajian awal kelahiran di kamar bersalin/VK standar > 90%																																	0%
2	N Jumlah asesmen awal kelahiran yang terisi lengkap dalam waktu 24 jam	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
	D Total pasien kelahiran di kamar bersalin/VK	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Kepatuhan penggunaan APD Kamar Bersalin standar 100%																																	0%
3	N Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam satu bulan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
	D Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam satu bulan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Bukti kelengkapan komunikasi efektif melalui telepon standar > 90%																																	0%
4	N Jumlah pasien yang disamping yang melakukan komunikasi verbal dengan metode SBAR dan CAGAK secara benar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
	D Jumlah bertas pasien kelahiran yang disurvei dalam 1 TW	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Pelaksanaan IMD pada bayi baru lahir dengan persyaratan bayi buger standar 100%																																	0%
5	N Jumlah pelaksanaan IMD pada Bayi Baru Lahir	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
	D Jumlah seluruh petugas normal dalam 1 bulan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Kepatuhan cuci tangan SDM Kamar Bersalin standar > 85%																																	0%
6	N Jumlah SDM yang melakukan cuci tangan 6 langkah dan 5 moment	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
	D Jumlah SDM yang melakukan cuci tangan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Waktu Tanggap Operasi Sektor Casarada Emergency < 30 menit standar > 80%																																	0%
7	N Semua persalinan SC Emergency < 30 menit	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
	D Jumlah seluruh persalinan SC dalam 1 bulan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%

Mengetahui,
Kepala Unit
(Bd. Maschi)

Pj Data Unit
(Bd. Leni Setiawati W)

LAPORAN TRIWULAN III 2023				
NO	VARIABEL	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER
1	Ketepatan Identifikasi Bayi Baru Lahir (BBL) standar 100%	0%	0%	0%
2	Kelengkapan pengkajian awal kebidanan di kamar bersalin/VK standar > 90%	0%	0%	0%
3	Kepatuhan penggunaan APD Kamar Bersalin standar 100%	0%	0%	0%
4	Bukti kelengkapan komunikasi efektif melalui telepon standar > 90%	0%	0%	0%
5	Pelaksanaan IMD pada bayi baru lahir dengan persyaratan bayi bugar standar 100%	0%	0%	0%
6	Kepatuhan cuci tangan SDM Kamar Bersalin standar > 85%	0%	0%	0%
7	Waktu Tanggap Operasi Sectio Caesaria Emergensi ≤ 30 menit standar ≥ 80%	0%	0%	0%



Dari diagram diatas dapat dilaporkan bahwa :

o Pada bulan Juli 2023, indikator mutu vk kebidanan yaitu

1 Ketepatan identifikasi Bayi Baru Lahir	0%
2 Kelengkapan pengkajian awal	0%
3 Kepatuhan penggunaan APD Kamar	0%
4 Bukti kelengkapan komunikasi efektif m	0%
5 Pelaksanaan IMD pada bayi baru lahir	0%
6 Kepatuhan cuci tangan SDM Kamar	0%
7 Waktu Tanggap Operasi Sectio Caesaria	0%

o Pada bulan Agustus 2023, indikator mutu vk kebidanan yaitu

1 Ketepatan identifikasi Bayi Baru Lahir	0%
2 Kelengkapan pengkajian awal	0%
3 Kepatuhan penggunaan APD Kamar	0%
4 Bukti kelengkapan komunikasi efektif m	0%
5 Pelaksanaan IMD pada bayi baru lahir	0%
6 Kepatuhan cuci tangan SDM Kamar	0%
7 Waktu Tanggap Operasi Sectio Caesaria	0%

o Pada bulan September 2023, indikator mutu vk kebidanan yaitu

1 Ketepatan identifikasi Bayi Baru Lahir	0%
2 Kelengkapan pengkajian awal	0%
3 Kepatuhan penggunaan APD Kamar	0%
4 Bukti kelengkapan komunikasi efektif m	0%
5 Pelaksanaan IMD pada bayi baru lahir	0%
6 Kepatuhan cuci tangan SDM Kamar	0%
7 Waktu Tanggap Operasi Sectio Caesaria	0%

a. Kesimpulan

o Maka dapat disimpulkan dari seluruh indikator vk Kebidanan tiap bulannya belum ada pasien

b. Pembahasan dan Analisa

o Dari data di atas dapat dilihat bahwa belum ada penilaian untuk semua indikator mutu vk kebidanan di setiap bulannya.

c. Rencana Tindak Lanjut

- o Mengingatkan dan memotivasi kembalikepada bidan RSDN untuk mengaktifkan segala pelayanan di unit kebidanan
- o Melakukan sosialisasi telah diaktifkan kembali semua pelayanan di unit kebidanan di lingkungan sekitar wilayah kerja Rumah Sakit
- o Melakukan kerja sama terhadap Bidan Praktek Mandiri di wilayah kerja Rumah Sakit Darma Nugraha