



**KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA GARUT
Nomor : 138/SK/DIR/RSIH/V/2022**

TENTANG

**PENETAPAN INDIKATOR MUTU PRIORITAS IBU DAN ANAK
DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

Menimbang :

- a. bahwa rumah sakit dituntut untuk memperhatikan mutu pelayanan agar dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, akuntabel dan transparan kepada masyarakat, khususnya bagi jaminan keselamatan pasien (*Patient Safety*).
- b. bahwa mutu pelayanan rumah sakit harus ditingkatkan secara berkesinambungan.
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana yang dimaksud pada butir a dan b, perlu ditetapkan Keputusan Direktur Tentang Penetapan Indikator Mutu Prioritas Ibu dan Anak Rumah Sakit Intan Husada.

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
2. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1045/MENKES/PER/XI/2006 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit;
8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 Tentang Akreditasi Rumah Sakit;
9. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang

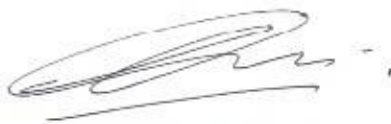
Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C kepada Rumah Sakit Intan Husada;

10. Keputusan Direktur Utama PT. RS Intan Husada Nomor 34/PT.RSIH/XI/2021 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur Rumah Sakit Intan Husada;
11. Peraturan Direktur Utama PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 052/PT-RSIH/X/2021-S0 Tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Intan Husada;
12. Peraturan Direktur RS Intan Husada Nomor 3530/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit;
13. Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 3531/A000/XI/2021 Tentang Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*);

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA TENTANG PENETAPAN INDIKATOR MUTU PRIORITAS IBU DAN ANAK RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**
- Kesatu : Memberlakukan Keputusan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 138/SK/DIR/RSIH/V/2022 Tentang Penetapan Indikator Mutu Prioritas Ibu dan Anak Rumah Sakit Intan Husada
- Kedua : Penetapan Indikator Mutu Prioritas Ibu dan Anak Rumah Sakit Intan Husada digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Intan Husada
- Ketiga : Penetapan Indikator Mutu Prioritas Ibu dan Anak Rumah Sakit Intan Husada sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Keempat : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Mengetahui,
Direktur Utama



dr. Nasir Okbah, Sp.N

Ditetapkan di : Garut
Pada Tanggal : 13 Mei 2022
Direktur,



drg. Muhammad Hasan, MARS
NIK: 21110183633



Lampiran Keputusan Direktur

Rumah Sakit Intan Husada

Nomor : 138/SK/DIR/RSIH/V/2022

Tentang : Penetapan Indikator Mutu Prioritas Ibu dan Anak Rumah Sakit Intan Husada

**PENETAPAN INDIKATOR MUTU PRIORITAS IBU DAN ANAK
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

I. SASARAN KESELAMATAN PASIEN

| | |
|----------------------------------|--|
| Kode Indikator | IMP-RS 1 |
| Judul Indikator | Kepatuhan Pemasangan Gelang pada pasien anak di Unit Rawat Inap |
| Dasar Pemikiran/Literatur | <ul style="list-style-type: none">- Kepmenkes RI No HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit- PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit- PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit |
| Dimensi Mutu | Keselamatan berfokus pada pasien |
| Tujuan | <ul style="list-style-type: none">- Tercapainya deskripsi prosedur dengan dilakukannya pemasangan gelang untuk memastikan tidak terjadinya kesalahan dalam identifikasi pasien anak di Unit Rawat Inap- Tergambarnya kejadian/kesalahan yang berhubungan dengan salah identifikasi yang berupa salah pasien, kesalahan prosedur, kesalahan medikasi, kesalahan transfusi dan kesalahan pemeriksaan diagnostik |
| Definisi Operasional | Proses menjalankan salah satu prosedur identifikasi pasien dengan menempelkan/memasang gelang identitas pasien anak di Unit Rawat Inap |
| Jenis Indikator | Proses dan <i>Outcome</i> |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator | Jumlah pasien anak yang terpasang gelang identitas di Unit Rawat Inap dari Unit Gawat Darurat/Unit Rawat Jalan |
| Denominator | Jumlah pasien anak yang dilakukan perawatan di Unit Rawat Inap yang di observasi |
| Target Pencapaian | 100% |
| Kriteria Inklusi | Seluruh pasien anak di Unit Rawat Inap |
| Kriteria Eksklusi | - |
| Formula | Jumlah pasien anak yang terpasang gelang identitas di Unit Rawat Inap dari Unit Gawat Darurat/Unit |

| | |
|--|---|
| | Rawat Jalan dibagi Jumlah pasien anak yang dilakukan perawatan di Unit Rawat Inap yang di observasi dikali 100% |
| Metode Pengumpulan Data | <i>Concurrent</i> |
| Sumber Data | Observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | Lembar Kerja |
| Populasi/sampel | Sampel Populasi |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan dan Tahunan |
| Penyajian Data | <ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i> |
| Penanggung jawab | Unit Rawat Inap |

| | |
|------------------------------------|--|
| Kode Indikator | IMP-RS 2 |
| Judul Indikator | Kepatuhan verifikasi verbal order DPJP 1x24 jam pada pasien ibu dan anak |
| Dasar Pemikiran / Literatur | <ul style="list-style-type: none"> - Kepmenkes RI No HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit - PMK No. 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit - PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit |
| Dimensi Mutu | Keselamatan berfokus pada pasien |
| Tujuan | Terlaksananya pencegahan terhadap ketidaksesuaian antara instruksi atau laporan yang diberikan dengan yang diterima |
| Definisi Operasional | <p>Verbal Order adalah komunikasi secara verbal baik melalui telepon maupun secara langsung. Komunikasi yang dimaksud adalah Komunikasi dalam memberikan intruksi (baik terapi, prosedur/ tindakan, diet, atau tindakan lainnya), komunikasi dalam melaporkan hasil pemeriksaan (fisik maupun Penunjang Laboratorium, Radiologi, <i>imaging</i>, atau Pemeriksaan Penunjang lainnya) atau Komunikasi dalam hal konsultasi antar Dokter (Dokter Jaga, DPJP atau Konsulen). Penerima informasi mencatat informasi yang diberikan</p> <p>(di formulir yang ditujukan untuk penulisan tersebut atau di secarik kertas untuk kemudian disalin di formulir yang semestinya), Setelah informasi dicatat, dilakukan pembacaan ulang terhadap informasi tadi, kemudian pemberi informasi mengkonfirmasi</p> |

| | |
|--|---|
| | kebenaran hasil pembacaan ulang. Pada formulir diberi cap "konfirmasi perintah" Verifikasi verbal order adalah pemeriksaan tentang kebenaran dari komunikasi secara verbal yang telah dilakukan Verifikasi dibuktikan dengan pemberian tanda tangan nama jelas, tanggal dan waktu verifikasi pada stempel konfirmasi perintah oleh pemberi dan penerima pesan |
| Jenis Indikator | <i>Outcome</i> |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator | Jumlah verbal order/ <i>advice</i> yang dilakukan verifikasi (dibuktikan dengan adanya pengecapan TBAK) |
| Denominator | Seluruh instruksi verbal yang dilakukan pada pasien Ibu dan Anak yang diobservasi |
| Target Pencapaian | 100% |
| Kriteria Inklusi | Seluruh pasien ibu dan anak |
| Kriteria Eksklusi | - |
| Formula | Seluruh instruksi verbal yang dilakukan pengecapan TBAK pada pasien Ibu dan Anak dibagi seluruh instruksi verbal yang dilakukan pada pasien Ibu dan Anak yang diobservasi |
| Metode Pengumpulan Data | <i>Restrospective</i> |
| Sumber Data | Sensus |
| Instrumen Pengambilan Data | Dokumen Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi dan Formulir UGD yang dilakukan konsultasi verbal |
| Populasi/sampel | Bulanan |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan, Triwulan dan Tahunan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Sampel Populasi |
| Penyajian Data | <ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i> |
| Penanggung jawab | Unit Rawat Inap |

| | |
|------------------------------------|---|
| Kode Indikator | IMP-RS 3 |
| Judul Indikator | Kepatuhan <i>Double Check</i> Obat <i>High alert</i> pada pasien anak di Unit Rawat Inap oleh Perawat |
| Dasar Pemikiran / Literatur | PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit |
| Dimensi Mutu | Keselamatan berfokus pada pasien |

| | |
|--|---|
| Tujuan | Tercapainya peningkatan kepatuhan terhadap prosedur pemberian obat <i>high alert</i> pada pasien anak di Unit Rawat Inap oleh Perawat |
| Definisi Operasional | Kepatuhan perawat dalam melakukan <i>double check</i> sebelum pemberian obat-obat <i>high alert</i> untuk pasien anak di Unit Rawat Inap. Setiap obat-obatan <i>high alert</i> harus diberi stiker berwarna merah yang bertuliskan <i>high alert</i> . |
| Jenis Indikator | <i>Outcome</i> |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator | Jumlah kepatuhan perawat dalam melakukan <i>double check</i> sebelum pemberian obat-obat <i>high alert</i> untuk pasien anak di Unit Rawat Inap |
| Denominator | Seluruh pasien anak yang diberikan obat-obat <i>high alert</i> di Unit Rawat Inap |
| Target Pencapaian | 100% |
| Kriteria Inklusi | Semua obat <i>high alert</i> yang disimpan elektrolit pekat, sitostatika, narkotika injeksi, antikoagulan, sedasi injeksi yang tersedia di RSIH diantaranya <i>Epineprine</i> , <i>Amynophilin</i> , <i>Amikasin</i> , <i>NS 3%</i> , <i>Gelofusal</i> , <i>lidocaine 2%</i> , <i>Manitol</i> |
| Kriteria Eksklusi | Obat selain Obat <i>high alert</i> |
| Formula | Jumlah kepatuhan perawat dalam melakukan <i>double check</i> sebelum pemberian obat-obat <i>high alert</i> untuk pasien anak di Unit Rawat Inap dibagi Seluruh pasien anak yang diberikan obat-obat <i>high alert</i> di Unit Rawat Inap |
| Metode Pengumpulan Data | <i>Concurrent</i> |
| Sumber Data | Observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | Lembar Kerja |
| Populasi/sampel | Total Populasi |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan dan Tahunan |
| Penyajian Data | <ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i> |
| Penanggung jawab | Unit Rawat Inap |

| | |
|------------------------------------|--|
| Kode Indikator | IMP-RS 4 |
| Judul Indikator | Kepatuhan <i>Surgical Safety Checklist</i> untuk Tindakan pembedahan <i>Sectio caesaria</i> |
| Dasar Pemikiran / Literatur | <ul style="list-style-type: none"> - Kepmenkes RI No HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit - PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit |
| Dimensi Mutu | Keselamatan berfokus pada pasien |
| Tujuan | Tercegahnya kejadian salah pasien, salah prosedur, salah lokasi dalam prosedur pembedahan |
| Definisi Operasional | <i>Surgical safety checklist</i> adalah alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim profesional di Ruang Operasi berupa daftar periksa untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien |
| Jenis Indikator | Proses dan <i>Outcome</i> |
| Satuan Pengukuran | <i>Persentase</i> |
| Numerator | Jumlah <i>surgical safety check list</i> yang telah diisi pada tindakan pembedahan <i>sectio caesaria</i> |
| Denominator | Jumlah seluruh tindakan <i>sectio caesaria</i> yang diobservasi |
| Target Pencapaian | 100% |
| Kriteria Inklusi | Seluruh tindakan pembedahan <i>sectio Caesaria</i> |
| Kriteria Eksklusi | Tindakan pembedahan selain <i>sectio Caesaria</i> |
| Formula | Jumlah <i>surgical safety check list</i> yang telah diisi pada tindakan pembedahan <i>Sectio caesaria</i> dibagi jumlah seluruh tindakan <i>sectio caesaria</i> yang diobservasi dikali 100% |
| Metode Pengumpulan Data | <i>Restrospective</i> |
| Sumber Data | Sensus |
| Instrumen Pengambilan Data | Lembar Kerja Formulir <i>surgical safety check list</i> |
| Populasi/sampel | Total populasi |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan dan Tahunan |
| Penyajian Data | <ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i> |
| Penanggung jawab | Unit Kamar Operasi |

| | |
|------------------------------------|---|
| Kode Indikator | IMP-RS 5 |
| Judul Indikator | Kepatuhan cuci tangan Dokter di Poliklinik Anak sesuai dengan <i>five moment</i> |
| Dasar Pemikiran / Literatur | <ul style="list-style-type: none"> - Kepmenkes RI No HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit - PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit |

| | |
|--|--|
| | - PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit |
| Dimensi Mutu | Keselamatan berfokus pada pasien |
| Tujuan | Tercapainya pemutusan rantai penularan infeksi menciptakan lingkungan yang aman, pelayanan kesehatan aman |
| Definisi Operasional | <p>Kepatuhan Dokter dalam melakukan usaha untuk membersihkan kotoran yang secara kasat mata terlihat dan pengangkatan mikroorganisme yang tinggal sementara di tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir (<i>hand wash</i>) atau dengan cairan berbasis alkohol (<i>handrub</i>) dalam 6 langkah (WHO,2009)</p> <p>Cuci tangan dengan <i>five moment</i> adalah kepatuhan Dokter melakukan kebersihan tangan sesuai 5 indikasi dari WHO yaitu sebelum kontak dengan pasien, setelah kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan invasif dan aseptik, setelah kontak dengan cairan tubuh, dan setelah kontak dengan lingkungan dengan menjalankan 6 tahap teknik melakukan kebersihan tangan.</p> |
| Jenis Indikator | Proses dan <i>Outcome</i> |
| Satuan Pengukuran | <i>Persentase</i> |
| Numerator | Jumlah total cuci tangan yang dilakukan oleh Dokter di Poliklinik Anak |
| Denominator | Jumlah total peluang cuci tangan yang seharusnya dilakukan oleh Dokter Spesialis Anak dalam periode observasi |
| Target Pencapaian | ≥ 85% |
| Kriteria Inklusi | Total peluang cuci tangan pemberi pelayanan (Dokter Spesialis Anak) di Poliklinik |
| Kriteria Eksklusi | - |
| Formula | Jumlah total cuci tangan yang dilakukan oleh Dokter di Poliklinik Anak dibagi Jumlah total peluang cuci tangan yang seharusnya dilakukan oleh Dokter Spesialis Anak dalam periode observasi |
| Metode Pengumpulan Data | <i>Concurrent</i> |
| Sumber Data | Observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | Lembar Kerja |
| Populasi/sampel | Sampling Populasi minimal 200 peluang |
| Periode Pengumpulan Data | - |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan dan Tahunan |

| | |
|------------------|---|
| Penyajian Data | <ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i> |
| Penanggung jawab | Komite PPI Unit Rawat Jalan |

| | |
|-------------------------------------|---|
| Kode Indikator | IMP-RS 6 |
| Judul Indikator | Kepatuhan Pemasangan Penanda Risiko Jatuh pada pasien <i>post sectio caesaria</i> |
| Dasar Pemikiran / Literatur | <ul style="list-style-type: none"> - Kepmenkes RI No HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit - PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit - PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit |
| Dimensi Mutu | Keselamatan berfokus pada pasien |
| Tujuan | Tercapainya penurunan kejadian pasien jatuh |
| Definisi Operasional | Intervensi yang dilakukan dari upaya pencegahan risiko pasien jatuh sesuai dengan skrining awal dan skrining ulang dengan melakukan pemasangan penanda risiko jatuh tinggi yang berupa klip risiko jatuh dan akrilik risiko jatuh di Unit Rawat Inap |
| Jenis Indikator | Proses dan <i>Outcome</i> |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator | Jumlah <i>post sectio caesaria</i> yang dilakukan pemasangan penanda risiko jatuh |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien <i>post sectio caesaria</i> diobservasi |
| Target Pencapaian | 100% |
| Kriteria Inklusi | Seluruh pasien <i>post sectio caesaria</i> |
| Kriteria Eksklusi | Pasien <i>post sectio caesaria</i> yang tidak dapat dilakukan asesmen ulang maupun edukasi (meninggal, gangguan jiwa yang melewati fase akut) |
| Formula | Jumlah <i>post sectio caesaria</i> yang dilakukan pemasangan penanda risiko jatuh dibagi Jumlah seluruh pasien <i>post sectio caesaria</i> diobservasi dikali 100% |
| Metode Pengumpulan Data | <i>Restrospective</i> |
| Sumber Data | Observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | Lembar Kerja |
| Populasi/sampel | Total Populasi |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan dan Tahunan |

| | |
|------------------|------------------------|
| Penyajian Data | - Tabel - Run chart |
| Penanggung jawab | Unit Rawat Inap |

II. PELAYANAN KLINIS

| | |
|-------------------------------------|---|
| Kode Indikator | IMP-RS 7 |
| Judul Indikator | Pengkajian awal medik untuk pasien Ibu dan Anak 1 x 24 jam |
| Dasar Pemikiran / Literatur | <ul style="list-style-type: none"> - Kepmenkes RI No HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit - PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit - PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit |
| Dimensi Mutu | Keselamatan berfokus pada pasien |
| Tujuan | Tercapainya kelengkapan pengisian formulir pengkajian awal pasien |
| Definisi Operasional | Tahap awal dari proses dimana Dokter mengevaluasi data pasien Ibu dan Anak di Unit Rawat Jalan, Unit Gawat Darurat dan Unit Rawat Inap |
| Jenis Indikator | Outcome |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator | Jumlah form pengkajian awal medik pasien ibu dan anak yang di isi lengkap dalam waktu 1 x 24 jam |
| Denominator | Jumlah seluruh form pengkajian awal medik pasien ibu dan anak dalam bulan tersebut |
| Target Pencapaian | 100% |
| Kriteria Inklusi | Seluruh pasien ibu dan anak |
| Kriteria Eksklusi | - |
| Formula | Jumlah formulir pengkajian awal medik pasien ibu dan anak yang di isi lengkap dalam waktu 1 x24 jam di Unit Rawat Jalan, Unit Gawat Darurat dan Unit Rawat Inap dibagi Jumlah seluruh formulir pengkajian awal medik pasien ibu dan anak dalam bulan tersebut dikali 100%) |
| Metode Pengumpulan Data | Sensus |
| Sumber Data | Retrospective |
| Instrumen Pengambilan Data | Lembar Kerja Formulir Pengkajian Awal Medik |
| Populasi/sampel | Total Populasi |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan dan Tahunan |
| Penyajian Data | <ul style="list-style-type: none"> - Tabel - Run chart |

III.

| | |
|------------------|------------------|
| Penanggung jawab | Unit Rekam Medis |
|------------------|------------------|

TUJUAN STRATEGI

| | |
|-------------------------------------|---|
| Kode Indikator | IMP-RS 8 |
| Judul Indikator | Kejadian pasien anak pulang APS dari Unit Rawat Inap |
| Dasar Pemikiran / Literatur | <ul style="list-style-type: none"> - Kepmenkes RI No HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit - PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit - PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit |
| Dimensi Mutu | Keselamatan berfokus pada pasien |
| Tujuan | Tidak adanya pasien anak yang pulang APS |
| Definisi Operasional | Pulang atas permintaan pasien sebelum dinyatakan pulang oleh DPJP |
| Jenis Indikator | Outcome |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator | Jumlah kejadian pasien anak pulang APS |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien anak dalam bulan tersebut |
| Target Pencapaian | 0% |
| Kriteria Inklusi | Seluruh pasien anak yang dilakukan perawatan di Unit Rawat Inap |
| Kriteria Eksklusi | Pasien anak APS karena keberatan biaya, domisili atau hal lain yang tidak berhubungan dengan ketidakpuasan pelayanan/prosedur RS |
| Formula | Jumlah kejadian pasien anak pulang APS dibagi jumlah seluruh pasien anak dalam bulan tersebut dikali 100% |
| Metode Pengumpulan Data | Sensus |
| Sumber Data | Restrospective |
| Instrumen Pengambilan Data | Lembar Formulir APS pasien |
| Populasi/sampel | Total sampel |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan dan Tahunan |
| Penyajian Data | <ul style="list-style-type: none"> - Tabel - Run chart |
| Penanggung jawab | Unit Rekam Medis |

IV. PERUBAHAN SISTEM

| | |
|-------------------------------------|---|
| Kode Indikator | IMP-RS 9 |
| Judul Indikator | Kejadian pasien anak tertolak di Subunit Pendaftaran secara <i>on the spot</i> |
| Dasar Pemikiran / Literatur | <ul style="list-style-type: none"> - Kepmenkes RI No HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit - PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit - PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit |
| Dimensi Mutu | Keselamatan berfokus pada pasien |
| Tujuan | Tidak adanya pasien anak yang akan melakukan pengobatan di Poliklinik anak yang tertolak |
| Definisi Operasional | Kejadian yang diakibatkan oleh beberapa hal yang menyebabkan pasien anak tidak dapat melanjutkan pengobatan di Poliklinik Anak |
| Jenis Indikator | <i>Outcome</i> |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator | Jumlah kejadian pasien anak tertolak di Subunit Pendaftaran secara <i>on the spot</i> |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien anak yang melakukan pendaftaran secara <i>on the spot</i> dalam periode tertentu |
| Target Pencapaian | 0% |
| Kriteria Inklusi | Seluruh pasien anak yang akan melakukan pengobatan di Poliklinik Anak |
| Kriteria Eksklusi | - |
| Formula | Jumlah kejadian pasien anak tertolak di Subunit Pendaftaran secara <i>on the spot</i> dibagi Jumlah seluruh pasien anak yang melakukan pendaftaran secara <i>on the spot</i> dalam periode tertentu dikali 100% |
| Metode Pengumpulan Data | <i>Concurrent</i> |
| Sumber Data | Observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | Lembar Kerja |
| Populasi/sampel | Total populasi |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan dan Tahunan |
| Penyajian Data | <ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i> |
| Penanggung jawab | Subunit Pendaftaran Unit Rekam Medis |

V. MANAJEMEN RISIKO

| | |
|-----------------------------|--|
| Kode Indikator | IMP-RS 10 |
| Judul Indikator | Kepatuhan pemasangan gelang bayi baru lahir pada persalinan normal dan SC |
| Dasar Pemikiran / Literatur | <ul style="list-style-type: none"> - Kepmenkes RI No HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit - PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit - PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit |
| Dimensi Mutu | Keselamatan berfokus pada pasien |
| Tujuan | Tercapainya deskripsi prosedur dengan dilakukannya pemasangan gelang pada bayi baru lahir persalinan normal atau <i>sectio caesaria</i> untuk memastikan tidak terjadinya risiko kesalahan prosedur, kesalahan medikasi, kesalahan transfusi dan kesalahan pemeriksaan diagnostik dan risiko bayi tertukar |
| Definisi Operasional | Proses menjalankan salah satu prosedur identifikasi pasien dengan menempelkan/memasang gelang identitas pasien bayi baru lahir pada saat persalinan normal di Unit Kamar Bersalin atau <i>sectio caesaria</i> di Unit Kamar Operasi |
| Jenis Indikator | Outcome |
| Satuan Pengukuran | Persentase |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien bayi baru lahir yang terpasang gelang identitas pada persalinan normal di Unit Kamar Bersalin atau <i>sectio caesaria</i> di Unit Kamar Operasi dalam periode tertentu |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien bayi baru lahir persalinan normal atau <i>sectio caesaria</i> dalam periode tertentu |
| Target Pencapaian | 100% |
| Kriteria Inklusi | Seluruh bayi baru lahir persalinan normal di Unit Kamar Bersalin atau <i>sectio caesaria</i> di Unit Kamar Operasi |
| Kriteria Eksklusi | - |
| Formula | Jumlah seluruh pasien bayi baru lahir yang terpasang gelang identitas pada persalinan normal di Unit Kamar Bersalin atau <i>sectio caesaria</i> di Unit Kamar Operasi dalam periode tertentu dibagi Jumlah seluruh pasien bayi baru lahir persalinan normal atau <i>sectio caesaria</i> dalam periode tertentu dikali 100% |

| | |
|--|---|
| Metode Pengumpulan Data | <i>Concurrent</i> |
| Sumber Data | Observasi |
| Instrumen Pengambilan Data | Lembar Kerja |
| Populasi/sampel | Total populasi |
| Periode Pengumpulan Data | Bulanan |
| Periode Analisis dan Pelaporan Data | Bulanan, Triwulan dan Tahunan |
| Penyajian Data | <ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i> |
| Penanggung jawab | Unit Kamar Bersalin Unit Kamar Operasi |