

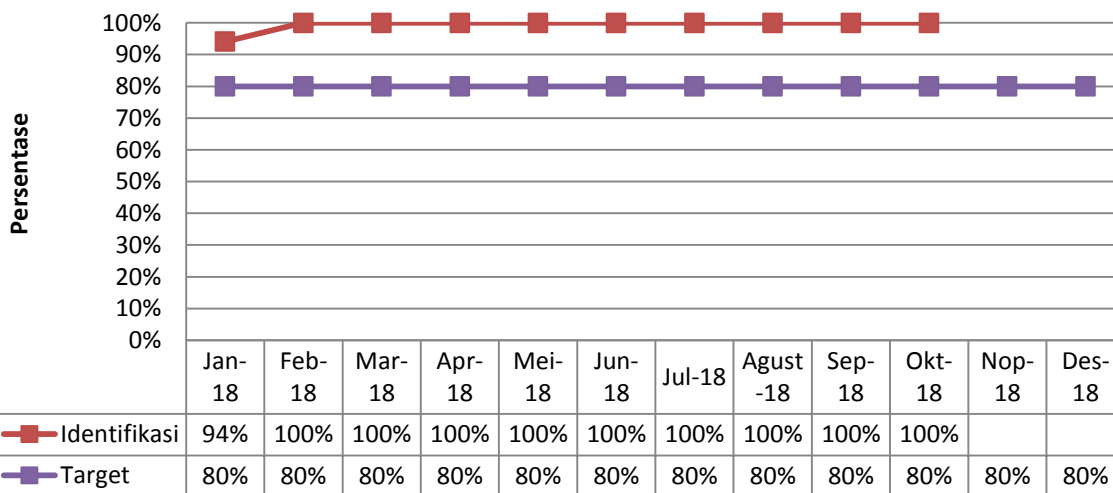
**OHASIL PENGUMPULAN DATA INDIKATOR MUTU UNIT 408
JULI 2018 - SEPTEMBER 2018**

Judul	Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar Sebelum Tindakan Medis
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mencegah terjadinya kesalahan pasien
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pasien dengan benar adalah identifikasi yang dilakukan dengan menggunakan sedikitnya dua identifikator yaitu nama lengkap dan nomor rekam medik atau nama lengkap dan tanggal lahir pasien. • Identifikasi dilakukan setiap sebelum melakukan pemberian obat-obatan (peroral, intravena, intramuscular, atau rute lainnya), sebelum pemberian darah atau produk darah, sebelum pengambilan darah atau spesiemen lain untuk tes klinis, sebelum melakukan proses pengobatan atau prosedur lainnya. • Proses identifikasi dilakukan oleh semua staf yang bertanggungjawab dalam melakukan semua prosedur di atas. • Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar adalah tingkat kepatuhan staf dalam melaksanakan proses identifikasi pasien dengan benar sesuai ketentuan di atas. • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik, unit pelayanan rawat jalan, yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap setiap staf di unit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode sensus harian masing-masing unit
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah proses yang diamati yang melakukan identifikasi pasien dengan benar dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam bulan yang sama
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

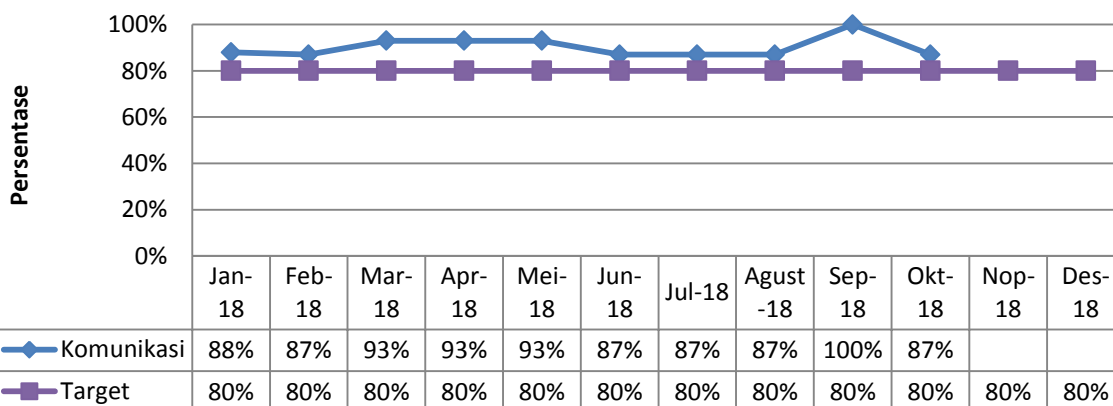
Judul	Ketepatan Melakukam TbaK saat memberi/Menerima insrruksi verbal dan telepon
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mencegah terjadinya kesalahan instruksi, pelaporn hasil pemeriksaan
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Komunikasi verbal yang dimaksud adalah : <ul style="list-style-type: none"> - Komunikasi via telepon maupun secara langsung. - Komunikasi dalam memberikan instruksi (baik terapi, prosedur/tindakan, diit, dll) - Komunikasi dalam melaporkan hasil pemeriksaan (fisik maupun penunjang: laboratorium, radiologi, imaging dll) - Komunikasi dalam hal konsultasi antar dokter (dr. jaga, DPJP, konsulen dll) • Persyaratan komunikasi verbal: <ul style="list-style-type: none"> - Penerima informasi mencatat informasi yang diberikan (di form yang ditujukan untuk penulisan tersebut atau di secarik kertas untuk kemudian disalin di form yang semestinya) - Setelah informasi dicatat, dilakukan pembacaan ulang terhadap informasi tadi. - Setelah pembacaan ulang, pemberi informasi mengkonfirmasi kebenaran hasil pembacaan ulang - Di form pencatatan ditulis identitas pemberi informasi, penerima informasi dan waktu (tanggal & jam). • Kepatuhan komunikasi verbal yang efektif adalah tingkat kepatuhan staf dalam melakukan komunikasi verbal yang efektif sesuai ketentuan di atas degan teknik TbaK-SBAR • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit perawatan rawat inap yang dinilai oleh kepala unit terhadap setiap staf di unit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode sensus harian masing-masing unit
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah proses yang melakukan komunikasi verbal efektif dengan benar dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang diamati dalam bulan yang sama
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

Judul	Angka Kepatuhan Cuci Tangan
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Menegah dan mengurangi infeksi terkait pelayanan kesehatan
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan adalah proses yang secara mekanik melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun atau menggunakan Alkohol based handrub • Indikasi Cuci tangan : <ul style="list-style-type: none"> – sebelum & sesudah kontak dengan pasien; – Sebelum menangani alat infasif dengan pasien – Setelah kontak dengan cairan tubuh atau ekskresi pasien – Bila berpindah dari bagian tubuh pasien yang terkontaminasi kebagian tubuh pasien lainnya selama perawatan pasien yang sama – Setelah kontak dengan benda-benda dan permukaan lingkungan sekitar pasien – Setelah melepaskan sarung tangan steril dan non steril – Setelah keluar dari kamar mandi/WC • Angka kepatuhan cuci tangan adalah tingkat kepatuhan staf dalam melakukan cuci tangan sesuai kondisi diatas • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan rawat inap dan rawat jalan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap semua staf di unit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Survei
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah proses yang melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Quality representatif terkait
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

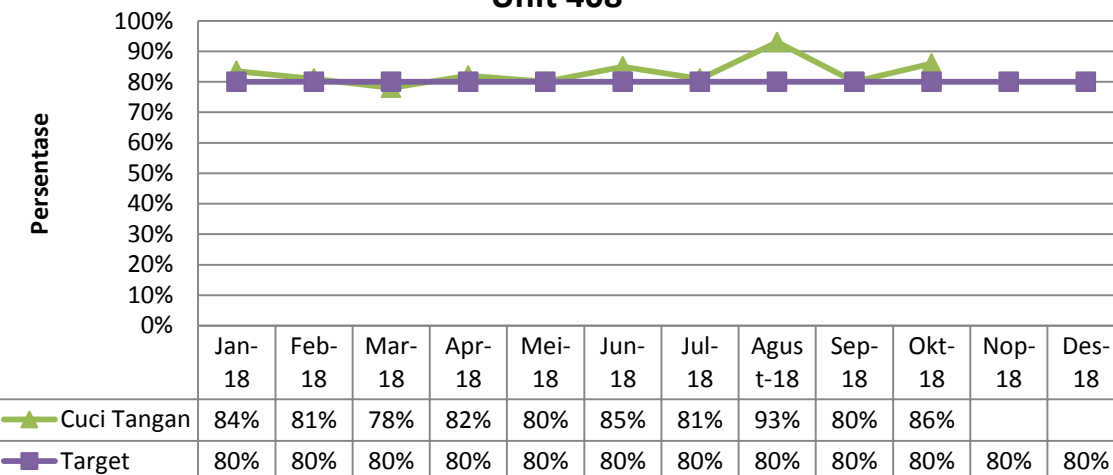
Indikator Identifikasi Pasien Dengan Benar unit 408



Indikator Ketepatan Melakukan TbaK saat memberi/Menerima instruksi verbal dan telepon unit 408



Indikator Kepatuhan Cuci Tangan Unit 408



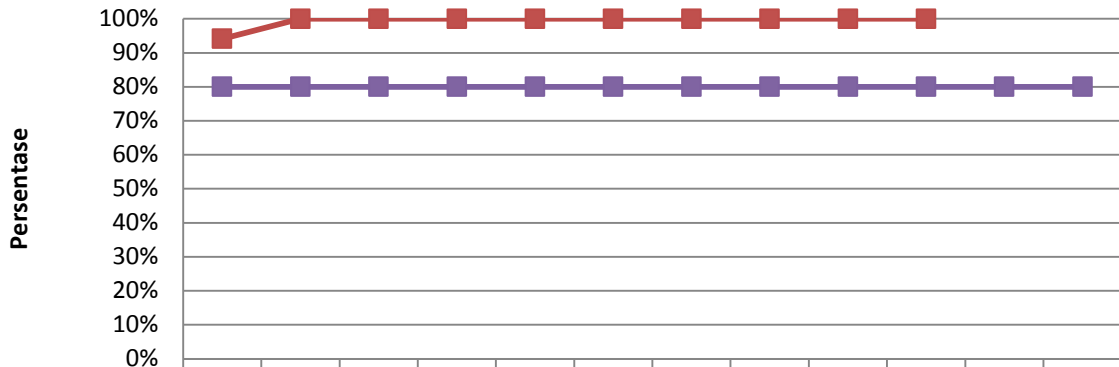
**HASIL PENGUMPULAN DATA INDIKATOR MUTU UNIT 226
JULI 2018 – SEPTEMBER 2018**

Judul	Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar Sebelum Tindakan Medis
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mencegah terjadinya kesalahan pasien
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pasien dengan benar adalah identifikasi yang dilakukan dengan menggunakan sedikitnya dua identifikator yaitu nama lengkap dan nomor rekam medik atau nama lengkap dan tanggal lahir pasien. • Identifikasi dilakukan setiap sebelum melakukan pemberian obat-obatan (peroral, intravena, intramuscular, atau rute lainnya), sebelum pemberian darah atau produk darah, sebelum pengambilan darah atau spesimen lain untuk tes klinis, sebelum melakukan proses pengobatan atau prosedur lainnya. • Proses identifikasi dilakukan oleh semua staf yang bertanggungjawab dalam melakukan semua prosedur di atas. • Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar adalah tingkat kepatuhan staf dalam melaksanakan proses identifikasi pasien dengan benar sesuai ketentuan di atas. • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik, unit pelayanan rawat jalan, yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap setiap staf di unit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode sensus harian masing-masing unit
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah proses yang diamati yang melakukan identifikasi pasien dengan benar dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam bulan yang sama
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

Judul	Ketepatan Melakukam TbaK saat memberi/Menerima insrruksi verbal dan telepon
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mencegah terjadinya kesalahan instruksi, pelaporn hasil pemeriksaan
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Komunikasi verbal yang dimaksud adalah : <ul style="list-style-type: none"> - Komunikasi via telepon maupun secara langsung. - Komunikasi dalam memberikan instruksi (baik terapi, prosedur/tindakan, diit, dll) - Komunikasi dalam melaporkan hasil pemeriksaan (fisik maupun penunjang: laboratorium, radiologi, imaging dll) - Komunikasi dalam hal konsultasi antar dokter (dr. jaga, DPJP, konsulen dll) • Persyaratan komunikasi verbal: <ul style="list-style-type: none"> - Penerima informasi mencatat informasi yang diberikan (di form yang ditujukan untuk penulisan tersebut atau di secarik kertas untuk kemudian disalin di form yang semestinya) - Setelah informasi dicatat, dilakukan pembacaan ulang terhadap informasi tadi. - Setelah pembacaan ulang, pemberi informasi mengkonfirmasi kebenaran hasil pembacaan ulang - Di form pencatatan ditulis identitas pemberi informasi, penerima informasi dan waktu (tanggal & jam). • Kepatuhan komunikasi verbal yang efektif adalah tingkat kepatuhan staf dalam melakukan komunikasi verbal yang efektif sesuai ketentuan di atas degan teknik TbaK-SBAR • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit perawatan rawat inap yang dinilai oleh kepala unit terhadap setiap staf di unit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode sensus harian masing-masing unit
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah proses yang melakukan komunikasi verbal efektif dengan benar dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang diamati dalam bulan yang sama
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

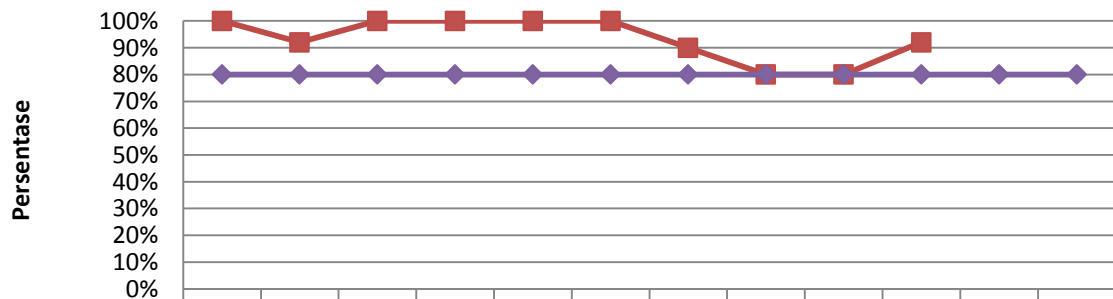
Judul	Angka Kepatuhan Cuci Tangan
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Menegah dan mengurangi infeksi terkait pelayanan kesehatan
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan adalah proses yang secara mekanik melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun atau menggunakan Alkohol based handrub • Indikasi Cuci tangan : <ul style="list-style-type: none"> – sebelum & sesudah kontak dengan pasien; – Sebelum menangani alat infasif dengan pasien – Setelah kontak dengan cairan tubuh atau ekskresi pasien – Bila berpindah dari bagian tubuh pasien yang terkontaminasi kebagian tub uh pasien lainnya selama perawatan pasien yang sama – Setelah kontak dengan benda-benda dan permukaan lingkungan sekitar pasien – Setelah melepaskan sarung tangan steril dan non steril – Setelah keluar dari kamar mandi/WC • Angka kepatuhan cuci tangan adalah tingkat kepatuhan staf dalam melakukan cuci tangan sesuai kondisi diatas • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan rawat inap dan rawat jalan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap semua staf di unit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Survei
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah proses yang melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Quality representatif terkait
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

Indikator Identifikasi Pasien Dengan Benar unit 226



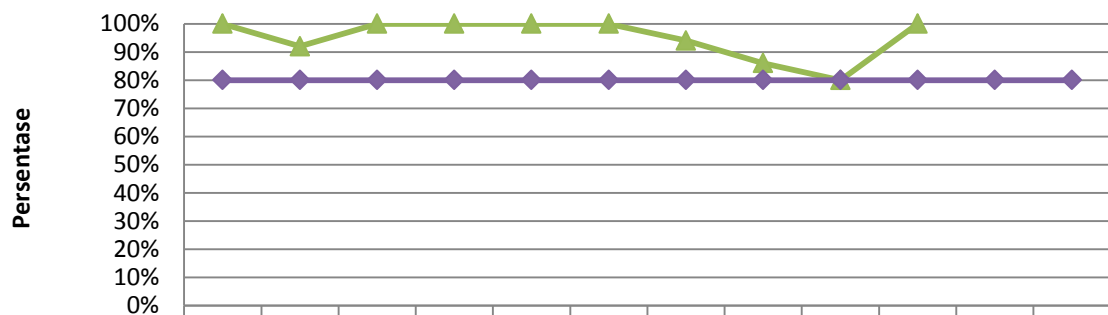
	Jan-18	Feb-18	Mar-18	Apr-18	Mei-18	Jun-18	Jul-18	Agust-18	Sep-18	Okt-18	Nop-18	Des-18
Identifikasi	94%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
Target	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%

Indikator Ketepatan Melakukan TbaK saat memberi/Menerima instruksi verbal dan telepon Unit 226



	Jan-18	Feb-18	Mar-18	Apr-18	Mei-18	Jun-18	Jul-18	Agust-18	Sep-18	Okt-18	Nop-18	Des-18
Komunikasi	100%	92%	100%	100%	100%	100%	90%	80%	80%	92%		
Target	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%

Indikator Kepatuhan Cuci Tangan 226



	Jan-18	Feb-18	Mar-18	Apr-18	Mei-18	Jun-18	Jul-18	Agust-18	Sep-18	Okt-18	Nop-18	Des-18
Cuci Tangan	100%	92%	100%	100%	100%	100%	94%	86%	80%	100%		
Target	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%

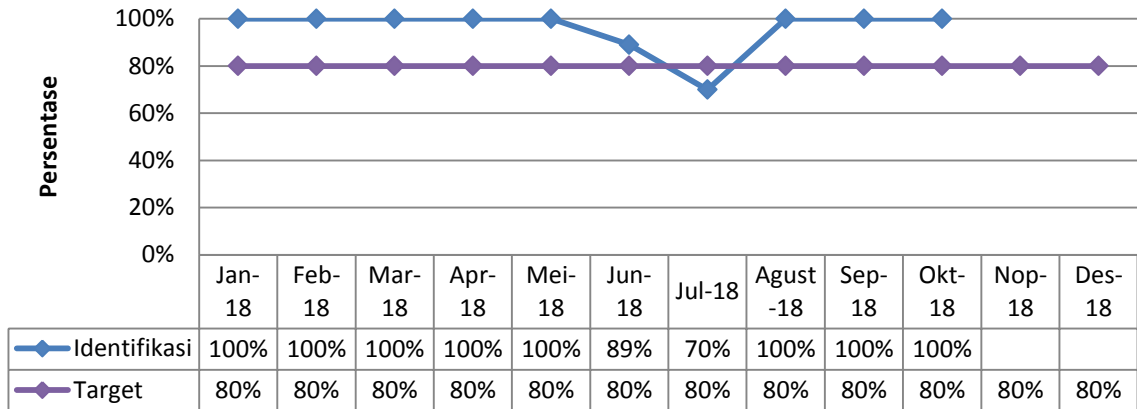
**HASIL PENGUMPULAN DATA INDIKATOR MUTU UNIT OBGYN
JULI 2018 – SEPTEMBER 2018**

Judul	Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar Sebelum Tindakan Medis
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mencegah terjadinya kesalahan pasien
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pasien dengan benar adalah identifikasi yang dilakukan dengan menggunakan sedikitnya dua identifikator yaitu nama lengkap dan nomor rekam medik atau nama lengkap dan tanggal lahir pasien. • Identifikasi dilakukan setiap sebelum melakukan pemberian obat-obatan (peroral, intravena, intramuscular, atau rute lainnya), sebelum pemberian darah atau produk darah, sebelum pengambilan darah atau spesimen lain untuk tes klinis, sebelum melakukan proses pengobatan atau prosedur lainnya. • Proses identifikasi dilakukan oleh semua staf yang bertanggungjawab dalam melakukan semua prosedur di atas. • Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar adalah tingkat kepatuhan staf dalam melaksanakan proses identifikasi pasien dengan benar sesuai ketentuan di atas. • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik, unit pelayanan rawat jalan, yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap setiap staf di unit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode sensus harian masing-masing unit
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah proses yang diamati yang melakukan identifikasi pasien dengan benar dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam bulan yang sama
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

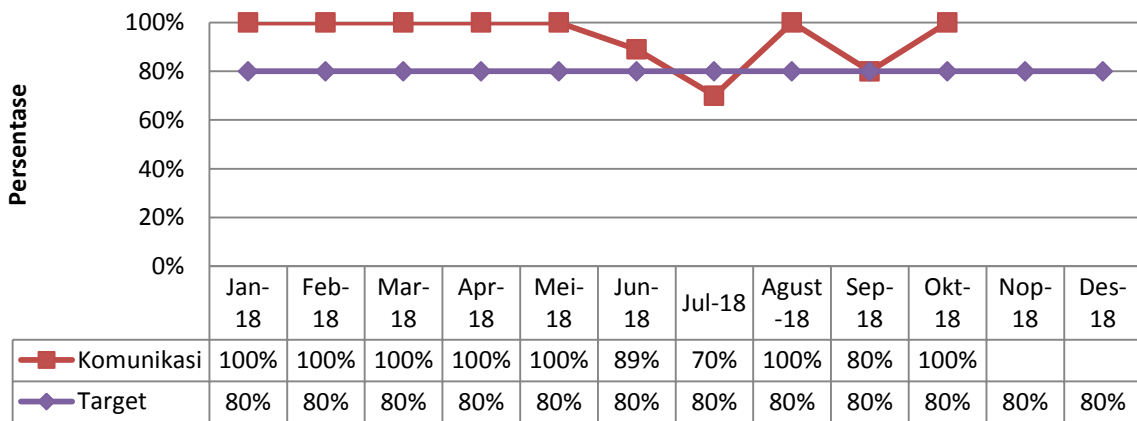
Judul	Ketepatan Melakukam TbaK saat memberi/Menerima insrruksi verbal dan telepon
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mencegah terjadinya kesalahan instruksi, pelaporn hasil pemeriksaan
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Komunikasi verbal yang dimaksud adalah : <ul style="list-style-type: none"> - Komunikasi via telepon maupun secara langsung. - Komunikasi dalam memberikan instruksi (baik terapi, prosedur/tindakan, diit, dll) - Komunikasi dalam melaporkan hasil pemeriksaan (fisik maupun penunjang: laboratorium, radiologi, imaging dll) - Komunikasi dalam hal konsultasi antar dokter (dr. jaga, DPJP, konsulen dll) • Persyaratan komunikasi verbal: <ul style="list-style-type: none"> - Penerima informasi mencatat informasi yang diberikan (di form yang ditujukan untuk penulisan tersebut atau di secarik kertas untuk kemudian disalin di form yang semestinya) - Setelah informasi dicatat, dilakukan pembacaan ulang terhadap informasi tadi. - Setelah pembacaan ulang, pemberi informasi mengkonfirmasi kebenaran hasil pembacaan ulang - Di form pencatatan ditulis identitas pemberi informasi, penerima informasi dan waktu (tanggal & jam). • Kepatuhan komunikasi verbal yang efektif adalah tingkat kepatuhan staf dalam melakukan komunikasi verbal yang efektif sesuai ketentuan di atas degan teknik TbaK-SBAR • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit perawatan rawat inap yang dinilai oleh kepala unit terhadap setiap staf di unit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode sensus harian masing-masing unit
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah proses yang melakukan komunikasi verbal efektif dengan benar dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang diamati dalam bulan yang sama
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

Judul	Angka Kepatuhan Cuci Tangan
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Menegah dan mengurangi infeksi terkait pelayanan kesehatan
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan adalah proses yang secara mekanik melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun atau menggunakan Alkohol based handrub • Indikasi Cuci tangan : <ul style="list-style-type: none"> – sebelum & sesudah kontak dengan pasien; – Sebelum menangani alat infasif dengan pasien – Setelah kontak dengan cairan tubuh atau ekskresi pasien – Bila berpindah dari bagian tubuh pasien yang terkontaminasi kebagian tub uh pasien lainnya selama perawatan pasien yang sama – Setelah kontak dengan benda-benda dan permukaan lingkungan sekitar pasien – Setelah melepaskan sarung tangan steril dan non steril – Setelah keluar dari kamar mandi/WC • Angka kepatuhan cuci tangan adalah tingkat kepatuhan staf dalam melakukan cuci tangan sesuai kondisi diatas • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan rawat inap dan rawat jalan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap semua staf di unit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Survei
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah proses yang melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Quality representatif terkait
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

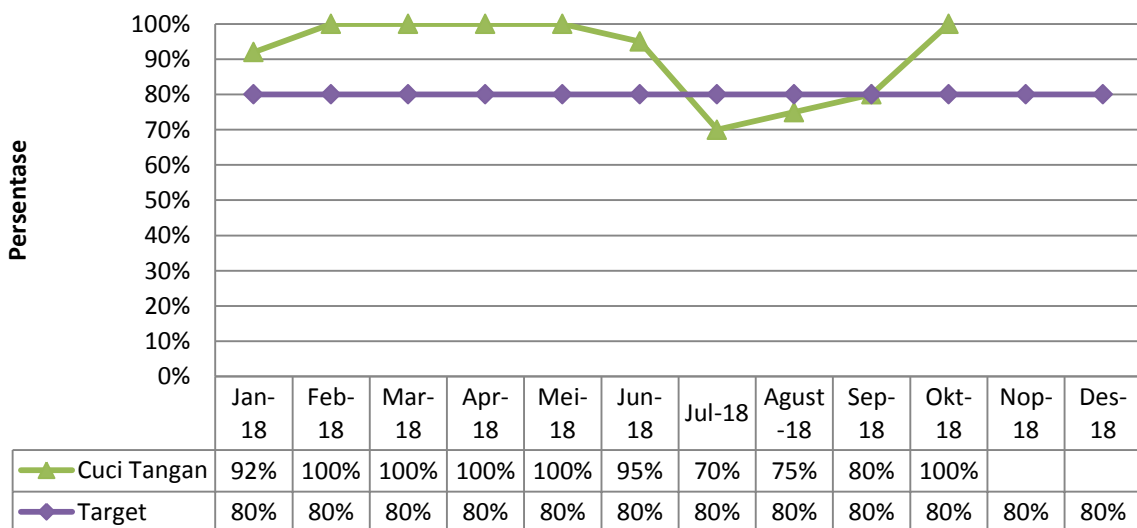
Indikator Identifikasi Pasien Dengan Benar Unit Obgyn



Indikator Ketepatan Melakukam TbaK saat memberi/Menerima instruksi verbal dan telepon Unit Obgyn



Indikator Kepatuhan Cuci Tangan Unit Obgyn



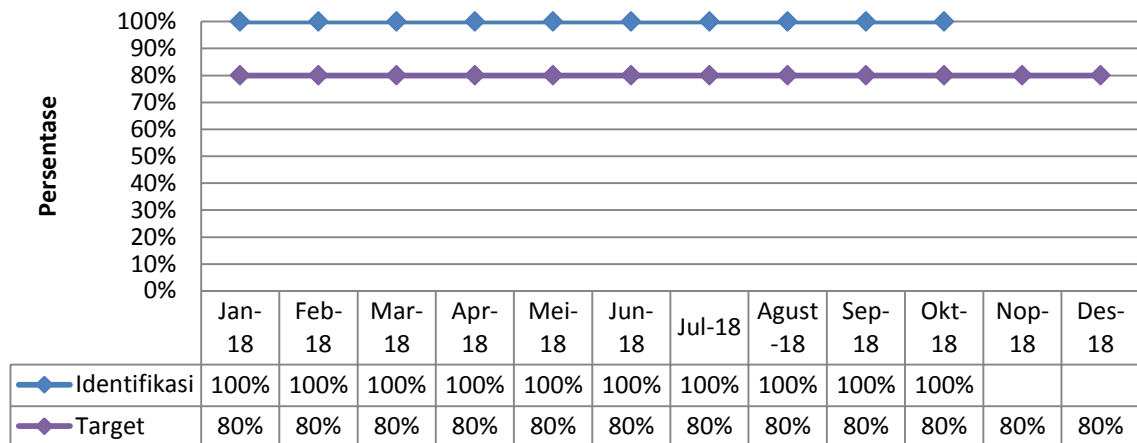
**HASIL PENGUMPULAN DATA INDIKATOR MUTU UNIT ANAK
JULI 2018 – SEPTEMBER 2018**

Judul	Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar Sebelum Tindakan Medis
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mencegah terjadinya kesalahan pasien
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pasien dengan benar adalah identifikasi yang dilakukan dengan menggunakan sedikitnya dua identifikator yaitu nama lengkap dan nomor rekam medik atau nama lengkap dan tanggal lahir pasien. • Identifikasi dilakukan setiap sebelum melakukan pemberian obat-obatan (perolar, intravena, intramuscular, atau rute lainnya), sebelum pemberian darah atau produk darah, sebelum pengambilan darah atau spesiemen lain untuk tes klinis, sebelum melakukan proses pengobatan atau prosedur lainnya. • Proses identifikasi dilakukan oleh semua staf yang bertanggungjawab dalam melakukan semua prosedur di atas. • Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar adalah tingkat kepatuhan staf dalam melaksanakan proses identifikasi pasien dengan benar sesuai ketentuan di atas. • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik, unit pelayanan rawat jalan, yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap setiap staf di unit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode sensus harian masing-masing unit
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah proses yang diamati yang melakukan identifikasi pasien dengan benar dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam bulan yang sama
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

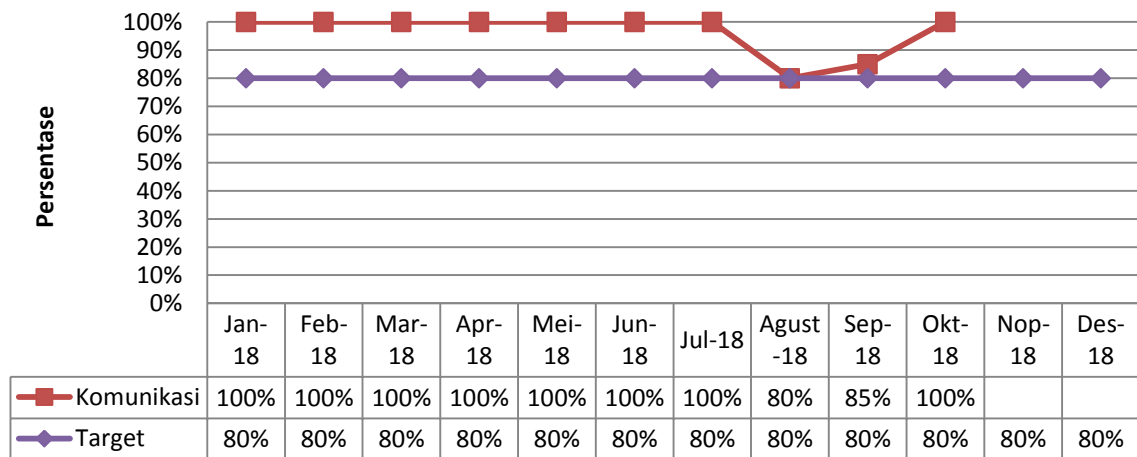
Judul	Ketepatan Melakukam TbaK saat memberi/Menerima insrruksi verbal dan telepon
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mencegah terjadinya kesalahan instruksi, pelaporn hasil pemeriksaan
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Komunikasi verbal yang dimaksud adalah : <ul style="list-style-type: none"> - Komunikasi via telepon maupun secara langsung. - Komunikasi dalam memberikan instruksi (baik terapi, prosedur/tindakan, diit, dll) - Komunikasi dalam melaporkan hasil pemeriksaan (fisik maupun penunjang: laboratorium, radiologi, imaging dll) - Komunikasi dalam hal konsultasi antar dokter (dr. jaga, DPJP, konsulen dll) • Persyaratan komunikasi verbal: <ul style="list-style-type: none"> - Penerima informasi mencatat informasi yang diberikan (di form yang ditujukan untuk penulisan tersebut atau di secarik kertas untuk kemudian disalin di form yang semestinya) - Setelah informasi dicatat, dilakukan pembacaan ulang terhadap informasi tadi. - Setelah pembacaan ulang, pemberi informasi mengkonfirmasi kebenaran hasil pembacaan ulang - Di form pencatatan ditulis identitas pemberi informasi, penerima informasi dan waktu (tanggal & jam). • Kepatuhan komunikasi verbal yang efektif adalah tingkat kepatuhan staf dalam melakukan komunikasi verbal yang efektif sesuai ketentuan di atas degan teknik TbaK-SBAR • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit perawatan rawat inap yang dinilai oleh kepala unit terhadap setiap staf di unit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode sensus harian masing-masing unit
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah proses yang melakukan komunikasi verbal efektif dengan benar dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang diamati dalam bulan yang sama
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

Judul	Angka Kepatuhan Cuci Tangan
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Menegah dan mengurangi infeksi terkait pelayanan kesehatan
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan adalah proses yang secara mekanik melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun atau menggunakan Alkohol based handrub • Indikasi Cuci tangan : <ul style="list-style-type: none"> – sebelum & sesudah kontak dengan pasien; – Sebelum menangani alat infasif dengan pasien – Setelah kontak dengan cairan tubuh atau ekskresi pasien – Bila berpindah dari bagian tubuh pasien yang terkontaminasi kebagian tub uh pasien lainnya selama perawatan pasien yang sama – Setelah kontak dengan benda-benda dan permukaan lingkungan sekitar pasien – Setelah melepaskan sarung tangan steril dan non steril – Setelah keluar dari kamar mandi/WC • Angka kepatuhan cuci tangan adalah tingkat kepatuhan staf dalam melakukan cuci tangan sesuai kondisi diatas • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan rawat inap dan rawat jalan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap semua staf di unit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Survei
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah proses yang melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Quality representatif terkait
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

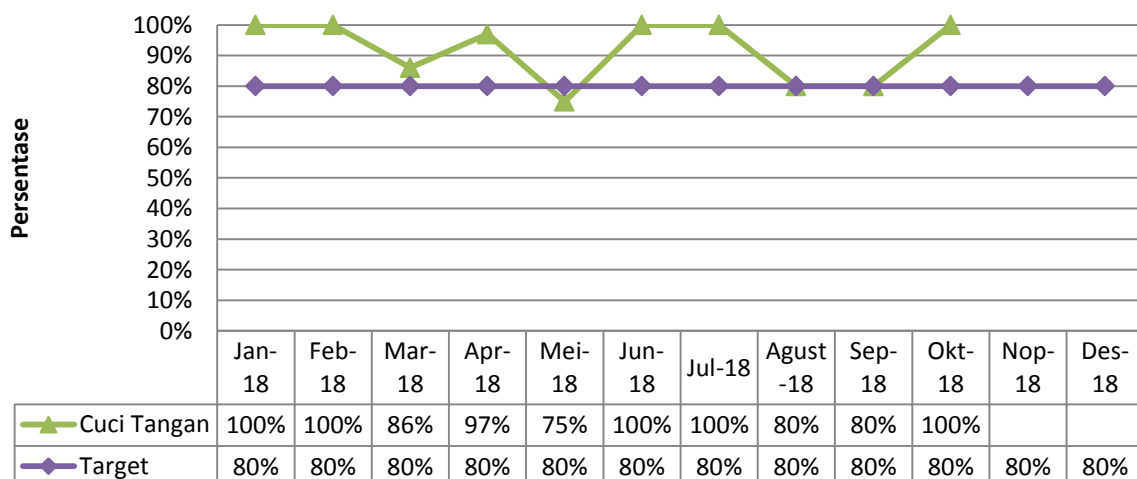
Indikator Indikator Identifikasi Pasien Dengan Benar Unit Anak



Indikator Ketepatan Melakukan TbaK saat memberi/Menerima instruksi verbal dan telepon Unit Anak



Indikator Kepatuhan Cuci Tangan Unit Anak



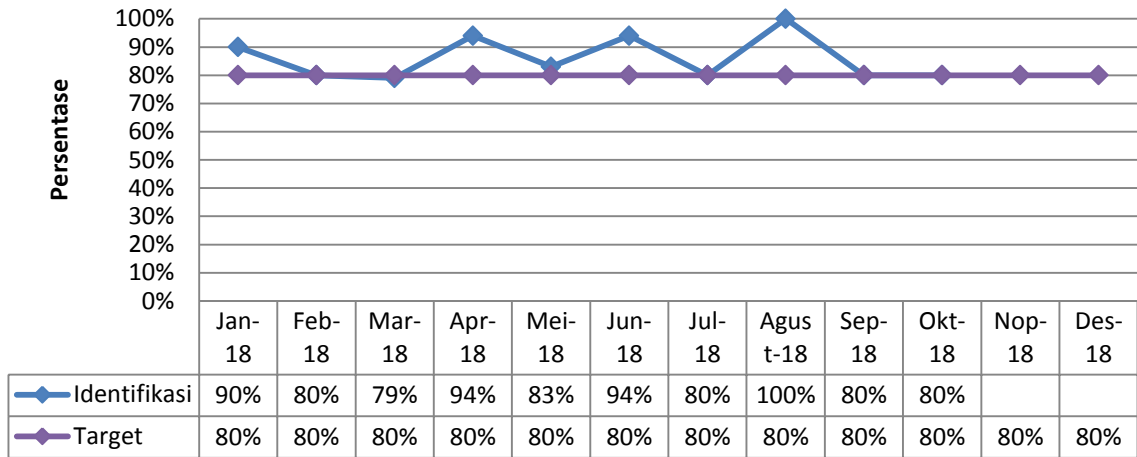
**HASIL PENGUMPULAN DATA INDIKATOR MUTU UNIT 318
JULI 2018 – SEPTEMBER 2018**

Judul	Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar Sebelum Tindakan Medis
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mencegah terjadinya kesalahan pasien
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pasien dengan benar adalah identifikasi yang dilakukan dengan menggunakan sedikitnya dua identifikator yaitu nama lengkap dan nomor rekam medik atau nama lengkap dan tanggal lahir pasien. • Identifikasi dilakukan setiap sebelum melakukan pemberian obat-obatan (peroral, intravena, intramuscular, atau rute lainnya), sebelum pemberian darah atau produk darah, sebelum pengambilan darah atau spesimen lain untuk tes klinis, sebelum melakukan proses pengobatan atau prosedur lainnya. • Proses identifikasi dilakukan oleh semua staf yang bertanggungjawab dalam melakukan semua prosedur di atas. • Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar adalah tingkat kepatuhan staf dalam melaksanakan proses identifikasi pasien dengan benar sesuai ketentuan di atas. • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik, unit pelayanan rawat jalan, yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap setiap staf di unit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode sensus harian masing-masing unit
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah proses yang diamati yang melakukan identifikasi pasien dengan benar dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam bulan yang sama
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

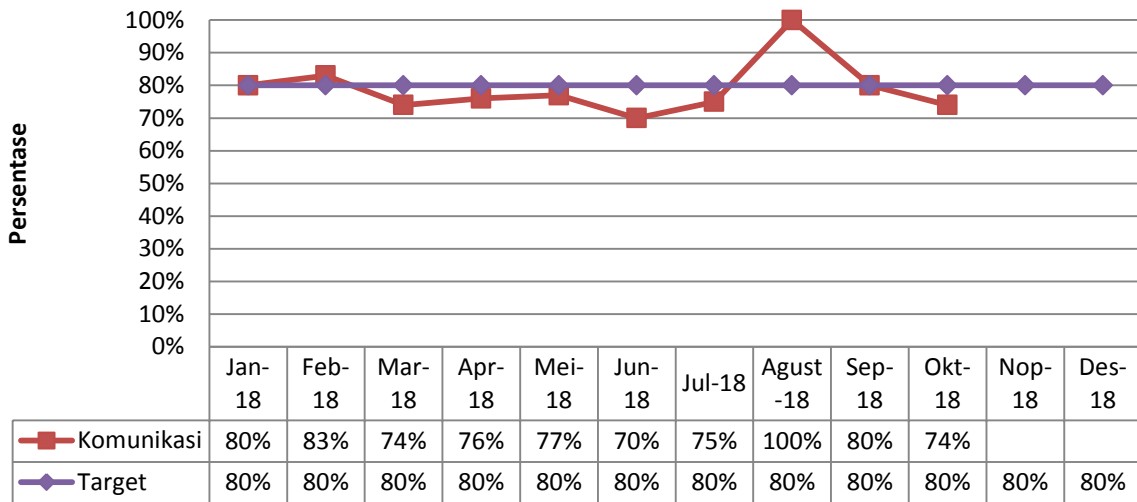
Judul	Ketepatan Melakukam TbaK saat memberi/Menerima insruksi verbal dan telepon
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mencegah terjadinya kesalahan instruksi, pelaporn hasil pemeriksaan
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Komunikasi verbal yang dimaksud adalah : <ul style="list-style-type: none"> - Komunikasi via telepon maupun secara langsung. - Komunikasi dalam memberikan instruksi (baik terapi, prosedur/tindakan, diit, dll) - Komunikasi dalam melaporkan hasil pemeriksaan (fisik maupun penunjang: laboratorium, radiologi, imaging dll) - Komunikasi dalam hal konsultasi antar dokter (dr. jaga, DPJP, konsulen dll) • Persyaratan komunikasi verbal: <ul style="list-style-type: none"> - Penerima informasi mencatat informasi yang diberikan (di form yang ditujukan untuk penulisan tersebut atau di secarik kertas untuk kemudian disalin di form yang semestinya) - Setelah informasi dicatat, dilakukan pembacaan ulang terhadap informasi tadi. - Setelah pembacaan ulang, pemberi informasi mengkonfirmasi kebenaran hasil pembacaan ulang - Di form pencatatan ditulis identitas pemberi informasi, penerima informasi dan waktu (tanggal & jam). • Kepatuhan komunikasi verbal yang efektif adalah tingkat kepatuhan staf dalam melakukan komunikasi verbal yang efektif sesuai ketentuan di atas degan teknik TbaK-SBAR • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit perawatan rawat inap yang dinilai oleh kepala unit terhadap setiap staf di unit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode sensus harian masing-masing unit
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah proses yang melakukan komunikasi verbal efektif dengan benar dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang diamati dalam bulan yang sama
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

Judul	Angka Kepatuhan Cuci Tangan
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Menegah dan mengurangi infeksi terkait pelayanan kesehatan
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan adalah proses yang secara mekanik melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun atau menggunakan Alkohol based handrub • Indikasi Cuci tangan : <ul style="list-style-type: none"> – sebelum & sesudah kontak dengan pasien; – Sebelum menangani alat infasif dengan pasien – Setelah kontak dengan cairan tubuh atau ekskresi pasien – Bila berpindah dari bagian tubuh pasien yang terkontaminasi kebagian tub uh pasien lainnya selama perawatan pasien yang sama – Setelah kontak dengan benda-benda dan permukaan lingkungan sekitar pasien – Setelah melepaskan sarung tangan steril dan non steril – Setelah keluar dari kamar mandi/WC • Angka kepatuhan cuci tangan adalah tingkat kepatuhan staf dalam melakukan cuci tangan sesuai kondisi diatas • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan rawat inap dan rawat jalan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap semua staf di unit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Survei
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah proses yang melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Quality representatif terkait
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

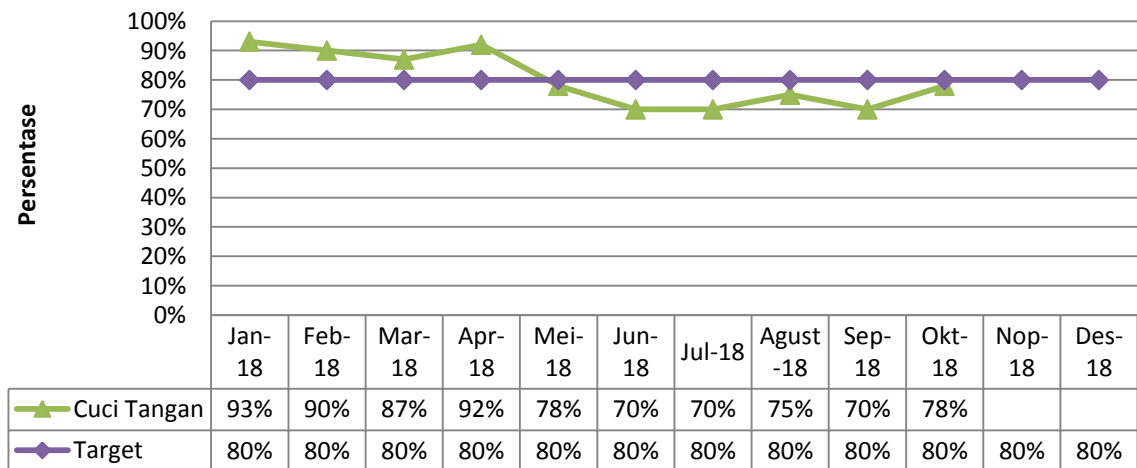
Indikator Identifikasi Pasien Dengan Benar Unit 318



Indikator Ketepatan Melakukan TbaK saat memberi/Menerima instruksi verbal dan telepon Unit 318



Indikator Kepatuhan Cuci Tangan Unit 318



Rencana Tindak Lanjut					
Why	What	When	Who	Where	How
Indikator mutu di unit bpjs dapat dikatakan mencapai standar yang diinginkan.	Indikator mutu ini dapat mencegah terjadinya kesalahan pasien, kesalahan instruksi dan pelaporan serta mencegah dan mengurangi infeksi terkait pelayanan kesehatan	Diharapkan dapat terjadi peningkatan di bulan-bulan berikutnya	Staf keperawatan unit bpjs	Unit 318	Mengaktifkan sarana-sarana edukasi dan sosialisasi, seperti rapat mingguan unit sebagai sarana pembelajaran dan saling mengingatkan satu sama lain.

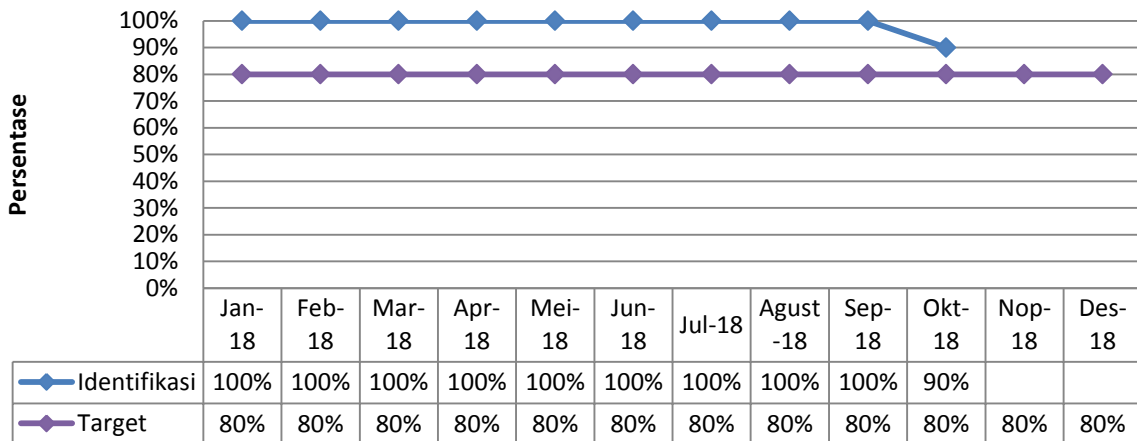
**HASIL PENGUMPULAN DATA INDIKATOR MUTU UNIT PERINATOLOGI
JULI 2018 – SEPTEMBER 2018**

Judul	Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar Sebelum Tindakan Medis
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mencegah terjadinya kesalahan pasien
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pasien dengan benar adalah identifikasi yang dilakukan dengan menggunakan sedikitnya dua identifikator yaitu nama lengkap dan nomor rekam medik atau nama lengkap dan tanggal lahir pasien. • Identifikasi dilakukan setiap sebelum melakukan pemberian obat-obatan (peroral, intravena, intramuscular, atau rute lainnya), sebelum pemberian darah atau produk darah, sebelum pengambilan darah atau spesiemen lain untuk tes klinis, sebelum melakukan proses pengobatan atau prosedur lainnya. • Proses identifikasi dilakukan oleh semua staf yang bertanggungjawab dalam melakukan semua prosedur di atas. • Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar adalah tingkat kepatuhan staf dalam melaksanakan proses identifikasi pasien dengan benar sesuai ketentuan di atas. • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik, unit pelayanan rawat jalan, yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap setiap staf di unit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode sensus harian masing-masing unit
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah proses yang diamati yang melakukan identifikasi pasien dengan benar dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam bulan yang sama
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

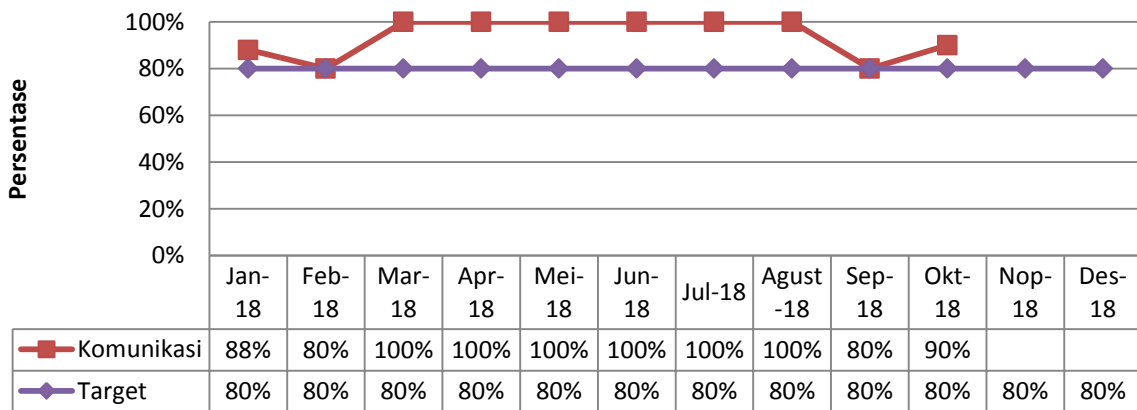
Judul	Ketepatan Melakukam TbaK saat memberi/Menerima insrruksi verbal dan telepon
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mencegah terjadinya kesalahan instruksi, pelaporn hasil pemeriksaan
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Komunikasi verbal yang dimaksud adalah : <ul style="list-style-type: none"> - Komunikasi via telepon maupun secara langsung. - Komunikasi dalam memberikan instruksi (baik terapi, prosedur/tindakan, diit, dll) - Komunikasi dalam melaporkan hasil pemeriksaan (fisik maupun penunjang: laboratorium, radiologi, imaging dll) - Komunikasi dalam hal konsultasi antar dokter (dr. jaga, DPJP, konsulen dll) • Persyaratan komunikasi verbal: <ul style="list-style-type: none"> - Penerima informasi mencatat informasi yang diberikan (di form yang ditujukan untuk penulisan tersebut atau di secarik kertas untuk kemudian disalin di form yang semestinya) - Setelah informasi dicatat, dilakukan pembacaan ulang terhadap informasi tadi. - Setelah pembacaan ulang, pemberi informasi mengkonfirmasi kebenaran hasil pembacaan ulang - Di form pencatatan ditulis identitas pemberi informasi, penerima informasi dan waktu (tanggal & jam). • Kepatuhan komunikasi verbal yang efektif adalah tingkat kepatuhan staf dalam melakukan komunikasi verbal yang efektif sesuai ketentuan di atas degan teknik TbaK-SBAR • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit perawatan rawat inap yang dinilai oleh kepala unit terhadap setiap staf di unit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode sensus harian masing-masing unit
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah proses yang melakukan komunikasi verbal efektif dengan benar dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang diamati dalam bulan yang sama
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

Judul	Angka Kepatuhan Cuci Tangan
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Menegah dan mengurangi infeksi terkait pelayanan kesehatan
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan adalah proses yang secara mekanik melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun atau menggunakan Alkohol based handrub • Indikasi Cuci tangan : <ul style="list-style-type: none"> – sebelum & sesudah kontak dengan pasien; – Sebelum menangani alat infasif dengan pasien – Setelah kontak dengan cairan tubuh atau eskresi pasien – Bila berpindah dari bagian tubuh pasien yang terkontaminasi kebagian tub uh pasien lainnya selama perawatan pasien yang sama – Setelah kontak dengan benda-benda dan permukaan lingkungan sekitar pasien – Setelah melepaskan sarung tangan steril dan non steril – Setelah keluar dari kamar mandi/WC • Angka kepatuhan cuci tangan adalah tingkat kepatuhan staf dalam melakukan cuci tangan sesuai kondisi diatas • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan rawat inap dan rawat jalan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap semua staf di unit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Survei
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah proses yang melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Quality representatif terkait
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

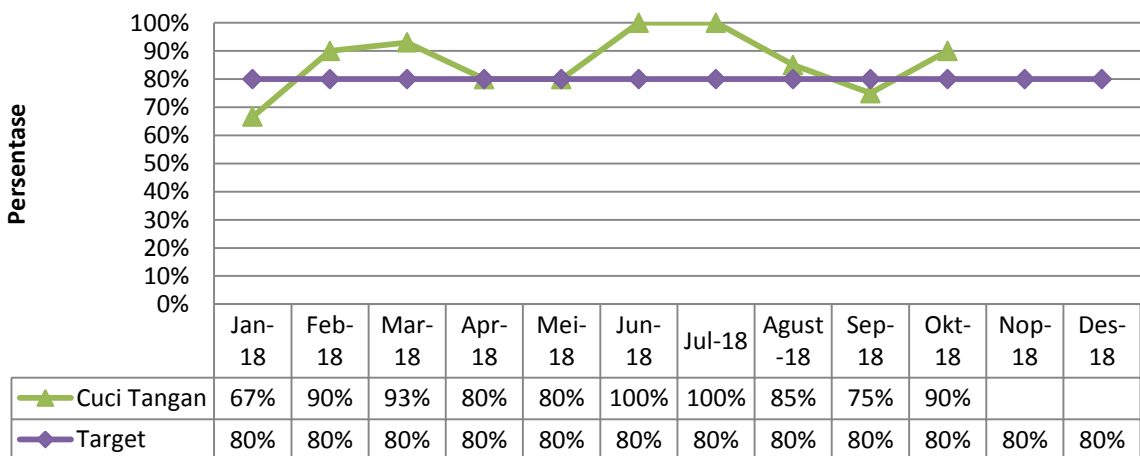
Indikator Identifikasi Pasien Dengan Benar Unit Perinatologi



Indikator Ketepatan Melakukan TbaK saat memberi/Menerima instruksi verbal dan telepon Unit Perinatologi



Indikator Kepatuhan Cuci Tangan Unit Perinatologi

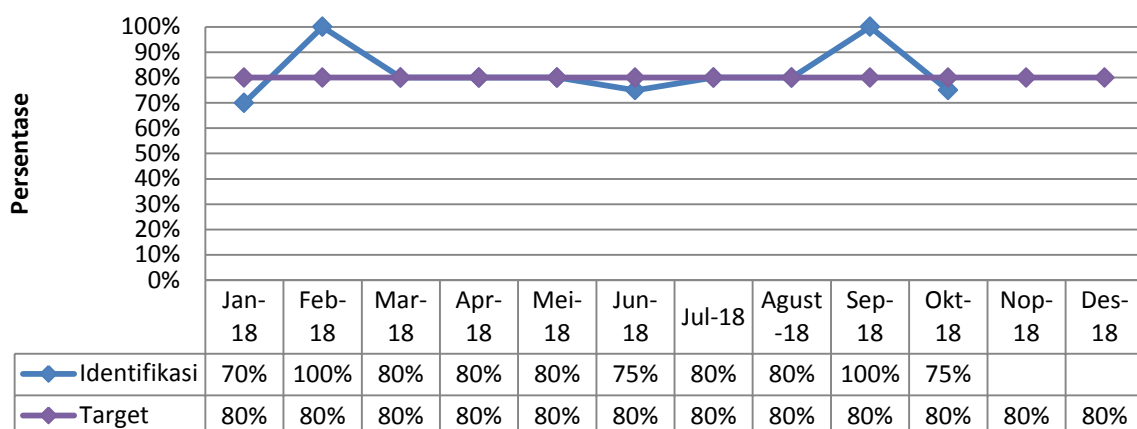


**HASIL PENGUMPULAN DATA INDIKATOR MUTU UNIT POLIKLINIK
JULI 2018 – SEPTEMBER 2018**

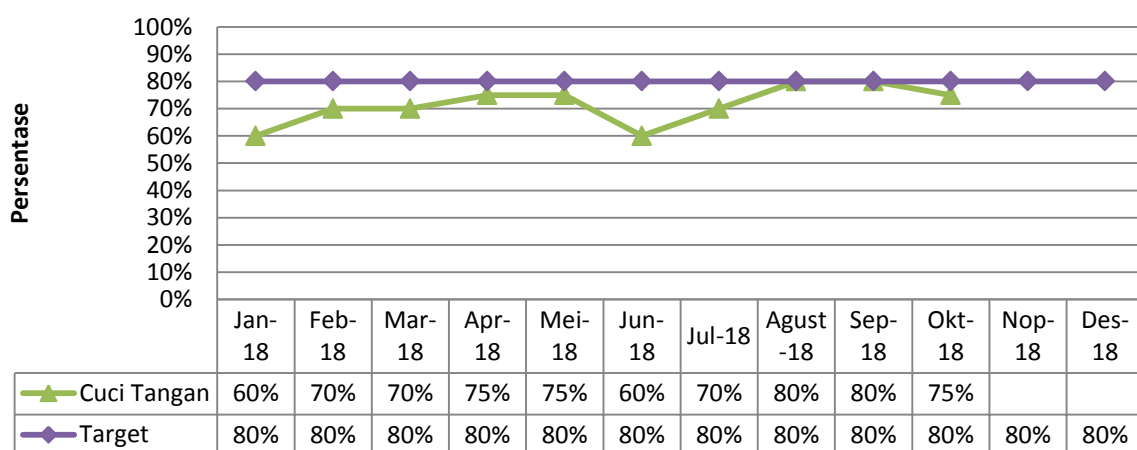
Judul	Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar Sebelum Tindakan Medis
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mencegah terjadinya kesalahan pasien
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pasien dengan benar adalah identifikasi yang dilakukan dengan menggunakan sedikitnya dua identifikator yaitu nama lengkap dan nomor rekam medik atau nama lengkap dan tanggal lahir pasien. • Identifikasi dilakukan setiap sebelum melakukan pemberian obat-obatan (perolar, intravena, intramuscular, atau rute lainnya), sebelum pemberian darah atau produk darah, sebelum pengambilan darah atau spesimen lain untuk tes klinis, sebelum melakukan proses pengobatan atau prosedur lainnya. • Proses identifikasi dilakukan oleh semua staf yang bertanggungjawab dalam melakukan semua prosedur di atas. • Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar adalah tingkat kepatuhan staf dalam melaksanakan proses identifikasi pasien dengan benar sesuai ketentuan di atas. • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik, unit pelayanan rawat jalan, yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap setiap staf di unit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode sensus harian masing-masing unit
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah proses yang diamati yang melakukan identifikasi pasien dengan benar dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam bulan yang sama
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

Judul	Angka Kepatuhan Cuci Tangan
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Menegah dan mengurangi infeksi terkait pelayanan kesehatan
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan adalah proses yang secara mekanik melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun atau menggunakan Alkohol based handrub • Indikasi Cuci tangan : <ul style="list-style-type: none"> – sebelum & sesudah kontak dengan pasien; – Sebelum menangani alat infasif dengan pasien – Setelah kontak dengan cairan tubuh atau ekskresi pasien – Bila berpindah dari bagian tubuh pasien yang terkontaminasi kebagian tub uh pasien lainnya selama perawatan pasien yang sama – Setelah kontak dengan benda-benda dan permukaan lingkungan sekitar pasien – Setelah melepaskan sarung tangan steril dan non steril – Setelah keluar dari kamar mandi/WC • Angka kepatuhan cuci tangan adalah tingkat kepatuhan staf dalam melakukan cuci tangan sesuai kondisi diatas • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan rawat inap dan rawat jalan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap semua staf di unit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Survei
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah proses yang melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Quality representatif terkait
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

Indikator Identifikasi Pasien Dengan Benar Unit Poliklinik



Indikator Kepatuhan Cuci Tangan Unit Poliklinik



Rencana Tindak Lanjut

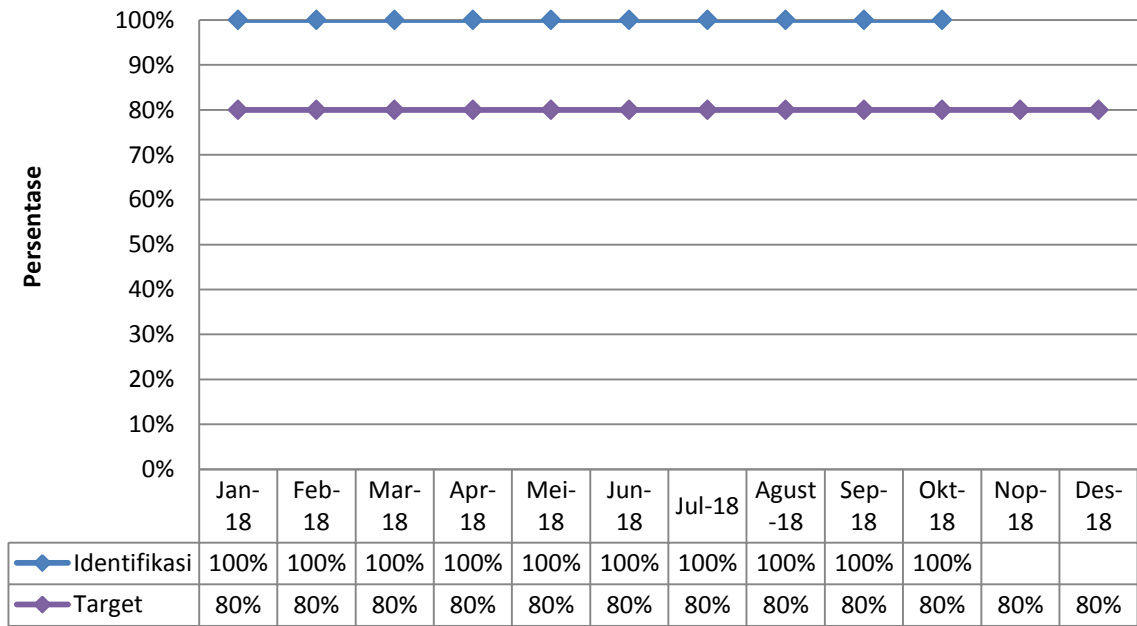
Why	What	When	Who	Where	How
Indikator mutu di unit Poliklinik dapat dikatakan mencapai standar yang diinginkan.	Indikator mutu ini dapat mencegah terjadinya kesalahan pasien, mencegah dan mengurangi infeksi terkait pelayanan kesehatan	Diharapkan dapat terjadi peningkatan di bulan-bulan berikutnya	Staf keperawatan unit poliklinik	Unit poliklinik	Mengaktifkan sarana-sarana edukasi dan sosialisasi, seperti rapat mingguan unit sebagai sarana pembelajaran dan saling mengingatkan satu sama lain.

**HASIL PENGUMPULAN DATA INDIKATOR MUTU UNIT KAMAR BERSALIN
JULI 2018 – SEPTEMBER 2018**

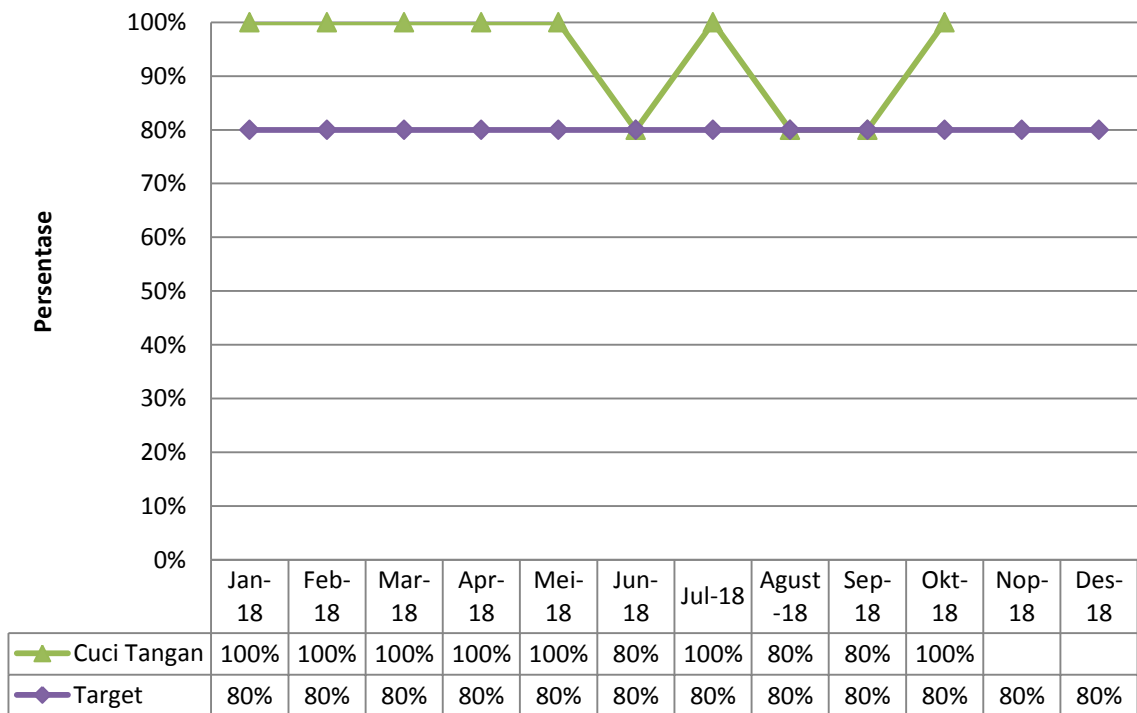
Judul	Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar Sebelum Tindakan Medis
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mencegah terjadinya kesalahan pasien
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pasien dengan benar adalah identifikasi yang dilakukan dengan menggunakan sedikitnya dua identifikator yaitu nama lengkap dan nomor rekam medik atau nama lengkap dan tanggal lahir pasien. • Identifikasi dilakukan setiap sebelum melakukan pemberian obat-obatan (perolar, intravena, intramuscular, atau rute lainnya), sebelum pemberian darah atau produk darah, sebelum pengambilan darah atau spesimen lain untuk tes klinis, sebelum melakukan proses pengobatan atau prosedur lainnya. • Proses identifikasi dilakukan oleh semua staf yang bertanggungjawab dalam melakukan semua prosedur di atas. • Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar adalah tingkat kepatuhan staf dalam melaksanakan proses identifikasi pasien dengan benar sesuai ketentuan di atas. • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik, unit pelayanan rawat jalan, yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap setiap staf di unit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode sensus harian masing-masing unit
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah proses yang diamati yang melakukan identifikasi pasien dengan benar dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam bulan yang sama
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

Judul	Angka Kepatuhan Cuci Tangan
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Menegah dan mengurangi infeksi terkait pelayanan kesehatan
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan adalah proses yang secara mekanik melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun atau menggunakan Alkohol based handrub • Indikasi Cuci tangan : <ul style="list-style-type: none"> – sebelum & sesudah kontak dengan pasien; – Sebelum menangani alat infasif dengan pasien – Setelah kontak dengan cairan tubuh atau ekskresi pasien – Bila berpindah dari bagian tubuh pasien yang terkontaminasi kebagian tub uh pasien lainnya selama perawatan pasien yang sama – Setelah kontak dengan benda-benda dan permukaan lingkungan sekitar pasien – Setelah melepaskan sarung tangan steril dan non steril – Setelah keluar dari kamar mandi/WC • Angka kepatuhan cuci tangan adalah tingkat kepatuhan staf dalam melakukan cuci tangan sesuai kondisi diatas • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan rawat inap dan rawat jalan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap semua staf di unit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Survei
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah proses yang melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Quality representatif terkait
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

Indiakator Identifikasi Pasien Dengan Benar Unit Kamar Bersalin



Indiakator Kepatuhan Cuci Tangan Unit Kamar Bersalin

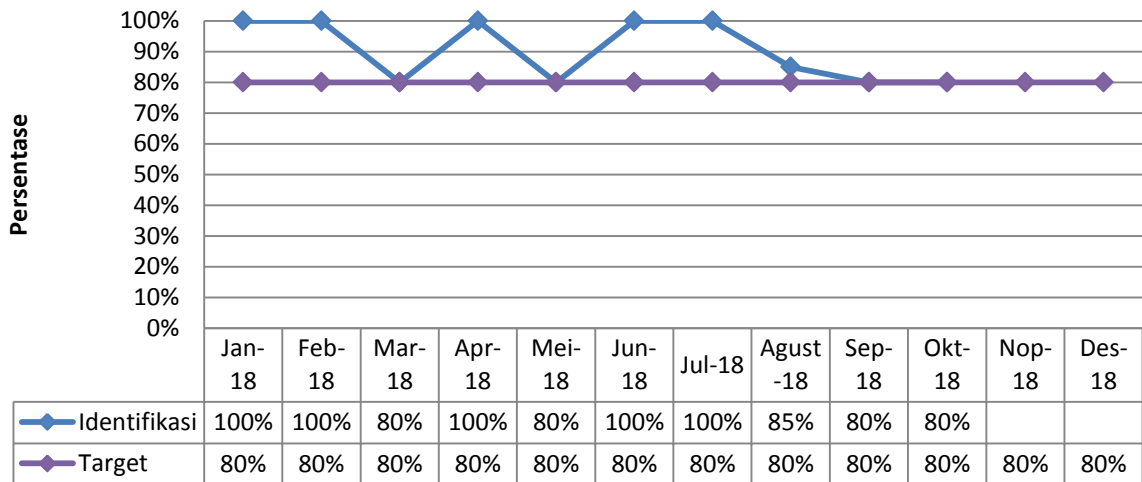


**HASIL PENGUMPULAN DATA INDIKATOR MUTU UNIT IGD
JULI 2018 – SEPTEMBER 2018**

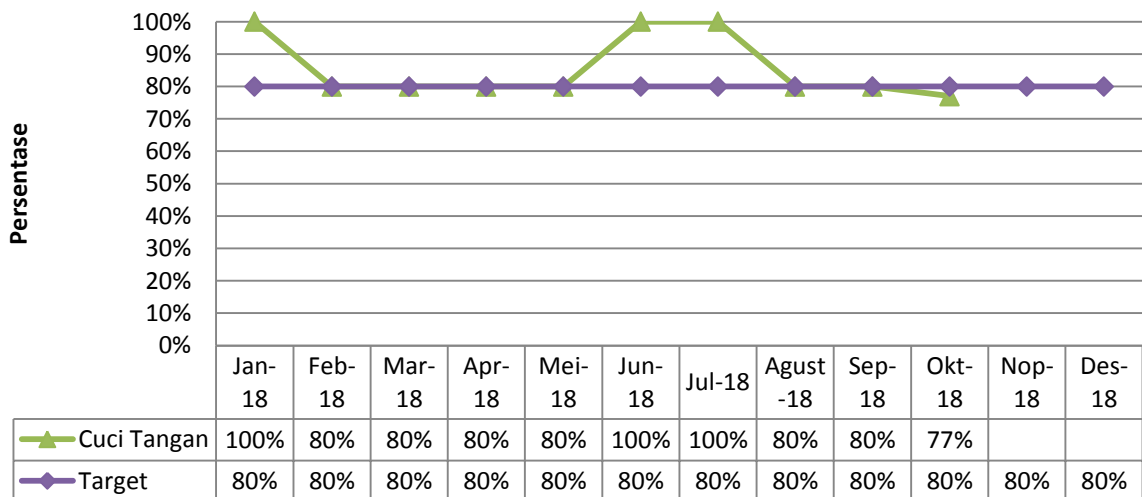
Judul	Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar Sebelum Tindakan Medis
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mencegah terjadinya kesalahan pasien
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pasien dengan benar adalah identifikasi yang dilakukan dengan menggunakan sedikitnya dua identifikator yaitu nama lengkap dan nomor rekam medik atau nama lengkap dan tanggal lahir pasien. • Identifikasi dilakukan setiap sebelum melakukan pemberian obat-obatan (perolar, intravena, intramuscular, atau rute lainnya), sebelum pemberian darah atau produk darah, sebelum pengambilan darah atau spesimen lain untuk tes klinis, sebelum melakukan proses pengobatan atau prosedur lainnya. • Proses identifikasi dilakukan oleh semua staf yang bertanggungjawab dalam melakukan semua prosedur di atas. • Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar adalah tingkat kepatuhan staf dalam melaksanakan proses identifikasi pasien dengan benar sesuai ketentuan di atas. • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik, unit pelayanan rawat jalan, yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap setiap staf di unit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode sensus harian masing-masing unit
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah proses yang diamati yang melakukan identifikasi pasien dengan benar dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam bulan yang sama
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

Judul	Angka Kepatuhan Cuci Tangan
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Menegah dan mengurangi infeksi terkait pelayanan kesehatan
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan adalah proses yang secara mekanik melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun atau menggunakan Alkohol based handrub • Indikasi Cuci tangan : <ul style="list-style-type: none"> – sebelum & sesudah kontak dengan pasien; – Sebelum menangani alat infasif dengan pasien – Setelah kontak dengan cairan tubuh atau ekskresi pasien – Bila berpindah dari bagian tubuh pasien yang terkontaminasi kebagian tub uh pasien lainnya selama perawatan pasien yang sama – Setelah kontak dengan benda-benda dan permukaan lingkungan sekitar pasien – Setelah melepaskan sarung tangan steril dan non steril – Setelah keluar dari kamar mandi/WC • Angka kepatuhan cuci tangan adalah tingkat kepatuhan staf dalam melakukan cuci tangan sesuai kondisi diatas • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan rawat inap dan rawat jalan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap semua staf di unit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Survei
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah proses yang melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Quality representatif terkait
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

Indikator Identifikasi Pasien Dengan Benar Unit IGD



Indikator Kepatuhan Cuci Tangan Unit IGD



Rencana Tindak Lanjut

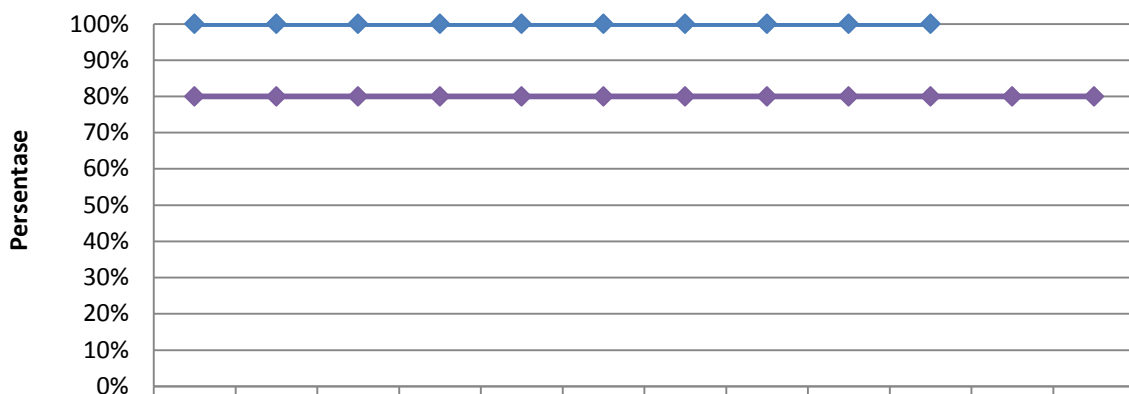
Why	What	When	Who	Where	How
Indikator mutu di unit IGD dapat dikatakan mencapai standar yang diinginkan.	Indikator mutu ini dapat mencegah terjadinya kesalahan pasien, mencegah dan mengurangi infeksi terkait pelayanan kesehatan	Diharapkan dapat terjadi peningkatan di bulan-bulan berikutnya	Staf keperawatan unit IGD	Unit IGD	Mengaktifkan sarana-sarana edukasi dan sosialisasi, seperti rapat mingguan unit sebagai sarana pembelajaran dan saling mengingatkan satu sama lain.

**HASIL PENGUMPULAN DATA INDIKATOR MUTU UNIT HEMODIALISA
JULI 2018 – SEPTEMBER 2018**

Judul	Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar Sebelum Tindakan Medis
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mencegah terjadinya kesalahan pasien
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pasien dengan benar adalah identifikasi yang dilakukan dengan menggunakan sedikitnya dua identifikator yaitu nama lengkap dan nomor rekam medik atau nama lengkap dan tanggal lahir pasien. • Identifikasi dilakukan setiap sebelum melakukan pemberian obat-obatan (perolar, intravena, intramuscular, atau rute lainnya), sebelum pemberian darah atau produk darah, sebelum pengambilan darah atau spesimen lain untuk tes klinis, sebelum melakukan proses pengobatan atau prosedur lainnya. • Proses identifikasi dilakukan oleh semua staf yang bertanggungjawab dalam melakukan semua prosedur di atas. • Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar adalah tingkat kepatuhan staf dalam melaksanakan proses identifikasi pasien dengan benar sesuai ketentuan di atas. • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik, unit pelayanan rawat jalan, yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap setiap staf di unit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode sensus harian masing-masing unit
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah proses yang diamati yang melakukan identifikasi pasien dengan benar dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam bulan yang sama
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

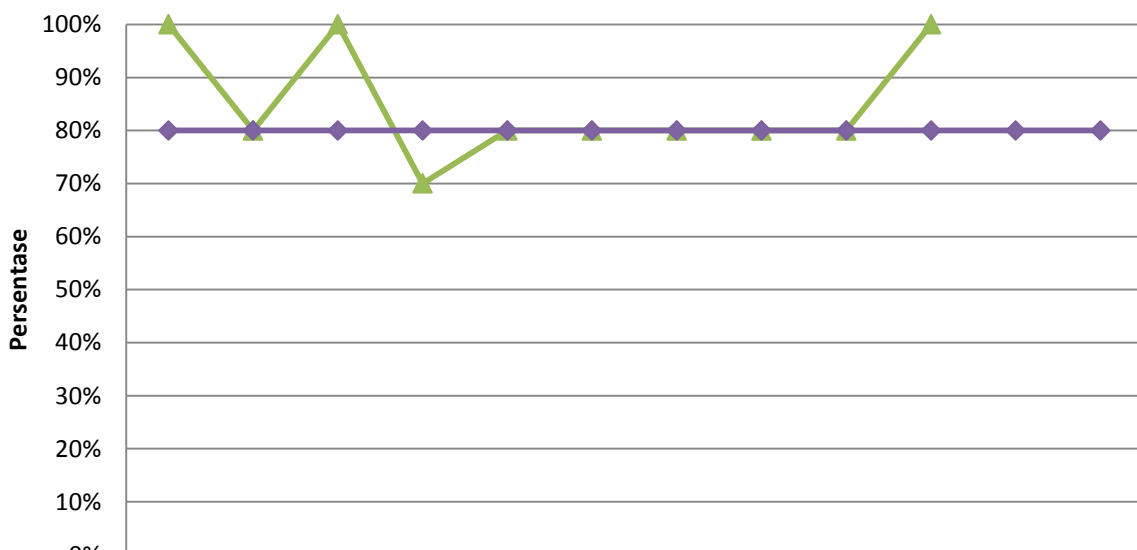
Judul	Angka Kepatuhan Cuci Tangan
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Menegah dan mengurangi infeksi terkait pelayanan kesehatan
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan adalah proses yang secara mekanik melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun atau menggunakan Alkohol based handrub • Indikasi Cuci tangan : <ul style="list-style-type: none"> – sebelum & sesudah kontak dengan pasien; – Sebelum menangani alat infasif dengan pasien – Setelah kontak dengan cairan tubuh atau ekskresi pasien – Bila berpindah dari bagian tubuh pasien yang terkontaminasi kebagian tub uh pasien lainnya selama perawatan pasien yang sama – Setelah kontak dengan benda-benda dan permukaan lingkungan sekitar pasien – Setelah melepaskan sarung tangan steril dan non steril – Setelah keluar dari kamar mandi/WC • Angka kepatuhan cuci tangan adalah tingkat kepatuhan staf dalam melakukan cuci tangan sesuai kondisi diatas • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan rawat inap dan rawat jalan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap semua staf di unit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Survei
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah proses yang melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Quality representatif terkait
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

Indikator Identifikasi Pasien Dengan Benar Unit Hemodialisa



	Jan-18	Feb-18	Mar-18	Apr-18	Mei-18	Jun-18	Jul-18	Agust-18	Sep-18	Okt-18	Nop-18	Des-18
Identifikasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
Target	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%

Indikator Kepatuhan Cuci Tangan Unit Hemodialisa



	Jan-18	Feb-18	Mar-18	Apr-18	Mei-18	Jun-18	Jul-18	Agust-18	Sep-18	Okt-18	Nop-18	Des-18
Cuci Tangan	100%	80%	100%	70%	80%	80%	80%	80%	80%	100%		
Target	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%

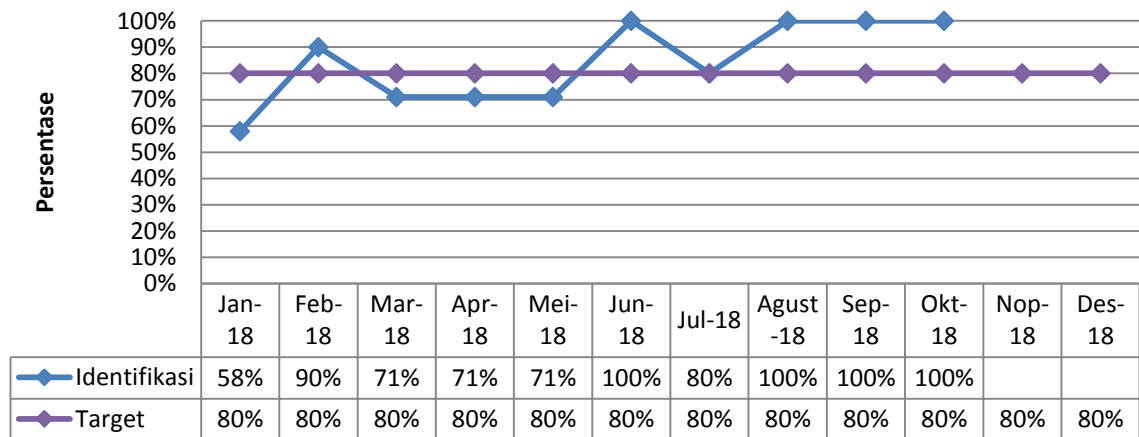
**HASIL PENGUMPULAN DATA INDIKATOR MUTU UNIT ICU
JULI 2018 – SEPTEMBER 2018**

Judul	Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar Sebelum Tindakan Medis
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mencegah terjadinya kesalahan pasien
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pasien dengan benar adalah identifikasi yang dilakukan dengan menggunakan sedikitnya dua identifikator yaitu nama lengkap dan nomor rekam medik atau nama lengkap dan tanggal lahir pasien. • Identifikasi dilakukan setiap sebelum melakukan pemberian obat-obatan (perolar, intravena, intramuscular, atau rute lainnya), sebelum pemberian darah atau produk darah, sebelum pengambilan darah atau spesimen lain untuk tes klinis, sebelum melakukan proses pengobatan atau prosedur lainnya. • Proses identifikasi dilakukan oleh semua staf yang bertanggungjawab dalam melakukan semua prosedur di atas. • Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar adalah tingkat kepatuhan staf dalam melaksanakan proses identifikasi pasien dengan benar sesuai ketentuan di atas. • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik, unit pelayanan rawat jalan, yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap setiap staf di unit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode sensus harian masing-masing unit
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah proses yang diamati yang melakukan identifikasi pasien dengan benar dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam bulan yang sama
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

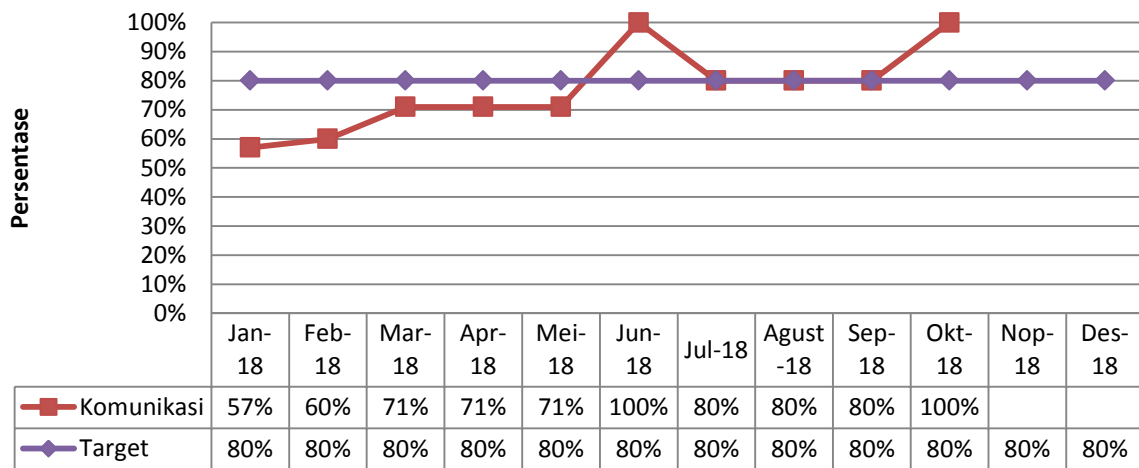
Judul	Ketepatan Melakukam TbaK saat memberi/Menerima insrruksi verbal dan telepon
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mencegah terjadinya kesalahan instruksi, pelaporn hasil pemeriksaan
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Komunikasi verbal yang dimaksud adalah : <ul style="list-style-type: none"> - Komunikasi via telepon maupun secara langsung. - Komunikasi dalam memberikan instruksi (baik terapi, prosedur/tindakan, diit, dll) - Komunikasi dalam melaporkan hasil pemeriksaan (fisik maupun penunjang: laboratorium, radiologi, imaging dll) - Komunikasi dalam hal konsultasi antar dokter (dr. jaga, DPJP, konsulen dll) • Persyaratan komunikasi verbal: <ul style="list-style-type: none"> - Penerima informasi mencatat informasi yang diberikan (di form yang ditujukan untuk penulisan tersebut atau di secarik kertas untuk kemudian disalin di form yang semestinya) - Setelah informasi dicatat, dilakukan pembacaan ulang terhadap informasi tadi. - Setelah pembacaan ulang, pemberi informasi mengkonfirmasi kebenaran hasil pembacaan ulang - Di form pencatatan ditulis identitas pemberi informasi, penerima informasi dan waktu (tanggal & jam). • Kepatuhan komunikasi verbal yang efektif adalah tingkat kepatuhan staf dalam melakukan komunikasi verbal yang efektif sesuai ketentuan di atas degan teknik TbaK-SBAR • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit perawatan rawat inap yang dinilai oleh kepala unit terhadap setiap staf di unit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode sensus harian masing-masing unit
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah proses yang melakukan komunikasi verbal efektif dengan benar dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang diamati dalam bulan yang sama
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

Judul	Angka Kepatuhan Cuci Tangan
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Menegah dan mengurangi infeksi terkait pelayanan kesehatan
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan adalah proses yang secara mekanik melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun atau menggunakan Alkohol based handrub • Indikasi Cuci tangan : <ul style="list-style-type: none"> – sebelum & sesudah kontak dengan pasien; – Sebelum menangani alat infasif dengan pasien – Setelah kontak dengan cairan tubuh atau eskresi pasien – Bila berpindah dari bagian tubuh pasien yang terkontaminasi ke bagian tub uh pasien lainnya selama perawatan pasien yang sama – Setelah kontak dengan benda-benda dan permukaan lingkungan sekitar pasien – Setelah melepaskan sarung tangan steril dan non steril – Setelah keluar dari kamar mandi/WC • Angka kepatuhan cuci tangan adalah tingkat kepatuhan staf dalam melakukan cuci tangan sesuai kondisi diatas • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan rawat inap dan rawat jalan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap semua staf di unit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Survei
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah proses yang melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Quality representatif terkait
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

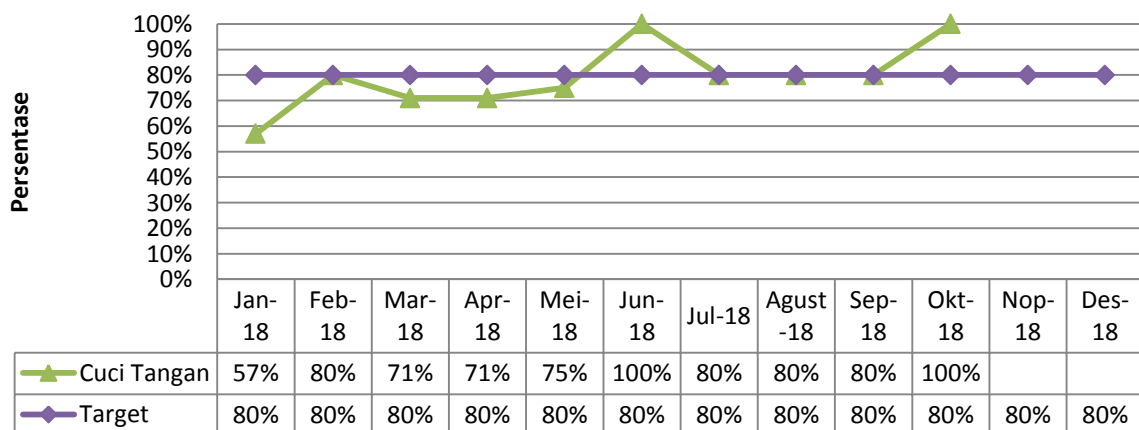
Indikator Identifikasi Pasien Dengan Benar Unit ICU



Indikator Ketepatan Melakukam TbaK saat memberi/Menerima instrruksi verbal dan telepon Unit ICU



Indikator Kepatuhan Cuci Tangan Unit ICU

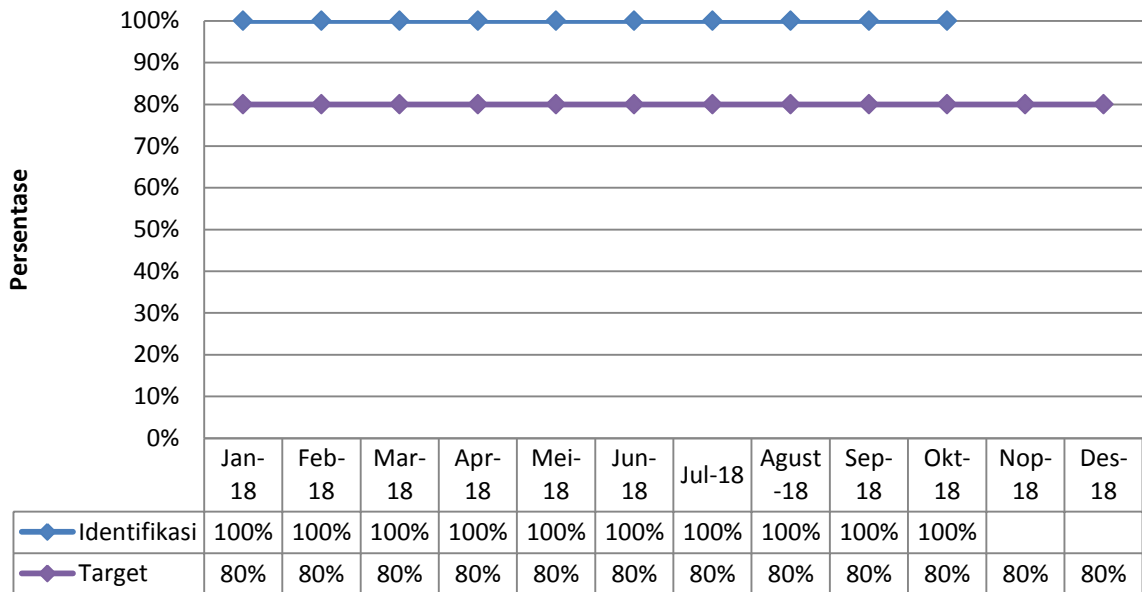


**HASIL PENGUMPULAN DATA INDIKATOR MUTU UNIT FISIOTERAPI
JULI 2018 – SEPTEMBER 2018**

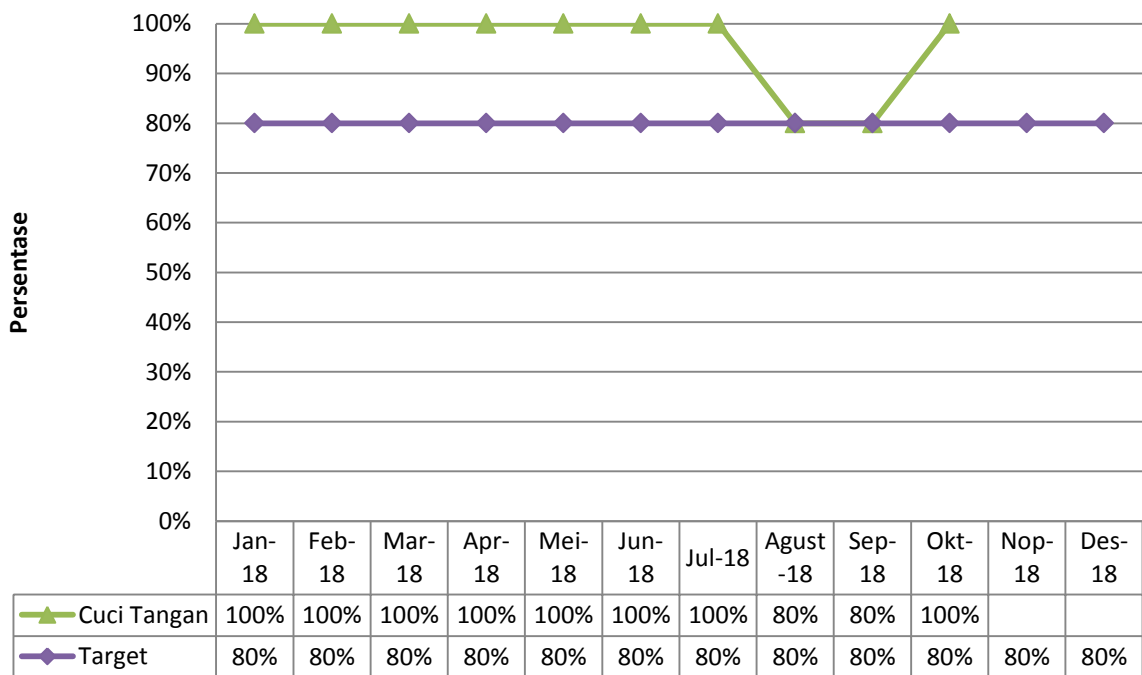
Judul	Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar Sebelum Tindakan Medis
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mencegah terjadinya kesalahan pasien
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pasien dengan benar adalah identifikasi yang dilakukan dengan menggunakan sedikitnya dua identifikator yaitu nama lengkap dan nomor rekam medik atau nama lengkap dan tanggal lahir pasien. • Identifikasi dilakukan setiap sebelum melakukan pemberian obat-obatan (peroral, intravena, intramuscular, atau rute lainnya), sebelum pemberian darah atau produk darah, sebelum pengambilan darah atau spesimen lain untuk tes klinis, sebelum melakukan proses pengobatan atau prosedur lainnya. • Proses identifikasi dilakukan oleh semua staf yang bertanggungjawab dalam melakukan semua prosedur di atas. • Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar adalah tingkat kepatuhan staf dalam melaksanakan proses identifikasi pasien dengan benar sesuai ketentuan di atas. • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik, unit pelayanan rawat jalan, yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap setiap staf di unit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode sensus harian masing-masing unit
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah proses yang diamati yang melakukan identifikasi pasien dengan benar dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam bulan yang sama
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

Judul	Angka Kepatuhan Cuci Tangan
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Menegah dan mengurangi infeksi terkait pelayanan kesehatan
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan adalah proses yang secara mekanik melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun atau menggunakan Alkohol based handrub • Indikasi Cuci tangan : <ul style="list-style-type: none"> – sebelum & sesudah kontak dengan pasien; – Sebelum menangani alat infasif dengan pasien – Setelah kontak dengan cairan tubuh atau ekskresi pasien – Bila berpindah dari bagian tubuh pasien yang terkontaminasi kebagian tub uh pasien lainnya selama perawatan pasien yang sama – Setelah kontak dengan benda-benda dan permukaan lingkungan sekitar pasien – Setelah melepaskan sarung tangan steril dan non steril – Setelah keluar dari kamar mandi/WC • Angka kepatuhan cuci tangan adalah tingkat kepatuhan staf dalam melakukan cuci tangan sesuai kondisi diatas • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan rawat inap dan rawat jalan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap semua staf di unit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Survei
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah proses yang melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Quality representatif terkait
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

Indikator Identifikasi Pasien Dengan Benar Unit Fisioterapi



Indikator Kepatuhan Cuci Tangan Unit Fisioterapi

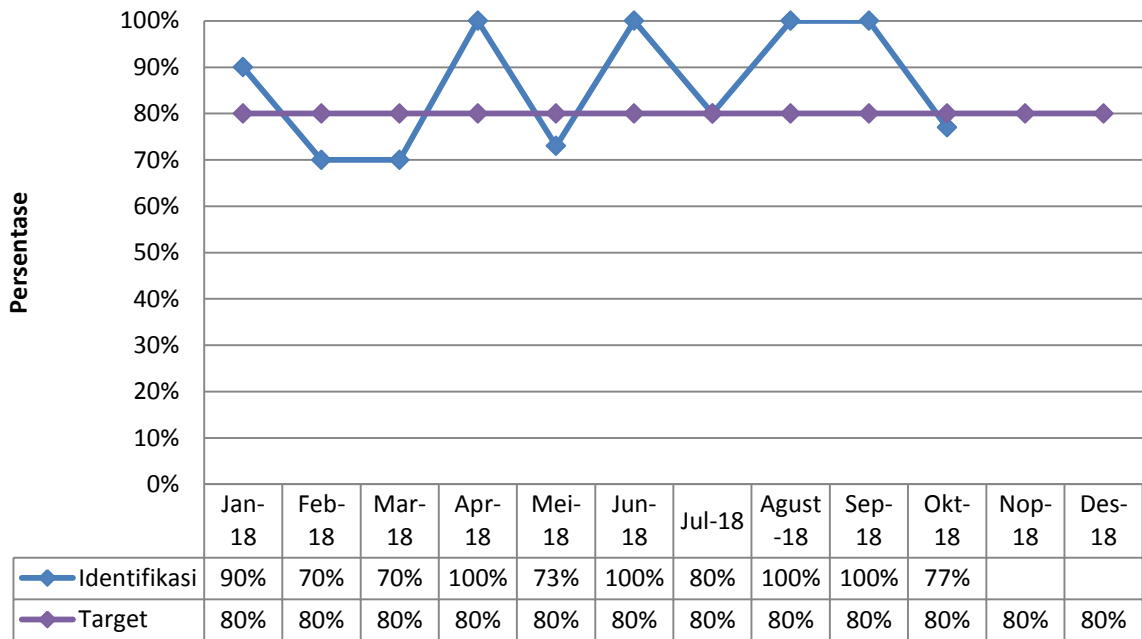


**HASIL PENGUMPULAN DATA INDIKATOR MUTU UNIT GIZI
JULI 2018 – SEPTEMBER 2018**

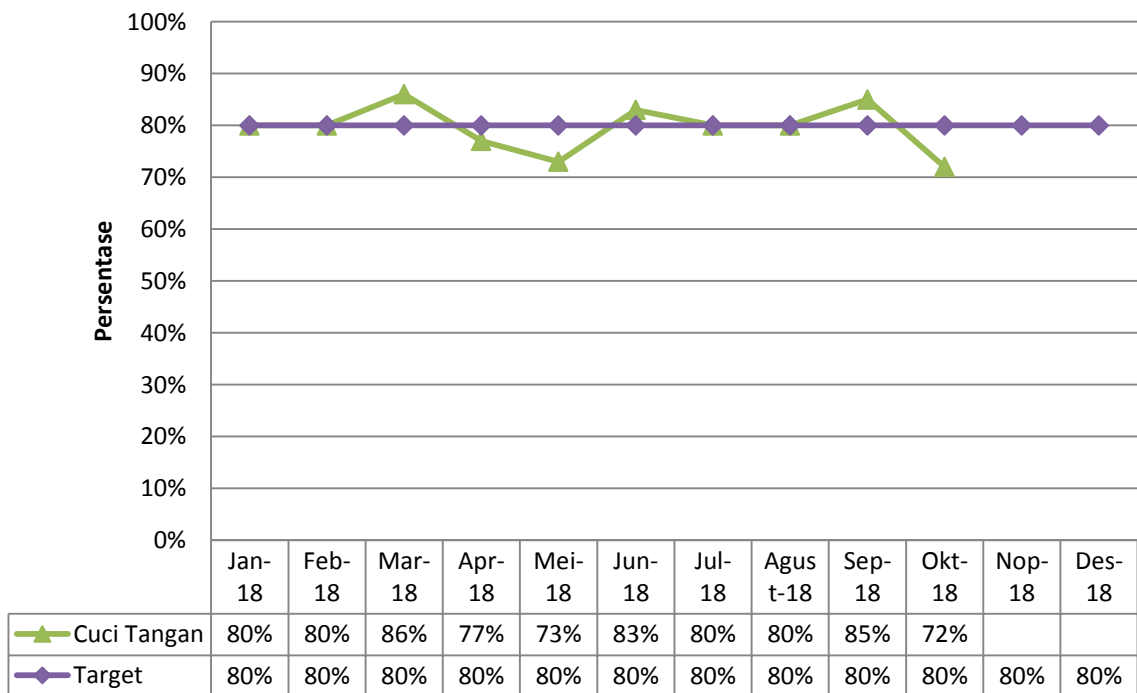
Judul	Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar Sebelum Pemberian Makanan
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mencegah terjadinya kesalahan pasien
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pasien dengan benar adalah identifikasi yang dilakukan dengan menggunakan sedikitnya dua identifikator yaitu nama lengkap dan nomor rekam medik atau nama lengkap dan tanggal lahir pasien. • Identifikasi dilakukan setiap sebelum melakukan pemberian diet makanan • Proses identifikasi dilakukan oleh semua staf yang bertanggungjawab dalam melakukan semua prosedur di atas. • Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar adalah tingkat kepatuhan staf dalam melaksanakan proses identifikasi pasien dengan benar sesuai ketentuan di atas. • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik, unit pelayanan rawat jalan, yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap setiap staf di unit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode sensus harian masing-masing unit
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah proses yang diamati yang melakukan identifikasi pasien dengan benar dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam bulan yang sama
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

Judul	Angka Kepatuhan Cuci Tangan
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Menegah dan mengurangi infeksi terkait pelayanan kesehatan
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan adalah proses yang secara mekanik melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun atau menggunakan Alkohol based handrub • Indikasi Cuci tangan di unit gizi : <ul style="list-style-type: none"> – sebelum menjamah atau memegang makanan – Sebelum memegang peralatan makan – Setelah keluar dari kamar mandi/ WC – Setelah meracik bahan makanan mentah seperti daging, ikan, sayuran – Setelah kontak dengan benda-benda dan permukaan lingkungan sekitar pasien – Setelah mengerjakan pekerjaan lain, seperti berslaman, menyetir, memegang uang, dll. • Angka kepatuhan cuci tangan adalah tingkat kepatuhan staf dalam melakukan cuci tangan sesuai kondisi diatas • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan rawat inap dan rawat jalan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap semua staf di unit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Survei
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah proses yang melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Quality representatif terkait
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

Indikator Identifikasi pasien Dengan Benar Unit Gizi



Indikator Kepatuhan Cuci Tangan Unit Gizi



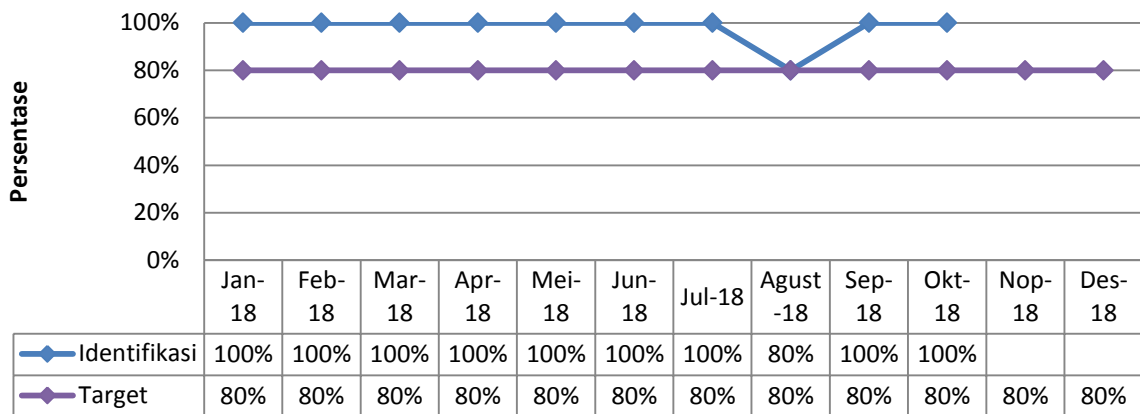
**HASIL PENGUMPULAN DATA INDIKATOR MUTU UNIT RADIOLOGI
JULI 2018 – SEPTEMBER 2018**

Judul	Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar Sebelum tTindakan radiografi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mencegah terjadinya kesalahan pasien
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pasien dengan benar adalah identifikasi yang dilakukan dengan menggunakan sedikitnya dua identifikator yaitu nama lengkap dan nomor rekam medik atau nama lengkap dan tanggal lahir pasien. • Identifikasi dilakukan setiap sebelum melakukan tindakan radiografi • Proses identifikasi dilakukan oleh semua staf yang bertanggungjawab dalam melakukan semua prosedur di atas. • Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar adalah tingkat kepatuhan staf dalam melaksanakan proses identifikasi pasien dengan benar sesuai ketentuan di atas. • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik, unit pelayanan rawat jalan, yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap setiap staf di unit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode sensus harian masing-masing unit
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah proses yang diamati yang melakukan identifikasi pasien dengan benar dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam bulan yang sama
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

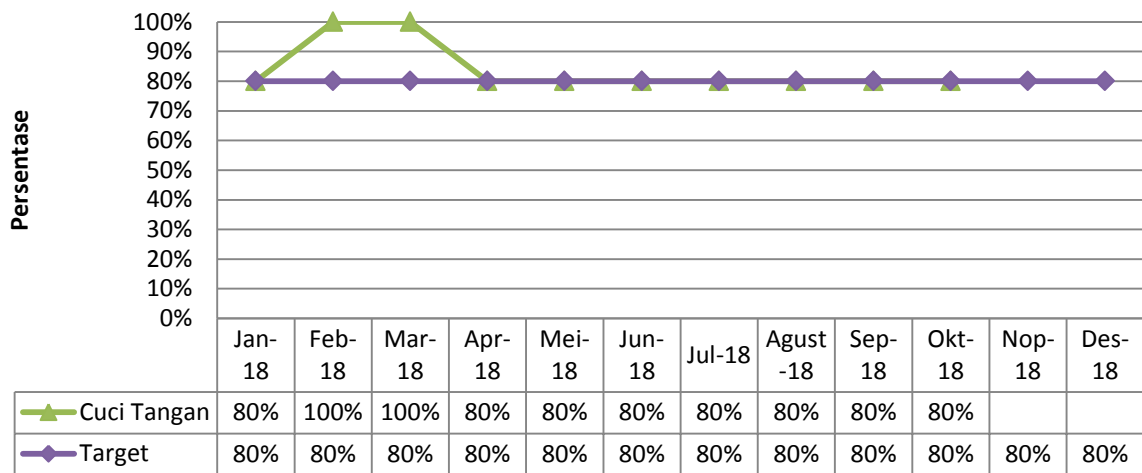
Judul	Angka Kepatuhan Cuci Tangan
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Menegah dan mengurangi infeksi terkait pelayanan kesehatan
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan adalah proses yang secara mekanik melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun atau menggunakan Alkohol based handrub • Angka kepatuhan cuci tangan adalah tingkat kepatuhan staf dalam melakukan cuci tangan sesuai kondisi diatas • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan rawat inap dan rawat jalan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap semua staf di unit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Survei
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah proses yang melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Quality representatif terkait
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Rontgen Thorax Rutin
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan radiologi
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> Waktu tunggu hasil pelayanan rontgen thorax rutin adalah tenggang waktu mulai pasien non cito dilakukan pemeriksaan rontgen thorax sampai dengan hasil pemeriksaan tersedia dan terekspertise
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode dengan cek data rekapan waktu tunggu
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan rontgen thorax rutin yang diamati yang mencapai target dalam periode satu bulan
Denominator	Jumlah pasien dengan pemeriksaan rontgen thorax rutin yang diamati dalam bulan yang sama
Sumber Data	Formulir hasil pemerksaan Rontgen
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	6 jam
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit radiologi
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

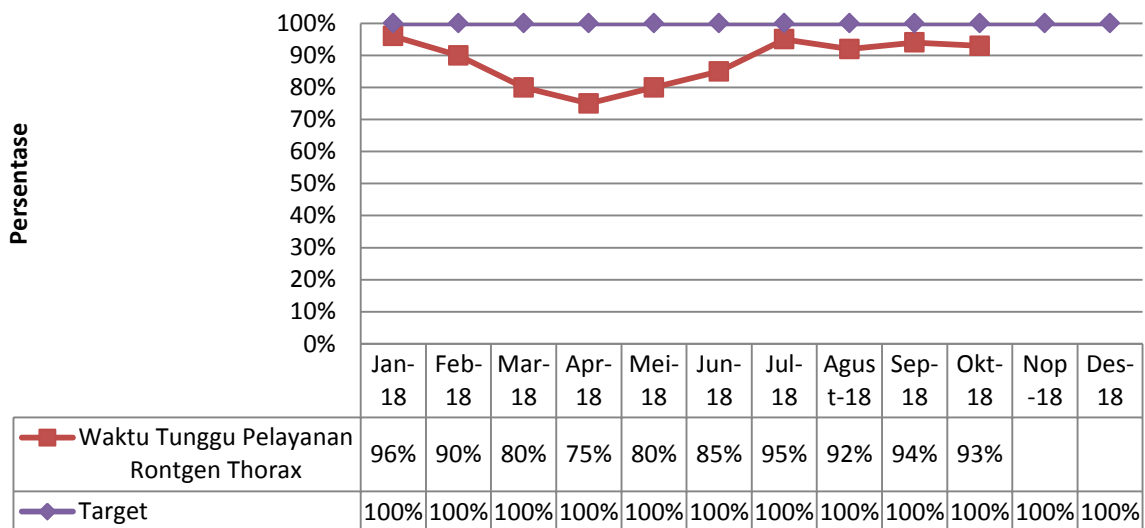
Indikator Identifikasi Pasien Dengan Benar Unit Radiologi



Indikator Kepatuhan Cuci Tangan Unit Radiologi



Indikator Waktu Tunggu Pelayanan Rontgen Thorax Rutin



Rencana Tindak Lanjut					
Why	What	When	Who	Where	How
Indikator mutu waktu tunggu pelayanan rontgen thorax rutin dapat dikatakan belum mencapai standar yang diinginkan karena belum adanya dokter spesialis radiologi full timer.	Indikator mutu ini menggambarkan kan efektifitas dan efisiensi pelayanan radiologi	Diharapkan dapat terjadi peningkatan di bulan-bulan berikutnya	Petugas radiologi	Unit radiologi	Bekerja sama dengan pelayanan medis untuk terus mencari dokter spesialis radiologi full timer

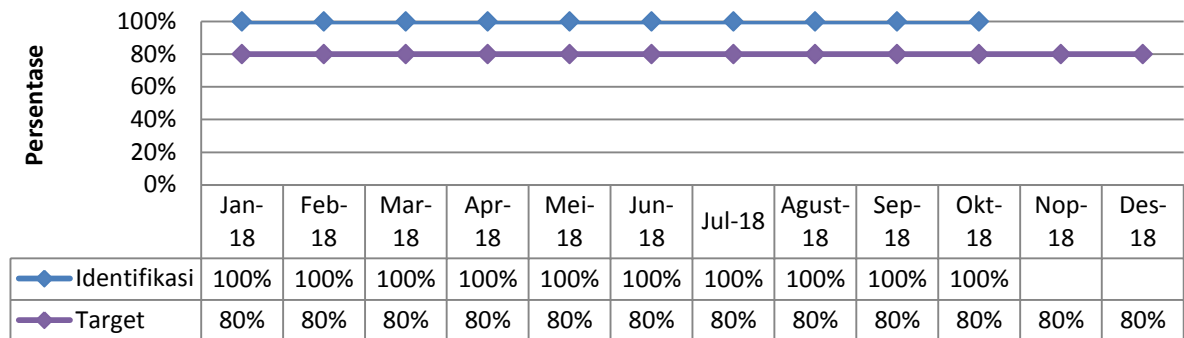
**HASIL PENGUMPULAN DATA INDIKATOR MUTU UNIT LABORATORIUM
JULI 2018 – SEPTEMBER 2018**

Judul	Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar Sebelum tTindakan radiografi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mencegah terjadinya kesalahan pasien
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pasien dengan benar adalah identifikasi yang dilakukan dengan menggunakan sedikitnya dua identifikator yaitu nama lengkap dan nomor rekam medik atau nama lengkap dan tanggal lahir pasien. • Identifikasi dilakukan setiap sebelum melakukan tindakan radiografi • Proses identifikasi dilakukan oleh semua staf yang bertanggungjawab dalam melakukan semua prosedur di atas. • Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar adalah tingkat kepatuhan staf dalam melaksanakan proses identifikasi pasien dengan benar sesuai ketentuan di atas. • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik, unit pelayanan rawat jalan, yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap setiap staf di unit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode sensus harian masing-masing unit
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah proses yang diamati yang melakukan identifikasi pasien dengan benar dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam bulan yang sama
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

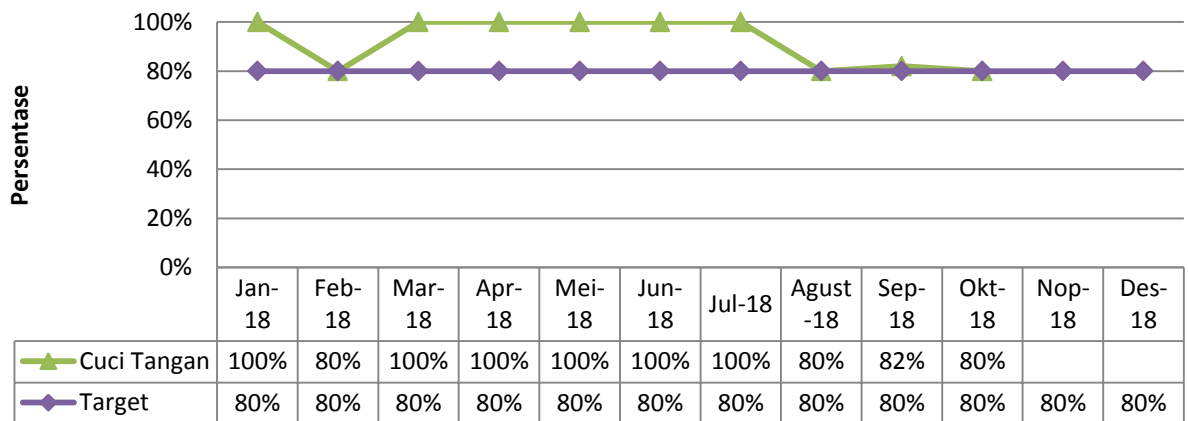
Judul	Angka Kepatuhan Cuci Tangan
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Menegah dan mengurangi infeksi terkait pelayanan kesehatan
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan adalah proses yang secara mekanik melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun atau menggunakan Alkohol based handrub • Angka kepatuhan cuci tangan adalah tingkat kepatuhan staf dalam melakukan cuci tangan sesuai kondisi diatas • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan rawat inap dan rawat jalan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap semua staf di unit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Survei
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah proses yang melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Quality representatif terkait
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

Judul	Waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rawat jalan non cito untuk darah rutin (<i>Routine Blood Count</i>) dan kimia darah. • Yang dimaksud pasien rawat jalan adalah pasien dari unit rawat jalan (OPD), rujukan dari dokter luar RSUD Zahirah, dan pasien atas permintaan sendiri (APS) • Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample darah sampai dengan hasil pemeriksaan tersedia dan terekspertise • Jumlah Sample : <ul style="list-style-type: none"> ○ $\geq 59 = 58$ ○ $\leq 58 =$ seluruh populasi diambil (tidak dilakukan sampling) ○ Interval sample yang diambil: Jumlah populasi dibagi 58. Contoh : Populasi ada 360 $\rightarrow 360 / 58 = 6.2$ (sampel diambil setiap interval 6)
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode dengan cek data rekapan waktu tunggu
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium pasien rawat jalan yang diamati dalam periode satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat jalan dengan pemeriksaan laboratorium yang diamati dalam bulan yang sama
Sumber Data	Formulir Pemeriksaan Laboratorium dan Formulir Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	≤ 120 menit
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit Laboratorium
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

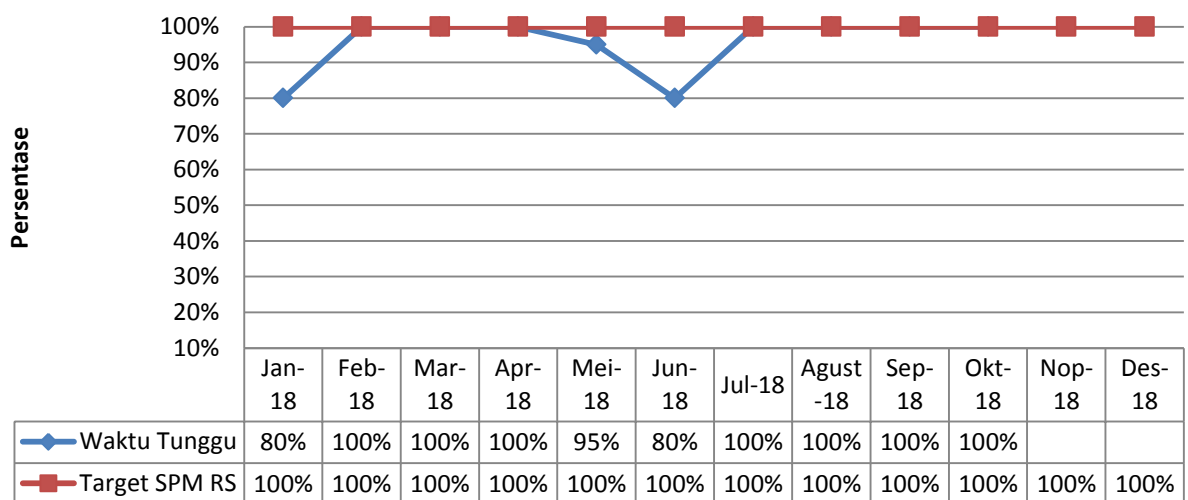
Indikator Identifikasi Pasien Dengan Benar Unit Laboratorium



Indikator Kepatuhan Cuci Tangan Unit Laboratorium



Indikator Mutu Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

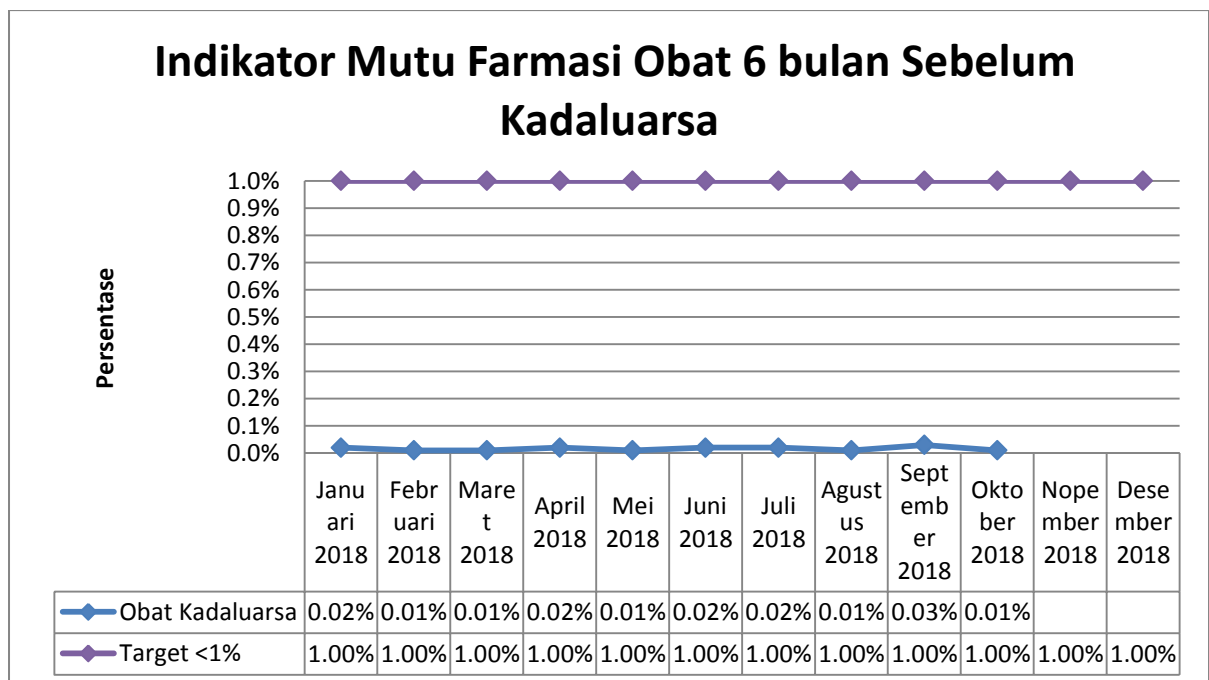
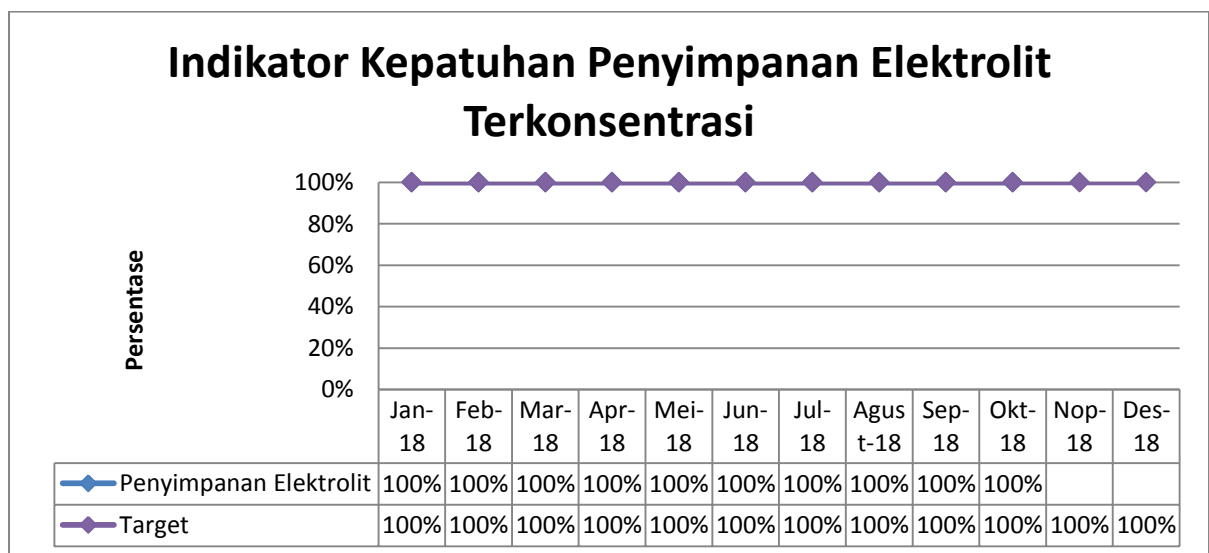
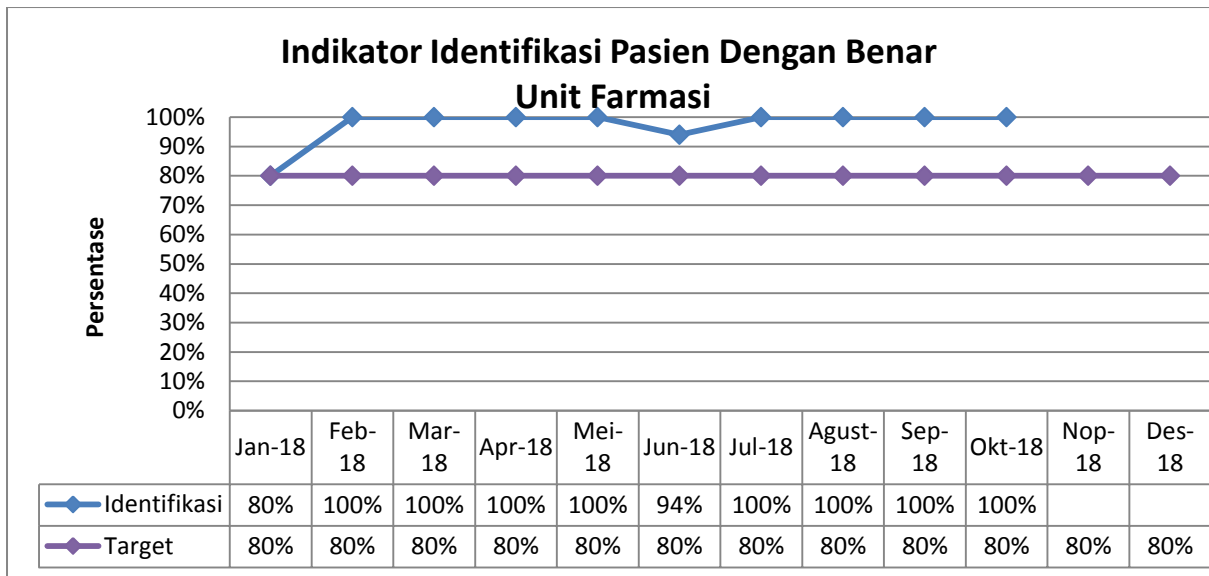


**HASIL PENGUMPULAN DATA INDIKATOR MUTU UNIT FARMASI
JULI 2018 – SEPTEMBER 2018**

Judul	Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar Sebelum pemberian obat kepada pasien
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mencegah terjadinya kesalahan pasien
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pasien dengan benar adalah identifikasi yang dilakukan dengan menggunakan sedikitnya dua identifikator yaitu nama lengkap dan nomor rekam medik atau nama lengkap dan tanggal lahir pasien. • Identifikasi dilakukan setiap sebelum melakukan pemberian obat kepada paasien • Proses identifikasi dilakukan oleh semua staf yang bertanggungjawab dalam melakukan semua prosedur di atas. • Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar adalah tingkat kepatuhan staf dalam melaksanakan proses identifikasi pasien dengan benar sesuai ketentuan di atas. • Monitoring dilakukan di unit- unit yang dibawah unit Keperawatan, unit Pelayanan Medik, unit Penunjang Medik, unit pelayanan rawat jalan, yang dinilai oleh masing-masing kepala unit terhadap setiap staf di unit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode sensus harian masing-masing unit
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah proses yang diamati yang melakukan identifikasi pasien dengan benar dalam satu bulan
Denominator	Jumlah proses yang yang diamati dalam bulan yang sama
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

Judul	Angka obat yang mencapai 6 bulan sebelum kadaluarsa
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan unit pelayanan pasien dalam mengelola obat-obatan
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Angka obat yang mencapai kadaluarsa adalah obat yang telah mencapai batas akhir penggunaan yang telah ditentukan • Monitoring angka obat yang mencapai kadaluarsa dilakukan di unit Perawatan umum, UGD dan Intensif (ICU, Perinatal Risiko Tinggi)
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Observasi dan atau catatan farmasi
Periode Analisa	Tiap tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah item obat-obatan yang mencapai kadaluarsa dalam periode satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh item obat-obatan dalam bulan yang sama
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	$\leq 1\%$
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit Farmasi
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

Judul	Kepatuhan Penyimpanan Elektrolit Terkonsentrasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mencegah kesalahan pemberian elektrolit terkonsentrasi
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Elektrolit terkonsentrasi adalah KCl (2mEq/ml atau lebih pekat), Kalium fosfat, NaCl lebih pekat dari 0,9 %, dan Mg SO₄ (50% atau lebih pekat). • KCL tidak boleh disimpan sebagai stock di unit pelayanan pasien kecuali di unit OK dan unit perawatan intensif. • NaCl tidak boleh disimpan sebagai stock di unit pelayanan pasien kecuali di UGD dan unit perawatan intensif. • Elektrolit terkonsentrasi harus berada dalam kemasan asli dan disimpan dalam lemari yang SELALU terkunci, kecuali saat mengambil elektrolit terkonsentrasi. Kunci dipegang oleh penanggung jawab ruangan / shift. • Penataan harus dipisahkan antar Elektrolit terkonsentrasi satu dengan yang lain, tidak boleh berada dalam satu kompartemen. Pemisah diberi identitas, isi sesuai identitas. • Kepatuhan penyimpanan elektrolit terkonsentrasi adalah tingkat kepatuhan unit dalam melakukan penyimpanan elektrolit terkonsentrasi sesuai dengan ketentuan di atas • Monitoring dilakukan di unit-unit di bawah Departemen Keperawatan dan Departemen Pelayanan Medik
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Survei
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah unit yang melakukan penyimpanan elektrolit terkonsentrasi sesuai dengan ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah unit yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit Farmasi
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait



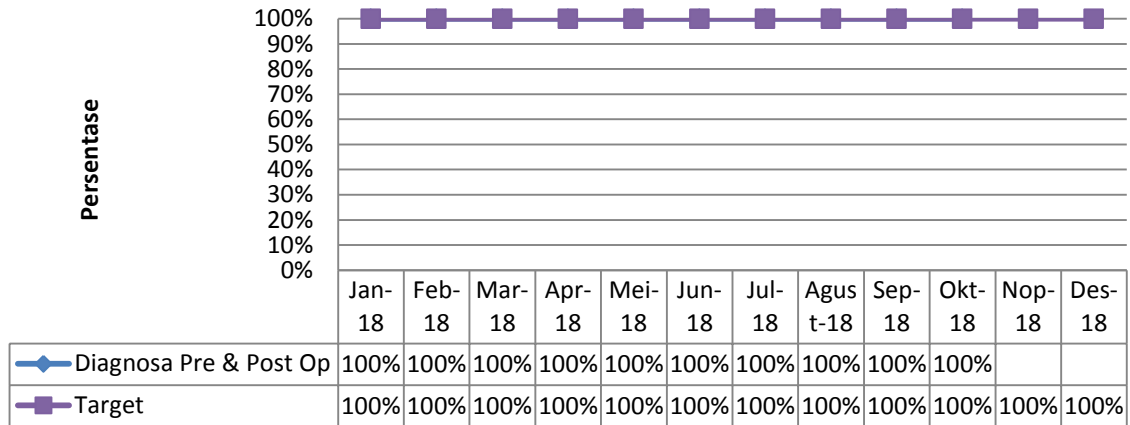
**HASIL PENGUMPULAN DATA INDIKATOR MUTU UNIT KAMAR OPERASI
JULI 2018 – SEPTEMBER 2018**

Judul	Kesesuaian diagnosa pre dan post operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mencegah terjadinya kesalahan tindakan operasi
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Kesesuaian diagnosa pre dan post operasi adalah kesesuaian catatan dokter yang ditulis antara diagnosa pre dan post operasi • Diagnosa pre dan post operasi harus sesuai dengan catatan dokter • Diagnosa pre dan post operasi harus tercatat dalam catatan dokter dan laporan operasi • Dalam prosedurnya, dokter operator wajib menuliskan diagnosa pre dan post operasi dalam laporan operasi dan catatan dokter • Catatan diagnosa pre dan post operasi tercatat di rekam medis
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode dengan cek dokumen laporan operasi
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah kejadian kesesuaian diagnosa pre dan post operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah operasi dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan bulanan OK
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit OK
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

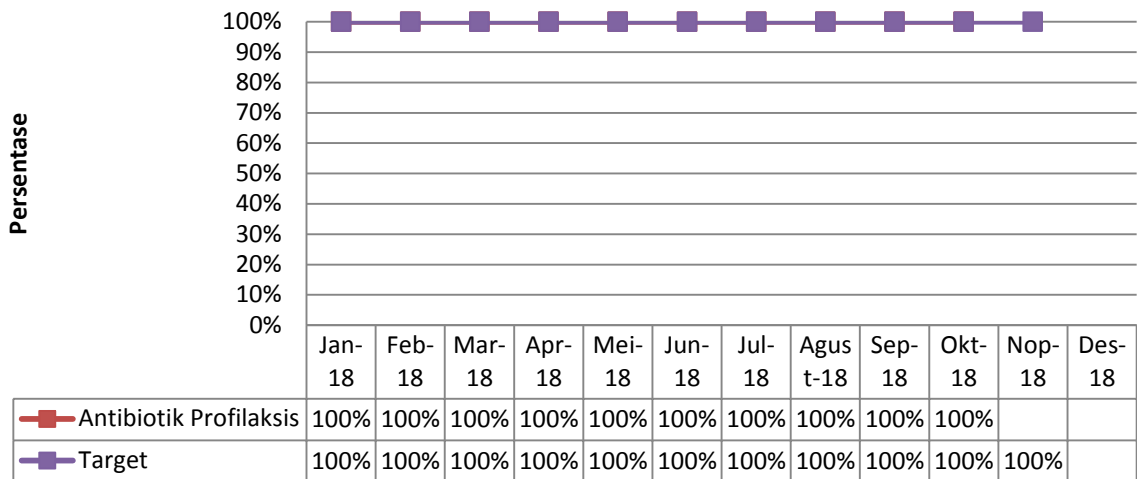
Judul	Pemberian Antibiotik Profilaksis 60 menit sebelum Operasi Mayor
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien, efesiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kuantitas pemberian antibiotik profilaksis 60 menit sebelum operasi
Definisi Operasional	Antibiotik profilaksis pada pembedahan adalah antibiotik yang diberikan pada penderita yang mengalami pembedahan sebelum adanya infeksi,tujuannya ialah untuk mencegah terjadinya infeksi luka operasi.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode dengan cek dokumen laporan operasi
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapatkan antibiotik profilaksis 60 menit sebelum operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapatkan tindakan operasi pada bulan yang sama
Sumber Data	Laporan bulanan OK
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit OK
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

Judul	Angka Kepatuhan Melakukan Time Out dalam prosedur pembedahan
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mencegah terjadinya salah pasien, salah prosedur dan salah lokasi dalam prosedur pembedahan
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Prosedur pembedahan yang dimaksud adalah prosedur pembedahan yang dilaksanakan di seluruh kamar operasi • Kepatuhan melakukan time out adalah kepatuhan tim pembedahan dalam melaksanakan semua persyaratan time out. • Persyaratan Time Out : <ul style="list-style-type: none"> - Dilakukan di kamar operasi sebelum insisi dilakukan - Dipimpin oleh petugas yang ditunjuk oleh Spv. Unit Kamar Bedah - Diikuti oleh seluruh tim pembedahan - Berisi konfirmasi kebenaran identifikasi pasien, lokasi pembedahan dan prosedur pembedahan - Didokumentasikan dalam bentuk check list. • Jumlah Sample : <ul style="list-style-type: none"> ○ $\geq 59 = 58$ ○ $\leq 58 =$ seluruh populasi diambil (tidak dilakukan sampling) <p>Interval sample yang diambil: Jumlah populasi dibagi 58. Contoh : Populasi ada 360 $\rightarrow 360 / 58 = 6.2$ (sampel diambil setiap interval 6)</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Cek Dokumen
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah prosedur pembedahan yang diamati yang disertai dengan time out sesuai dengan ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah prosedur pembedahan yang diamati dalam bulan yang sama
Sumber Data	Observasi
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit OK
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

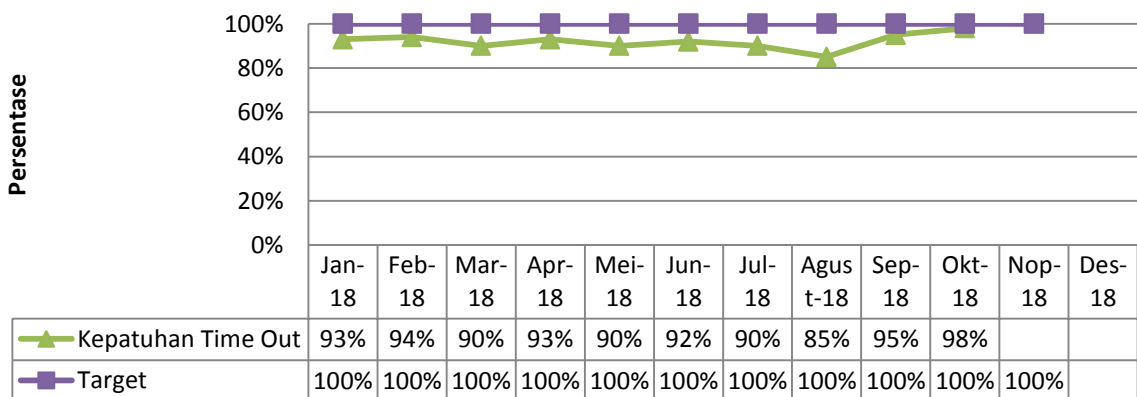
Indikator Kesesuaian Diagnosa Pre dan Post OP Unit Kamar Operasi



Indikator Antibiotik Profilaksis 60 Menit Pada Jenis Operasi Mayor Unit Kamar Operasi



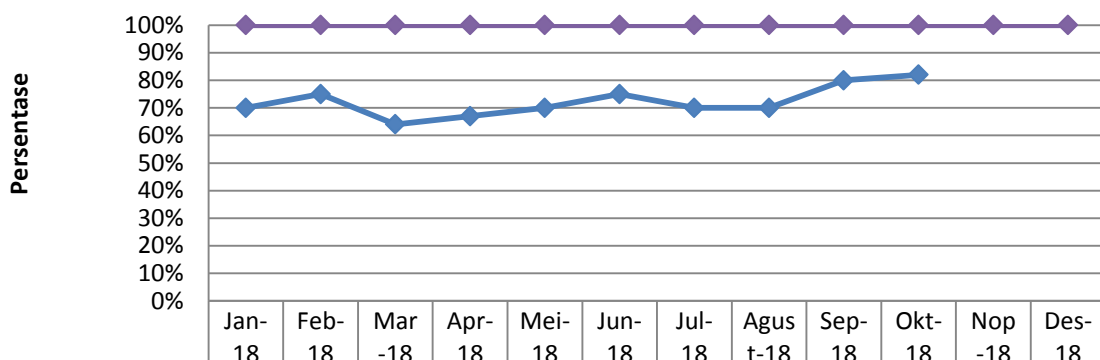
Indikator Kepatuhan Time Out Dalam Proses Pembedahan



**HASIL PENGUMPULAN DATA INDIKATOR MUTU UNIT REKAM MEDIS
JULI 2018 – SEPTEMBER 2018**

Judul	Kelengkapan pengisian resume pasien pulang
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan & keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Resume pasien pulang yang lengkap adalah resume pasien pulang yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu 2x24 jam setelah pasien rawat inap pulang. • Resume pasien pulang ditaruh di berkas rekam medik • Jumlah Sample : <ul style="list-style-type: none"> ○ $\geq 59 = 58$ ○ $\leq 58 =$ seluruh populasi diambil (tidak dilakukan sampling) • Interval sample yang diambil: Jumlah populasi dibagi 58. Contoh : Populasi ada 360 $\rightarrow 360 / 58 = 6.2$ (sampel diambil setiap interval 6)
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Metodologi Pengumpulan data	Metode dengan cek dokumen rekam medis pasien
Periode Analisa	Tiap bulan sekali
Numerator	Jumlah rekam medik dalam 1 bulan yang resume pasien pulangny diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik pasien yang dinyatakan telah selesai pelayanan rawat inap dalam 1 bulan yang sama
Sumber Data	Catatan Rekam Medik
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ka unit rekam medis
Analisa	Penanggung Jawab PMKP dan pihak terkait

Perbandingan Indikator Mutu Kelengkapan Resume Pasien Pulang



	Jan-18	Feb-18	Mar-18	Apr-18	Mei-18	Jun-18	Jul-18	Agus-t-18	Sep-18	Okt-18	Nop-18	Des-18
◆ Kelengkapan Resume Pasien Pulang	70%	75%	64%	67%	70%	75%	70%	70%	80%	82%		
◆ Target SPM RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Rencana Tindak Lanjut

Why	What	When	Who	Where	How
Kelengkapan resume pasien pulang belum mencapai target	Kelengkapan resume pasien pulang harus diisi DPJP dalam 2x24 jam setelah pasien pulang	Diharapkan terjadi peningkatan pencapaian angka kelengkapan resume pasien pulang	Manajer Pelayanan Medis Ka unit rawat inap	Unit Rawat inap	Pemberitahuan ulang kepada dokter yang belum melengkapi data resume pasien pulang Peran aktif dari Ka unit dan PJ shift untuk mengingatkan DPJP dalam mengisi resume