



**KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN  
NOMOR : 857/ KEP/DIR/RSMU/I/2024  
TANGGAL : 10 JANUARI 2024  
TENTANG  
PROGRAM KERJA INSTALASI RAWAT INAP TAHUN 2024  
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

**DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

Menimbang : a. Bahwa dalam rangka meningkatkan pelayanan mutu, efisiensi dan efektifitas serta pelaksanaan tugas Instalasi Rawat Inap di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya perlu adanya program kerja;  
b. Bahwa untuk mewujudkan pelayanan instalasi rawat inap yang terstandar, terorganisir dan terstruktur di rumah sakit;  
c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan b diatas, maka perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Mengingat : 1. Undang - Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;  
2. Permenkes Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;  
3. Peraturan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan (P4MU) Undaan Nomor : 012/P4MU/X/2020 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;  
4. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor: 014/P4MU/SK/X/2020 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

**MEMUTUSKAN :**

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA TENTANG PROGRAM KERJA INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA.

Kesatu : Menetapkan dan memberlakukan Program Kerja Instalasi Rawat Inap Tahun 2024 di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

Kedua : Program Kerja Instalasi Rawat Inap Tahun 2024 ini digunakan sebagai acuan dalam pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

- Ketiga : Program Kerja Instalasi Rawat Inap Tahun 2024 di Rumah Sakit Mata Undaan sesuai pada Lampiran Keputusan Direktur ini.
- Keempat : Keputusan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya hingga 31 Desember 2024.
- Kelima : Apabila di kemudian hari terdapat perubahan dalam keputusan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Surabaya  
Pada tanggal 10 Januari 2024

Direktur,



dr. Sahata P.H Napitupulu, Sp.M(K)

## DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	i
KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR: 857/KEP/DIR/RSMU/I/2024 TANGGAL: 10 JANUARI 2024 PROGRAM KERJA INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA.....	1
LAMPIRAN KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR: 857/KEP/DIR/RSMU/I/2024 TANGGAL: 10 JANUARI 2024 TENTANG PROGRAM KERJA INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA.....	3
I. PENDAHULUAN.....	3
II. LATAR BELAKANG.....	4
2.1 Isu Strategik dan Kebijakan .....	4
2.2 Capaian Kegiatan.....	7
III. TUJUAN.....	11
3.1 Tujuan Umum.....	11
3.2 Tujuan Khusus.....	11
IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN.....	11
4.1 Sumber Daya Manusia.....	11
4.2 Fasilitas.....	15
4.3 Mutu .....	16
4.4 Upaya Keselamatan .....	17
4.5 Pengembangan Pelayanan.....	18
4.6 Monitoring dan Evaluasi .....	18
4.7 Rapat.....	19
4.8 Laporan.....	19
V. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN .....	19
VI. SASARAN.....	21
VII. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN .....	22
VIII. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN.....	25
IX. PENCATATAN DAN PELAPORAN KEGIATAN.....	25
X. PENUTUP.....	26



LAMPIRAN  
KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA  
UNDAAN  
NOMOR: 857/KEP/DIR/RSMU/II/2024  
TANGGAL: 10 JANUARI 2024  
TENTANG  
PROGRAM KERJA INSTALASI RAWAT INAP TAHUN  
2024  
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

## I. PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah semua sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, tindakan medik yang dilaksanakan selama 24 jam melalui upayakesehatan perorangan. Dalam penyelenggaraan pelayanan rumah sakit, maka rumah sakit harus melakukan upaya peningkatan mutu pelayanan umum dan pelayanan medic baik melalui akreditasi, sertifikasi, ataupun proses peningkatan mutu lainnya. Dalam perkembangannya rumah sakit telah berubah menjadi suatu institusi yang sangat kompleks sehingga memerlukan suatu manajemen yang baik. Begitu pula dengan RS Mata Undaan, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 tahun 2018 tentang kewajiban rumah sakit dan kewajiban pasien, RS Mata Undaan sebagai Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Sedangkan Rumah Sakit Khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya. Dengan mengikuti standar akreditasi rumah sakit di Indonesia maka diharapkan Rumah Sakit Mata Undaan akan dapat memberikan sebuah pelayanan yang baik, pelayanan yang baik ini akan terwujud apabila rumah sakit memperhatikan fasilitas keamanan untuk pasien (patient safety), pengunjung, dan petugas (Keselamatan dan Kesehatan Kerja). Dan sebagai bentuk pertanggung jawaban mengenai capaian kinerja dan program yang kita harapkan kedepannya maka rawat inap membuat laporan program kerja untuk tahun 2023.

Tanpa dipungkiri di semua pelayanan kesehatan yang ada saat ini BPJS merupakan penjamin terbanyak yang datang untuk memenuhi kebutuhan kesehatan. RSMM Surabaya sebagai salah satu rumah sakit khusus mata selain RS Mata Undaan yang sama secara klasifikasi rumah sakit yaitu type B, dari tahun 2014 sampai dengan 2022 memiliki laporan capaian indikator kinerja utama yang semua pencapaian realisasi kinerja lebih besar dibandingkan dengan realisasi anggaran. Hal ini yang harus kita jadikan motivasi untuk giat berbenah lebih baik lagi mencapai realisasi kinerja yang lebih baik dan tahun sebelumnya dan mempertahankan kepercayaan pelayanan kesehatan dibidang mata tetap terprioritaskan pada RS Mata Undaan Surabaya. Dengan aturan pemerintah terkait universal coverage ditahun 2022 ini pun harusnya mampu membuat kita tetap dapat mempertahankan kunjungan BPJS yang sudah ada sebelumnya. Akan tetapi disisi lain semakin banyak pula rekanan BPJS yang ditunjuk sebagai provider di bidang mata, dan aturan terkait regionalisasi yang semakin mengikat kencang asupan pasien dari faskes pertama ataupun faskes lanjutan yang akan datang ke RS Mata Undaan dikarenakan sudah terkunci secara aplikasi dengan system yang dimiliki oleh BPJS. Selain hal tersebut diatas proses renovasi yang ditargetkan selesai dan mulai operasional di tahun 2022 sedikit banyak juga akan memberikan dampak bagi pelayanan yang ada saat ini dan nanti. Tantangan seperti inilah yang harus mulai mampu kita jawab

untuk pelayanan di tahun 2024 nantinya, dan akan kami tuangkan dalam laporan Program Kerja Rawat Inap tahun 2024.

Rawat Inap sendiri yang melakukan asuhan keperawatan pada pasien yang ada di lingkungan pelayanan selalu berusaha meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan sesuai visi dan misi rawat inap ,yaitu sebagai berikut:

Visi : Menjadi pilihan utama dalam pelayanan asuhan keperawatan mata.

Misi :

1. Memberikan asuhan keperawatan mata yang bermutu dan aman.
2. Membentuk SDM rawat inap yang professional sesuai dengan ilmu keperawatan yang ada, menguasai IPTEK, produktif, pembelajar, berintegritas, dan berkomitmen tinggi.
3. Membantu meningkatkan kualitas pendidikan kesehatan dan keperawatan mata.
4. Membantu melaksanakan penelitian yang berguna untuk meningkatkan mutu pelayanan terutama dalam bidang keperawatan mata.
5. Turut serta menjalin kemitraan dalam bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian.

## II. LATAR BELAKANG

### 2.1 Isu Strategik dan Kebijakan

Program kerja tahun 2024 atas dasar asumsi pencapaian, cakupan pasien dan beberapa indikator mutu instalasi rawat inap sebagai berikut:

A. Pencapaian kinerja pelayanan Rawat Inap

1. Jumlah kunjungan pasien Rawat Inap

Tabel 2.1 Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Inap  
Sesuai data Rawat Inap RS Mata Undaan Surabaya

Periode	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Triwulan I	1491	1856	2228
Triwulan II	1553	1794	1873
Triwulan III	1233	2227	2454
Triwulan IV	1721	2054	2614
Jumlah	5998	7931	9169



Tabel 2.2 Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Inap berdasarkan Jenis Pasien sesuai data Rawat Inap RS Mata Undaan Surabaya

Jenis Pasien	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Umum	1571	1807	1427
Asuransi	190	378	407
BPJS	4237	5746	7335
Jumlah	5998	7931	9169

Tabel 2.2 menunjukkan bahwa di tahun 2023 jumlah pasien umum mengalami penurunan dibandingkan tahun 2022, namun untuk jumlah pasien BPJS dan asuransi tahun 2023 mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2022.

BPJS masih tetap menjadi jenis pembayaran paling besar yang dipilih oleh pasien yang berkunjung ke Rawat Inap RS Mata Undaan Surabaya. Pembayaran menggunakan BPJS, biaya klaim kita pada kasus rata-rata lebih tinggi dibandingkan biaya tarif rumah sakit, oleh sebab itu meskipun kunjungan pasien kami menurun akan tetapi secara pendapatan akan meningkat, dikarenakan penurunan di pasien umum akan tetapi meningkat di pasien BPJS.

Tabel 2.3 Jumlah Pasien Rawat Inap menurut Hari Perawatan Sesuai data Rawat Inap RS. Mata Undaan Surabaya

Periode	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Triwulan I	1778	2128	2618
Triwulan II	1821	2095	2202
Triwulan III	1448	2642	2877
Triwulan IV	2298	2437	3034
Jumlah	7345	9302	10731

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa Jumlah pasien sesuai hari perawatan, pada tahun 2023 mengalami kenaikan jika dibandingkan tahun 2022.

**Tabel 2.4 Jumlah Pasien Rawat Inap menurut Hari Perawatan per-kamar sesuai data Rawat Inap RS. Mata Undaan Surabaya**

Jenis Kamar	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
SVIP	35	54	26
VIP	208	238	253
I	1062	1265	1573
II	756	1061	1000
III	2781	3693	4742
ODC	2503	2991	3137
Jumlah	<b>7345</b>	<b>9302</b>	<b>10731</b>

Tabel 2.4 bahwa di tahun 2023 kamar yang meningkat dari jumlah pasien inap, ada di kamar kelas I dan III, yang mayoritas berasal dari pasien dengan jaminan pembayaran menggunakan BPJS. Selain itu kasus yang diinapkan rata-rata kasus dengan biaya klaim lebih besar dari pada tarif rumah sakit kita, seperti contoh eksterpasi pterigium, perawatan , dll.

**Tabel 2.5 Data Kinerja Rawat Inap  
Sesuai data Rawat Inap RS. Mata Undaan Surabaya**

Indikator	2021	2022	2023	Standar
BOR	33,49%	44,96%	45,93%	70-80%
LOS	1,04 hr	1,2	1,2 hr	6-9 hr
TOI	0,87 hr	1,2	1,2 hr	1-3 hr
BTO	105 kali	123	102 kali	40-50 kali
Px. KRS	5998	7931	9169	



## 2.2 Capaian Kegiatan

Tabel 2.6 Pencapaian Target Kegiatan *Standart* Pelayanan Minimal (SPM)

No	Indikator	Tahun		
		2021	2022	2023
1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	100%	100%	100%
2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%
3	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	100%	100%	100%
4	Jam Visite Dokter Spesialis	100%	100%	100%
5	Kejadian infeksi pasca operasi	0%	0%	0%
6	Kejadian infeksi nosokomial	0%	0%	0%
7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%	100%
8	Kematian pasien > 48 jam	0%	0%	0%
9	Kejadian pulang paksa	0%	0%	0%
10	Kepuasan pelanggan	100%	100%	100%
11	Asesmen awal medis rawat inap terisi kurang dari 24 jam	95,815%	98,58%	97,53%



Tabel 2.7 Data Indikator Sasaran Keselamatan Pasien Sesuai data Rawat Inap RS. Mata Undaan Surabaya 2021

Indikator	2021	2022	2023	Standart
Kepatuhan mengidentifikasi pasien dengan benar di Rawat Inap	100%	100%	100%	100%
Kepatuhan meningkatkan komunikasi yang efektif di rawat inap (verbal order melalui telephon)	100%	100%	100%	100%
Kepatuhan peningkatan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai di rawat inap (pengelolaan dan pelayanan obat)	100%	100%	100%	100%
Kepatuhan persiapan operasi yang dilakukan sesuai dengan tindakan operasi yang direncanakan	100%	100%	100%	100%
Kepatuhan penandaan atau marking area lokasi operasi	100%	100%	100%	100%
Kepatuhan cuci tangan petugas rawat inap	98%	98%	100%	100%
Kepatuhan petugas rawat inap melakukan asesmen awal pada pasien resiko jatuh	100%	100%	100%	100%
Kepatuhan petugas rawat inap melakukan asesmen ulang pada pasien resiko jatuh	100%	100%	100%	100%

Tabel 2.8 Indikator Mutu Nasional (IMN)

NO		Nama Indikator	Target	2021	2022	2023
1		<b>Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis</b>	≥ 80%			
	N	Jumlah pasien yang di-visit dokter pada pukul 06.00 – 14.00		100%	100%	100%
	D	Jumlah pasien yang diobservasi				
2		<b>Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh</b>	100%			
	N	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh		100%	100%	100%
	D	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi				
3		<b>Kepatuhan Identifikasi Pasien (SKP 1)</b>	100%			
	N	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi				
	D	Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi				

Tabel 2.9 Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS)

NO		Nama Indikator	Target	2021	2022	2023
1		<b>Kepatuhan Verifikasi/Konfirmasi Instruksi Via Telepon 1x24 Jam Oleh DPJP di Rawat Inap (SKP 2)</b>	100%			
	N	Jumlah instruksi via telepon yang dilakukan konfirmasi tepat waktu (1x24 jam) oleh DPJP di Rawat Inap		100%	100%	100%
	D	Jumlah instruksi via telepon yang dilakukan oleh DPJP di Rawat Inap				



NO		Nama Indikator	Target	2021	2022	2023
2		<b>Kepatuhan Penyimpanan Obat High Alert LASA (SKP 3)</b>	100%			
	N	Jumlah obat <i>High Alert</i> yang disimpan sesuai prosedur				
	D	Jumlah seluruh obat <i>High Alert</i> yang disimpan				
3		<b>Angka Kejadian Infeksi Daerah Operasi Terkait Pelayanan Kesehatan (SKP 5)</b>	0%			
	N	Jumlah kasus infeksi daerah operasi terkait pelayanan kesehatan				
	D	Jumlah seluruh operasi bersih yang dilakukan				

Tabel 2.10 Indikator Mutu Prioritas Unit (Lokal)

NO		Nama Indikator	Target	2021	2022	2023
1		<b>Asesmen Awal Terisi Kurang Dari 24 Jam</b>	100%			
	N	Jumlah dokumen rekam medis yang diisi asesmen awal dalam waktu $\leq$ 24 jam setelah pasien masuk rawat inap		96,75%	98,58%	97,53%
	D	Jumlah seluruh dokumen rekam medis pasien yang masuk rawat inap.				

### III. TUJUAN

#### 3.1 Tujuan Umum

Mengetahui capaian dan kebutuhan yang diperlukan Rawat Inap dalam rangka memberikan pelayanan terbaik, memuaskan sesuai dengan asuhan keperawatan mata dan tetap menjadi pilihan pertama masyarakat.

#### 3.2 Tujuan Khusus

1. Terlaksananya upaya manajemen dalam rangka pencapaian standar mutu klinis di ruang rawat inap.
2. Tercapainya sasaran keselamatan pasien di ruang rawat inap.
3. Tercapainya pelayanan di rawat inap yang terjamin dan memuaskan sesuai asuhan keperawatan mata.
4. Terselenggaranya pelayanan di rawat inap yang bersih , nyaman dan sehat.
5. Tercapainya CRR > 100%.
6. Terciptanya SDM profesional dan tercapai pula kesejahteraan karyawan di rawat inap.

### IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

#### 4.1 Sumber Daya Manusia

1. Kebutuhan SDM
  - a. Penambahan 4 perawat di Instalasi Rawat Inap sesuai perhitungan analisa beban kerja Berdasarkan perhitungan analisa beban kerja diatas,kebutuhan perawat di rawat inap saat ini kurang 4 orang perawat. Instalasi Rawat Inap berkoordinasi dengan HRD untuk dilakukannya rekrutmen karyawan baru.
2. Orientasi
  - a. Program orientasi untuk perawat baru, mutasi maupun perawat dari luar rumah sakit
    - 1) Orientasi Umum
 

Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya senantiasa mengembangkan manajemen sumber daya manusia yang baik, agar terwujud kuantitas dan kualitas pegawai yang mampu melaksanakan tugas dalam rangka mencapai tujuan organisasi. Salah satu tahapan manajemen sumber daya manusia yang dilaksanakan di RS Mata Undaan Surabaya adalah program orientasi baik untuk pegawai baru atau pegawai lama. Program ini dapat dilakukan manakala rumah sakit memperoleh pegawai baru ataupun tidak.

Orientasi umum berfokus pada pengenalan dan adaptasi lingkungan kerja secara non teknis, terutama memahami *Profil Rumah Sakit dan Manajemen*. Kegiatan tersebut dilaksanakan oleh Seksi SDM dan Diklat bekerjasama dengan Seksi/Subag/Bagian/Bidang lain yang terkait. Sedangkan orientasi khusus berfokus pada pengenalan dan adaptasi lingkungan kerja secara teknis dan dilaksanakan oleh unit kerja dimana pegawai baru tersebut ditempatkan. Melalui program orientasi umum, pegawai baru diperkenalkan dengan struktur organisasi, visi, misi, falsafah, tujuan, nilai-nilai dan budaya organisasi RS Mata Undaan Surabaya. Disamping itu, pegawai yang mengikuti orientasi juga dibekali pemahaman tentang produk layanan, sistem keselamatan pasien dan prinsip-prinsip kerjasama tim.



## 2) Orientasi Khusus

Terdapat 2 orang perawat yang saat ini orientasi di rawat inap. Penilaian dilakukan berkala setiap tiga bulan sekali, enam bulan sekali dan satu tahun. Yang dilanjutkan dengan pengangkatan menjadi pegawai tetap

**Uraian Tugas**

## a) Minggu I :

- (1) Orientasi ruangan, peralatan, obatan – obatan, alat linen, dll.
- (2) Penjelasan pengisian status rekam medis dan alur pasien masuk dan keluar rumah sakit.
- (3) Penjelasan untuk kebiasaan cuci tangan sesuai SPO sebelum dan sesudah melakukan tindakan.
- (4) Penjelasan tempat tentang pembuangan sampah medis, non medis, sampah tajam/jarum dan *sputum*.
- (5) Penjelasan tentang pemberian identifikasi pasien, meliputi gelang tangan.
- (6) Penjelasan tentang keselamatan pasien: identifikasi, komunikasi yang efektif, Waspada pemberian obat, tepat prosedur/ lokasi, mencegah infeksi, resiko pasien jatuh.
- (7) Melihat prosedur penerimaan pasien baru dan keluar Rumah sakit.
- (8) Melihat prosedur pemberian *informed consent*.
- (9) Melihat prosedur tindakan persiapan operasi, observasi ke pasien, pemberian obat per oral, injeksi.
- (10)Melihat cara pemberian obat tetes dan salep mata.
- (11)Melihat cara memotong bulu mata.
- (12)Melihat cara melakukan NCT.
- (13)Melihat cara pengisian status rekam medis.
- (14)Melihat cara mengantar dan mengambil pasien di kamar operasi.

## b) Minggu II :

Melakukan tindakan keperawatan dengan bimbingan, meliputi :

- (1) Prosedur pemberian identifikasi pasien.
- (2) Prosedur pemeriksaan visus.
- (3) Prosedur pemeriksaan tonometry.
- (4) Prosedur pemeriksaan fluorescein.
- (5) Prosedur persiapan operasi.
- (6) Prosedur irigasi mata.
- (7) Prosedur perawatan pasca operasi.
- (8) Prosedur cukur bulu mata.
- (9) Prosedur persiapan pasien pulang.
- (10)Prosedur pemberian H e.
- (11)Prosedur timbang terima.

- c) Minggu III :
- (1) Melakukan tindakan keperawatan dengan bimbingan.
  - (2) Mencatat semua tindakan asuhan keperawatan yang telah dilakukan di status rekam medis.
  - (3) Menerima pasien baru dan menyiapkan pasien pulang dengan bimbingan.
  - (4) Melakukan evaluasi respon pasien dan melaporkan pada tim.
  - (5) Melakukan pencatatan tindak lanjut dengan bimbingan.
- d) Minggu IV :
- (1) Melakukan tindakan keperawatan dengan pemantauan Katim/penanggung jawab *shift*
  - (2) Melakukan pencatatan keperawatan dengan pemantauan Katim/penanggung jawab *shift*
  - (3) Menerima pasien baru dengan pemantauan Katim/penanggung jawab *shift*

3. Pendidikan dan Pelatihan

No	Jabatan	Kualifikasi	Kebutuhan	Jumlah	Masa Kerja	Ket
1.	Manajer	a. S1 Keperawatan (S.Kep Ns) b. Pelatihan manajemen bangsal c. Pelatihan <i>Clinical Instructur</i> d. Pelatihan manager keperawatan e. Pelatihan asesor internal dll	1	1	14 th	Belum mengikuti pelatihan <i>case manager</i>
2.	Katim	a. S1 Keperawatan (S.Kep Ns) b. Pelatihan Dalin c. Pelatihan BLS d. Pelatihan internal penyakit mata	4	4	>8 th s/d 22 th	a. 50% belum mengikuti pelatihan manajemen bangsal b. 50% belum mengikuti pelatihan <i>Clinical Instructur</i>



No	Jabatan	Kualifikasi	Kebutuhan	Jumlah	Masa Kerja	Ket
3.	Perawat Pelaksana	a. S1 Keperawatan (Skep Ns) b. Pelatihan BLS c. Pelatihan Dalin d. Pelatihan Askep, <i>service excellent, customer oriented.</i> pelatihan ilmu penyakit dalam dan jantung e. Pelatihan internal terkait akreditasi f. Pelatihan perawatan penyakit mata	25	3	>6 th s/d 8 th	a. 100% belum mengikuti pelatihan askep, <i>service excellent, customer oriented.</i> b. pelatihan ilmu penyakit dalam dan jantung
4.	Pekarya	a. minimal pendidikan SLTA b. Pelatihan BLS c. Pelatihan Dalin, K3RS d. Pelatihan <i>service excellent, customer oriented.</i> e. Pelatihan internal terkait	3	2	1-6 tahun (1 pegawai <i>outsourcing</i> )	a. Pelatihan <i>service excellent, customer oriented.</i> b. Pelatihan penyakit mata umum

No	Jabatan	Kualifikasi	Kebutuhan	Jumlah	Masa Kerja	Ket
		akreditasi f. Pelatihan penyakit mata umum				

#### 4. Evaluasi Kinerja SDM

##### a. Penerapan penilaian kinerja

Penilaian kinerja SDM dilakukan setiap 1 bulan sekali, dan hasil penilaian dilaporkan ke bagian umum.

## 4.2 Fasilitas

### 1. Pemeliharaan

#### a. Alat Medis

Semua peralatan medis ataupun yang berhubungan dengan medis dilakukan permintaan tertulis di instalasi farmasi. Permintaan tersebut sudah diajukan secara jelas sesuai anggaran kerja yang ada untuk kondisi rutin dan dapat sewaktu-waktu untuk kondisi non rutin. Barang yang diminta segera dipenuhi kebutuhannya oleh farmasi. Utilitas penggunaan yang berhubungan dengan perawatan barang medis tersebut dikoordinasikan kembali dengan pihak farmasi dan IPS. Kondisi barang dilakukan pengecekan berkala setiap bulannya untuk evaluasi lanjutan menilai kondisi barang/alkes yang ada. Setiap tahunnya dilakukan uji kalibrasi alat oleh pihak yang berwenang. Setiap alat medis baru yang datang dilakukan uji fungsi untuk menilai laik guna.

#### b. Alat Non Medis

Barang non medis diminta rawat inap secara tertulis ke instalasi rumah tangga baik berhubungan dengan kondisi bangunan, non medis yang digunakan ataupun kondisi lingkungan sekitar ruang perawatan inap. Permintaan dicatat dan disetujui oleh instalasi rumah tangga dan telah tercatat dalam anggaran tahunan. Untuk barang non medis yang dapat dipenuhi sendiri dapat berkoordinasi dengan IPS ataupun Instalasi sanitasi yang ada di RS Mata Undaan.

Termasuk didalamnya kebutuhan linen yang ada di rawat inap. Linen diusahakan tersedia masing-masing 3 par perbagiannya. Akan tetapi dikarenakan kondisi tempat yang kurang memadai dikarenakan renovasi maka minimal 2 par untuk tiap barang yang ada di rawat inap. Evaluasi kondisi barang dilakukan setiap waktu dan dilaporkan oleh rawat inap kepada instalasi yang berhubungan untuk menilai penyebab terjadinya masalah tersebut.

#### c. Alat ATK

Logistic ATK diminta rawat inap kepada instalasi rumah tangga sama seperti keperluan logistic non medis. Dengan tetap memperhatikan anggaran yang telah diajukan sebelumnya.



2. Penggantian/Penambahan/Investasi

Untuk penggantian /penambahan/investasi ,rawat inap bekoordinasi dengan unit terkait dengan tetap memperhatikan anggaran yangtelah diajukan sebelumnya,

#### 4.3 Mutu

1. Akreditasi rumah sakit

- a. Menyusun pedoman rawat inap
- b. Menyusun SPO di rawat inap
- c. Melaksanakan setiap tindakan sesuai dengan SPO
- d. 100% perawat rawat inap melakukan asuhan keperawatan, dengan melakukan pelayanan sesuai motto RS Mata Undaan Surabaya Care and Smile.
- e. Mengaplikasikan setiap elemen penilaian yang ada di dalam bab akreditasi antara lain: AKP, PP, PAP, PAB, PROGNAS, PPI, HPK, MRMIK, SKP, KE, TKRS, PKPO, KPS, MFK, dan PMKP.

2. Survei kepuasan pasien

Survey kepuasan pasien dilaksanakan bekerjasama dengan tim humas rsmu. Survey dilakukan secara kontinyuitas.

3. Pengukuran indikator mutu

a. Indikator nasional

b. Indikator kinerja ; area klinis dan area manajemen

Sesuai indikator klinik di rawat inap tidak terdapat angka Infeksi Daerah Operasi/ Endophtalmitis, Kejadian Infeksi pemasangan jarum infus/venvlon/Plebitis, kejadian pasien jatuh di rawat inap, kejadian pasien rawat ulang/ operasi ulang. *Standart* capaian 100 %. Dengan melakukan:

- 1) Koordinasi dengan tim PPI dalam pencegahan infeksi pasca operasi terkait proses pembagunan.
- 2) Koordinasi dengan komite medis dan KFT tentang perlu tidaknya profilaksis pada tindakan bedah sesuai dengan kondisi penyakitnya sesuai dengan aturan PPRA dan PKPO terkait penggunaan antibiotika.
- 3) Monitoring IDO, penggunaan IV chateter, pasien jatuh, dan rawat ulang.

c. Indikator sasaran keselamatan pasien

Angka insiden keselamatan pasien sesuia *Standart* capaian 100% pada indikator pasien jatuh, ketepatan identifikasi pasien, ketepatan informasi per telpon, ketepatan keamanan pemakaian obat, ketepatan pemberian marking area, ketaatan cuci tangan dll. Dengan cara melakukan semua tindakan/prosedur sesuai *Standart* yang berlaku di RS Mata Undaan.

d. Indikator prioritas rumah sakit dan instalasi rawat inap

Indikator dinilai secara harian dan dilakukan pelapoian setiap bulan kepada tim PMKP, setiap data yang telah dikumpulkan dilakukan validasi data. Dan setiap indicatoi yang didapatkan capaian tidak sesuai dengan standard yang ada akan dilakukan PDCA dan dilakukan tindak lanjut sampai dengan pemecahan masalah agar capaian selanjutya dapat sesuai dengan *Standart* yang telah ditentukan.

#### 4.4 Upaya Keselamatan

1. Melaksanakan 6 sasaran keselamatan pasien
  - a. Ketepatan identifikasi pasien  
Ketepatan identifikasi pasien dengan memakaikan gelang tangan dan melakukan crosscheck setiap akan melakukan tindakan sesuai dengan standar yang ada di RS Mata Undaan.
  - b. Peningkatan komunikasi efektif  
Peningkatan komunikasi efektif, antara lain melakukan SBAR dan TULBAKON saat berkomunikasi per telepon.
  - c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai  
Peningkatan keamanan obat yang perlu di waspadai dengan *double check*, mewaspadai LASA/NORUM, ataupun obat *High Alert*. Termasuk penyimpanan dan didistribusi obatnya.
  - d. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi  
Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, melakukan cek ulang setiap kali melakukan tindakan, prosedur, ataupun pemberian terapi dan melakukan *marking area*.
  - e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
    - 1) Penggunaan APD
    - 2) Pembuangan jarum suntik
    - 3) Pemisahan pembuangan sampah medis dan non medis
  - f. Pengurangan risiko pasien jatuh  
Pengurangan risiko pasien jatuh dengan melakukan assesmen pada pasien risiko jatuh dan pasien jatuh sendiri sesuai standar yang ada di RS Mata Undaan.
2. Meningkatkan budaya melapor  
Bekerjasama dengan tim keselamatan pasien untuk meningkatkan budaya melapor pada semua staf di RS Mata Undaan.
3. Pencatatan, pelaporan, dan monitoring KTD, KNC, KTC, KPC dan Sentinel
4. Melakukan pencatatan, pelaporan dan monitoring KTD, KNC, KTC, KPC dan Sentinel yang diserahkan pada tim keselamatan pasien RS Mata Undaan.
5. Program PPI
  - a. Program cuci tangan  
Melakukan evaluasi dan monitoring pelaksanaan 5 moment cuci tangan dan 6 langkah yang dilakukan dengan benar oleh petugas yang ada di rawat inap. Termasuk bahan yang digunakan untuk cuci tangan. Evaluasi dilakukan harian dan dilaporkan capaiannya setiap bulan. Evaluasi ini bekerjasama dengan tim PPI yang ada di rumah sakit.
  - b. Program penyediaan APD, kebutuhan bahan untuk PPI  
Rawat inap melakukan pengadaan terkait barang yang dibutuhkan PPI seperti APD, tempat sampah medis dan non medis, ruangan isolasi ataupun hal lain terkait PPI.
  - c. Program pencatatan dan pelaporan PPI  
Program yang ada dilaporkan secara berkala ke tim PMKP yang akan ditindaklanjuti ke tim PPI.



#### 4.5 Pengembangan Pelayanan

Untuk pengembangan pelayanan saat ini rawat inap sedang melakukan persiapan untuk penambahan ruang rawat inap di Gedung Premium yaitu Ruang SVIP dan VIP sebagai bagian dari pemenuhan pelayanan yang optimal di Rawat Inap.

#### 4.6 Monitoring dan Evaluasi

1. Monitoring dan evaluasi terkait pelayanan asuhan keperawatan
 

Rawat inap dalam pelayanan asuhan keperawatan terdapat *Standart-Standart* yang menjadi pedoman dalam melakukan tindakan keperawatan, meliputi :

  - a. *Standart* tindakan keperawatan.
  - b. *Standart* penerapan proses asuhan keperawatan.
  - c. *Standart* pengelolaan ketenagaan yang meliputi uraian tugas tenaga keperawatan dan rotasi.
  - d. *Standart* fasilitas dan peralatan perawatan.
  - e. *Standart* pengembangan dan pendidikan tenaga keperawatan.

Pelaksanaan sistem evaluasi :

  - a. Menggunakan *instrument* evaluasi penerapan *Standart* asuhan keperawatan di RS (Depkes RI tahun 1995) sebagai bahan evaluasi.
  - b. Evaluasi dari kepala unit rawat inap/kepala instalasi tentang kelengkapan dan berkesinambungan dalam mengisi dokumen proses asuhan keperawatan.
  - c. *Quisioner* yang diberikan pada pasien rawat inap yang akan pulang. Tujuan dari quisioner ini adalah untuk mengetahui kepuasan pasien terhadap hasil kerja perawat dalam melakukan pelayanan keperawatan yang diberikan.
  - d. Evaluasi tindakan keperawatan yang ada di rawat inap oleh kepala unit/instalasi.
  - e. Evaluasi sistem pengembangan dan pendidikan
    - 1) Presentasi dari hasil pelatihan.
    - 2) Perubahan sikap dan prilaku dari peserta pelatihan.
    - 3) Adanya perubahan/peningkatan pengetahuan sebagai hasil dari pelatihan.
    - 4) Reaksi/pendapat peserta program pendidikan yang dilaksanakan.
    - 5) Ketrampilan dari hasil pelatihan dapat diterapkan dirumah sakit ini atau tidak.
  - f. Kotak saran disediakan pada tempat-tempat pelayanan kesehatan dirumah sakit. Bertujuan untuk mengetahui kritik dan saran dari pasien dan keluarganya sehingga dapat sebagai masukan dan perbaikan untuk meningkatkan kinerja perawat dan kualitas pelayanan perawatan.
  - g. Indikator kinerja mutu meliputi :
    - 1) Jumlah kejadian infeksi karena jarum infus/venflon.
    - 2) Jumlah kejadian pasien jatuh.
    - 3) Jumlah kejadian kesalahan pemberian obat.
    - 4) Jumlah kejadian kesalahan persiapan operasi.
    - 5) Jumlah kejadian infus blong (cairan infus habis tanpa diketahui).
    - 6) Jumlah pasien rawat inap ulang
  - h. Pemantauan kejadian infeksi di rawat inap, jumlah kejadian infeksi pada hari :

- 1) Post operasi hari pertama.
  - 2) Post operasi hari ke tujuh.
  - 3) Post operasi dua minggu.
  - 4) Post operasi satu bulan.
- i. Merencanakan kegiatan untuk tindakan perbaikan meliputi :
- 1) Timbang terima.
  - 2) Dokumentasi asuhan keperawatan.
  - 3) Supervisi.
  - 4) Discharge planning.
  - 5) Ronde keperawatan.
  - 6) Pertemuan rutin setiap bulan.

#### 4.7 Rapat

##### 1. Rapat Rutin

Pertemuan rutin satu kali tiap bulan dilakukan untuk inenreview rawat inap secara keseluruhan selama waktu yang terlewati dan untuk sosialisasi hal baru yang perlu diinfokan.

##### 2. Rapat Insidentil

Dilakukan rawat inap segera tanpa harus menunggu jadwal rapat rutin untuk memutuskan, mengkoordinasikan dan menyelesaikan masalah yang sedang terjadi.

##### 3. Rapat Koordinasi

Rapat dengan bagian lain, yaitu dengan bagian Rawat Jalan, Kamar Operasi, Penunjang Medis, Rekam Medis, Farmasi, Gizi, Keuangan, SIRS, IPS, Sanitasi, Rumah Tangga, Tata Usaha dan bagian lain yang terkait hubungan kerja dengan rawat inap. Ataupun tim yang ada di bab akreditasi sebagai narasumber dalam bidang yang lebih dipahami. Terutama yang dilakukan setiap hari rabu siang di ruang pertemuan RS Mata Undaan.

#### 4.8 Laporan

1. Laporan jumlah kunjungan pasien, hari perawatan dan BOR  
Pelaporan jumlah kunjungan pasien, hari perawatan dan BOR yang dilakukan perbulan.

### V. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN

Tabel 5.1 Cara Melaksanakan Kegiatan

Kegiatan	Cara Melaksanakan Kegiatan
A. Sumber Daya Manusia	
1. Kebutuhan SDM	Berkoordinasi dengan Sub Bagian HRD untuk dilakukannya rekrutmen karyawan baru.
2. Orientasi	
a. Orientasi Umum	Diberikan kepada staf Instalasi Rawat Inap yang lolos seleksi penerimaan karyawan baru dengan rincian yang sudah dijelaskan pada bab sebelumnya yang dilaksanakan selama 1 hari.
b. Orientasi Khusus	Diberikan kepada staf Instalasi Rawat Inap yang lolos



Kegiatan	Cara Melaksanakan Kegiatan
	seleksi dalam penerimaan staf mengikuti hasil penilaian orientasi dengan rincian yang sudah dijelaskan pada bab sebelumnya.
3. Pendidikan dan Pelatihan	Berkoordinasi dengan bagian Sub Bagian HRD terkait dengan rencana pendidikan dan pelatihan yang akan diberikan kepada staf Instalasi Rawat.
4. Evaluasi Kinerja SDM	Berkoordinasi dengan Sub Bagian HRD untuk menilai hasil kinerja staf yang dilaksanakan setiap 1 bulan sekali.
B. Fasilitas	
1. Pemeliharaan	Berkoordinasi dengan Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana terkait pemeliharaan fasilitas di Instalasi Rawat Inap.
2. Penggantian/ Penambahan/ Investasi	Berkoordinasi dengan Sub Bagian Rumah Tangga atau unit terkait untuk penggantian/penambahan/investasi fasilitas di Instalasi Rawat Inap.
C. Mutu	Berkoordinasi dengan Tim PMKP terkait laporan indikator mutu.
D. Upaya Keselamatan	Berkoordinasi dengan Tim PMKP/ Tim K3RS/ Komite PPI terkait pelaksanaan kegiatan upaya keselamatan yang dilakukan di Instalasi Rawat Inap.
E. Pengembangan Pelayanan	Merinci kegiatan pengembangan pelayanan yang dibutuhkan oleh Instalasi Rawat Inap.
F. Monitoring dan Evaluasi	Dilakukan setiap bulan, triwulan, dan tahunan menyesuaikan kegiatan yang dilakukan oleh Instalasi Rawat Inap dan indikator mutu yang telah ditentukan.
G. Rapat	
1. Rapat Rutin	Pertemuan rutin seluruh staf internal unit setiap bulan untuk membahas dan me- <i>review</i> unit secara keseluruhan selama waktu yang telah terlewati dan untuk mensosialisasikan hal baru yang perlu diinfokan.
2. Rapat Insidental	Pertemuan staf internal unit tanpa harus menunggu jadwal rapat rutin untuk memutuskan, mengkoordinasikan dan menyelesaikan masalah yang sedang terjadi.
3. Rapat Koordinasi	Berkoordinasi dengan Sub Bagian Tata Usaha untuk penyiapan ruangan dan kelengkapan rapat seperti absensi dan notulensi.
H. Laporan	Dilakukan setiap bulan, triwulan, tahunan dan dilaporkan kepada Direktur.

## VI. SASARAN

Tabel 6.1 Sasaran

Kegiatan	Sasaran
A. Sumber Daya Manusia	
1. Kebutuhan SDM	100% kebutuhan SDM terpenuhi
2. Orientasi	
a. Orientasi Umum	100% staf mendapatkan orientasi umum
b. Orientasi Khusus	100% staf mendapatkan orientasi khusus
3. Pendidikan dan Pelatihan	100% staf mendapatkan pendidikan dan pelatihan
4. Evaluasi Kinerja SDM	100% laporan evaluasi kinerja diserahkan kepada Sub Bagian HRD
B. Fasilitas	
1. Pemeliharaan	100% kegiatan pemeliharaan terlaksana
2. Penggantian/ Penambahan/ Investasi	100% kegiatan penggantian/penambahan/investasi terealisasi
C. Mutu	100% target indikator mutu tercapai
D. Upaya Keselamatan	100% kegiatan upaya keselamatan yang dilakukan di Instalasi terlaksana
E. Pengembangan Pelayanan	Minimal 100% pengembangan pelayanan terlaksana
F. Monitoring dan Evaluasi	100% kegiatan monitoring dan evaluasi dilaksanakan sesuai jadwal dan indikator yang telah ditentukan
G. Rapat	
1. Rapat Rutin	Terlaksananya rapat minimal 80% sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
2. Rapat Insidentil	Terlaksananya rapat minimal 80% sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
3. Rapat Koordinasi	Terlaksananya rapat minimal 80% sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
H. Laporan	100% laporan dilakukan tepat waktu



## VII. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN

Tabel 7.1 Jadwal Pelaksanaan Kegiatan

Kegiatan	Bulan											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A. Sumber Daya Manusia												
1. Kebutuhan SDM												
a. Penambahan 4 perawat di Instalasi Rawat Inap sesuai perhitungan analisa beban kerja												
2. Orientasi												
a. Program orientasi untuk perawat baru, mutase maupun perawat dari luar rumah sakit												
3. Pendidikan dan Pelatihan												
a. Program pendidikan formal berkelanjutan												
b. Program pelatihan												
c. Program rotasi												
4. Evaluasi Kinerja SDM												
a. Penerapan penilaian kinerja												
B. Fasilitas												
1. Pemeliharaan												
a. Pemeliharaan sarana, prasarana dan peralatan di rawat inap dan selalu dalam kondisi siap pakai setiap saat												
2. Penggantian/ Penambahan/ Investasi												
a. Pengadaan prasarana dan peralatan sesuai kebutuhan												
b. Pengadaan suku cadang peralatan non medis												

Kegiatan	Bulan											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
C. Mutu												
1. Akreditasi rumah sakit												
2. Survei kepuasan pasien												
3. Pengukuran indikator mutu												
D. Upaya Keselamatan												
1. Melaksanakan 6 sasaran keselamatan pasien												
2. Meningkatkan budaya melapor												
3. Pencatatan, pelaporan, dan monitoring KTD, KNC, KTC, KPC dan Sentinel												
4. Program PPI												
E. Pengembangan Pelayanan												
1. Program optimalisasi pelayanan di rawat inap												
a. Tetap berusaha mempertahankan capaian kinerja dengan memprediksikan capain tahun 2019 sama dengan di tahun 2016, jumlah hari perawatan dan BOR pasien di tahun 2019 sesuai dengan analisa situasi di BAB 2												
b. Menerapkan dari memantau pelaksanaan asuhan keperawatan												
c. Melakukan metode asuhan keperawatan profesional (MAKP) modifikasi tim- primer, pre dan post conference, timbang terima, ronde keperawatan, desentralisasi obat, pendelegasian, supervisi, discharge planning dan dokumentasi keperawatan												
d. Melakukan edukasi dan penyuluhan kepada pasien dan keluarga												
e. Menerapkan dan memantau manajemen di Rawat Inap												



Kegiatan	Bulan											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2. Penambahan ruang rawat inap di gedung premium												
3. Program PPI												
F. Monitoring dan Evaluasi												
1. Monitoring dan evaluasi terkait pelayanan asuhan keperawatan												
G. Rapat												
1. Rapat Rutin												
2. Rapat Insidentil												
3. Rapat Koordinasi												
H. Laporan												
1. Laporan jumlah kunjungan pasien, hari perawatan dan BOR												

### VIII. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN

1. Evaluasi pemantauan kejadian ILO tiap bulan.
2. Laporan Indikator Mutu Tiap Bulan.
3. Laporan KTD, KNC, KPC, SENTINEL, Ke Tim Keselamatan Pasien.
4. Laporan Infeksi nosokomial (*Endophthalmitis*) Tiap bulan Ke PPI.
5. Laporan Penilaian kinerja perawat ke Keuangan tiap bulan.
6. Laporan Akuntabilitas ke tim PMKP tiap bulan dan triwulan.

### IX. PENCATATAN DAN PELAPORAN KEGIATAN

- A. Pencatatan dan Laporan Harian
  1. Laporan jumlah pasien masuk, jumlah pasien pulang, jumlah pasien yang dirawat/BOR yang dikerjakan oleh penanggung jawab shift malam di rekap oleh katim dan manajer instalasi rawat inap.
  2. Laporan sensus harian dan indikator mutu pelayanan yang dikerjakan oleh penanggung jawab shift malam dilanjutkan oleh katim dan manajer Instalasi rawat inap.
  3. Laporan pasien yang terdiri dari keadaan umum, keluhan, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi sampai dengan evaluasi keperawatan yang telah dilakukan dan tindakan yang perlu dilanjutkan. Dikerjakan oleh katim saat pagi hari pagi dan penanggung jawab shift saat sore dan malam. Yang di evaluasi oleh manajer Instalasi rawat inap.
  4. Timbang terima dilakukan setiap pergantian shift Timbang terima meliputi: isi dari laporan pasien yang sudah dibuat sebelumnya dan kondisi ataupun hal-hal penting berhubungan dengan rawat inap.
  5. Laporan daftar acara operasi dibuat oleh katim 2 (pagi) di *review* oleh manajer instalasi rawat inap dan diberikan kepada kepala instalasi kamar operasi untuk mendapatkan persetujuan. Daftar operasi ini dapat dilanjutkan kembali oleh penanggung jawab shift sore dan malam dengan tetap mendapatkan persetujuan dari manajer instalasi kamar operasi.
  6. Laporan daftar pesanan makanan pasien oleh katim pagi dari penanggung jawab s/d sore dan malam.
  7. Verifikasi data yang ada dirawat inap dengan data di komputer oleh katim 1 yang akan di tindak lanjuti oleh manajer instalasi rawat inap.
- B. Pencatatan dan Laporan Bulanan
  1. Laporan jumlah pasien per-kelas menurun sensus harian dan menurut kunjungan pasien serta jumlah rata-rata BOR tiap bulan.
  2. Laporan hasil pemantauan program peningkatan mutu/indikator mutu meliputi infeksi nosokomial dan pasien safety.
  3. Laporan Penilaian Kinerja perawat yang diserahkan setiap bulan pada keuangan.
  4. Laporan Akuntabilitas yang diserahkan setiap bulan pada tim PMKP.
  5. Laporan pelatihan dan pendidikan yang dilakukan setiap bulannya.
  6. Laporan hasil pembahasan rapat rutin di rawat inap.
  7. Laporan inventaris alat medis dan non medis.
  8. Laporan kejadian infeksi nosokomial pada tim PPI.



**C. Pencatatan dan Laporan Tahunan**

1. Laporan jumlah total pasien menurut sensus harian dan menurut kunjungan pasien.
2. Laporan BOR.
3. Laporan program kerja tahun berikutnya
4. Evaluasi program kerja dalam satu tahun.
5. Penilaian tahunan perawat.

**X. PENUTUP**

Dari rancangan program kerja tahun 2022 yang telah kaini susiin, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Dalam mencapai standar mutu pelayanan dirawat inap dan memberikan pelayanan yang terbaik, sesuai asuhan keperawatan mata diperlukan adanya program kerja yang antara lain didalamnya berisi tentang pengadaan fasilitas, peralatan medis dan non medis. kebutuhan rawat inap dan tentunya terpenuhinya SDM profesional yang ada didalam rawat inap.
2. Program kerja berisi pula tentang cara agar tercapai sasaran keselamatan pasien.
3. Jumlah operasi katarak untuk pasien BPJS di tahun 2021 sesuai dengan kuota yang ditetapkan 300 mata/bulan, aturan tersebut masih tetap dilakukan di tahun 2022.
4. Menilai indikator yang ada di rawat inap sesuai dengan indikator mutu yang telah ditetapkan dan dilakukan tindak lanjut untuk tahun 2022.

Ditetapkan di Surabaya  
Pada tanggal 10 Januari 2024

Direktur,



RS MATA  
UNDAAN

dr. Sahata P.H Napitupulu, Sp.M(K)