

# LAPORAN

---

## PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP) TRIWULAN III TAHUN 2019



**Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan**

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611  
Phone : (0756) 21428-21518, Fax. 0756- 21398

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan **Laporan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Triwulan III Tahun 2019.**

Laporan memuat data, analisis, dan rekomendasi terhadap pelaksanaan tindak lanjut kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Dr. Muhammad Zein Painan selama Triwulan III Tahun 2019.

Kami menyadari bahwa laporan ini masih jauh dari sempurna, untuk itu kami terbuka terhadap segala masukan dan kritikan yang membangun demi kesempurnaannya dikemudian hari. Semoga laporan ini mendapatkan telaahan dan tindak lanjut demi kesuksesan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

Pada akhirnya kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Laporan Triwulan III Tahun 2019 RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

Painan, 14 Oktober 2019



Dr. H. Sufarman, MM

NIP.196907092001121001

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan **Laporan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Triwulan III Tahun 2019**.

Laporan memuat data, analisis, dan rekomendasi terhadap pelaksanaan tindak lanjut kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Dr. Muhammad Zein Painan selama Triwulan III Tahun 2019.

Kami menyadari bahwa laporan ini masih jauh dari sempurna, untuk itu kami terbuka terhadap segala masukan dan kritikan yang membangun demi kesempurnaannya dikemudian hari. Semoga laporan ini mendapatkan telaahan dan tindak lanjut demi kesuksesan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

Pada akhirnya kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Laporan Triwulan III Tahun 2019 RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

Painan, 14 Oktober 2019  
Direktur

Dr. H. Sutarman, MM  
NIP.196907092001121001

## DAFTAR ISI

### KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI.....	i
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan.....	2
1. Tujuan Umum.....	2
2. Tujuan Khusus.....	2
BAB II HASIL KEGIATAN DAN ANALISA DATA.....	3
A. Indikator Mutu.....	3
B. Capaian Indikator Mutu Triwulan III 2019 (Data Juli –September 2019).....	6
C. Analisa Data Indikator Mutu Triwulan III Tahun 2019.....	9
1. Kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien.....	9
2. Emergency Respon Time.....	10
3. Waktu Tunggu Rawat Jalan.....	11
4. Penundaan Operasi Elektif.....	13
5. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis.....	13
6. Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium.....	15
7. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional.....	16
8. Kepatuhan Cuci Tangan.....	16
9. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cidera Akibat Pasien Jatuh Pada Pasien Ranap.....	18
10. Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway.....	19
11. Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK).....	21
12. Angka Kematian Ibu.....	21
13. Angka Kematian Bayi.....	22
14. Pelaksanaan Inisiasi Menyusui Dini pada BBL.....	23
15. Keterlambatan Operasi Sectio Secaria (SC) dalam Waktu 30 Menit.....	24
16. Keterlambatan Penyediaan Darah.....	25
17. Pemberian Obat MgSO <sub>4</sub> pada Pasien dengan Pre Eklamsia dan Eklamsi.....	26
18. Kepatuhan Pemasangan Gelang Identitas Pasien Pada Pasien Ponek Di Igd.....	27
19. Konfirmasi Instruksi Verbal Per Telepon ≤24 Jam Pada Pasien PONEK.....	28
20. Pelaksanaan Double Chek Saat Pemberian Obat Higt Alert.....	29
21. Kejadian Tidak Dilakukan Penandaan Lokasi Operasi .....	30
22. Kepatuhan Petugas Cuci Tangan .....	30

23. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Kejadian Pasien Jatuh .....	32
24. Kejadian Tidak Dilakukan Penandaan Lokasi Operasi.....	33
25. Kelengkapan Pengisian Format Surgical Safety Check List.....	34
26. Kepatuhan Pelaksanaan Asesmen Pra Bedah.....	35
27. Diskrepansi Diagnose Pre dan Post Operasi.....	36
28. KetidakLengkapan Pelaksanaan Asesmen Pra Anastesi Dan Pra Sedasi....	37
29. KetidakLengkapan Monitoring Dan Evaluasi Pasca Pemulihan Pasca Anastesi dan Sedasi.....	38
30. KetidakLengkapan Monitoring Dan Evaluasi Konversi Tindakan Dari Lokal / Regional Ke General Anastesi.....	39
31. KetidakLengkapan Monitoring an Evaluasi Status Fisiologis Selama Anastesi Dan Sedasi.....	39
32. Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi.....	40
33. Konfirmasi Sbar Saat Serah Terima Antar Shif.....	41
34. Presentasi Kebersihan Ruangan Terhadap Kinerja Clening Service Di Unit Kerja RSUD Muhammad Zein Painan.....	41
<b>BABIII PENUTUP.....</b>	<b>42</b>

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Perubahan perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi dan perkembangan informasi yang cepat serta diikuti oleh tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang lebih baik, mengharuskan rumah sakit untuk mengembangkan diri secara terus menerus seiring dengan perkembangan yang ada pada masyarakat. Pengembangan yang dilaksanakan tahap demi tahap berusaha untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit tetap dapat mengikuti perubahan yang ada.

Pelayanan yang berkualitas merupakan cerminan dari sebuah proses yang berkesinambungan dengan berorientasi pada hasil yang memuaskan. Dalam perkembangan masyarakat yang semakin kritis, mutu pelayanan rumah sakit tidak hanya disorot dari aspek klinis medisnya saja namun juga dari aspek keselamatan pasien dan aspek pemberian pelayanannya, karena muara dari pelayanan rumah sakit adalah pelayanan jasa. Peningkatan mutu adalah program yang disusun secara objektif dan sistematis untuk memantau dan menilai mutu serta kewajiban asuhan terhadap pasien, menggunakan peluang untuk meningkatkan asuhan pasien dan memecahkan masalah-masalah yang terungkap.

Isu tentang keselamatan pasien mendapatkan perhatian pemerintah seperti yang dituangkan dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 dan Undang-Undang Rumah Sakit Nomor 44 Tahun 2009. Rumah sakit wajib melaksanakan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif, dengan mengutamakan kepentingan pasien. Rumah sakit wajib memenuhi hak pasien memperoleh keamanan dan keselamatan selama dalam perawatan di rumah sakit. Acuan bagi rumah sakit untuk pelaksanaan program keselamatan pasien di rumah sakit sesuai standar yang ditetapkan, tertuang dalam Permenkes RI Nomor 11/Menkes/2017. Rangkaian kegiatan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien menurut Berwick dalam *Utari*, laksana rantai tindakan yang kompleks dan terintegrasi yang diawali dari pengalaman masyarakat sebagai pengguna layanan, proses pelayanan klinis dalam tingkatan mikro, konteks organisasi sebagai fasilitator pelayanan klinis serta lingkungan eksternal yang dapat mempengaruhinya.

Organisasi dengan fungsi manajemennya dirumah sakit memiliki peran penting dalam program keselamatan pasien. Hal ini dikarenakan organisasi dan manajemen berada di daerah kemungkinan terjadinya kesalahan medis pada pasien. Oleh karena itu diperlukan eksplorasi yang lebih intensif untuk dapat mengetahui peran organisasi dalam menciptakan manajemen keselamatan pasien yang baik. Pelaksanaan fungsi dan kewajiban rumah sakit untuk menyediakan sarana dan prasarana yang dikelola dengan baik melalui fungsi manajemen tersebut difokuskan pada keselamatan pasien dan upaya peningkatan mutu pelayanan.

#### A. Tujuan

##### 1. Tujuan Umum

Terdokumentasinya pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD.Dr. Muhammad Zein Painan Triwulan III Tahun 2019.

##### 2. Tujuan Khusus

Terdokumentasinya peningkatkan mutu pelayanan melalui standarisasi dan monitoring indikator di RSUD.Dr. Muhammad Zein Painan Triwulan III Tahun 2019.

BAB II  
HASIL KEGIATAN DAN ANALISA

A. INDIKATORMUTU

Indikator mutu yang ada di RSUD Dr Muhammad Zein Painan terdiri dari :

- a. Indikator Mutu Nasional sebanyak 12 Indikator
- b. Indikator Mutu Prioritas sebanyak 13 Indikator
- c. Indikator yang dipersyaratkan BAB 11 Indikator
- d. Indikator pelayanan yang dikontrakan 1 Indikator

Berikut ini indikator mutu rumah sakit sesuai dengan SK Direktur Nomor 800/09 /RSUD-SK/1/2019 tentang Penetapan Indikator Mutu dan Kamus Indikator RSUDDr Muhammad Zein Painan, telah ditetapkan untuk dilaksanakan dan dievaluasi indicator mutu rumah sakit, sebagai berikut:

Tabel 2.1

Daftar Indikator Mutu Rumah Sakit

N O	KODE	INDIKATOR MUTU
A	IMN	<b>INDIKATOR MUTU NASIONAL</b>
1	IMN01	Kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien
2	IMN02	Emergency Respon Time
3	IMN03	Waktu tunggu rawat jalan
4	IMN04	Penundaan operasi elektif
5	IMN05	Ketepatan jam visite dokter spesialis
6	IMN06	Waktu pelaporan nilai kritis laboratorium
7	IMN07	Kepatuhan penggunaan formularium nasional
8	IMN08	Kepatuhan cuci tangan
9	IMN09	Pencegahan cedera akibat pasien jatuh
10	IMN10	Kepatuhan penggunaan clinical pathway
11	IMN11	Kepuasan pasien
12	IMN12	Kecepatan respon terhadap komplain (KRK)
B	IMP	<b>INDIKATOR MUTU PRIORITAS</b>
13	IMP- PONEK01	Kematian Ibu
14	IMP- PONEK02	Kematian Bayi
15	IMP- PONEK03	Pelaksanaan inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir (BBL)
16	IMP- PONEK04	Pelaksanaan operasi sectio secaria (SC) dalam waktu 30 menit
17	IMP- PONEK05	Ketersediaan darah dalam waktu 60 menit
18	IMPP-IAM01	Pemberian obat MgSO4 pada pasien dengan Pre Eklamsi dan Eklamsi
19	IMPP-IMN02	Kepuasan Pelanggan (KP)

20	IMP-ISKP01	Kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien pada pasien PONEK di IGD
21	IMP-SKP02	Konfirmasi instruksi verbal per telepon ≤24 jam pada PONEK
22	IMP-SKP03	Pelaksanaan Double Chek saat pemberian obat Higt Alert
23	IMP-ISKP04	Penandaan lokasi operasi pada pasien PONEK
24	IMP-IMN08	Kepatuhan cuci tangan
25	IMP-ISKP06	Kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat kejadian pasien jatuh

N O	KODE	INDIKATOR MUTU
C	IYDB	<b>INDIKATOR YANG DIPERSYARATKAN BAB</b>
26	IYDB-PAB01	Kelengkapan pengisian format surgical safety check list
27	IYDB-PAB02	Kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi
28	IYDB-PAB03	Kepatuhan pelaksanaan asesmen pra bedah
29	IYDB-PAB04	Diskrepansi diagnose pre dan post operasi
30	IYDB-PAB05	Ketidaklengkapan pelaksanaan asesmen pra anastesi dan pra sedasi
31	IYDB-PAB06	Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi pasca pemulihan pasca anastesi dan sedasi
32	IYDB-PAB07	Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi konversi tindakan dari lokal/regional kegeneral anastesi
33	IYDB-PAB08	Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi status fisiologis selama anastesi dan sedasi
34	IYDB09	Waktu tunggu pelayanan radiologi
35	IYDB-SKP02	Konfirmasi SBAR saat serah terima antar shift
36	IYDB10	Permintaan produk darah yang tidak terpakai
D	IMPYK	<b>INDIKATOR MUTU PELAYANAN YANG DIKONTRAKKAN</b>
37	IMPYK	Presentasi kebersihan ruangan terhadap kinerja clening service diunit kerja RSUD Dr. M. Zein painan

B. CAPAIAN INDIKATOR MUTU TRIWULAN III 2019 (DATA JULI- SEPTEMBER 2019)

Data capaian indikator mutu periode Triwulan III Tahun 2019 dapat dilihat pada tabel- tabel berikut ini:

Tabel 2.2  
Capaian Indikator Mutu Nasional Triwulan III Tahun 2019

No	Nama indikator	Kode	Standar	Capaian			Ket
				Jul	Ag s	Sep	
1	Kepatuhan Petugas dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien	IMN01	100%	75	72,1	67,3	
2	Emergency Respon Time	IMN02	100%	100	100	100	
3	Waktu Tunggu Rawat Jalan	IMN03	≤60mnt	131	131	127	
4	Penundaan Operasi Elektif	IMN04	<5%	0,68	0,85	0	
5	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis	IMN05	≥80%	82,4	76,3	86,8	
6	Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium	IMN06	100%	100	100	50	
7	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	IMN07	≥80%	91	90,7	90,7	
8	Kepatuhan Cuci Tangan	IMN08	≥90%	74,64	75,09	76,56	
9	Pencegahan Cidera Akibat Pasien Jatuh	IMN09	100%	66,2	88,3	86,8	
10	Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway	IMN10	80%	8	8,6	8,9	
11	Kepuasan Pasien	IMN11	≥80%	-	-	-	
12	Kecepatan Respon terhadap Komplain (KRK)	IMN12	>75%	100	100	100	

Tabel 2.3  
Capaian Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit Triwulan III Tahun 2019

NO	NAMA INDIKATOR	KODE	STANDAR	CAPAIAN			KET.
				Jul	Agus	Sept	
1	Kematian Ibu	IMP-PONEK01	0%	0	0	0	
2	Kematian Bayi	IMP-PONEK02	0%	5,9	5,9	16,6	
3	Kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada bayi baru lahir	IMP-PONEK03	0,5%	27	27,3	39,6	
4	Keterlambatan operasi sectio secaria (SC) dalam waktu 30 menit	IMP-PONEK04	0,5%	29,6	26	22	
5	Keterlambatan Penyediaan Darah	IMP-	0%	0	0	0	

PONEK05							
6	Pemberian obat MgSO4 pada pasien dengan Pre Eklamsi dan Eklamsi	IMP- IAM01	100%	100	100	100	
7	Kepuasan Pelanggan (KP)	IMP- IMN02	80%	-	-	-	
8	Kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien pada PONEK di IGD	IMP- ISKP01	100%	100	100	100	
9	Konfirmasi instruksi verbal per telepon ≤24 jam pada PONEK	IMP- SKP02	100%	83,3	85	87,5	
10	Pelaksanaan Double Chek saat pemberian obat Higt Alert	IMP- SKP03	100%	100	100	100	
11	Kejadian Tidak Dilakukan Penandaan lokasi operasi pada pasien PONEK	IMP- ISKP04	2%	14,3	14,6	13,2	
12	Kepatuhan cuci tangan	IMP- IMN08	≥90%	74,64	75,09	76,56	
13	Kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat kejadian pasien jatuh	IMP- ISKP06	0%	93,6	94,4	94,7	

Tabel 2.4  
Capaian Indikator Mutu Yang Dipersyaratkan BABTriwulan III Tahun 2019

No	Nama indikator	Kode	Standar	Capaian			Ket
				JUL	Ag s	Se p	
1	Kelengkapan pengisian format surgical safety check list	IYDB- PAB01	100%	81,5	83	83,9	
2	Kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi	IYDB- PAB02	2%	14,3	14,6	13,2	
3	Kepatuhan pelaksanaan asesmen pra bedah	IYDB- PAB03	100%	94,1	91,1	92,1	
4	Diskrepasi diagnose pre dan post operasi	IYDB- PAB04	0%	0	0	0	
5	Ketidaklengkapan pelaksanaan asesmen pra anastesi dan pra sedasi	IYDB- PAB05	1%	3,9	3,94	5,29	
6	Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi pemulihan pasca anastesi dan sedasi	IYDB- PAB06	0%	0,86	0,43	0	
7	Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi tindakan konversi dari lokal/regional	IYDB- PAB07	0%	0,86	0,43	0	

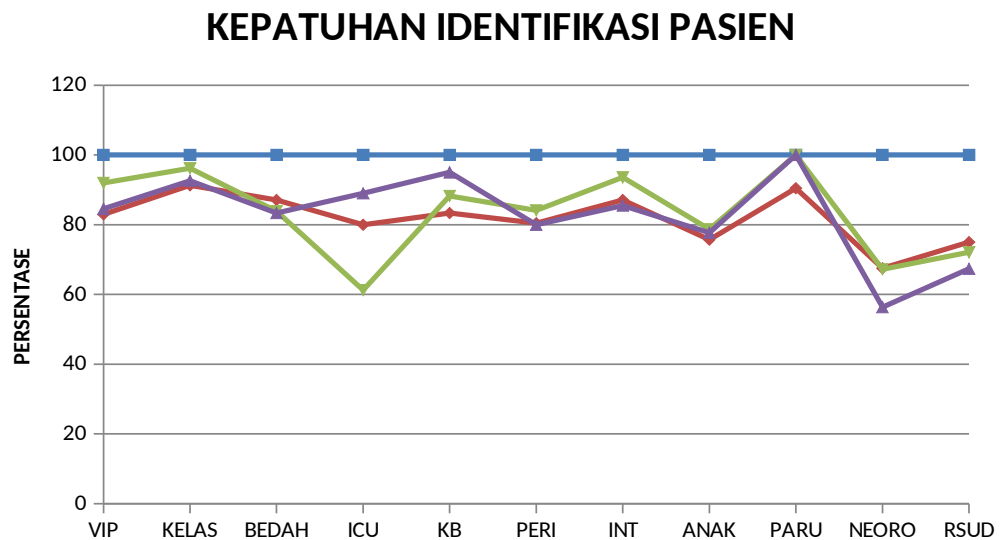
	kegeneral anastesi						
8	Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi status fisiologis selama anastesi dan sedasi	IYDB-PAB08	0%	1,03	2,35	1,36	
9	Waktu tunggu pelayanan radiologi	IYDB09	≤15 mnt	6,1	7,3	21,3	
10	Konfirmasi SBAR saat serah terima antar shift	IYDB-SKP02	100%	-	-	-	
11	Permintaan produk darah yang tidak terpakai	IYDB10	10%	0	0	51,1	

Tabel 2.5  
Capaian Indikator Mutu Yang Dikontrakan Rumah Sakit Triwulan III Tahun 2019

No	Nama Indikator	Kode	Standar	Capaian			Ket
				JUL	Agt	Se p	
1	Presentasi kebersihan ruangan terhadap kinerja clening service diunit kerja RSUD Dr. M. Zein painan	IMP YK	≥85%	-	-	-	

### C. ANALISA DATA INDIKATOR MUTU TRIWULAN III TAHUN 2019

#### 1. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN IDENTIFIKASI PASIEN



Gambar 1. Kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien pada triwulan III tahun 2019

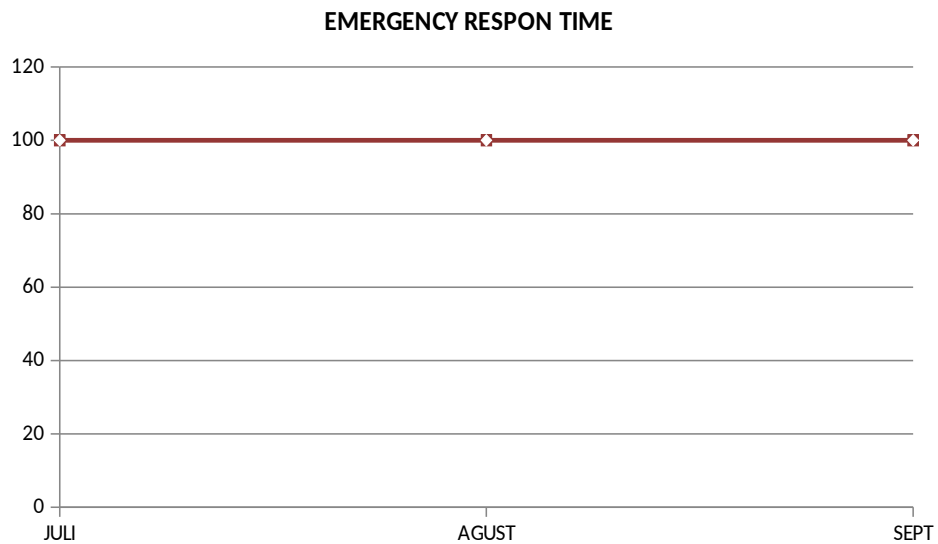
Grafik diatas adalah persentase capaian indicator mutu kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien pada triwulan III tahun 2019, trendnya cenderung bervariasi. Standar indikator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata rata capaian indikator mutu ini 71,4%. Capaian yang tertinggi 96.2% pada ruang rawat inap kelas mandeh rubiah sedangkan capaian yang terendah adalah 56,3% pada ruang rawat inap neorologi. Belum tercapainya target indicator ini disebabkan:

- a. Kepatuhan melaksanakan identifikasi pasien belum menjadi budaya dalam memberikan pelayanan kepada pasien.
- b. Kurangnya kesadaran petugas tentang pentingnya identifikasi pasien
- c. Pemahaman terhadap kamus indikator kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien masih kurang

Rekomendasi:

- a. Lakukan resosialisasi secara berkesinambungan tentang kamus indikator ketepatan identifikasi pasien
- b. Lakukan monitoring dan evaluasi rutin tentang pelaksanaan identifikasi pasien sehingga menjadi budaya.

## 2. EMERGENCY RESPON TIME

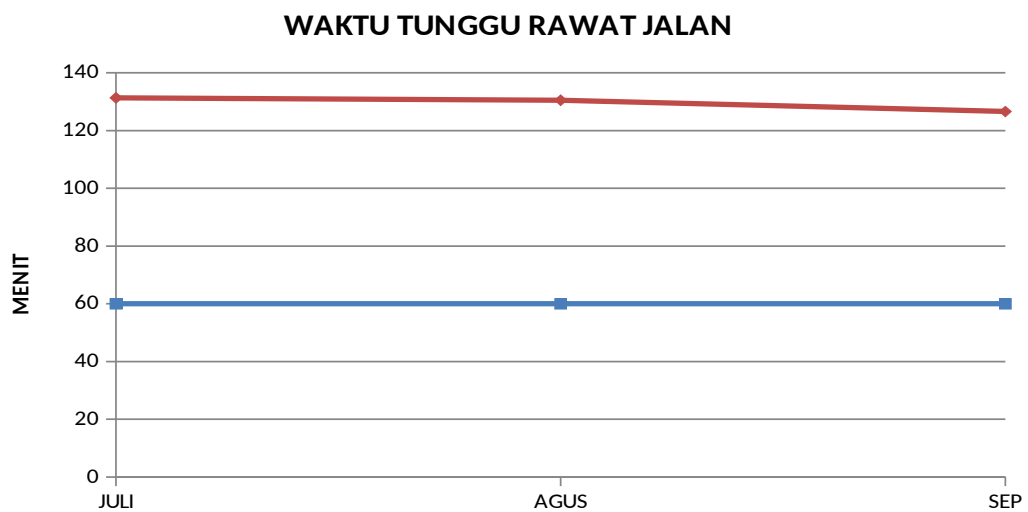
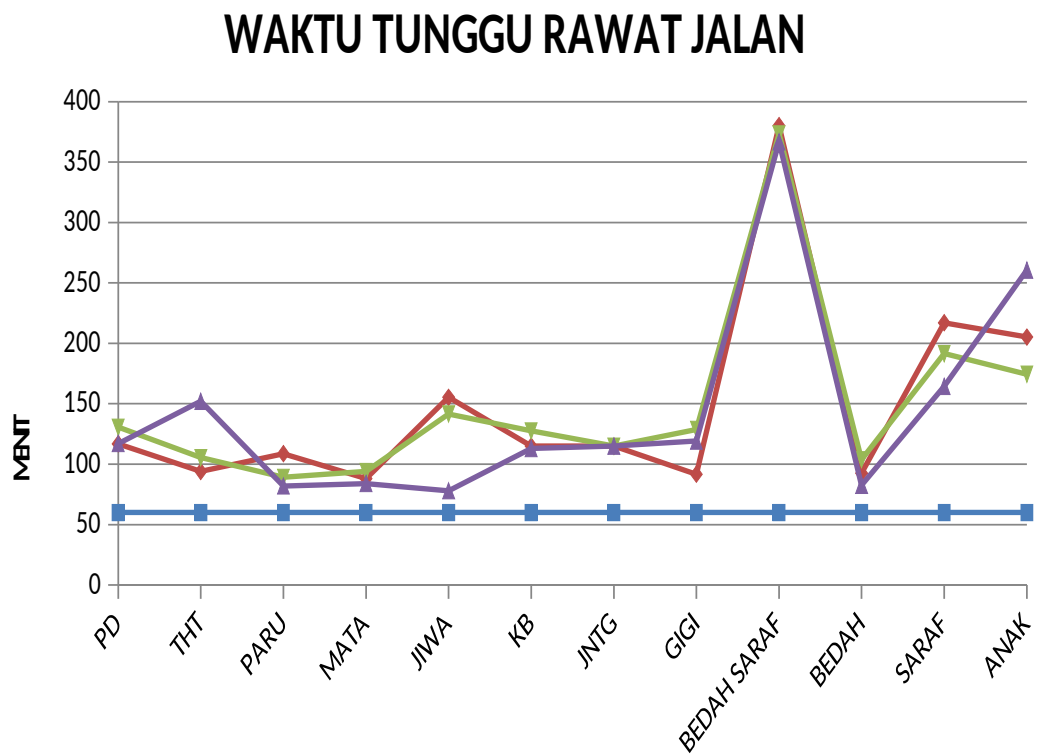


Gambar 2. Emergency respon time pada triwulan III tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu emergency respon time pada triwulan III tahun 2019, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 100%, rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian sudah mencapai standart.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

### 3. WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN



Gambar 3. Waktu Tunggu Rawat Jalan pada triwulan III tahun 2019

Grafik diatas adalah waktu tunggu rawat jalan pada triwulan III tahun 2019, trendnya bervariasi dan belum mencapai standar. Standar indikator mutu ini adalah  $\leq 60$  menit, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini pada triwulan III adalah  $\leq$

129 menit. Capaian waktu tunggu rawat jalan dari seluruh rawat jalan yang mendekati standar  $\leq 88$  menit pada poli Mata sedangkan capaian waktu tunggu terlama  $\leq 373$  menit pada poli bedah syaraf. Belum tercapainya target indikator ini disebabkan:

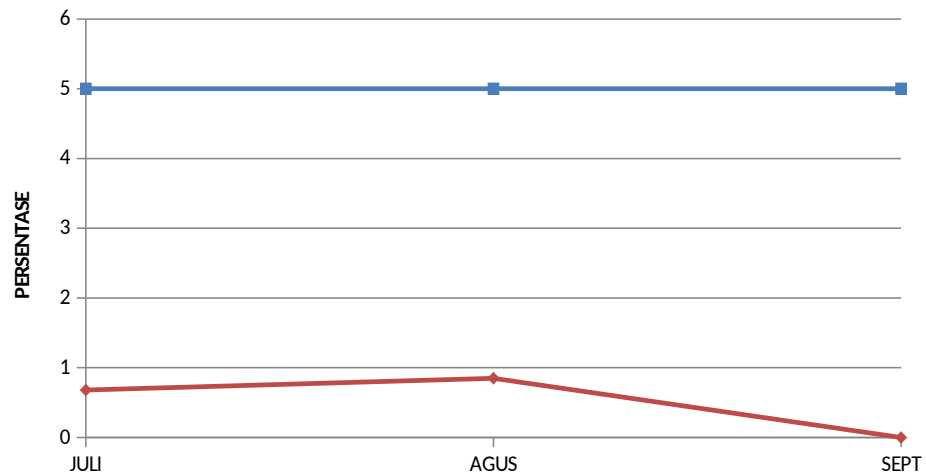
- a. Belum semua DPJP datang tepat waktu ke rawat jalan
- b. Proses pendaftaran yang memakan waktu lama karena banyaknya pasien yang berobat ke rawat jalan
- c. Pendistribusian status ke poliklinik sering terlambat

Rekomendasi :

- a. Lakukan resosialisasi kepada DPJP tentang waktu layanan rawat jalan
- b. Pengaturan nomor antrian dan penambahan loket pendaftaran
- c. Penambahan jumlah kurir pengantar status

#### 4. PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF

##### PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF



Gambar 4 Penundaan operasi elektif pada triwulan III tahun 2019

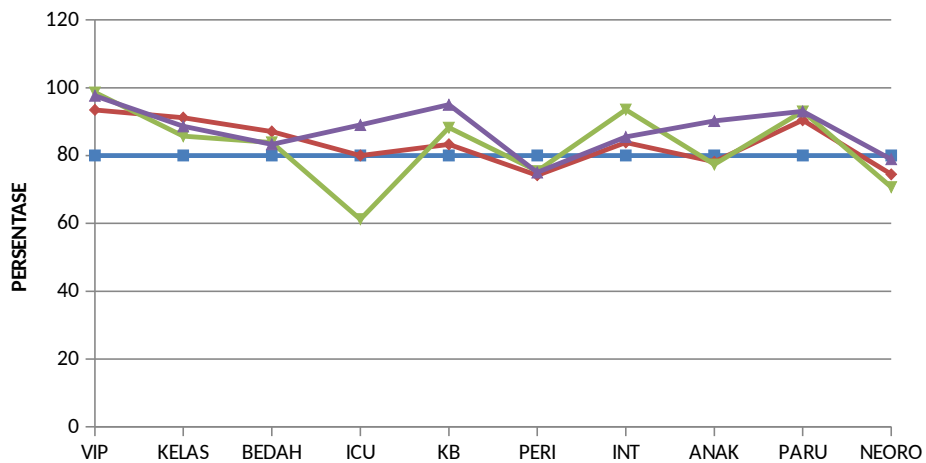
Grafik diatas adalah penundaan operasi elektif pada triwulan III tahun 2019, trendnya sudah mencapai standar. Standar indicator mutu ini adalah  $\leq 5\%$ , sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini pada triwulan III adalah 0,51%.

Rekomendasi :

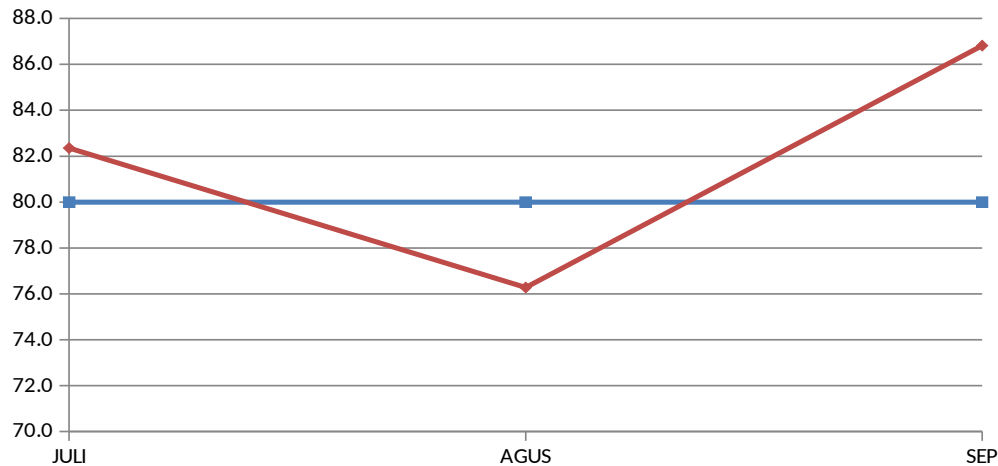
Pertahankan indicator yang telah dicapai

#### 5. KEPATUHAN JAM VISITE DOKTER SPESIALIS

##### KEPATUHAN JAM VISITE DOKTER



### KEPATUHAN JAM VISITE DOKTER SPESIALIS



Gambar 5. Kepatuhan jam visite dokter spesialis pada triwulan III tahun 2019

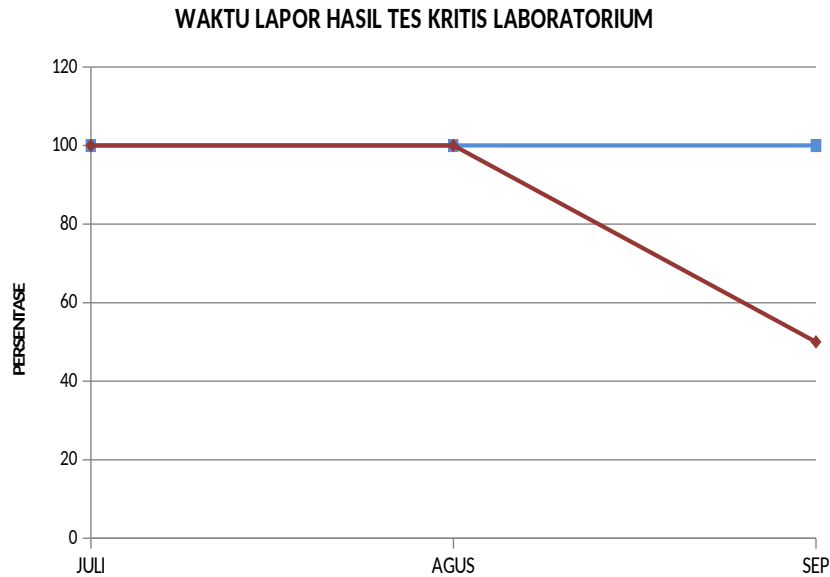
Grafik di atas adalah persentase capaian indikator mutu kepatuhan jam visite dokter spesialis pada triwulan III tahun 2019, trendnya bervariasi. Standart indikator mutu ini adalah  $\geq 80$ , rata-rata capaian indikator mutu ini 81,8%. Capaian yang tertinggi 96.8% pada ruang VIP sedangkan capaian yang terendah adalah 61,2% pada ruang ICU. Belum tercapainya target indikator ini disebabkan:

- a. Belum semua dokter spesialis visite sebelum jam 14.00 wib karena dokter tersebut melaksanakan pelayanan poliklinik pada pagi hari
- b. Belum terbiasanya dokter spesialis visite di hari minggu dan hari libur nasional
- c. Pemahaman terhadap kamus indikator kepatuhan visite dokter spesialis masih kurang

Rekomendasi:

- a. Lakukan resosialisasi secara berkesinambungan tentang waktu visite dokter spesialis terkait indikator kepatuhan jam visite dokter spesialis
- b. Lakukan resosialisasi secara berkesinambungan tentang kamus indikator kepatuhan jam visite dokter spesialis
- c. Lakukan monitoring dan evaluasi rutin tentang kepatuhan visite dokter spesialis

## 6. WAKTU PELAPORAN NILAI KRITIS LABORATORIUM



Gambar 6. Waktu pelaporan nilai kritis laboratorium pada triwulan III tahun 2019

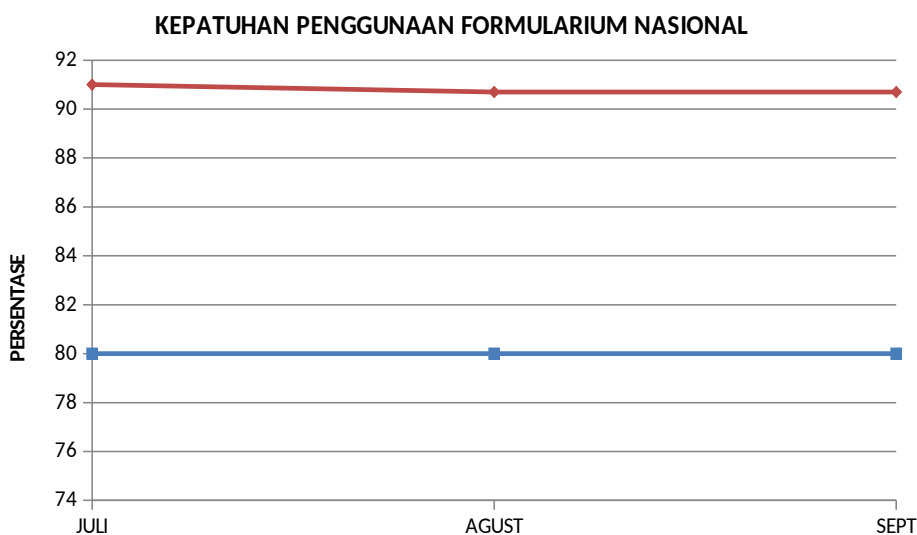
Grafik di atas adalah persentase capaian indikator mutu waktu pelaporan nilai kritis laboratorium pada triwulan III tahun 2019, trendnya cenderung menurun. Standart indicator mutu ini adalah 100%. Pencapaian indicator mutu ini sudah mencapai target pada bulan juli dan agustus namun menurun pada bulan September menjadi 50% .Belum tercapainya target indicator ini disebabkan:

- a. Waktu pelaporan nilai kritis laboratorium belum menjadi budaya dalam memberikan pelayanan kepada pasien
- b. Kurangnya kesadaran petugas tentang pentingnya waktu pelaporan nilai kritis laboratorium
- c. Pemahaman terhadap kamus indicator waktu pelaporan nilai kritis laboratorium masih kurang

Rekomendasi:

- a. Lakukan resosialisasi secara berkesinambungan tentang kamus indikator waktu pelaporan nilai kritis laboratorium
- b. Lakukan monitoring dan evaluasi rutin tentang waktu pelaporan nilai kritis laboratorium

## 7. KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL

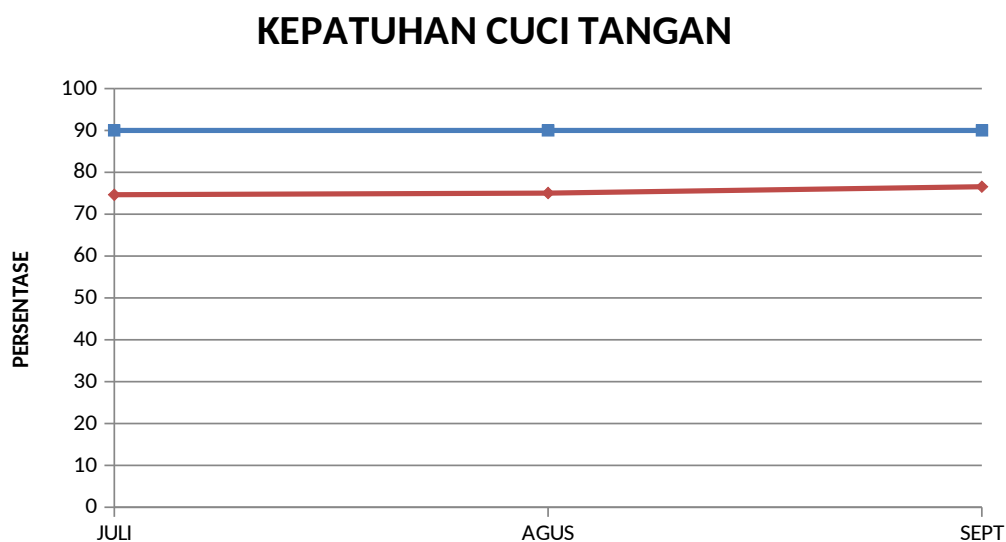


Gambar 7. Capaian Indikator Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Triwulan III Tahun 2019

Grafik di atas adalah persentase capaian indikator mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional pada triwulan III tahun 2019, trendnya cenderung stabil. Standar indikator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini sudah melebihi standar yaitu melebihi 90,8%.

Rekomendasi : pertahankan capaian yang telah didapat

## 8. KEPATUHAN CUCI TANGAN



Gambar 8. Capaian Indikator Kepatuhan cuci tangan Triwulan III Tahun 2019

Grafik diatas adalah persentase capaian indicator mutu kepatuhan petugas dalam hand hygiene pada triwulan III tahun 2019, trendnya cenderung stabil dan belum mencapai standar yang ditetapkan. Standar indicator mutu ini adalah 90%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini 75,43%. Capaian yang mendekati standar adalah pada bulan september (76,56%) dan capaian yang masih jauh dari standar adalah pada bulan juli (74,64%). Dapat diketahui bahwa pencapaian setiap bulannya masih belum mencapai standar, hal ini disebabkan :

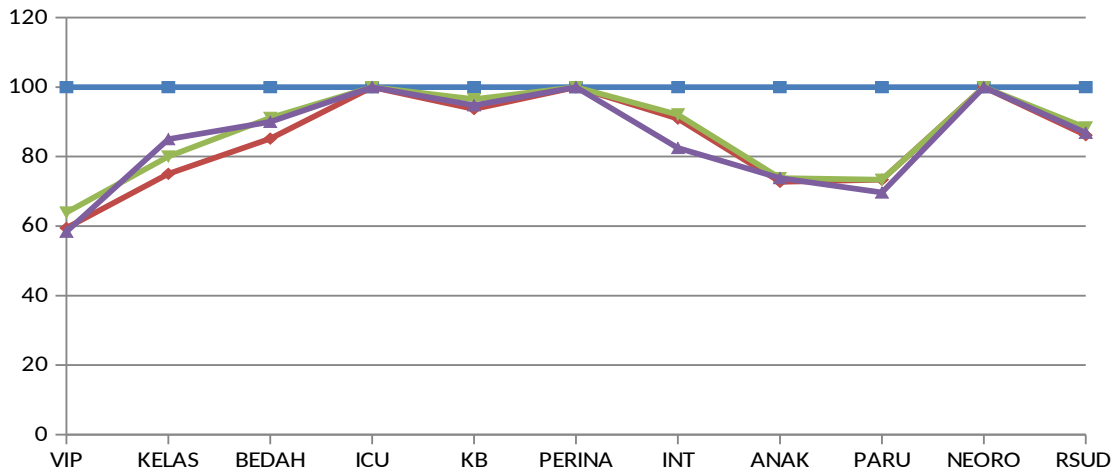
- a. Sikap petugas yang masih merasa bahwa kewajiban melakukan cuci tangan secara five moment bukanlah suatu kewajiban
- b. Kepatuhan Petugas Dalam Hand Hygiene karena petugas belum mengutamakan budaya melakukan Hand Hygiene dalam memberikan pelayanan kepada pasien
- c. Kurangnya kesadaran petugas tentang pentingnya Hand Hygiene
- d. Pemahaman terhadap kamus indikator Kepatuhan Petugas Dalam Hand Hygiene masih kurang

Rekomendasinya :

- a. Lakukan resosialisasi tentang pentingnya kepatuhan petugas dalam Hand Hygiene selama melaksanakan aktifitas di rumah sakit
- b. Lakukan Monitoring dan Evaluasi rutin tentang pelaksanaan Kepatuhan Petugas Dalam Hand Hygiene
- c. Terapkan reward dan punishment

## 9. KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RESIKO CIDERA AKIBAT PASIEN JATUH PADA PASIEN RANAP

### UPAYA PENCEGAHAN RESIKO CIDERA AKIBAT JATUH PADA PASIEN RANAP



Gambar 9. Capaian Indikator Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cidera Akibat Jatuh Pada Pasien Rawat Inap Triwulan III Tahun 2019

Grafik di atas adalah persentase capaian indikator mutu kepatuhan upaya pencegahan resiko cidera akibat jatuh pasien rawat inap pada triwulan III tahun 2019, terlihat grafik menunjukkan pencapaian setiap bulan trendnya cenderung bervariasi. Standar indikator mutu ini 100% sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 87,1%. Pencapaian terbaik adalah pada ruangan Perinatology dan Neurology yaitu 100% dan pencapaian terendah pada ruangan VIP yaitu 58,3%. Belum tercapainya target Indikator ini disebabkan:

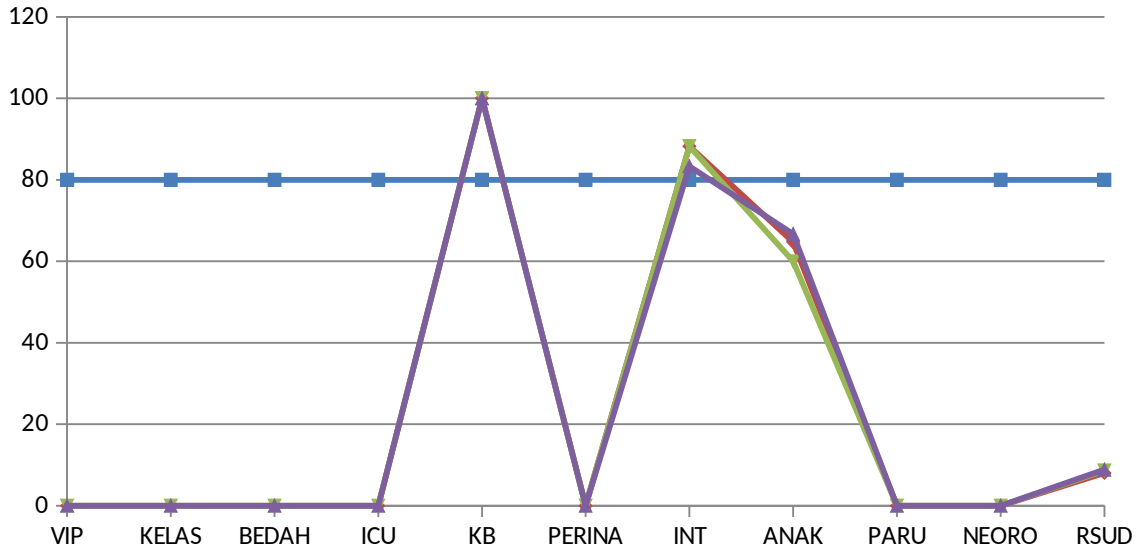
- Pelaksanaan skrining resiko jatuh pada rawat jalan belum optimal karena banyaknya pintu masuk menuju poliklinik
- Belum terlaksananya asesmen ulang resiko jatuh karena belum tersosialisasinya form asesmen ulang resiko jatuh
- Sarana dan prasarana untuk penandaan resiko jatuh masih kurang, karena gelang/stiker resiko jatuh kadang-kadang tidak tersedia

Rekomendasi :

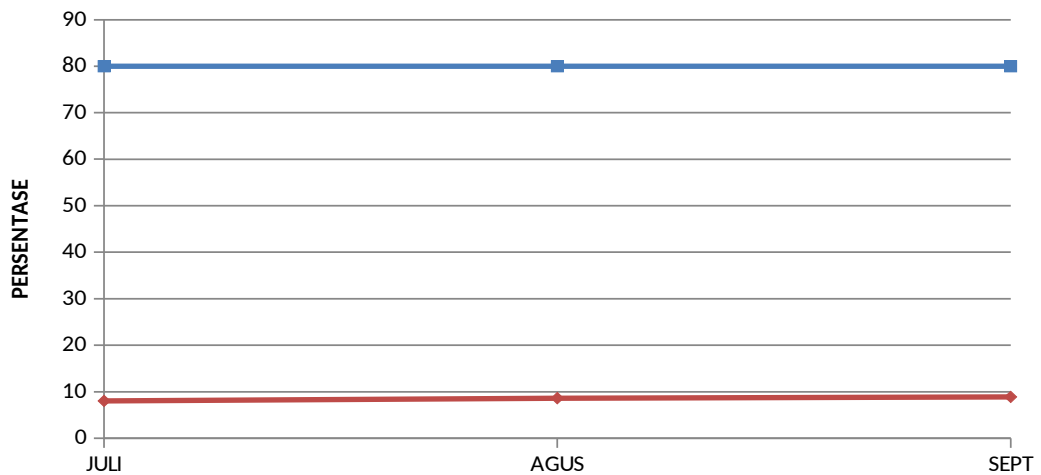
- Lakukan resosialisasi tentang skrining resiko jatuh dan form asesmen ulang resiko jatuh
- Evaluasi ketersediaan gelang/stiker resiko jatuh

10. KEPATUHAN PENGGUNAAN CLINICAL PATHWAY

**KEPATUHAN CLINICAL PATHWAY**



**KEPATUHAN CLINICAL PATHWAY**



Gambar 10. Capaian Indikator Kepatuhan Clinical Pathway

Grafik di atas adalah persentase capaian indikator mutu Kepatuhan Clinical Pathway pada triwulan III tahun 2019, terlihat grafik menunjukkan pencapaian setiap bulan trendnya bervariasi dan banyaknya ruangan yang tidak mencapai standar bernilai 0. Standar indikator mutu ini adalah  $\leq 80\%$ , sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini 8,5% . Capaian tertinggi dan memenuhi standar 100% pada Ruangan Kebidanan sedangkan capaian terendah 0% pada ruangan Vip, Kelas,

Bedah, ICU, Perinatology, Paru, Neuro. Belum tercapainya target indikator mutu ini disebabkan :

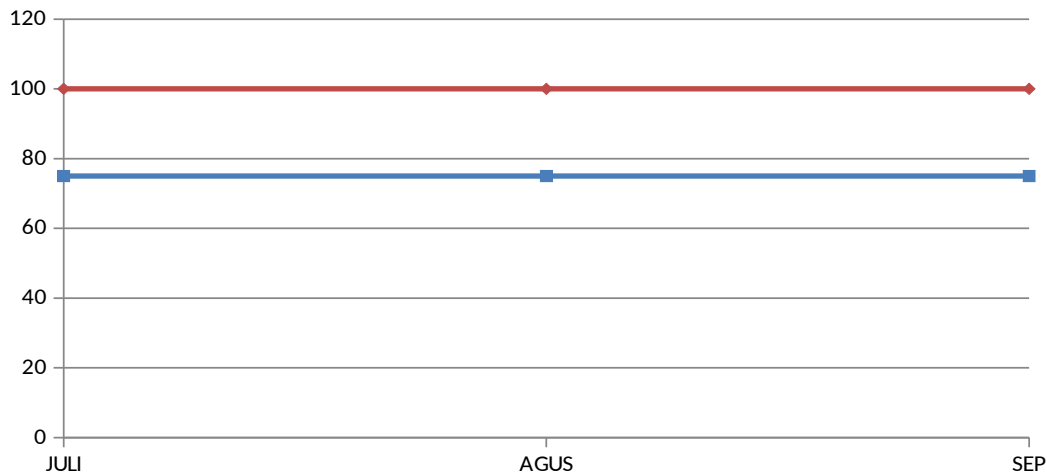
- a. Belum tersosialisasinya dengan baik cara pengisian blangko clinical pathway
- b. Banyaknya variasi blangko clinical pathway, sehingga ada wacana untuk revisi blangko clinical pathway. Akan tetapi revisi belum selesai, blanko lama tidak di jalankan.
- c. Kepatuhan Clinical Pathway belum menjadi budaya dalam memberikan pelayanan kepada pasien

Rekomendasi :

- a. Lakukan revisi blangko clinical pathway
- b. Lakukan sosialisasi cara pengisian blangko clinical pathway
- c. Lakukan resosialisasi secara berkesinambungan tentang kamus indikator kepatuhan Clinical Pathway
- d. Lakukan Monitoring dan evaluasi rutin tentang pelaksanaan kepatuhan Clinical Pathway sehingga menjadi budaya

## 11. KECEPATAN RESPON TERHADAP KOMPLAIN (KRK)

### KECEPATAN RESPON THD KOMPLAIN



Gambar 11. Capaian Indikator kecepatan Respon terhadap komplein (KRK) Triwulan III Tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kecepatan respon terhadap complain pada triwulan III tahun 2019, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 75%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian sudah melebihi standart yang telah ditetapkan

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

## 12. KEMATIAN IBU



Gambar 12. Capaian Indikator Angka Kematian Ibu Triwulan III Tahun 2019

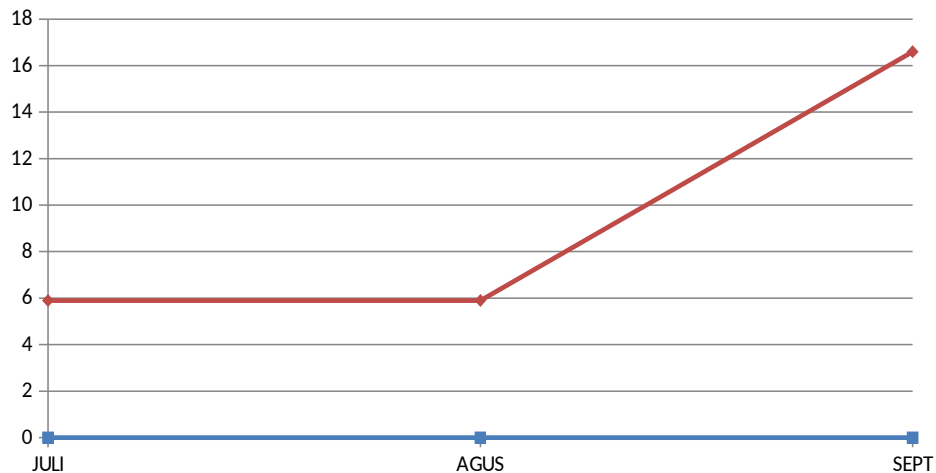
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu angka kematian ibu pada triwulan III tahun 2019, trendnya cenderung stabil.

Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standart yang telah ditetapkan

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

### 13. KEMATIAN BAYI

#### ANGKA KEMATIAN BAYI



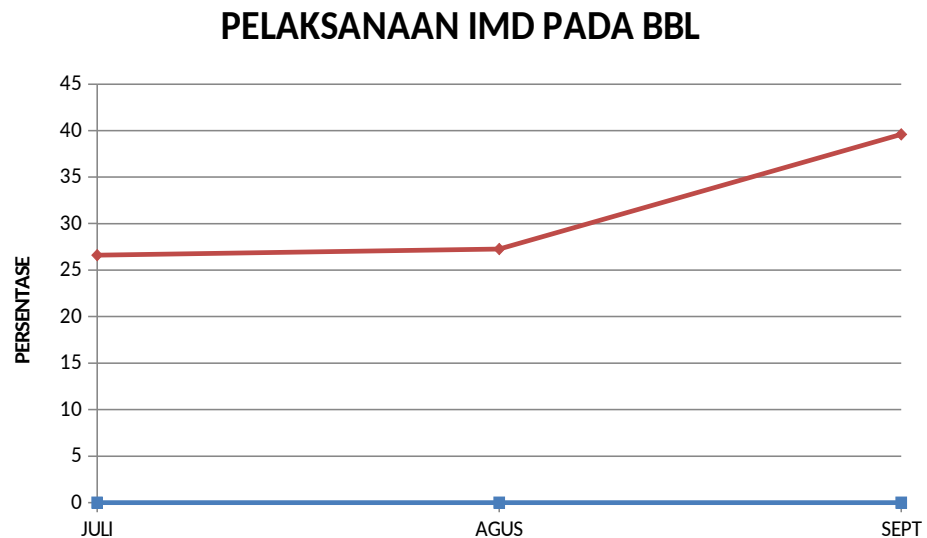
Gambar 13. Angka Kematian Bayi Triwulan III tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu angka kematian bayi pada triwulan III tahun 2019, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 9,4%. Capaian belum mencapai standart yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator ini dapat disebabkan oleh beberapa factor :

Rekomendasi :

Lakukan evaluasi dengan pihak terkait tentang indicator mutu kematian bayi.

#### 14. PELAKSANAAN INISIASI MENYUSU DINI (IMD) PADA BAYI BARU LAHIR (BBL)



Gambar 14. Capaian Indikator Pelaksaan IMD pada BBL Triwulan III Tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kejadian tidak dilaksanakan inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir pada triwulan III tahun 2019, trendnya cenderung Meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 0.5%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 31.3%. Pencapaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

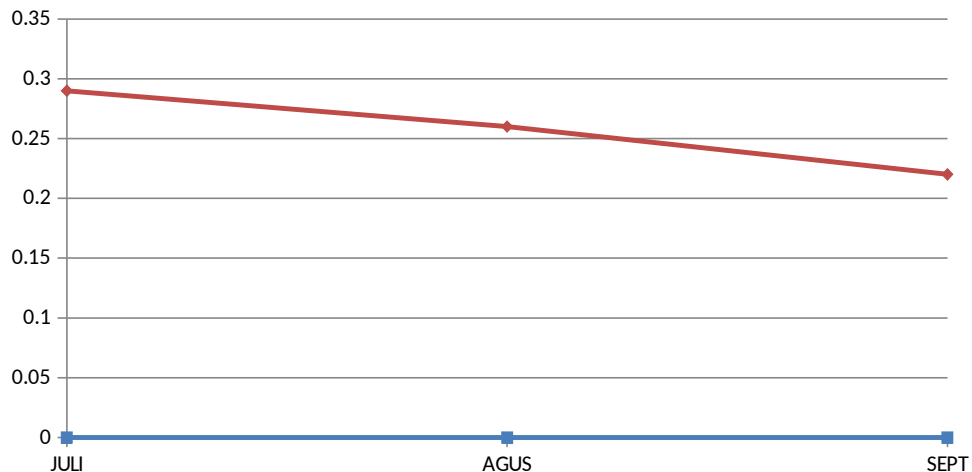
- a. Ibu yang melahirkan di RSUD M. Zein painan umumnya ibu yang berisiko, sehingga bayi yang dilahirkan kurang bagus sehingga tidak bisa dilakukan IMD
- b. Budaya kerja yang selalu melakukan pemeriksaan fisik bayi dan pemberian inj pada baru lahir, sehingga menunda pelaksanaan IMD
- c. Sikap ibu bersalin yang kurang kooperatif, sehingga pelaksanaan IMD tidak berjalan lancar
- d. Kurangnya pemahaman terhadap indicator kamus indicator kejadian tidak dilaksanakan inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir

Rekomendasi :

- a. Lakukan resosialisasi pelaksanaan IMD pada bayi baru lahir
- b. Berikan edukasi kepada ibu bersalin tentang pelaksanaan IMD

## 15. KETERLAMBATAN OPERASI SECTIO SECARIA (SC) DALAM WAKTU 30 MENIT

### KETERLAMBATAN PELAKSANAAN SC



Gambar 15. Keterlambatan Operasi Sectio Secaria (SC) Dalam Waktu 30 menit Triwulan III Tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu keterlambatan operasi sectio secaria (SC) pada triwulan III tahun 2019, trendnya cenderung bervariasi. Standart indikator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 0,52%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

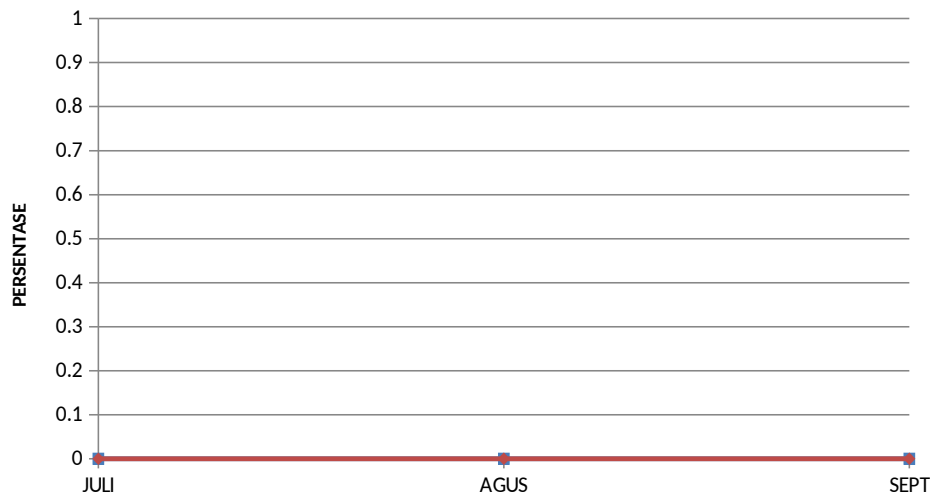
- a. Instruksi sectio secaria dikeluarkan sebelum hasil laboratorium keluar, sehingga membutuhkan waktu 30 mnt untuk menunggu hasil labor keluar
- b. Persipan untuk sectio secaria membutuhkan waktu lama
- c. Kurangnya pemahaman tentang kamus indikator keterlambatan operasi secti secaria dalam waktu 30 menit
- d. Tidak adanya pendaftaran pasien IGD di ruang IGD sehingga memerlukan waktu lama untuk pengurusan administrasi
- e. Petugas brankar tidak standby di IGD

Rekomendasi :

- a. Resosialisasi kembali kamus indikator keterlambatan operasi sectio secaria dalam waktu 30 menit
- b. Evaluasi tentang kebijakan indikator keterlambatan operasi sectio secaria dalam waktu 30 menit dengan teams PONEK
- c. Pemindahan tempat pendaftaran khusus IGD ke IGD

## 16. KETERLAMBATAN PENYEDIAAN DARAH

### KETERLAMBATAN KETERSEDIAAN DARAH



Grafik 16. Capaian indikator mutu keterlambatan kesediaan darah pada triwulan III Tahun 2019

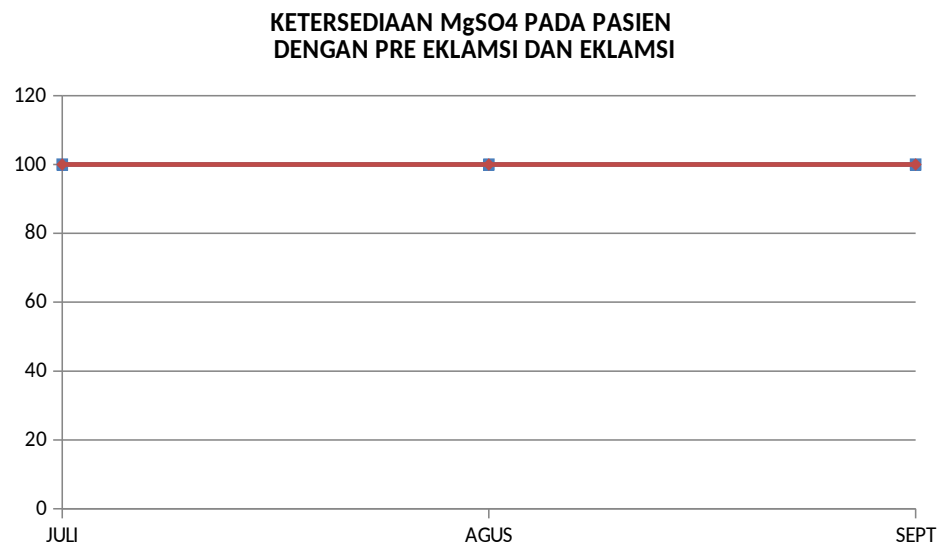
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu keterlambatan ketersediaan darah dalam waktu 60 menit pada triwulan III tahun 2019, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 25,8%. Capaian belum mencapai standart yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

- a. Ketersediaan darah sesuai permintaan yang tidak tersedia di UTDRS
- b. Pola pikir masyarakat yang masih takut untuk donor darah

Rekomendasi :

- a. Sosialisasi ke masyarakat tentang donor darah
- b. Evaluasi tentang ketersediaan stok dan jumlah permintaan yang bersifat emergency

## 17. PEMBERIAN OBAT MgSO<sub>4</sub> PADA PASIEN DENGAN PRE EKLAMSI DAN EKLAMSI



Gambar 17. Capaian Indikator Pemberian Obat MgSO<sub>4</sub> pada Pasien Dengan Pre Eklamsia dan Eklamsi Triwulan III Tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu ketersediaan MgSO<sub>4</sub> di ruang kebidanan pada triwulan III tahun 2019, trendnya cenderung stabil. Standart indikator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 100%. Capaian sudah mencapai standart yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

## 18. KEPATUHAN PEMASANGAN GELANG IDENTITAS PASIEN PADA PASIEN PONEK DI IGD

KEPATUHAN PEMASANGAN GELANG IDENTIFIKASI PASIEN PADA PASIEN PONEK DI UNIT IGD TAHUN 2019

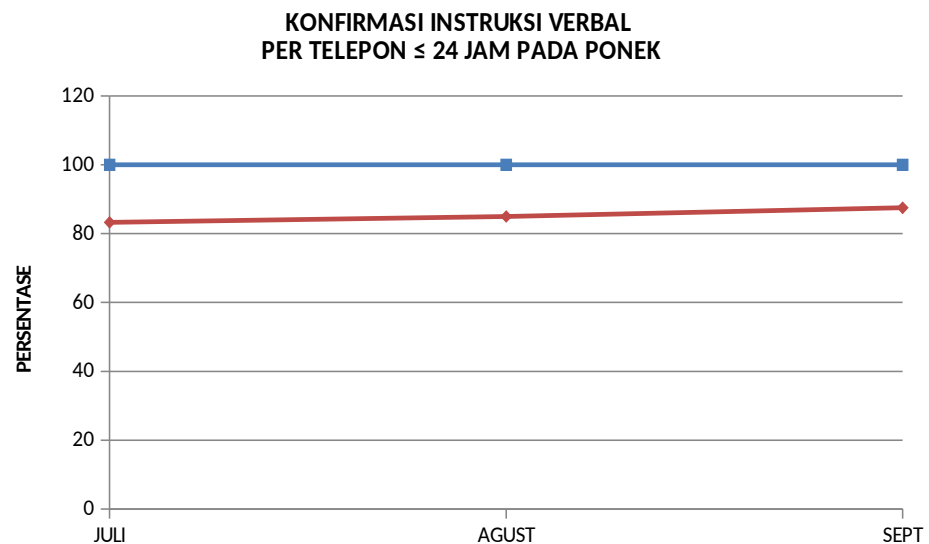


Gambar 18. Capaian Indikator Kepatuhan Pemasangan gelang identifikasi pasien pada pasien ponek di igd Triwulan III Tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien pada pasien PONEK di IGD pada triwulan III tahun 2019, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian sudah mencapai standart yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

## 19. KONFIRMASI INSTRUKSI VERBAL PER TELEPON ≤24 JAM PADA PONEK



Gambar 19. Capaian Indikator konfirmasi instruksi verbal per telepon ≤24 jam pada PONEK

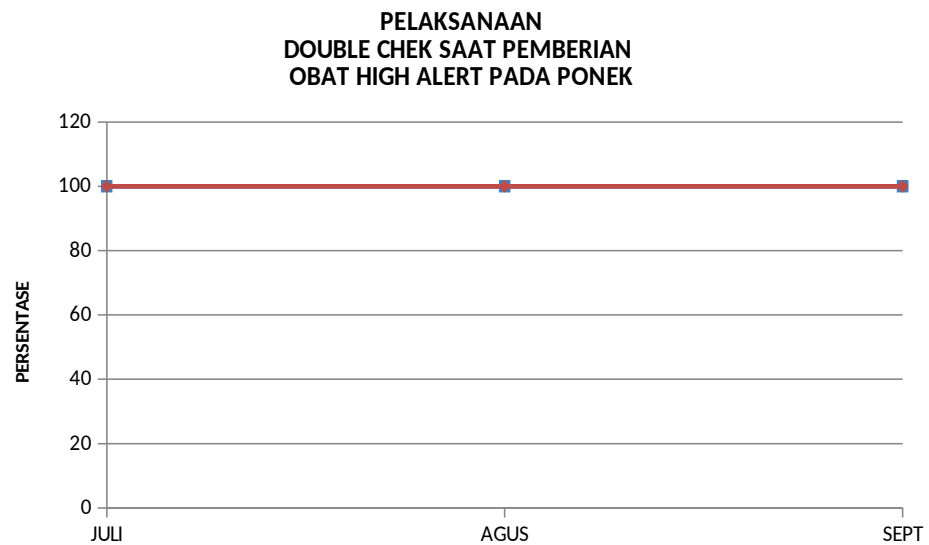
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu konfirmasi instruksi verbal per telepon ≤24 jam pada pasien PONEK pada triwulan III tahun 2019, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 85,2%. Capaian belum mencapai standart yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

- a. Belum semua DPJP melakukan visite tepat waktu, terutama pada hari minggu dan hari libur nasional
- b. Kurangnya pemahaman tentang kamus indicator mutu konfirmasi instruksi verbal per telepon ≤24 jam pada pasien PONEK

Rekomendasi :

- a. Resosialisasi tentang kamus indicator mutu konfirmasi instruksi verbal per telepon ≤24 jam pada pasien PONEK

## 20. PELAKSANAAN DOUBLE CHEK SAAT PEMBERIAN OBAT HIGT ALERT



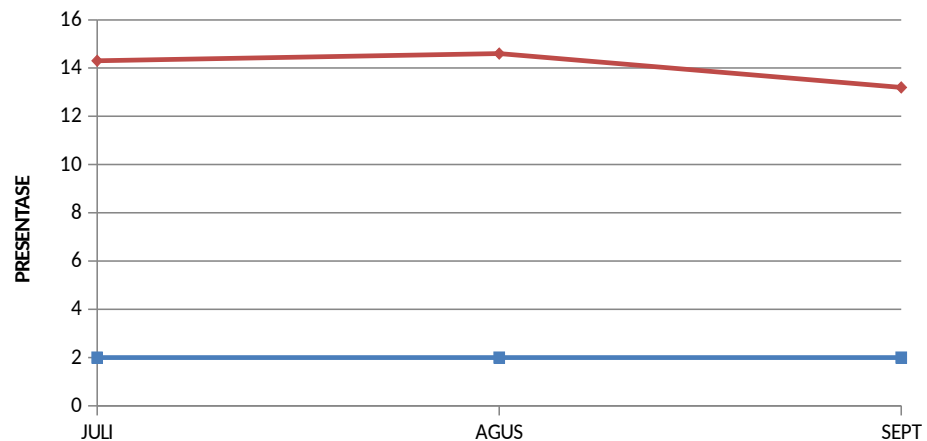
Gambar 20. Capaian Indikator Pelaksanaan Double Chek saat pemberian obat High Alert pada PONEK Triwulan III Tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan pelaksanaan double chek saat pemberian obat higt alert pada triwulan IV tahun 2019, trendnya cendrung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian sudah mencapai standart yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

## 21. KEJADIAN TIDAK DILAKUKAN PENANDAAN LOKASI OPERASI PADA PASIEN PONEK

KEJADIAN TIDAK DILAKUKAN PENANDAAN LOKASI OPERASI PADA PASIEN PONEK  
RSUD dr. M ZEIN PAINAN  
BULAN JULI sd SEP 2019



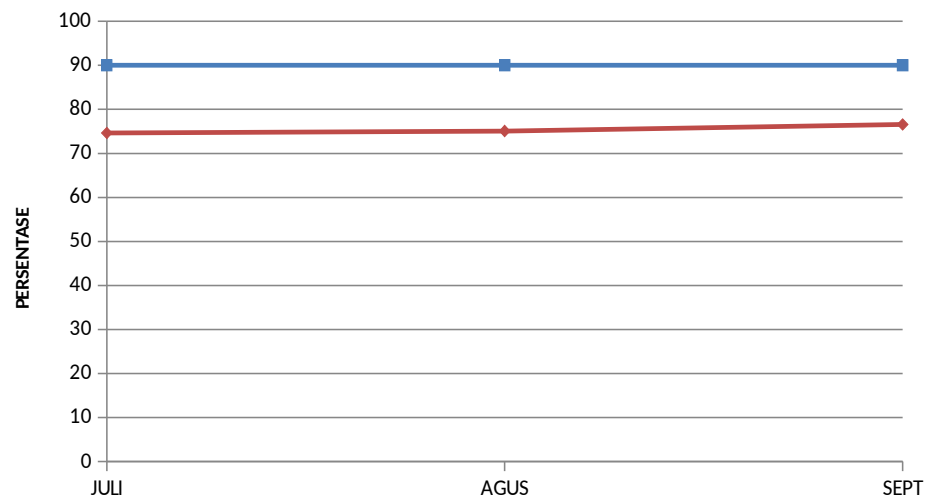
Gambar 21. Capaian Indikator Kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi pada pasien ponek Triwulan III Tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi pasien ponek pada triwulan III tahun 2019, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 2%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 14,03%. Capaian pada triwulan III tahun 2019 sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

## 22. KEPATUHAN PETUGAS CUCI TANGAN

KEPATUHAN PETUGAS DALAM HAND HYGIENE



Gambar 22. Capaian Indikator Mutu Kepatuhan Petugas Cuci Tangan Triwulan III Tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan cuci tangan pada triwulan III tahun 2019, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 90%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 75.43%. pencapaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

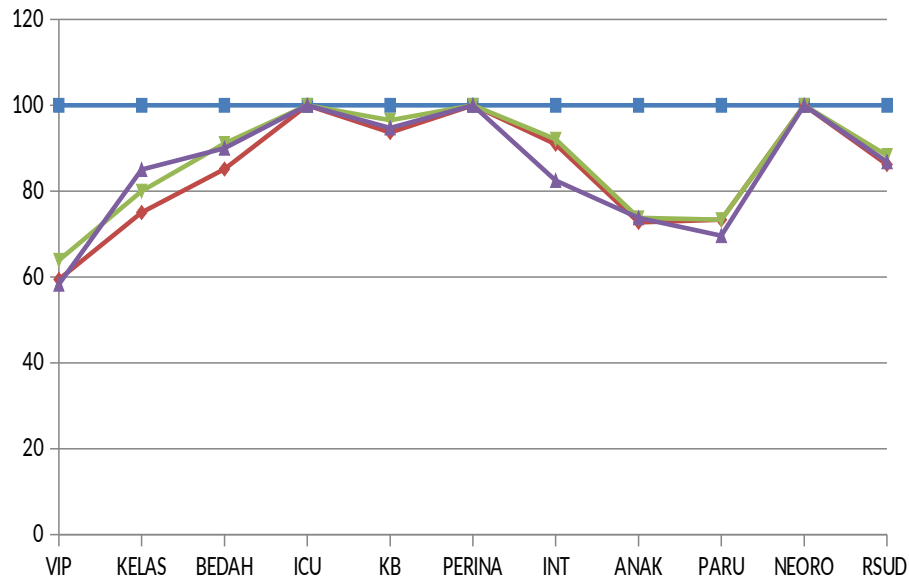
- b. Sikap petugas yang masih merasa bahwa kewajiban melakukan cuci tangan secara five moment bukanlah suatu kewajiban
- c. Sikap petugas yang belum disiplin dalam melaksanakan 6 langkah cuci tangan
- d. Sarana dan pra sarana yang tidak memadai, menjelang akhir tahun beberapa kebutuhan untuk fasilitas kebersihan tangan kadang-kadang tidak tersedia, seperti tissue dan cairan pembersih tangan.

Rekomendasi :

- a. Lakukan resosialisasi tentang pentingnya kepatuhan petugas dalam melakukan cuci tangan selama melaksanakan aktifitas di rumah sakit
- b. Lakukan pengawasan dan monitoring terhadap penerapan dilapangan
- c. Terapkan reward dan punishment

## 23. KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RESIKO CEDERA AKIBAT KEJADIAN PASIEN JATUH

### UPAYA PENCEGAHAN RESIKO CIDERA AKIBAT JATUH PADA P



Gambar 23. Kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat kejadian pasien jatuh triwulan III tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh pada triwulan III tahun 2019, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 86.7%. Capaian yang sudah mencapai standart adalah ruang rawat inap perinatologi, ICU dan neorologi yaitu 100%, sedangkan capaian yang jauh dari standart adalah ruang VIP yaitu 58,3%. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

- Pelaksanaan skrining resiko jatuh pada rawat jalan belum optimal karena banyaknya pintu masuk menuju poliklinik
- Belum terlaksananya asesmen ulang resiko jatuh karena belum tersosialisasinya form asesmen ulang resiko jatuh
- Sarana dan prasarana untuk penandaan resiko jatuh masih kurang, karena gelang/stiker resiko jatuh kadang-kadang tidak tersedia

Rekomendasi :

- a. Lakukan resosialisasi tentang skrining resiko jatuh dan form asesmen ulang resiko jatuh

## 24. KEJADIAN TIDAK DILAKUKAN PENANDAAN LOKASI OPERASI



Gambar 24. Capaian Indikator Kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi Triwulan III Tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi pada triwulan III tahun 2019, trendnya cenderung menurun. Standart indicator mutu ini adalah 2%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 14.03%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh:

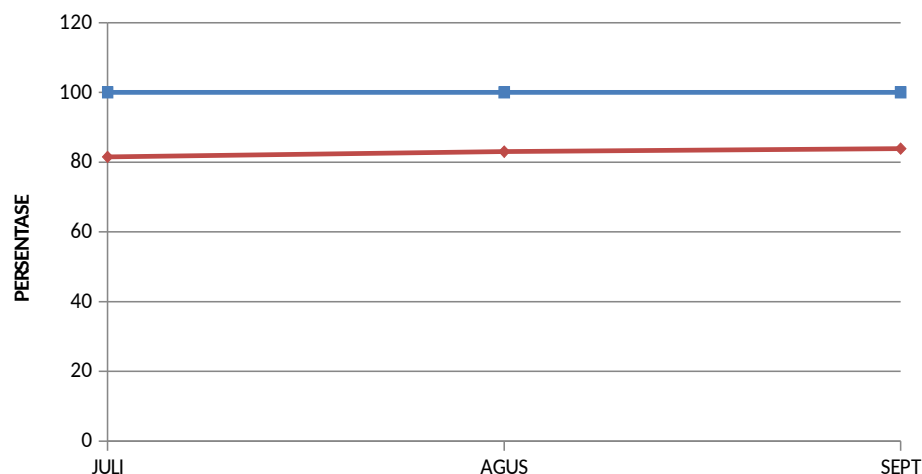
- a. Belum menjadi budaya melakukan penandaan lokasi operasi dalam memberikan pelayanan ke pada pasien
- b. Belum tersosialisainya SPO penandaan lokasi operasi

Rekomendasi :

- a. Resosialisasi SPO penandaan lokasi operasi
- b. Lakukan evaluasi terhadap pelaksanaan dilapangan

## 25. KELENGKAPAN PENGISIAN FORMAT SURGICAL SAFETY CHECK LIST

### PELAKSANAAN SURGICAL SAFETY CHEKLIST



Gambar 25. Capaian Indikator Kelengkapan Pengisian Format Surgical Safety Check List Triwulan III Tahun 2019

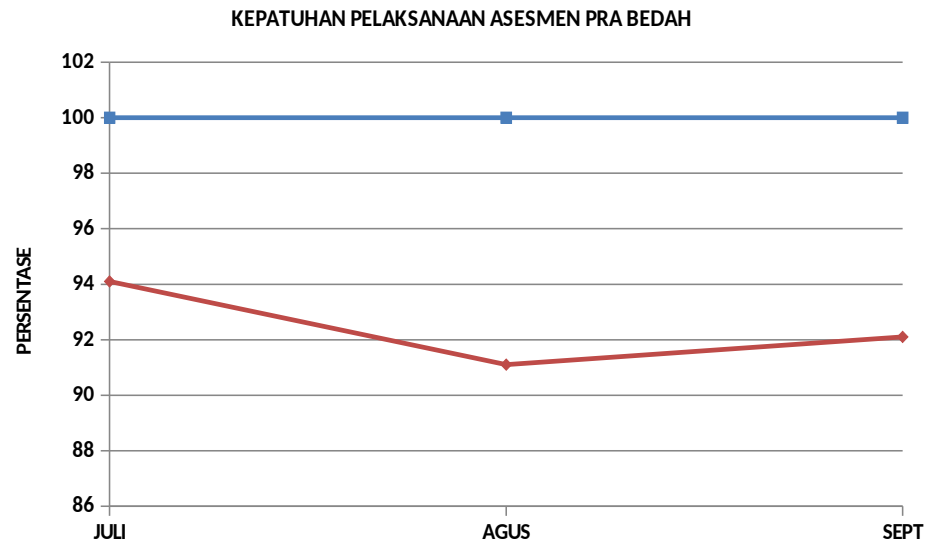
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan pelaksanaan asesmen pra bedah pada triwulan III tahun 2019, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 82,8%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh:

- b. Komitmen yang belum adekuat dari DPJP untuk melengkapi asesmen pra bedah

Rekomendasi :

- a. Resosialisasi tentang pentingnya pelaksanaan asesmen pra bedah dan minta komitmen dari DPJP
- b. Lakukan evaluasi tentang pelaksanaan dilapangan

## 26. KEPATUHAN PELAKSANAAN ASESMEN PRA BEDAH



Gambar 2. 56 Capaian Indikator Kepatuhan Pelaksanaan Asesmen Pra Bedah Triwulan III Tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan pelaksanaan asesmen pra bedah pada triwulan III tahun 2019, trendnya cenderung variasi. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 92.43%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh:

- a. Komitmen yang belum adekuat dari seluruh staf medis dalam melengkapi asesmen

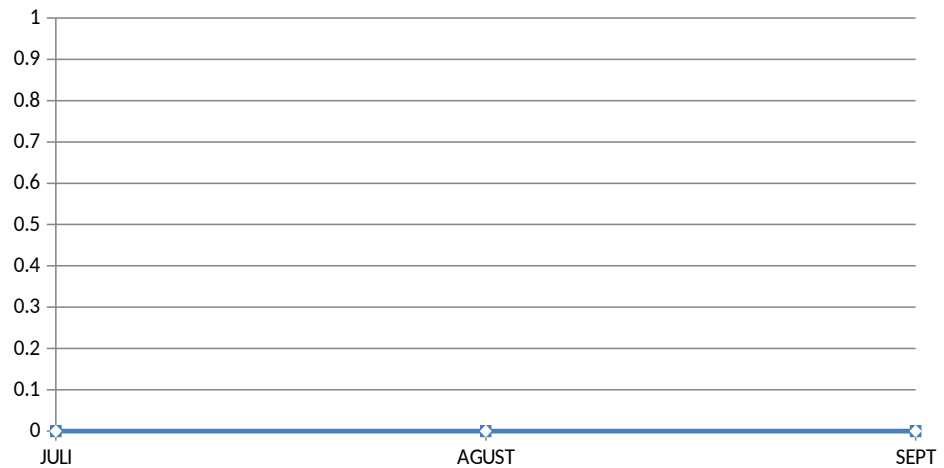
Rekomendasi :

- a. Resosialisasi tentang pentingnya pelaksanaan asesmen pra anastesi/prasedasi dan minta komitmen dari DPJP
- b. Lakukan evaluasi tentang pelaksanaan dilapangan

:

## 27. DISKREPANSI DIAGNOSE PRE DAN POST OPERASI

### PEMANTAUAN DISKREPANSI DIAGNOSIS PRE DAN POST OPERASI



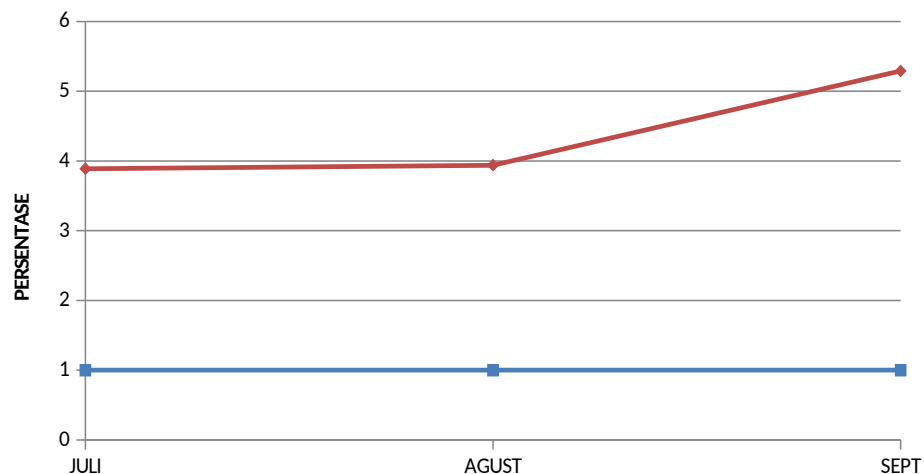
Gambar 27. Capaian Indikator Diskrepansi diagnose pre dan post operasi Triwulan III Tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu diskrepansi diagnose pre dan post operasi pada triwulan III tahun 2019, trendnya cenderung mencapai standar. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

## 28. KETIDAKLENGKAPAN PELAKSANAAN ASESMEN PRA ANASTESI DAN PRA SEDASI

### PELAKSANAAN ASESMEN PRA ANESTESI DAN PRA SEDASI



Gambar 28. Capaian Indikator Ketidaklengkapan pelaksanaan asesmen pra anastesi dan pra sedasi Triwulan III Tahun 2019

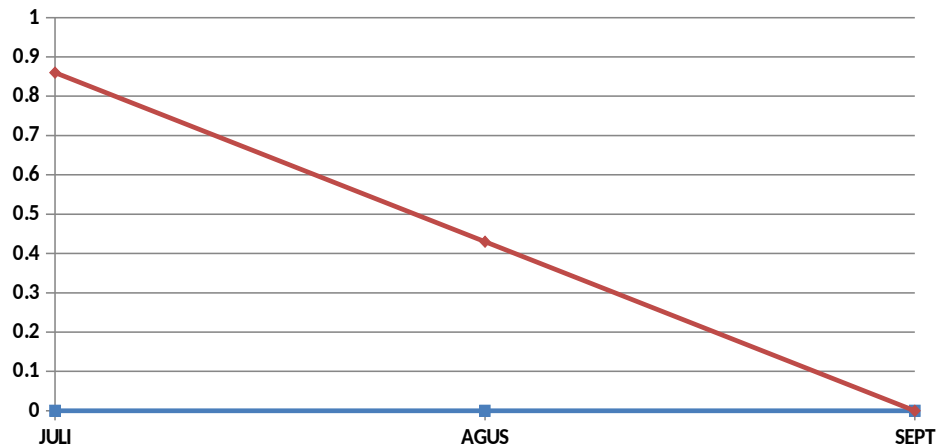
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketidaklengkapan pelaksanaan asesmen pra anastesi dan pra sedasi pada triwulan III tahun 2019, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 1%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 4,37%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh beberapa hal: Komitmen yang belum adekuat dari seluruh staf medis dalam melengkapi asesmen

Rekomendasi :

- a. Resosialisasi tentang pentingnya pelaksanaan asesmen pra anastesi/pra sedasi dan minta komitmen dari DPJP
- b. Lakukan evaluasi tentang pelaksanaan dilapangan

## 29. KETIDAKLENGKAPAN MONITORING DAN EVALUASI PASCA PEMULIHAN PASCA ANASTESI DAN SEDASI

KETIDAKLENGKAPAN MONITORING & EVALUASI PASCA PEMULIHAN PASCA ANESTESI DAN SEDASI  
RSUD dr M ZEIN PAINAN  
BULAN JULI sd SEPTEMBER 2019



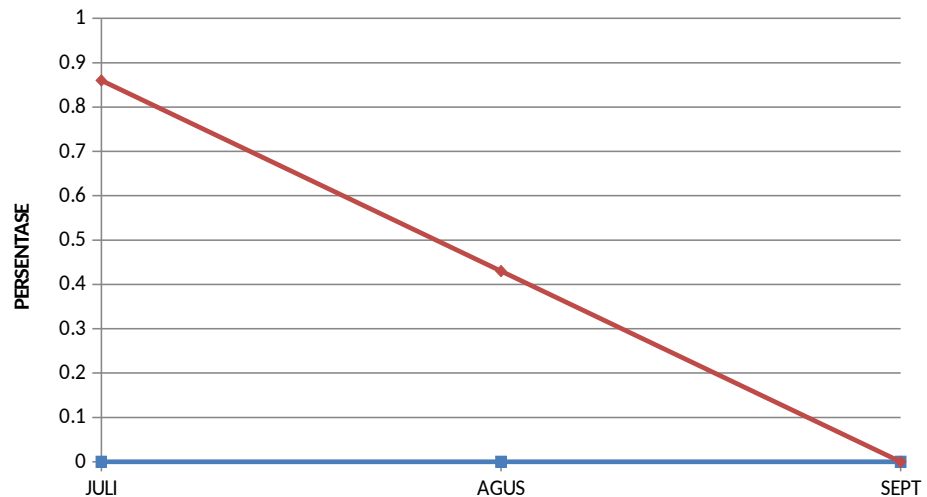
Gambar 29. Ketidakhadiran monitoring dan evaluasi pasca pemulihan pasca anestesi dan sedasi triwulan III tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketidakhadiran monitoring dan evaluasi proses pemulihan pasca anestesi dan sedasi pada triwulan III tahun 2019, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0.43%. Pada bulan juli dan agus Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan namun dibulan september sudah mencapai standart. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh kurangnya tenaga anestesi

Rekomendasi : Evaluasi ketenagaan dan beban kerja petugas

### 30. KETIDAKLENGKAPAN MONITORING DAN EVALUASI KONVERSI TINDAKAN DARI LOKAL/REGIONAL KEGENERAL ANASTESI

CAPAIAN INDIKATOR MONITORING DAN EVALUASI KONVERSI TINDAKAN DARI LOKAL/ REGIONAL KEGE



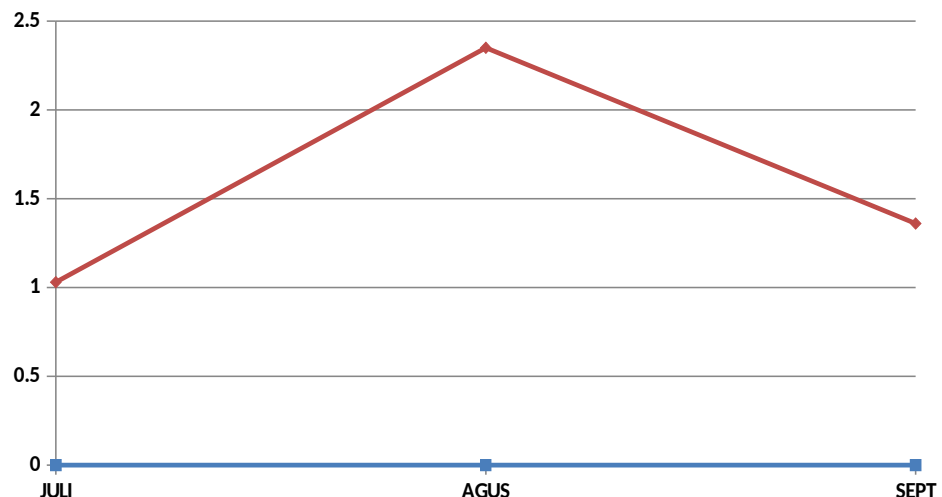
Gambar 30. Capaian Indikator Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi konversi tindakan lokal/regional kegeneral anastesi Triwulan III Tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi konversi tindakan dari local/regional kegeneral anastesi pada triwulan III tahun 2019, trendnya cenderung menurun mencapai standar. Standar indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0,43%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh beberapa faktor

Rekomendasi : lakukan evaluasi dengan pihak terkait tentang indicator mutu ini

### 31. KETIDAKLENGKAPAN MONITORING DAN EVALUASI STATUS FISIOLOGIS SELAMA ANASTESI DAN SEDASI

KETIDAKLENGKAPAN MONITORING & STATUS FISIOLOGI ANESTESI DAN SEDASI

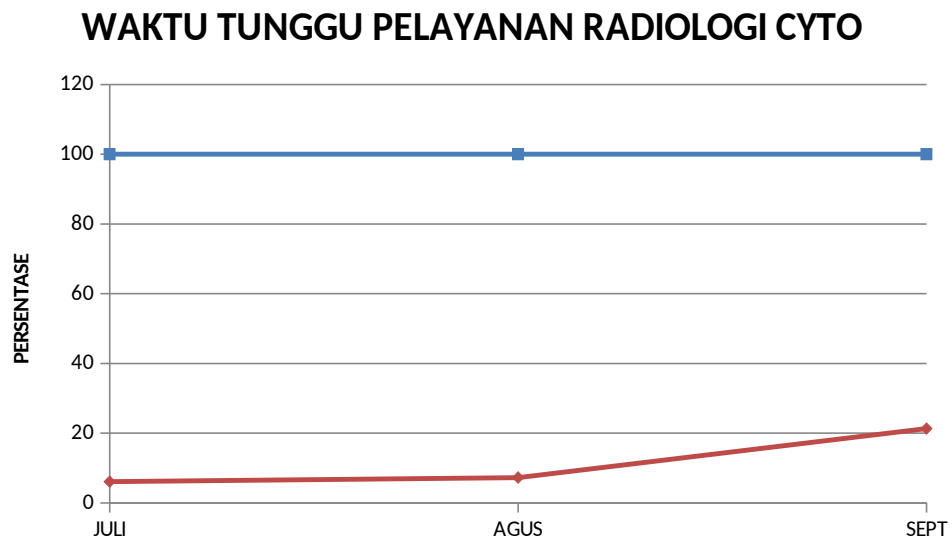


Gambar 31. Capaian Indikator Ketidaklengkapan Monitoring dan status fisiologis anestesi dan sedasi triwulan III Tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi status fisiologis selama anastesi dan sedasi pada triwulan III tahun 2019, trendnya cenderung bervariasi. Standar indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 1.58%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan.

Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh beberapa faktor  
Rekomendasi : lakukan evaluasi dengan pihak terkait tentang indicator mutu ini

### 32. WAKTU TUNGGU PELAYANAN RADIOLOGI



Gambar 32. Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi Triwulan III tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu waktu tunggu pelayanan radiologi pada triwulan III tahun 2019, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 11,5%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh Dokter radiologi masih reveral, jadwal 1 kali seminggu setiap hari kamis.

33. KONFIRMASI SBAR SAAT SERAH TERIMA ANTAR SHIF

34. PRESENTASI KEBERSIHAN RUANGAN TERHADAP KINERJA CLENING  
SERVICE DI UNIT KERJA RSUD Dr. M ZEIN PAINAN

### **BAB III**

### **PENUTUP**

Data peningkatan mutu dan keselamatan pasien merupakan capaian yang didapatkan oleh RSUD Dr. Muhammad Zein Painan Triwulan III Tahun 2019. Peningkatan mutu harus dilakukan secara terus menerus dan berkesinambungan agar mutu dan keselamatan pasien dapat menjadi budaya yang selalu diterapkan oleh setiap individu di rumah sakit.