

# LAPORAN

---

## PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP) TRIWULAN IV 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 IV 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 IV 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 IV Tahun 2019 RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

Painan, 14 Januari 2019

Direktur



Dr. H. Sutarman, 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 IV 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 IV 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 IV Tahun 2019 RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

Painan ,14 Januari 2019  
Direktur

Dr. H. Sutarman, MM  
NIP.196907092001121001

<b>DAFTAR ISI</b> .....	i
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan.....	2
1. Tujuan Umum.....	2
2. Tujuan Khusus .....	2
<b>BAB II HASIL KEGIATAN DAN ANALISA DATA</b> .....	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. Ketidak Lengkapan Pelaksanaan Asesmen Pra Anastesi Dan Pra Sedasi....	37

29.	KetidakLengkapan Monitoring Dan Evaluasi Pasca Pemulihan Pasca Anestesi 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</b>	<b>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 kewajaran 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 di rumah 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.

## B. Tujuan

### 1. TujuanUmum

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

### 2. TujuanKhusus

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

## BAB II HASIL KEGIATAN DAN ANALISA

### A. INDIKATOR MUTU

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/I/2019 tentang Penetapan Indikator Mutu dan Kamus Indikator RSUD Dr Muhammad Zein Painan, telah ditetapkan untuk dilaksanakan dan dievaluasi indikator mutu rumah sakit, sebagai berikut:

**Tabel 2.1**  
**Daftar Indikator Mutu Rumah Sakit**

N O	KODE	INDIKATOR MUTU
<b>A</b>	<b>IMN</b>	<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>B</b>	<b>IMP</b>	<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
<b>C</b>	<b>IYDB</b>	<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	Diskrepasi 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
<b>D</b>	<b>IMPYK</b>	<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 IV 2019 (DATA OKTOBER-DESEMBER 2019)

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

**Tabel 2.2**  
**Capaian Indikator Mutu Nasional Triwulan IV Tahun 2019**

No	Nama indikator	kode	Stan dar	Capaian			Ket
				Okt	Nov	Des	
1	Kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien	IMN01	100 %	69,9	67,1	69,1	
2	Emergency Respon Time	IMN02	100 %	100	100	100	
3	Waktu tunggu rawat jalan	IMN03	≤60 menit	165	122	134	
4	Penundaan operasi elektif	IMN04	<5%	1,41	2,24	3,45	
5	Ketepatan jam visite dokter spesialis	IMN05	≥80 %	73	84	85	
6	Waktu pelaporan nilai kritis laboratorium	IMN06	100 %	100	100	100	
7	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	IMN07	≥80 %	89	88	88	
8	Kepatuhan cuci tangan	IMN08	≥85 %	76,93	77,14	77,3	
9	Pencegahan cedera akibat pasien jatuh	IMN09	100 %	87,9	87	85	
10	Kepatuhan penggunaan clinical pathway	IMN10	80%	<b>93,3</b>	<b>89,1</b>	<b>64</b>	
11	Kepuasan pasien	IMN11	≥80 %				
12	Kecepatan respon terhadap complain (KRK)	IMN12	>75 %				

**Tabel 2.3**  
**Capaian Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit Triwulan IV Tahun 2019**

NO	NAMA INDIKATOR	KODE	STAND AR	CAPAIAN			KET.
				Okt	Nov	Des	
1	Kematian Ibu	IMP-PONEK01	0%	0	0	0	
2	Kematian Bayi	IMP-PONEK02	0%	7,7	13,5	9,8	
3	Kejadian tidak dilakukan inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir	IMP-PONEK03	0,5%	15.8	20	15.6	
4	Keterlambatan operasi sectio secaria (SC) dalam waktu 30 menit	IMP-PONEK04	0%	15.8	20	15.6	
5	KeterlambatanKeterse diaan darah	IMP-PONEK05	0%	15,8	20,0	15,6	

6	Ketersediaan obat MgSO4 di bangsal kebidanan	IMP-IAM01	100%	100	100	100
7	Kepuasan Pelanggan (KP)	IMP-IMN02	80%			
8	Kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien pada pasien PONEK di IGD	IMP-ISKP01	100%	100	100	100
9	Konfirmasi instruksi verbal per telepon ≤24 jam pada PONEK	IMP-SKP02	100%	86,6	88,2	90,4
10	Pelaksanaan Double Chek saat pemberian obat Higt Alert	IMP-SKP03	100%	100	100	100
11	Kejadian Tidak Dilakukan Penandaan lokasi operasi	IMP-ISKP04	2%	77,7 7	100	100
12	Kepatuhan cuci tangan	IMP-IMN08	≥85%	76.9 3	77.1 4	77.3
13	Kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat kejadian pasien jatuh	IMP-ISKP06	0%	94	94,7	93,6

**Tabel 2.4**  
**Capaian Indikator Mutu Yang Dipersyaratkan BABTriwulan IV Tahun 2019**

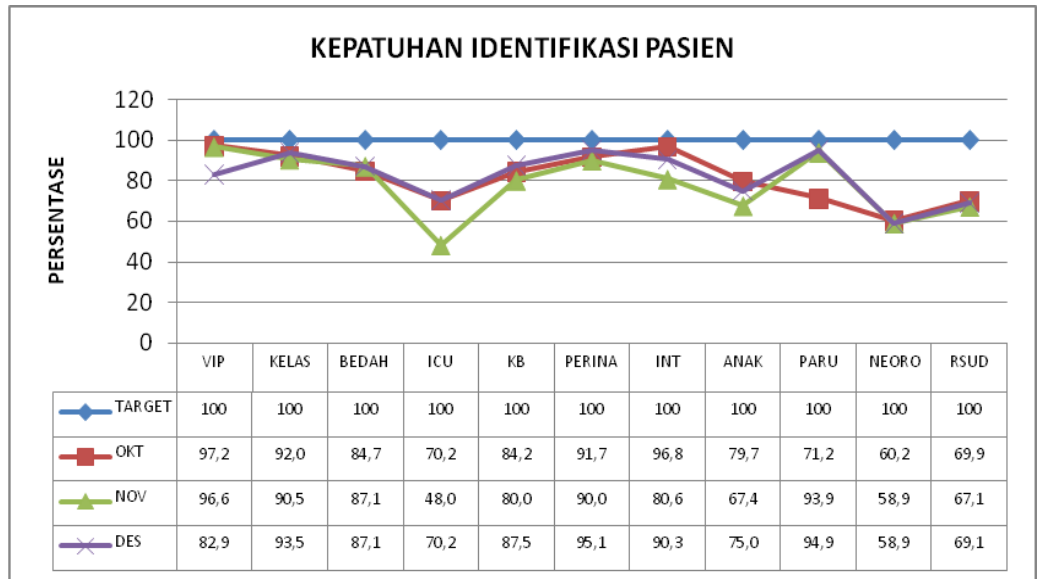
No	Nama indikator	Kode	Standar	Capaian			Ket
				okt	Nov	des	
1	Kelengkapan pengisian format surgical check list	IYDB-PAB01	100 %	85.3	88.3	90.2	
2	Kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi	IYDB-PAB02	0%	13.2	12.8	12.1	
3	Pelaksanaan asesman pra bedah	IYDB-PAB03	100 %	85.3	84.1	93	
4	Diskrepansi diagnose pre dan post operasi	IYDB-PAB04	0%	0.37	0	0	
5	Ketidakkelengkapan pelaksanaan asesmen pra anastesi pra sedasi	IYDB-PAB05	0%	5.02	5.29	5.82	
6	Ketidakkelengkapan monitoring dan evaluasi pasca pemulihan pasca anastesi dan sedasi	IYDB-PAB06	0%	1.82	1.76	1.03	
7	Ketidakkelengkapan monitoring dan evaluasi tindakan konversi dari local/regional kegeneral anastesi	IYDB-PAB07	0%	1.82	1.76	1.03	
8	Ketidakkelengkapan monitoring dan evaluasi status fisiologis selama anastesi dan sedasi	IYDB-PAB08	0%	1.58	1.75	2.07	
9	Waktu tunggu pelayanan radiologi	IYDB09	≤15	17	11.9	17.9	

			mnt				
10	Konfirmasi SBAR saat serah terima antar shift	IYDB-SKP02	100%				
11	Permintaan produk darah yang tidak terpakai	IYDB10	10%	46.9	26.3	20.4	

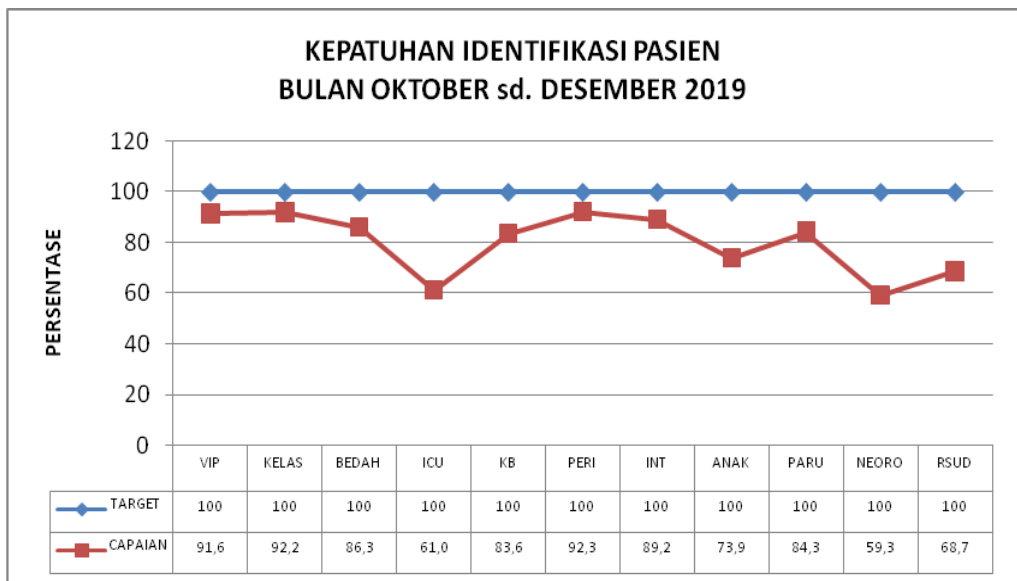
**Tabel 2.5**  
**Capaian Indikator Mutu Yang Dikontrakan Rumah Sakit Triwulan IV Tahun 2019**

No	Nama indikator	kode	Standar	Capaian			Ket
				okt	Nov	Des	
1	Presentasi kebersihan ruangan terhadap kinerja clening service diunit kerja RSUD Dr. M. Zein painan	IMPYK	≥85%				

**C. ANALISA DATA INDIKATOR MUTU TRIWULAN III TAHUN 2019**  
**1. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN IDENTIFIKASI PASIEN**



Gambar 2.1 Kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien berdasarkan ruang rawat inap triwulan IV tahun 2019



Gambar 2.2 Kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien berdasarkan rata-rata capaian dalam 3 bulan ruang rawat inap

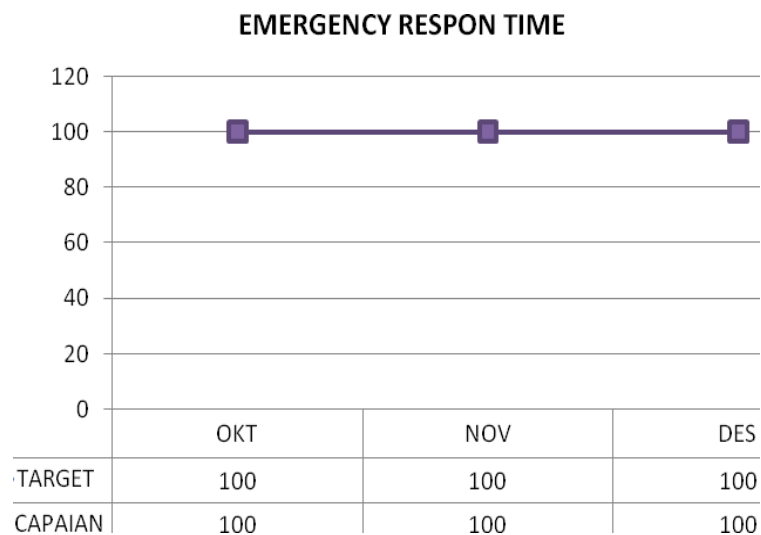
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien pada triwulan IV tahun 2019, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 68.7%. Capaian yang hampir mendekati standart adalah ruang VIP yaitu 91.6%, sedangkan capaian yang jauh dari standart adalah ruang ICU yaitu 61.0%. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

- 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 indicator kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien masih kurang

Rekomendasi :

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

### 1. EMERGENCY RESPON TIME

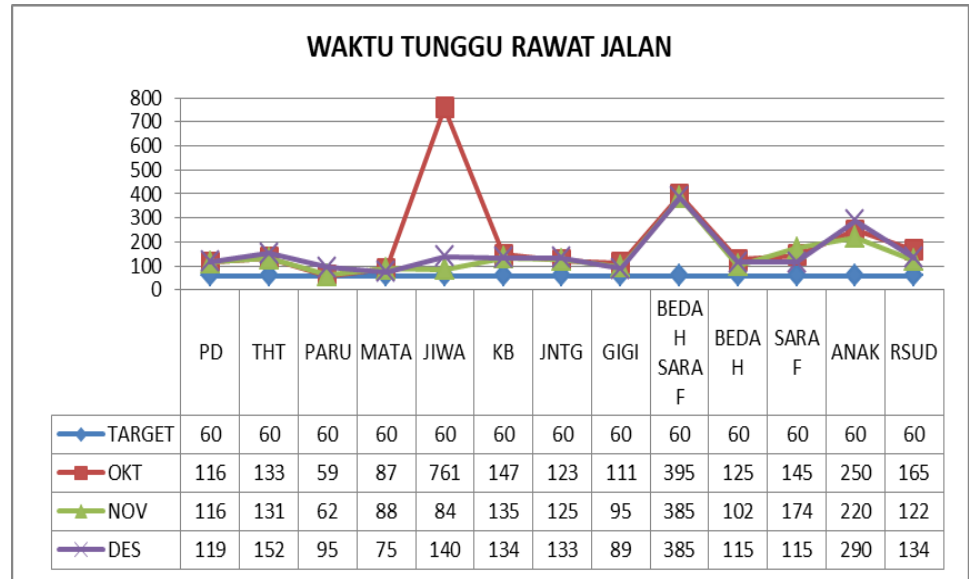


Gambar 2.3 emergency respon time triwulan IV tahun 2019

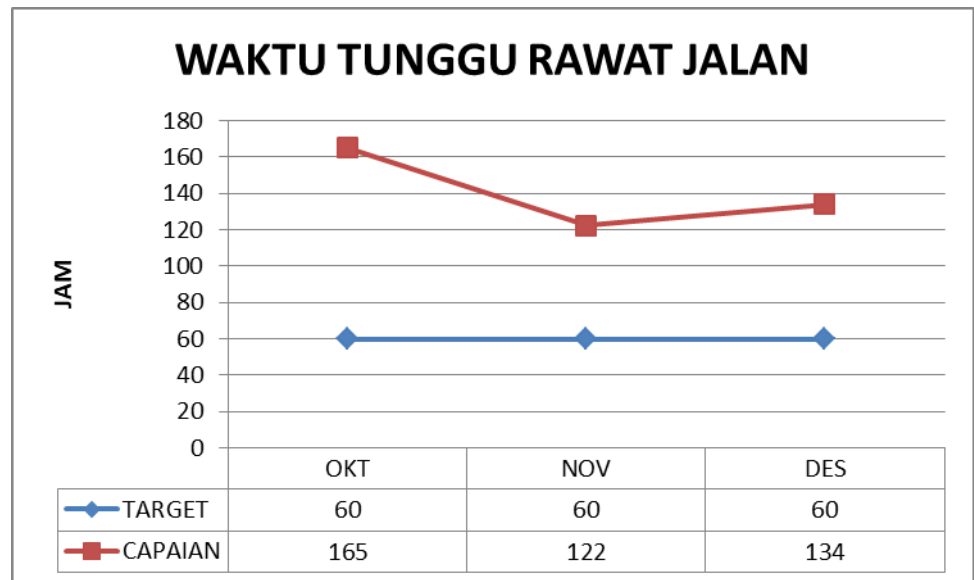
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu emergency respon time pada triwulan IV tahun 2019, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 100%, rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian sudah mencapai standart.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

## 2. WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN



Gambar 2.4 Waktu tunggu rawat jalan per poliklinik triwulan IV tahun 2019



Gambar 2.5 Waktu tunggu rawat jalan triwulan IV tahun 2019

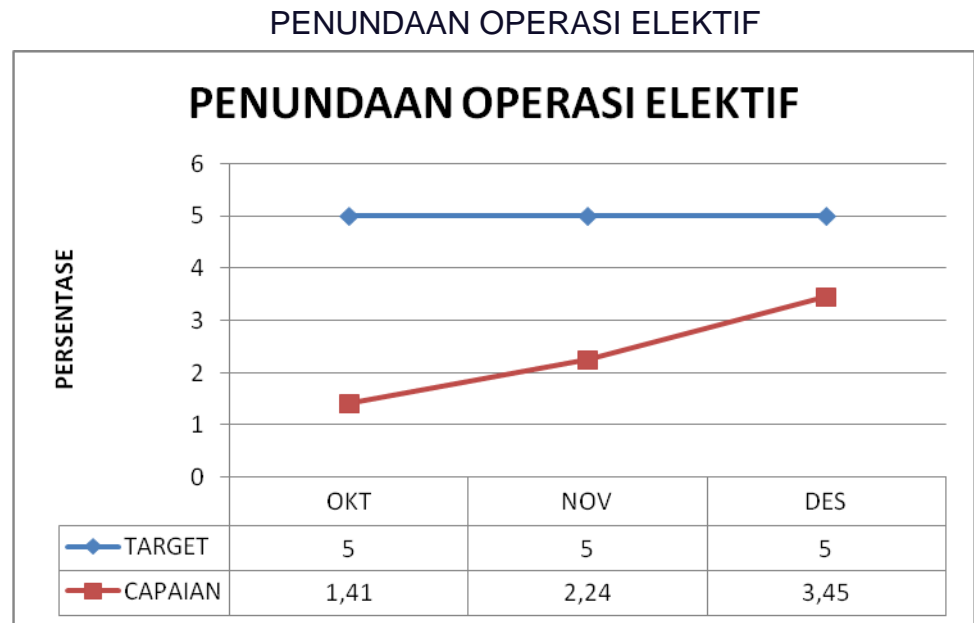
Grafik diatas adalah capaian indicator mutu waktu tunggu rawat jalan pada triwulan IV tahun 2019, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 60 menit, rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 140.3 menit. Capaian indicator belum mencapai standart yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh:

- 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. Resosialisasi kepada DPJP tentang waktu pelayanan rawat jalan
- b. Pengaturan nomor antrian dan penambahan loket pendaftaran
- c. Penambahan jumlah kurir pengantar status

### 3. PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF

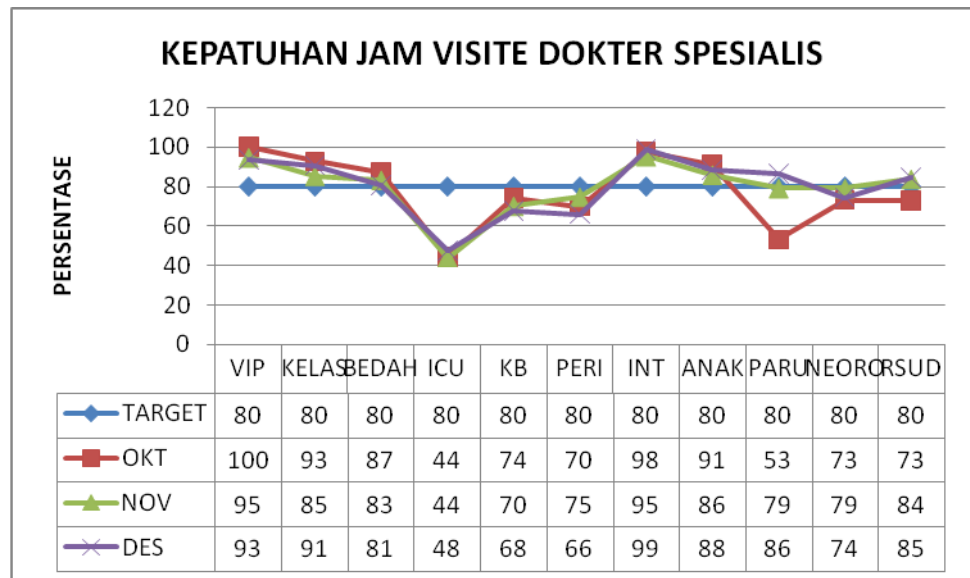


Gambar 2.6 Penundaan operasi elektif triwulan IV tahun 2019

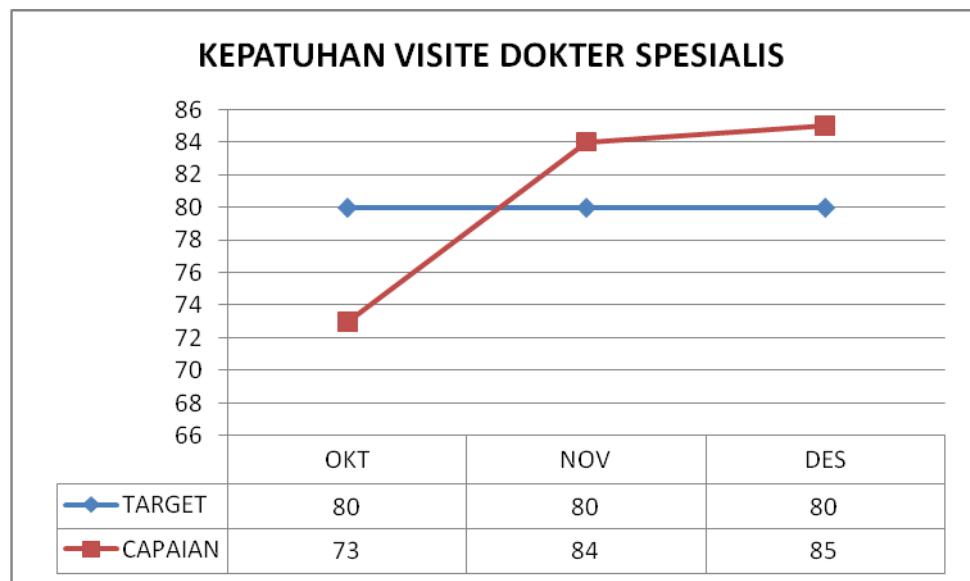
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu penundaan operasi elektif pada triwulan IV tahun 2019, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah <5%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 2.36%. Capaian indicator ini sudah dibawah standart yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

#### 4. KETEPATAN JAM VISITE DOKTER SPESIALIS



Gambar 2.7 Kepatuhan jam visite dokter spesialis per ruang rawat inap triwulan IV tahun 2019



Gambar 2.8 Kepatuhan jam visite dokter spesialis triwulan IV tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan jam visite dokter spesialis pada triwulan IV tahun 2019, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah  $\geq 80\%$ , sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 80.6%. Capaian yang belum mencapai standar yaitu 73% pada bulan oktober, sedangkan capaian yang sudah mencapai standar yaitu 84,2% pada bulan November dan desember. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

- a. Belum semua dokter spesialis visite sebelum jam 14.00 wib

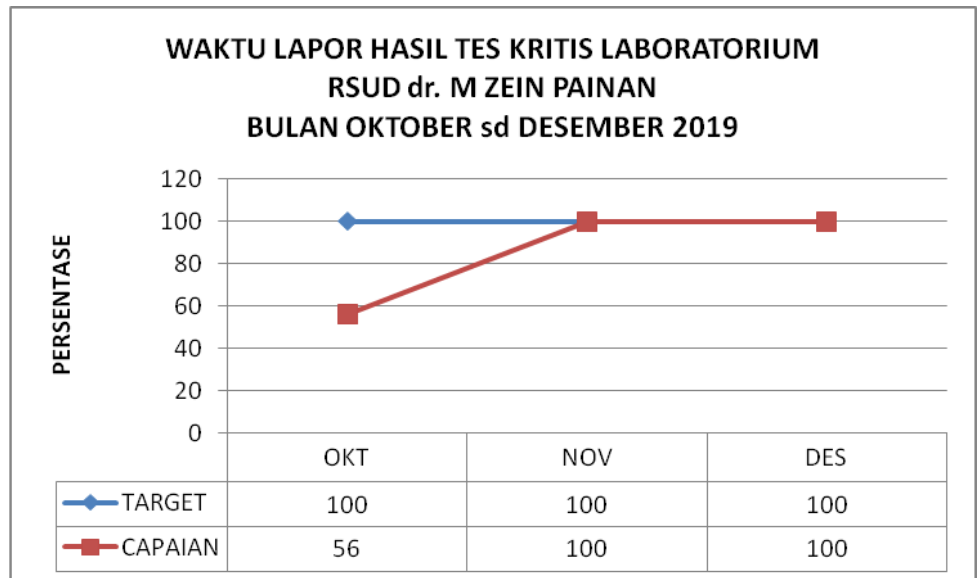
karena dokter tersebut melaksanakan pelayanan poliklinik pada pagi hari

- b. Belum terbiasanya dokter spesialis visite di hari minggu dan hari libur nasional
- c. Pemahaman terhadap kamus indicator Kepatuhan jam visite dokter spesialis masih kurang

Rekomendasi :

- a. Lakukan resosialisasi tentang waktu visite dokter spesialis terkait dengan indicator kepatuhan jam visite dokter spesialis
- b. Lakukan resosialisasi secara berkesinambungan tentang kamus indicator Kepatuhan jam visite dokter spesialis

### 5. WAKTU PELAPORAN NILAI KRITIS LABORATORIUM

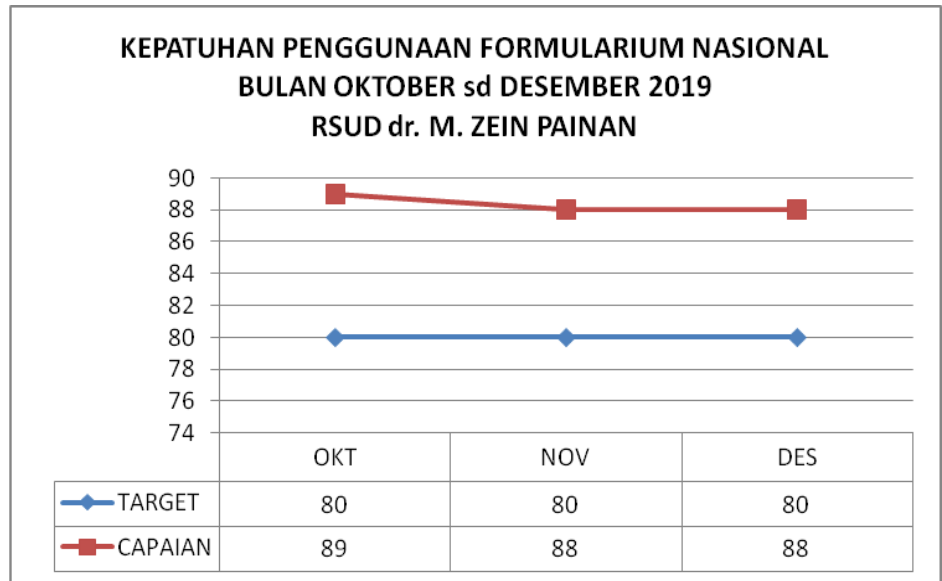


Gambar 2.9 waktu pelaporan nilai kritis laboratorium triwulan IV tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu waktu pelaporan nilai kritis laboratorium pada triwulan IV tahun 2019, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 85.3%. Capaian belum mencapai standart pada bulan oktober yaitu 56%, sedangkan pada bulan November dan desember sudah mencapai standart yaitu 100%.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

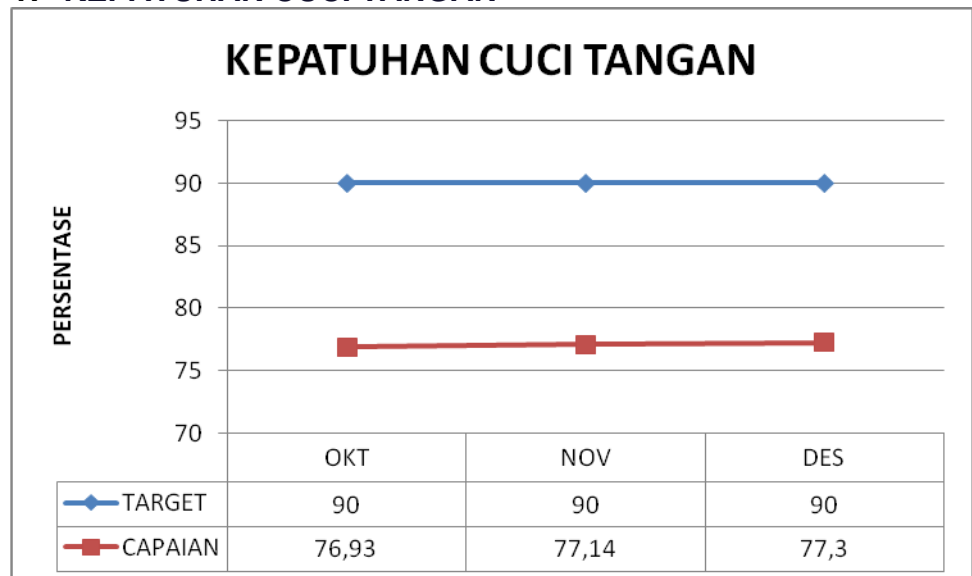
## 6. KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL



Gambar 2.10 Kepatuhan penggunaan formularium nasional triwulan IV tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional pada triwulan IV tahun 2019, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 88.3%. Capaian sudah melebihi standart yang telah ditetapkan  
Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

## 7. KEPATUHAN CUCI TANGAN



Gambar 2.9 Kepatuhan cuci tangan triwulan IV tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan cuci tangan pada triwulan IV tahun 2019, trendnya

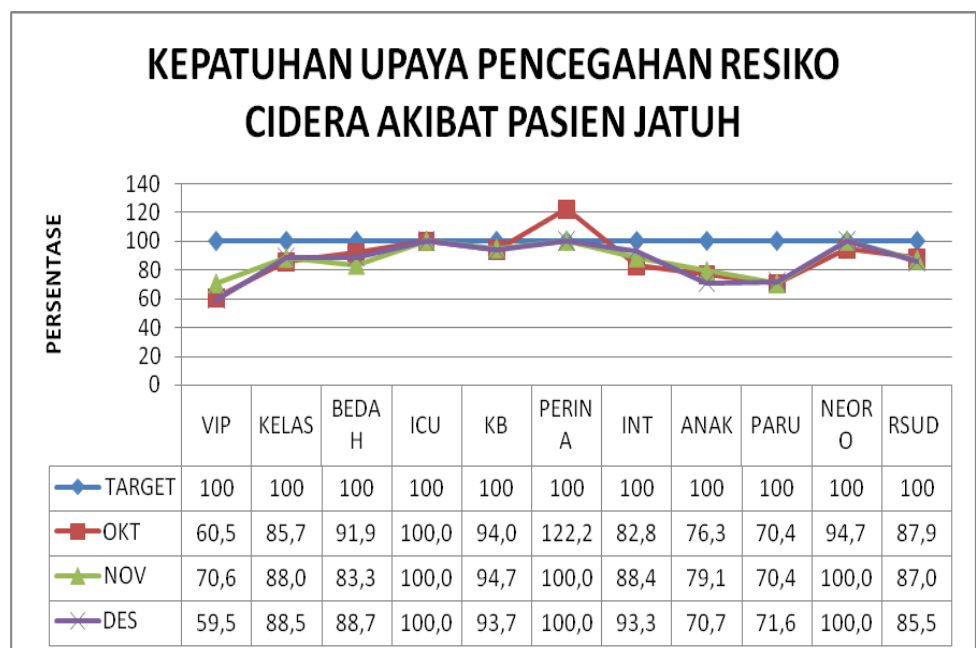
cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 90%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 77.1%. pencapaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

- a. Sikap petugas yang masih merasa bahwa kewajiban melakukan cuci tangan secara five moment bukanlah suatu kewajiban
- b. Sikap petugas yang belum disiplin dalam melaksanakan 6 langkah cuci tangan
- c. 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

## 8. KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RESIKO CIDERA AKIBAT PASIEN JATUH



Gambar 2.10 Kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh triwulan IV tahun2019

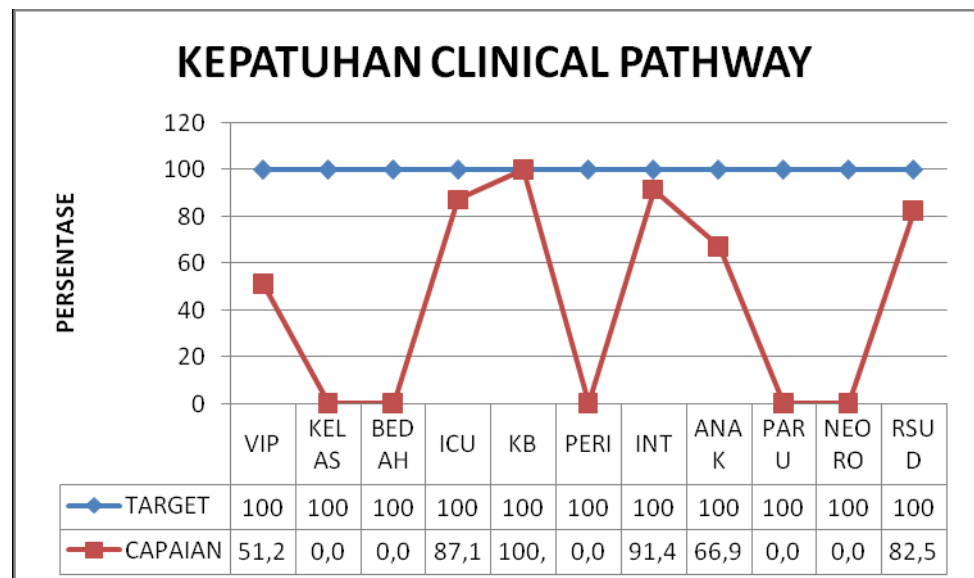
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan upaya pencegahan resiko cidera akibat pasien jatuh pada triwulan IV tahun 2019, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 86.8%. Capaian yang sudah mencapai standart adalah ruang rawat inap perinatologi, ICU dan neurologi yaitu 100%, sedangkan capaian yang jauh dari standart adalah ruang VIP yaitu 59.5%. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

- a. Pelaksanaan skrining resiko jatuh pada rawat jalan belum optimal karena banyaknya pintu masuk menuju poliklinik
- b. Belum terlaksananya asesmen ulang resiko jatuh karena belum tersosialisasinya form asesmen ulang resiko jatuh
- c. 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
- b. Evaluasi ketersediaan gelang/stiker resiko jatuh

## 9. KEPATUHAN PENGGUNAAN CLINICAL PATHWAY



Gambar 2.11 Kepatuhan penggunaan clinical pathway triwulan IV tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu

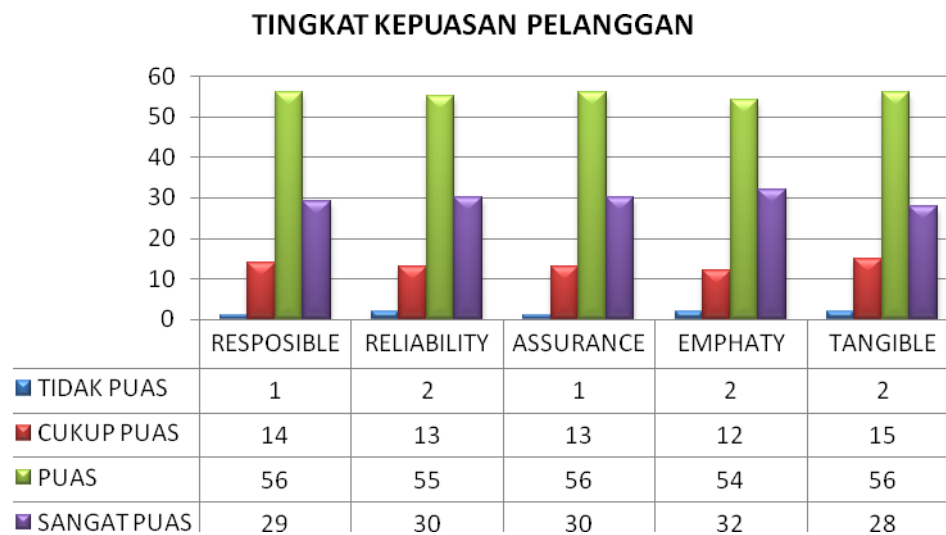
kepatuhan penggunaan clinical pathway pada triwulan IV tahun 2019, trendnya cenderung bervariasi. Standart indikator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 82,5%. Capaian yang sudah mencapai standart adalah ruang rawat inap kebidanan yaitu 100%, sedangkan capaian yang jauh dari standart adalah ruang rawat inap kelas mandeh rubiah, bedah, perinatology dan neorologi yaitu 0%. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

- 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.

Rekomendasi :

- a. Lakukan revisi blangko clinical pathway
- b. Lakukan sosialisasi cara pengisian blangko clinical pathway

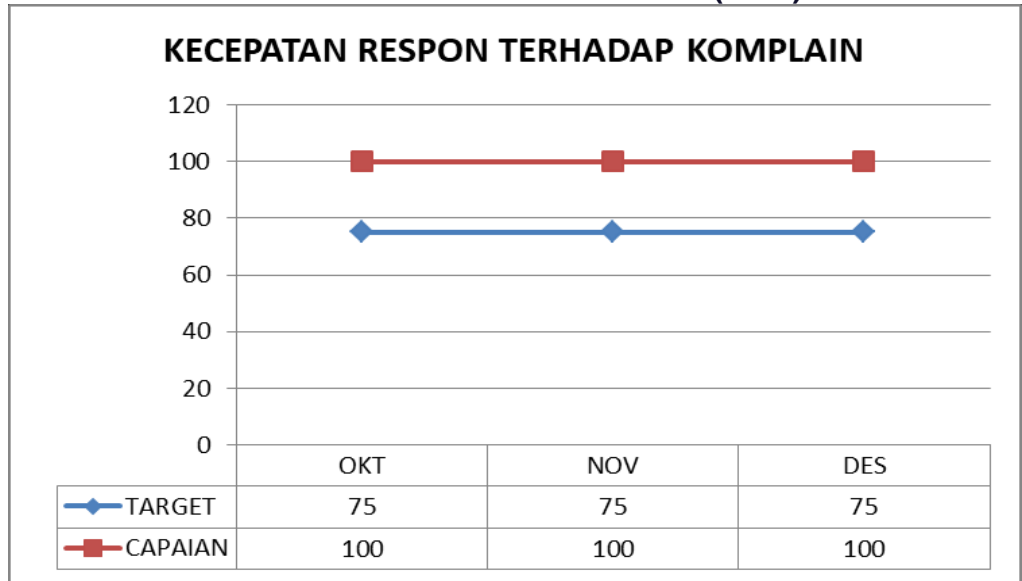
## 10. KEPUASAN PASIEN



Gambar 2.12 Tingkat kepuasan pelanggan triwulan IV tahun 2019

Grafik diatas adalah presentase capaian indikator mutu kepuasan pasien sesuai dimensi mutu.

## 11. KECEPATAN RESPON TERHADAP KOMPLAIN (KRK)

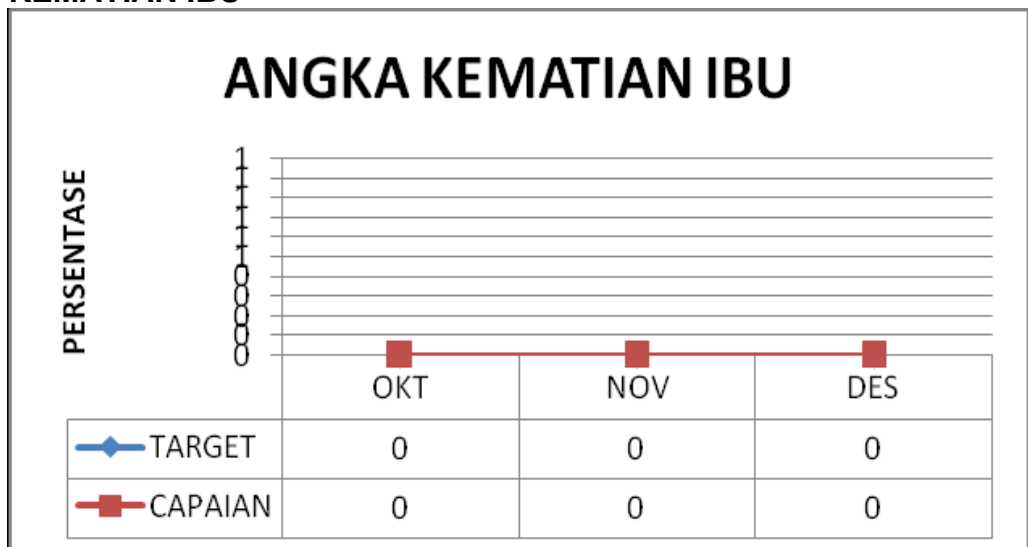


Gambar 2.13 kecepatan respon terhadap komplain triwulan IV tahun2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kecepatan respon terhadap complain pada triwulan IV 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



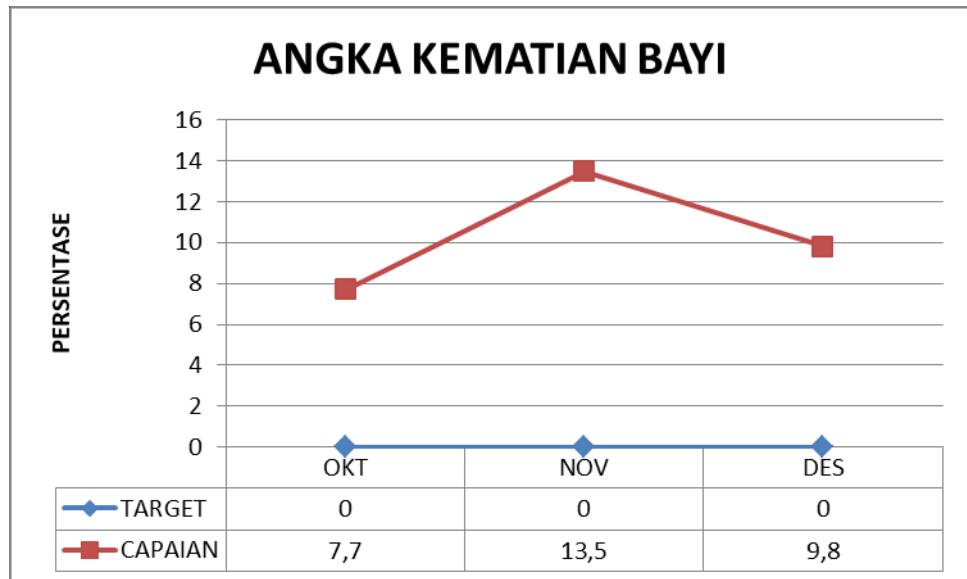
Gambar 2.14 angka kematian ibu triwulan IV tahun2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu angka kematian ibu pada triwulan IV 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

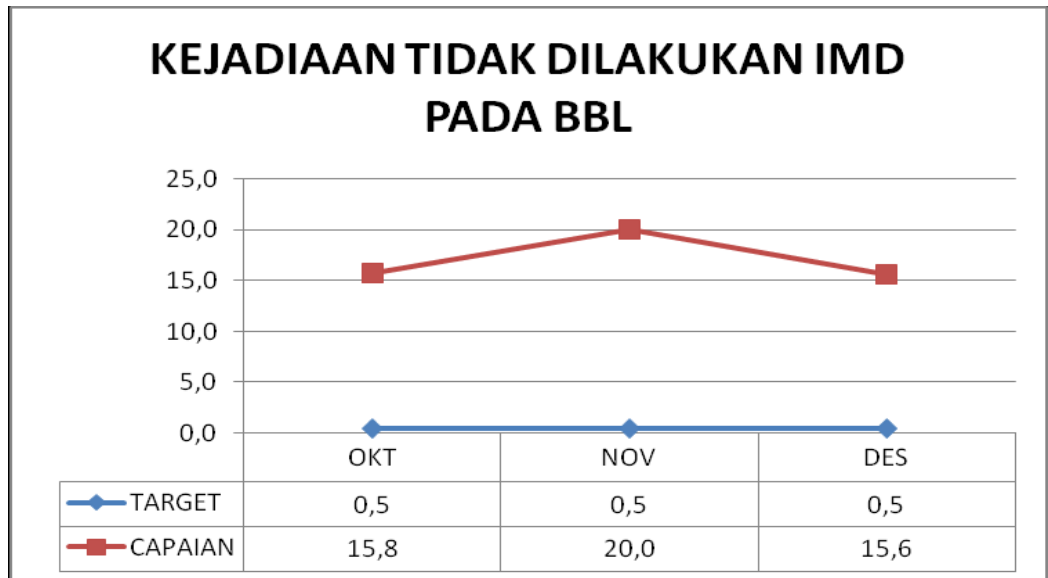


Gambar 2.15 angka kematian bayi triwulan IV tahun2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu angka kematian bayi pada triwulan IV tahun 2019, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 10.3%. Capaian belum mencapai standart yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor

Rekomendasi : lakukan evaluasi dengan pihak terkait tentang indicator mutu kematian bayi.

#### 14. KEJADIAN TIDAK DILAKSANAKAN INISIASI MENYUSU DINI (IMD) PADA BAYI BARU LAHIR



Gambar 2.16 Kejadian tidak dilaksanakan inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir triwulan IV tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kejadian tidak dilaksanakan inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir pada triwulan IV tahun 2019, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 0.5%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 31.9%. Pencapaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

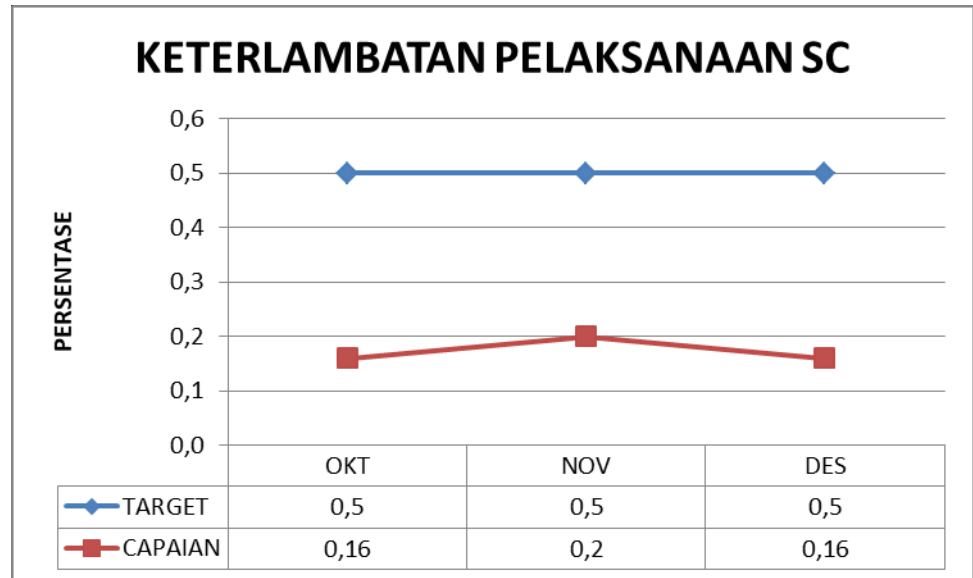
- a. Ibu yang melahirkan di RSUD M. Zein painan umumnya ibu yang berisiko, sehingga bayi yang dilahirkan kurang bagus sehingga tidak bisa dilakukan IMD
- b. Budaya kerja yang selalu melakukan pemeriksaan fisik bayi dan pemberian inj pada baru lahir, sehingga menunda pelaksanaan IMD
- c. Sikap ibu bersalin 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
- c. Lakukan sosialisasi tentang kamus indicator kejadian tidak

terlaksananya IMD pada bayi baru lahir

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



Gambar 2.17 Keterlambatan operasi sectio secaria (SC) dalam waktu 30 menit triwulan IV tahun 2019

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

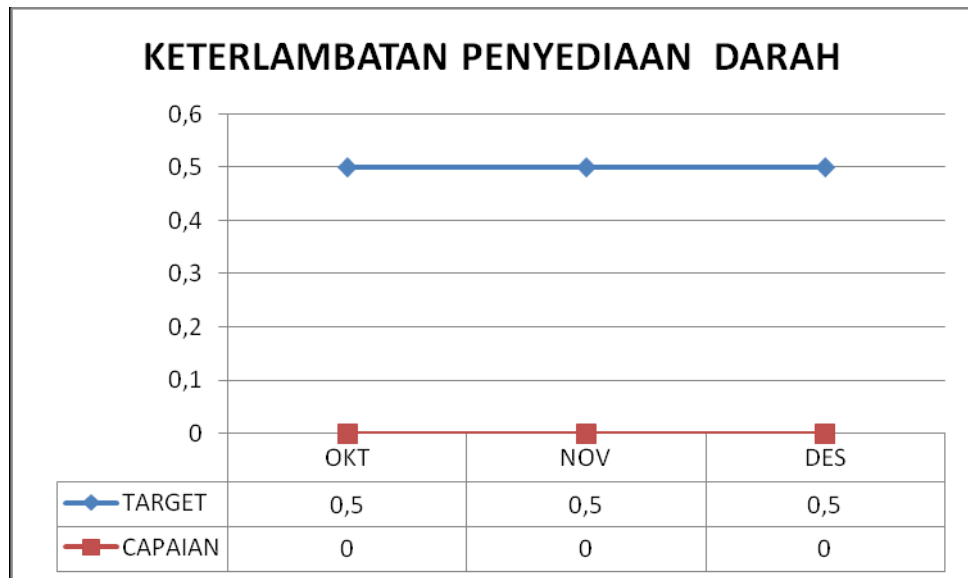
- a. Instruksi sectio secaria dikeluarkan sebelum hasil laboratorium keluar, sehingga membutuhkan waktu 30 mnt untuk menunggu hasil labor keluar
- b. Persipan untuk sectio secaria membutuhkan waktu lama
- c. Kurangnya pemahaman tentang kamus indicator keterlambatan operasi sectio secaria dalam waktu 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 indicator keterlambatan operasi sectio secaria dalam waktu 30 menit
- b. Evaluasi tentang kebijakan indicator keterlambatan operasi sectio secaria dalam waktu 30 menit dengan teams PONEK

- c. Pemindahan tempat pendaftaran khusus IGD ke IGD
- d. Evaluasi kinerja dan beban tugas petugas brankar

## 16. KETERLAMBATAN PENYEDIAAN DARAH



Gambar 2.18 Keterlambatan Ketersediaan darah dalam waktu 60 menit triwulan IV tahun 2019

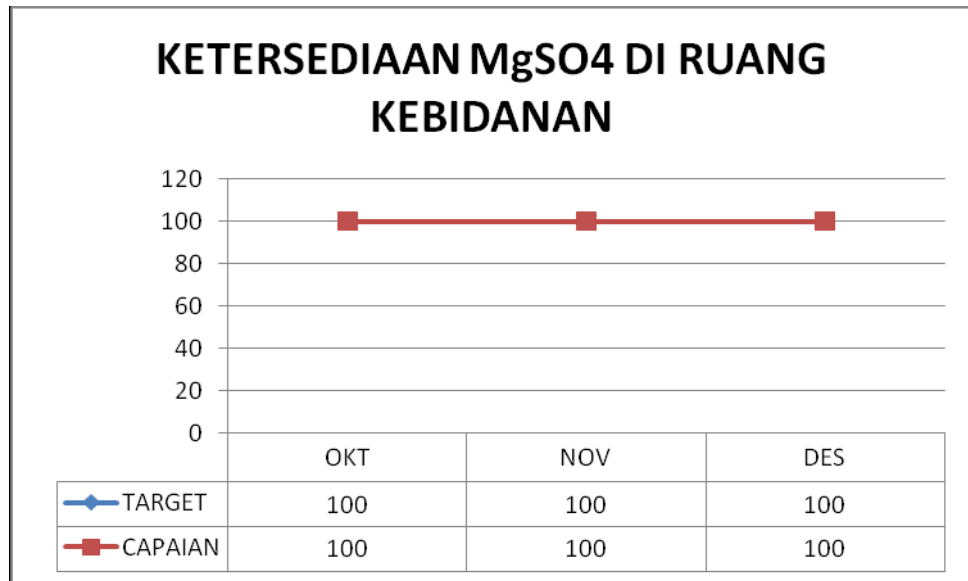
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu keterlambatan ketersediaan darah dalam waktu 60 menit pada triwulan IV tahun 2019, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 0.5%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 17.1%. Capaian belum mencapai standart 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. KETERSEDIAAN MgSO4 DI RUANG KEBIDANAN

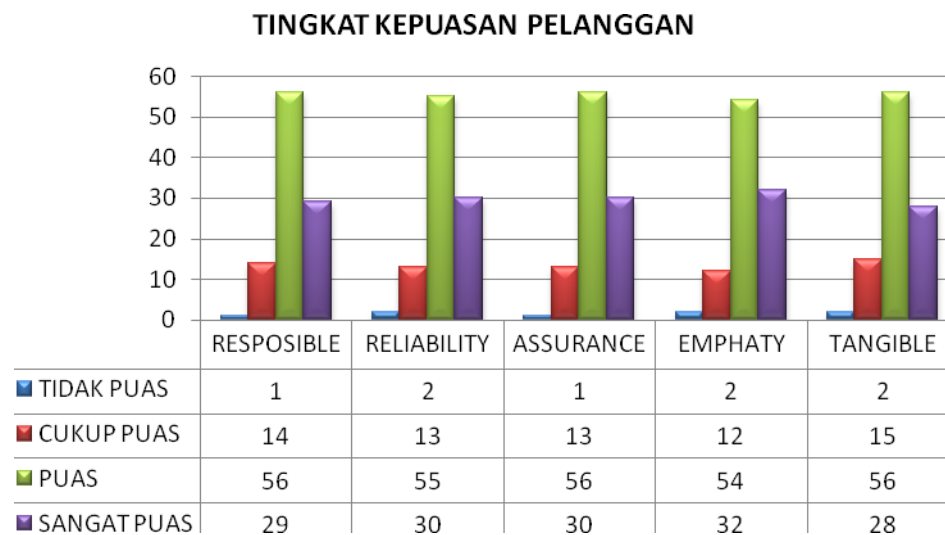


Gambar 2.19 Ketersediaan MgSO4 diruang kebidanan triwulan IV tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketersediaan MgSO4 di ruang kebidanan pada triwulan IV 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

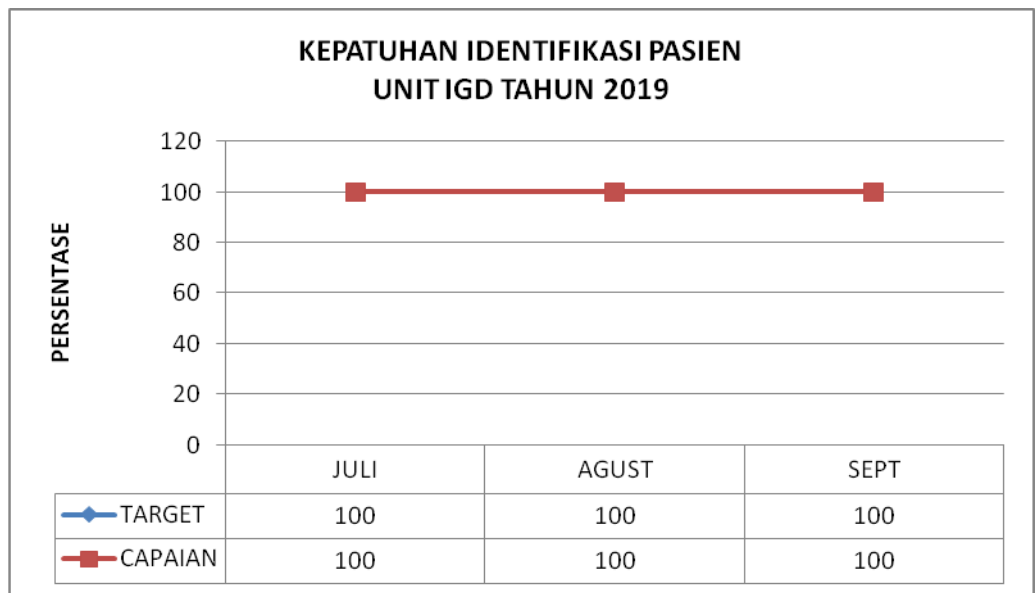
## 18. KEPUASAN PELANGGAN (KP)



Gambar 2.20 Tingkat kepuasan pelanggan triwulan IV tahun2019

Grafik diatas adalah presentase capaian indicator mutu kepuasan pasien sesuai dimensi mutu

**19. KEPATUHAN PEMASANGAN GELANG IDENTITAS PASIEN PADA PASIEN PONEK DI IGD**

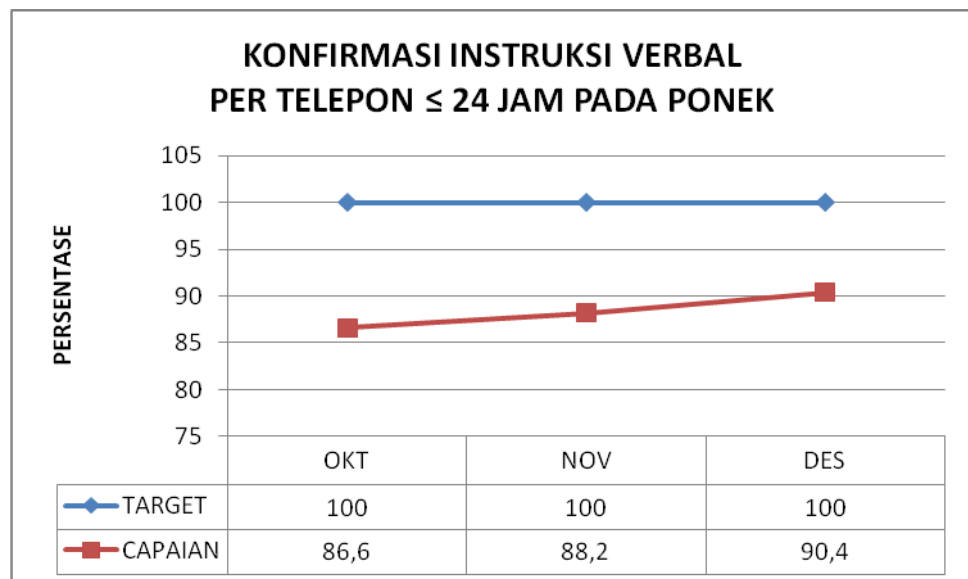


Gambar 2.21 Kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien pada pasien PONEK di IGD triwulan IV tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien pada pasien PONEK di IGD pada triwulan IV 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

**20. KONFIRMASI INSTRUKSI VERBAL PER TELEPON ≤24 JAM PADA PONEK**



Gambar 2.22 Konfirmasi instruksi verbal per telepon ≤24 jam pada pasien PONEK triwulan IV tahun 2019

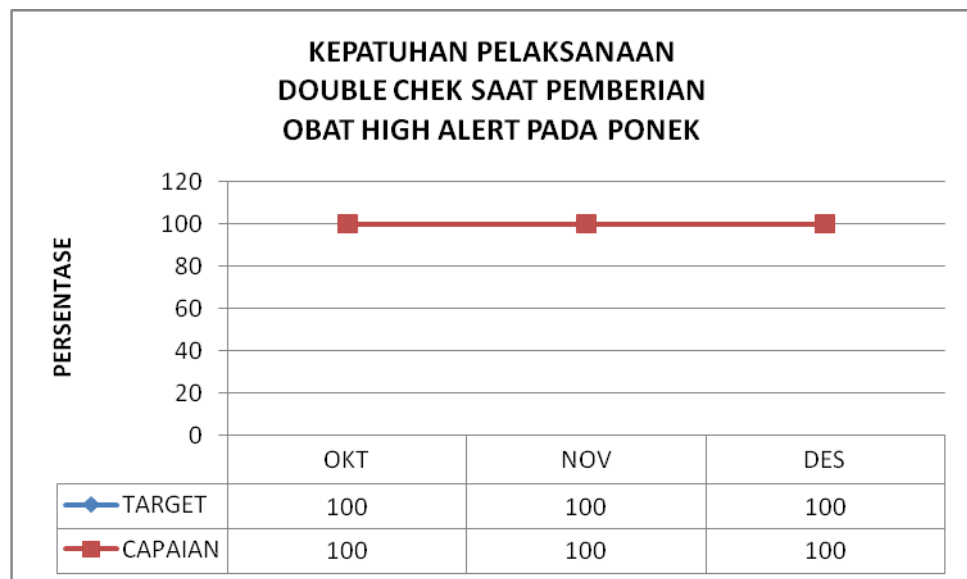
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu konfirmasi instruksi verbal per telepon  $\leq 24$  jam pada pasien PONEK pada triwulan IV tahun 2019, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 88.4%. Capaian belum mencapai standart yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indukator 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  $\leq 24$  jam pada pasien PONEK

Rekomendasi :

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

## 21. KEPATUHAN PELAKSANAAN DOUBLE CHEK SAAT PEMBERIAN OBAT HIGT ALERT

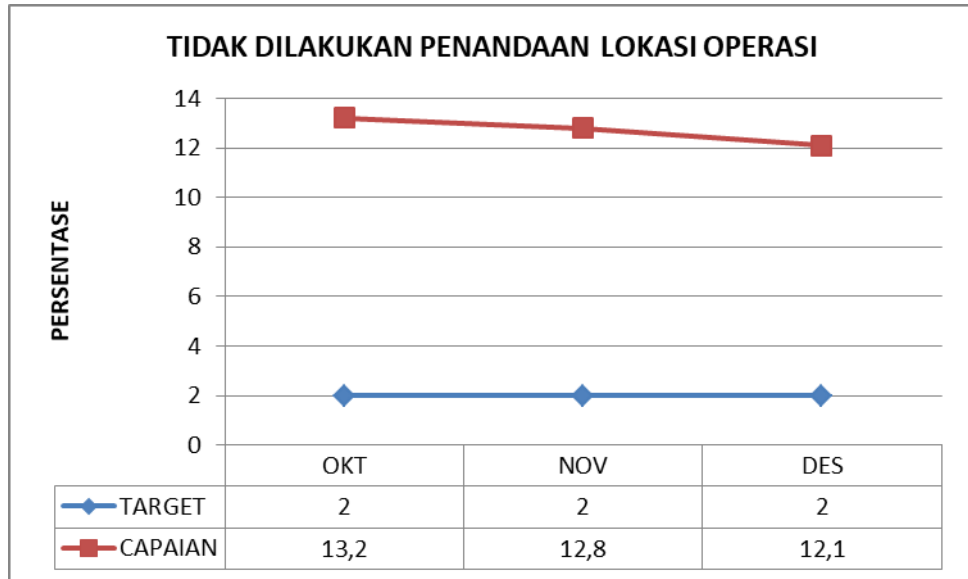


Gambar 2.23 Kepatuhan pelaksanaan double chek saat pemberian obat higt alert triwulan IV tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan pelaksanaan double chek saat pemberian obat higt alert pada triwulan IV 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

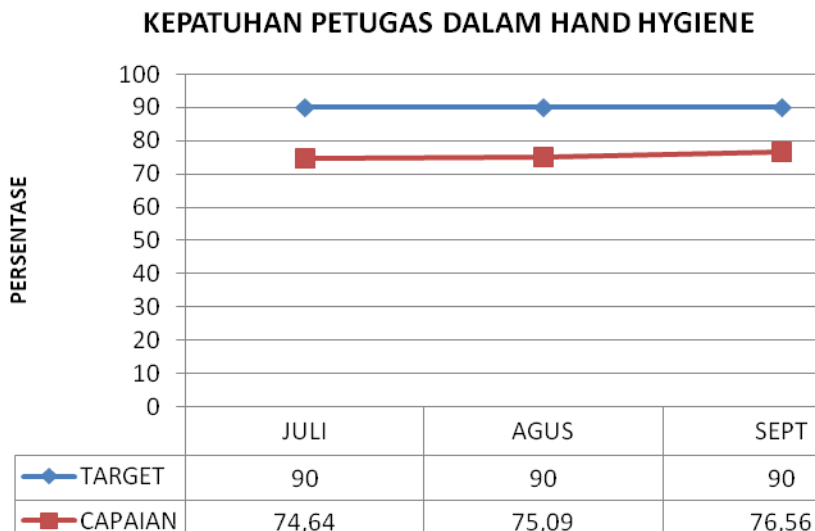
## 22. PENANDAAN LOKASI OPERASI PASIEN PONEK



Gambar 2.24 Penandaan lokasi operasi pasien ponek triwulan IV tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu penandaan lokasi operasi pasien ponek pada triwulan IV tahun 2019, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 2%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 12,7%. Capaian pada Triwulan IV tahun 2019 mencapai standar yang telah ditetapkan. Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

## 23. KEPATUHAN CUCI TANGAN



Gambar 2.25 Kepatuhan petugas dalam melaksanakan hand hygiene triwulan IV tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan cuci tangan pada triwulan IV tahun 2019, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 90%, sedangkan

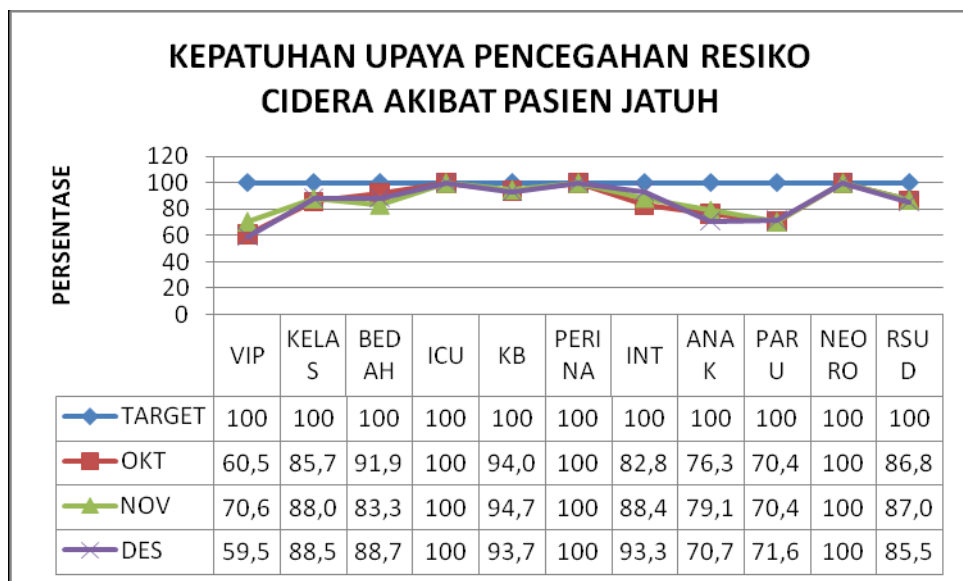
rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 75.43%. pencapaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

- d. Sikap petugas yang masih merasa bahwa kewajiban melakukan cuci tangan secara five moment bukanlah suatu kewajiban
- e. Sikap petugas yang belum disiplin dalam melaksanakan 6 langkah cuci tangan
- f. 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

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



Gambar 2.26 Kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh triwulan IV tahun 2019

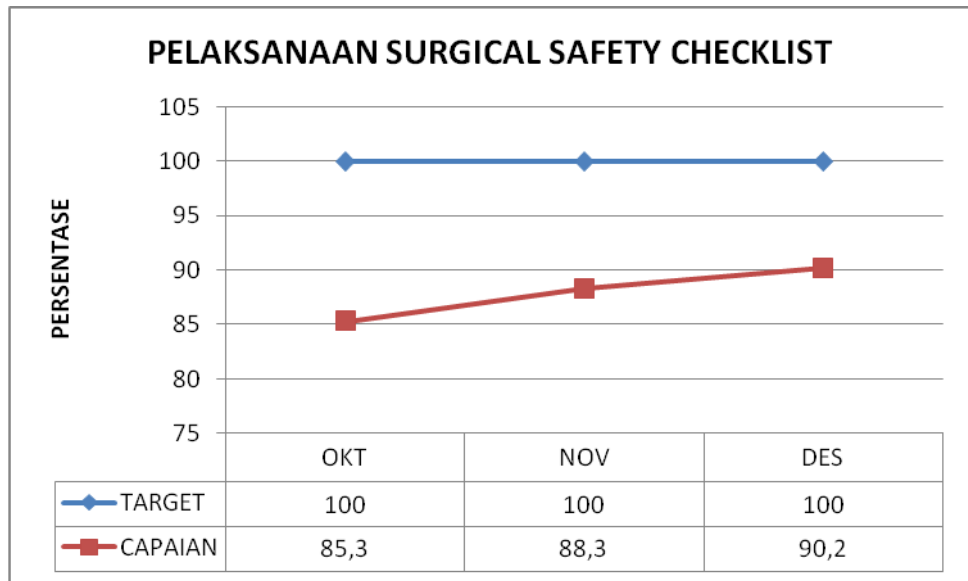
Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh pada triwulan IV tahun 2019, trendnya cenderung bervariasi. Standart indikator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 85.5%. Capaian yang sudah mencapai standart adalah ruang rawat inap perinatologi, ICU dan neurologi yaitu 100%, sedangkan capaian yang jauh dari standart adalah ruang VIP yaitu 59.5%. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

- a. Pelaksanaan skrining resiko jatuh pada rawat jalan belum optimal karena banyaknya pintu masuk menuju poliklinik
- b. Belum terlaksananya asesmen ulang resiko jatuh karena belum tersosialisasinya form asesmen ulang resiko jatuh
- c. 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
- b. Evaluasi ketersediaan gelang/stiker resiko jatuh

## 25. KELENGKAPAN PENGISIAN FORMAT SURGICAL SAFETY CHECK LIST



Gambar 2.27 Kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh triwulan IV tahun 2019

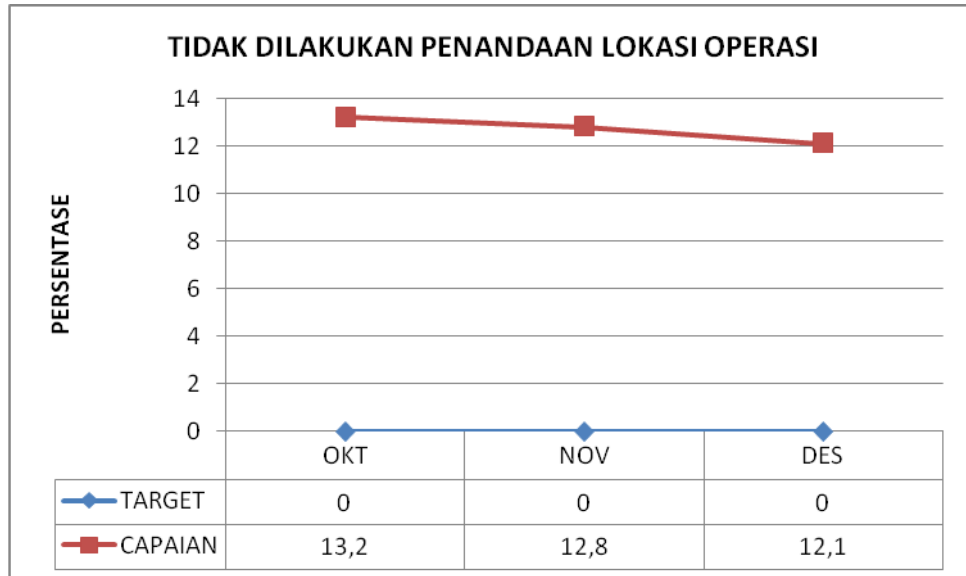
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh pada triwulan IV tahun 2019, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 87.9%. Capaian indicator ini belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh:

- a. Sikap petugas yang belum merasa penting pelaksanaan kelengkapan pengisian surgical safety check list.
- b. Padatnya jadwal operasi dan terbatas jumlah tenaga yang dinas

Rekomendasi :

- c. Lakukan resosialisasi tentang pentingnya kelengkapan pengisian surgical safety check list.
- d. Evaluasi kebutuhan tenaga dan beban kerja petugas

## 26. KEJADIAN TIDAK DILAKUKAN PENANDAAN LOKASI OPERASI



Gambar 2.28 Kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi triwulan IV tahun 2019

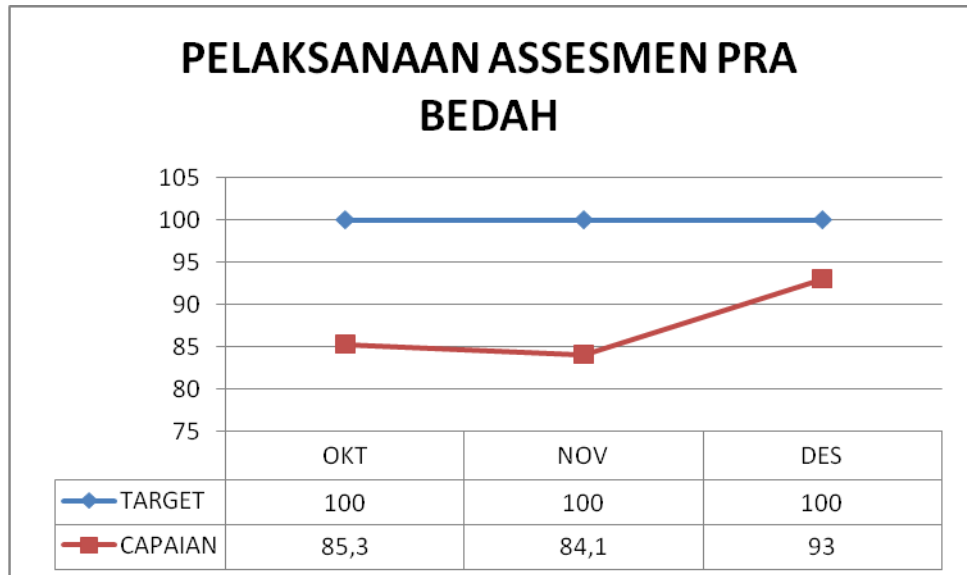
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi pada triwulan IV tahun 2019, trendnya cenderung menurun. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 12.7%. Capaian belum mencapai standar yang telah 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

## 27. KEPATUHAN PELAKSANAAN ASESMEN PRA BEDAH



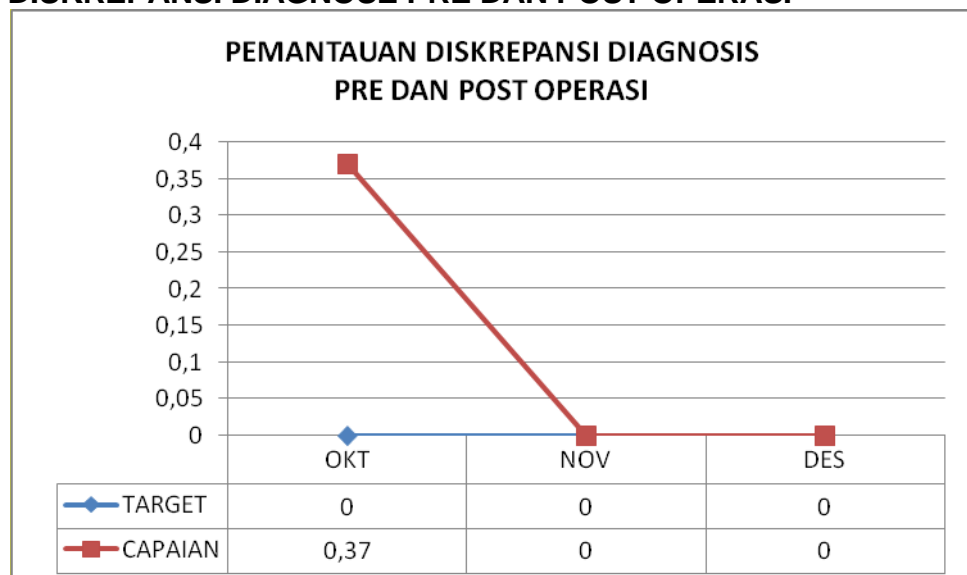
Gambar 2.29 Kepatuhan pelaksanaan asesmen pra bedah triwulan IV tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan pelaksanaan asesmen pra bedah pada triwulan IV tahun 2019, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 87.46%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh: 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

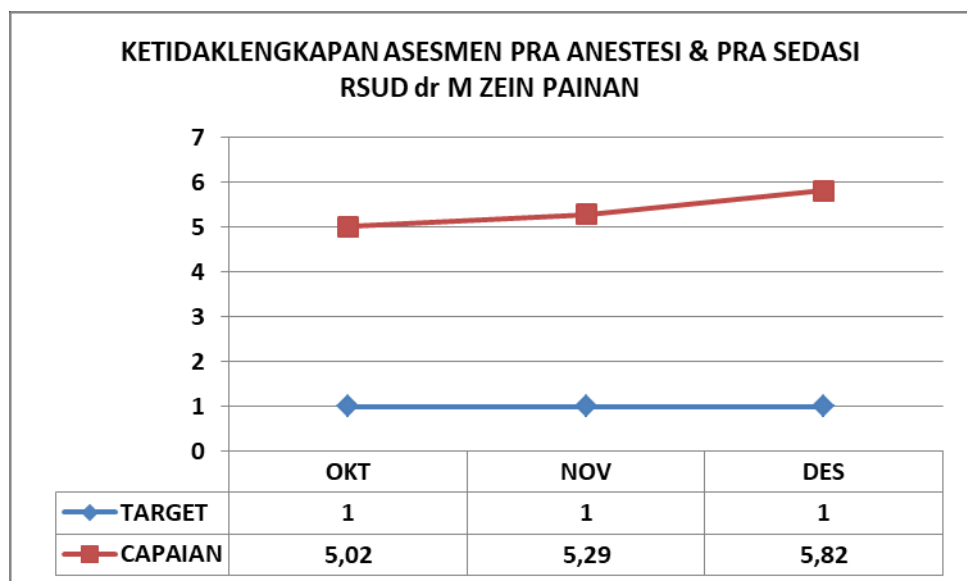
## 28. DISKREPANSI DIAGNOSE PRE DAN POST OPERASI



Gambar 2.30 Diskrepansi diagnose pre dan post operasi triwulan IV tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu diskrepani diagnose pre dan post operasi pada triwulan IV tahun 2019, trendnya cenderung mendekati standar. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0,12%. 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

## 29. KETIDAKLENGKAPAN PELAKSANAAN ASESMEN PRA ANESTESI DAN PRA SEDASI



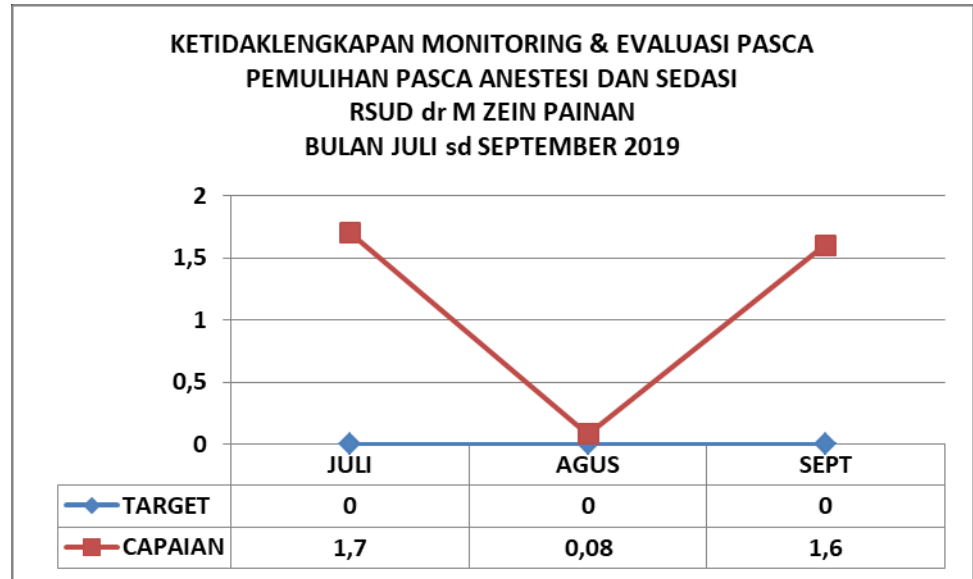
Gambar 2.31 Ketidaklengkapan pelaksanaan asesmen pra anastesi dan pra sedasi triwulan IV tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketidaklengkapan pelaksanaan asesmen pra anastesi dan pra sedasi pada triwulan IV tahun 2019, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 1%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 5,37%. 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

### 30. KETIDAKLENGKAPAN MONITORING DAN EVALUASI PASCA PEMULIHAN PASCA ANESTESI DAN SEDASI

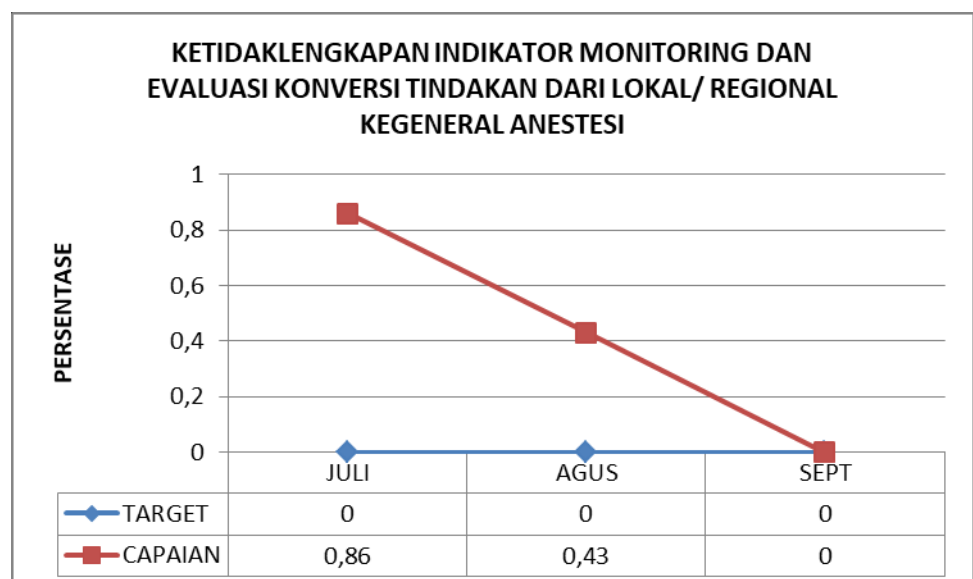


Gambar 2.32 Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi proses pemulihan pasca anestesi dan sedasi triwulan IV tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi proses pemulihan pasca anestesi dan sedasi pada triwulan IV tahun 2019, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 1.12%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh kurangnya tenaga anestesi

Rekomendasi : Evaluasi ketenagaan dan beban kerja petugas

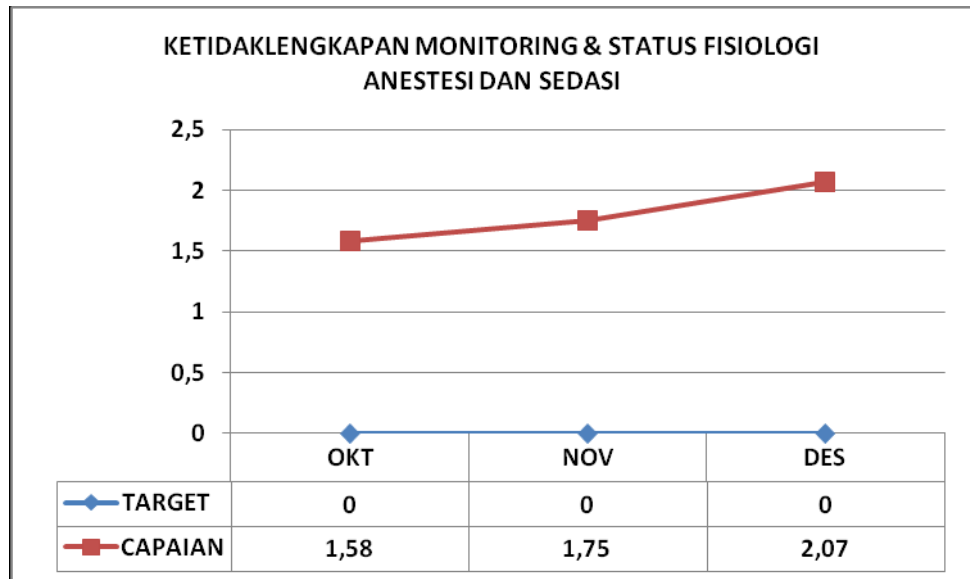
### 31. KETIDAKLENGKAPAN MONITORING DAN EVALUASI KONVERSI TINDAKAN DARI LOKAL/REGIONAL KEGENERAL ANESTESI



Gambar 2.33 Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi konversi tindakan dari local/regional kegeneral anestesi triwulan IV tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi konversi tindakan dari local/regional kegeneral anastesi pada triwulan IV tahun 2019, trendnya cenderung menurun mencapai standar. Standar indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 1.5%. 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

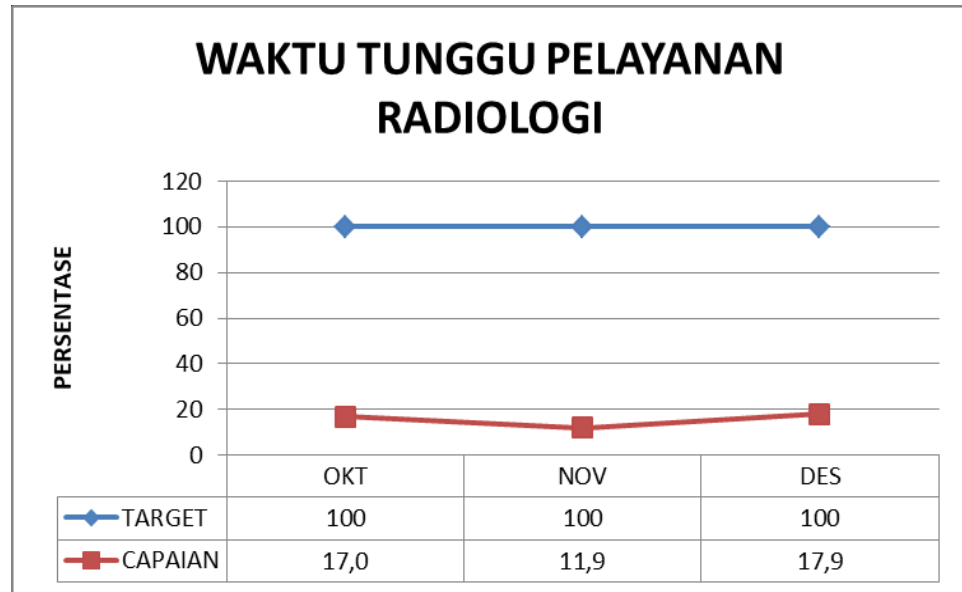
### 32. KETIDAKLENGKAPAN MONITORING DAN EVALUASI STATUS FISIOLOGIS SELAMA ANESTESI DAN SEDASI



Gambar 2.34 Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi status fisiologis selama anastesi dan sedasi triwulan IV tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi status fisiologis selama anastesi dan sedasi pada triwulan IV tahun 2019, trendnya cenderung bervariasi. Standar indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 1.8%. 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

### 33. WAKTU TUNGGU PELAYANAN RADIOLOGI



Gambar 2.33 waktu tunggu pelayanan radiologi triwulan IV tahun 2019

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu waktu tunggu pelayanan radiologi pada triwulan IV tahun 2019, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 15.6%. 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.

### 34. KONFIRMASI SBAR SAAT SERAH TERIMA ANTAR SHIF

### 35. 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 IV 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.

