

# LAPORAN

---

## PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP) TRIWULAN I

TAHUN 2021



---

**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 RSUD Dr. Muhammad Zein Painan Triwulan I Tahun 2021.**

Laporan memuat data, analisis, dan rekomendasi terhadap pelaksanaan tindak lanjut kegiatan Peningkatan Mutu RSUD Dr. Muhammad Zein Painan selama Triwulan I Tahun 2021.

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.

Pada akhirnya kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Laporan Triwulan I Tahun 2021 RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.



**dr. H. Sutarman, MM**  
NIP. 19690709 200112 1 001

Painan, 1 April 2021  
Ketua Komite MUTU

**dr. Ike Rahayu, Sp.M**  
NIP. 19760219 200501 2 006

# DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>ii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan.....	2
1. Tujuan Umum.....	2
2. Tujuan Khusus .....	2
<b>BAB II HASIL KEGIATAN DAN ANALISA DATA</b>	
A. Indikator Mutu .....	3
B. Analisa Data Indikator Mutu Triwulan I Tahun 2021	
1. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien .....	6
2. Emergency Respon Time .....	11
3. Waktu Tunggu Rawat Jalan .....	12
4. Penundaan Operasi Elektif.....	14
5. Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis .....	14
6. Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium .....	16
7. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional .....	16
8. Kepatuhan Cuci Tangan.....	17
9. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cidera Akibat Pasien Jatuh Pada Pasien Ranap .....	17
10. Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway.....	19
11. Kepuasan Pasien .....	20
12. Kecepatan Respon Terhadap Komplain.....	21
13. Pelaksanaan Tinjauan Tidak dilakukan Menyusui Dini pada BBL.....	22
14. Keterlambatan Operasi Sectio Secaria (SC) dalam Waktu 30 Menit .....	22
15. Keterlambatan Darah Dalam Waktu 60 Menit.....	23
16. Kejadian Tidak Tersedianya MGSO4 di Instalasi Farmasi Pada Trolley Emergency Kebidanan .....	24
17. Kepuasan Pelanggan (KP) Ponek.....	24
18. Kepatuhan Pemasangan Gelang Identitas Pasien Pada Pasien Ponek di IGD .....	25
19. Konfirmasi SBAR Saat Serah Terima Antar Shift Pada Ponek .....	26
20. Kepatuhan Pelaksanaan Double Chek Saat Pemberian Obat High Alert.....	27
21. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Kejadian Pasien Jatuh (Unit Kebidanan) .....	27
22. Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium Pasien Ponek.....	28

23. Kelengkapan Pengisian Format Surgical Safety Check List. ....	29
24. Kejadian Tidak Dilakukam Penandaan Lokasi Operasi .....	29
25. Kepatuhan Pelaksanaan Asesmen Pra Bedah .....	30
26. Diskrepansi Diagnose Pre dan Post Operasi.....	31
27. Ketidaklengkapan Monitoring dan Evaluasi Proses Pemulihan Pasca Anastesi dan Sedasi.....	31
28. Angka Monitoring Dan Evaluasi Pelaksanaan Pra Anastesi dan Pra Sedasi.....	32
29. Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Konversi Tindakan Dari Lokal/ Regional Ke General Anastesi.....	32
30. KetidakLengkapan Monitoring an Evaluasi Status Fisiologis Selama Anastesi Dan Sedasi .....	33
31. Komunikasi SBAR Saat Serah Terima Antar Shift.....	34
32. Ketepatan Cita Rasa Makanan Pasien Rawat Jalan .....	35
33. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Pasien .....	35
34. Kesalahan Diet Pasien .....	36
35. Ketepatan Pemasangan Gelang Identitas .....	36
36. Penanganan Pasien TB Yang Tidak Sesuai Dengan Strategi DOTS.....	37
37. Permintaan Produk Darah Yang Tidak Terpakai .....	37
38. Ketepatan Pengembalian RM Rawat Inap.....	38
39. Penomoran Rekam Medis Ganda .....	39
40. Kehilangan Dokument RM Pasien Rawat Inap.....	40
41. Angka Kejadian VAP .....	40
42. Angka Kejadian HAP.....	41
43. Angka Kejadian IADP .....	41
44. Angka Kejadian IDO.....	42
45. Angka Kejadian ISK .....	42
46. Angka Kejadian Plebitis.....	43
47. Linen yang Dicuci Ulang.....	43
48. Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium.....	44
49. Kualitas Produk Sterilisasi dengan Tape Indikator Steril.....	45
50. Kesalahan Produk Sterilisasi dengan Tape Indikator Steril.....	46
51. Pelaksanaan Penyuluhan Kesehatan.....	46
52. Kepatuhan Pasien Dengan Jadwal HD .....	47
53. Pasien Stroke Iskemik Yang Tidak Mendapatkan Terapi Trombolitik Pada Saat KRS .....	47
54. Pasien Stroke Iskemik Yang Tidak Mendapatkan Edukasi Selama Perawatan di RS .....	48
55. Keterlambatan Pemberian Resume Medis (Unit VIP) .....	49
56. Angka Respon Time Penaganan Trouble Hardware.....	49

57. Pelaksanaan Pengulangan Foto Rontgen atau Reject Film.....	50
58. Keterlambatan Hasil Foto Rawat Jalan Lebih Dari 30 Menit .....	50
59. Kelengkapan Assesmen Awal Medis Pasien Rawat Inap .....	51
60. Kelengkapan Assesmen Awal Medis Pasien Rawat Jalan.....	52
61. Kelengkapan Assesmen Awal Medis Pasien IGD.....	53
62. Kelengkapan Assesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap .....	53
63. Kelengkapan Assesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan .....	54
64. Kelengkapan Assesmen Awal Keperawatan Pasien IGD .....	55
65. Kepatuhan Ahli Gizi Dalam Memberikan Asuhan Gizi .....	56
66. Angka Kejadian Pasien Yang di Rawat Inap Dengan Covid 19 .....	57
67. Angka Kejadian Kematian Pasien Covid 19 di Rawat Inap .....	57
68. Angka Kesembuhan Pasien Yang di Rawat Inap Dengan Covid 19 .....	58
69. Angka Kejadian Covid 19 Pada Petugas .....	58

<b>BAB III PENUTUP .....</b>	<b>59</b>
------------------------------	-----------

#### **LAMPIRAN**

# 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 *Utarini*, 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. Tujuan Umum

Terdokumentasinya pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan Triwulan I Tahun 2021.

### 2. Tujuan Khusus

Terdokumentasinya peningkatan mutu pelayanan melalui standarisasi dan monitoring indikator di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan Triwulan I Tahun 2021.

## 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 11 Indikator
- c. Indikator yang dipersyaratkan BAB 9 Indikator
- d. Indikator mutu Unit 28 Indikator
- e. Indikator Mutu Kinerja PPA 7 Indikator
- f. ISQUA 4 Indikator

Berikut ini indikator mutu rumah sakit sesuai dengan SK Direktur Nomor 800/09./RSUD-SK/I/2021 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**

NO	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 keluhan (KRK)
<b>B</b>	<b>IMP</b>	<b>INDIKATOR MUTU PRIORITAS</b>
13	IMP-PONEK03	Pelaksanaan inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir (BBL)
14	IMP-PONEK04	Pelaksanaan operasi sectio secaria (SC) dalam waktu 30 menit
15	IMP-PONEK05	Ketersediaan darah dalam waktu 60 menit
16	IMPP-IAM01	Kejadian Tidak Tersedianya MGSO4 di Instalasi Farmasi Pada Trolley Emergency Kebidanan
17	IMPP-IMN02	Kepuasan Pelanggan (KP)
18	IMP-ISKP01	Kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien pada pasien PONEK di IGD
19	IMP-SKP02	Konfirmasi SBAR saat serah terima antar shift pada PONEK
20	IMP-SKP03	Pelaksanaan Double Chek saat pemberian obat High Alert
21	IMP-ISKP04	Penandaan lokasi operasi pada pasien PONEK
22	IMP-ISKP06	Kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat kejadian pasien jatuh
23	IMP-LAB	Waktu Tunggu Hasil pemeriksaan Laboratorium pasien Ponek

<b>C</b>	<b>IYDB</b>	<b>INDIKATOR YANG DIPERSYARATKAN BAB</b>
24	IYDB-PAB01	Kelengkapan pengisian format surgical safety check list
25	IYDB-PAB02	Kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi
26	IYDB-PAB03	Kepatuhan pelaksanaan asesmen pra bedah
27	IYDB-PAB04	Diskrepasi diagnose pre dan post operasi
28	IYDB-PAB05	Ketidaklengkapan pelaksanaan asesmen pra anestesi dan pra sedasi
29	IYDB-PAB06	Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi pasca pemulihan pasca anestesi dan sedasi
30	IYDB-PAB07	Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi konversi tindakan dari lokal/regional kegeneral anestesi
31	IYDB-PAB08	Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi status fisiologis selama anestesi dan sedasi
32	IYDB-SKP02	Konfirmasi SBAR saat serah terima antar shift
<b>D</b>	<b>IMPU</b>	<b>INDIKATOR MUTU UNIT</b>
33	IMPU-GIZI03	Ketepatan cita rasa makanan pasien rawat inap
34	IMPU-GIZI04	Sisa makanan yang tidak termaskan pasien
35	IMPU-GIZI01	Ketepatan dalam pemberian diet pasien
36	IMPU-PARU	Ketepatan Pemasangan Gelang Identitas
37	IMPU-PARU	Penanganan pasien TB yang tidak sesuai dengan strategi DOTS
38	IYDB10	Permintaan produk darah yang tidak terpakai
39	IMPU-RM 1	Ketepatan pengembalian RM rawat inap dalam waktu $\leq 2 \times 24$ jam
40	IMPU-RM 2	Pemomoran RM ganda
41	IMPU-RM 3	Kehilangan dokumen RM pasien ranap
42	IMPU-PPI	Angka kejadian Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
43	IMPU-PPI	Angka kejadian hospital acquired pneumonia (HAP)
44	IMPU-PPI	Angka kejadian infeksi aliran darah primer (IADP)
45	IMPU-PPI	Infeksi daerah operasi (IDO)
46	IMPU-PPI	Angka kejadian infeksi saluran kemih (ISK)
47	IMPU-PPI	Angka kejadian infeksi Luka infus (LI)/ Phlebitis
48	IMPU-LOUNDRY	Linen yang Dicuci Ulang
49	IMPU-LAB	Waktu Tunggu Hasil pemeriksaan Laboratorium POLI
50	IMPU-LAB	Waktu Tunggu Hasil pemeriksaan Laboratorium IGD
51	IMPU-CSSD	Kualitas Produk Sterilisasi dengan Tape Indikator Steril
52	IMPU-CSSD	Kesalahan proses packing dan labeling alat steril
53	IMPU-PKRS	Pelaksanaan Penyuluhan Kesehatan
54	IMPU-HD	Ketidakpatuhan pasien dengan jadwal HD
55	IMPU-NEUROLOGI	Pasien stroke iskemik yang tidak mendapatkan terapi trombolitik pada saat KRS
56	IMPU-NEUROLOGI	Pasien stroke yang tidak mendapatkan edukasi selama Perawatan di RS
57	IMPU VIP	Keterlambatan pemberian resume medis
58	IMPU-SIMRS-01	Angka Respon Time Trouble Hardware
59	IMPU RAD-01	Pelaksanaan pengulangan Foto Rontgen
60	IMPU RAD-02	Keterlambatan hasil foto Rawat Jalan lebih dari 30 menit
<b>E</b>	<b>PPA</b>	<b>INDIKATOR MUTU KINERJA</b>
61	K.Dokter-01	Kelengkapan asesmen awal medis di Rawat Inap
62	K.Dokter-03	Kelengkapan asesmen awal medis di Rawat Jalan
63	K.Dokter-02	Kelengkapan asesmen awal medis di IGD
64	K.Perawat-01	Kelengkapan asesmen awal keperawatan di Rawat Inap
65	K.Perawat-03	Kelengkapan asesmen awal keperawatan di Rawat Jalan
66	K.Perawat-02	Kelengkapan asesmen awal keperawatan di IGD

67	K-GIZI05	Kepatuhan ahli gizi dalam memberikan asuhan gizi (Pengisian form asuhan gizi) di ruang rawat inap
<b>F</b>	<b>IMI</b>	<b>ISQUA</b>
68	<b>IMI-01</b>	Angka kejadian pasien yang dirawat inap dengan Covid 19
69	<b>IMI-02</b>	Angka kejadian kematian pasien Covid 19 di rawat inap
70	<b>IMI-03</b>	Angka kesembuhan pasien yang dirawat inap dengan Covid 19
71	<b>IMI-04</b>	Angka Kejadian Covid 19 Pada Petugas

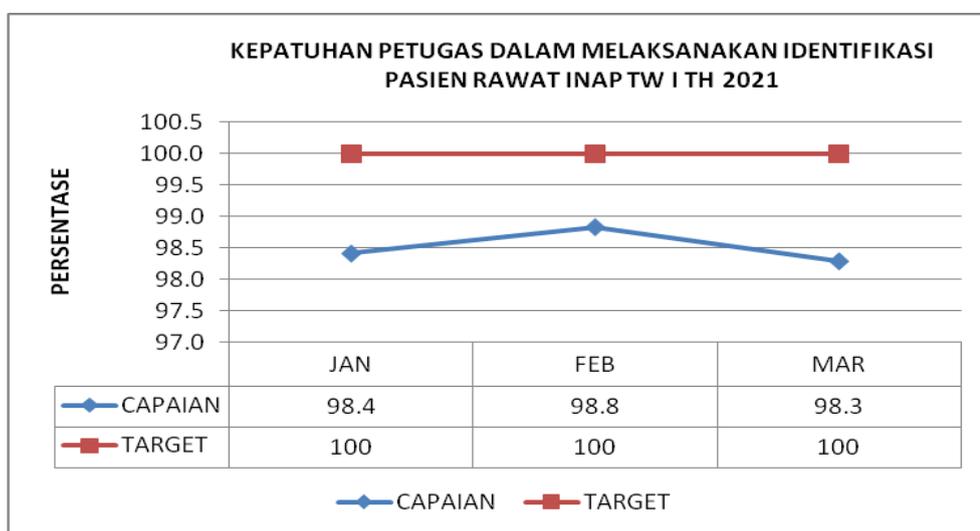
## B. ANALISA DATA INDIKATOR MUTU TRIWULAN I TAHUN 2021

### I. INDIKATOR MUTU NASIONAL

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

##### 1.1. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN IDENTIFIKASI PASIEN DI UNIT RAWAT INAP

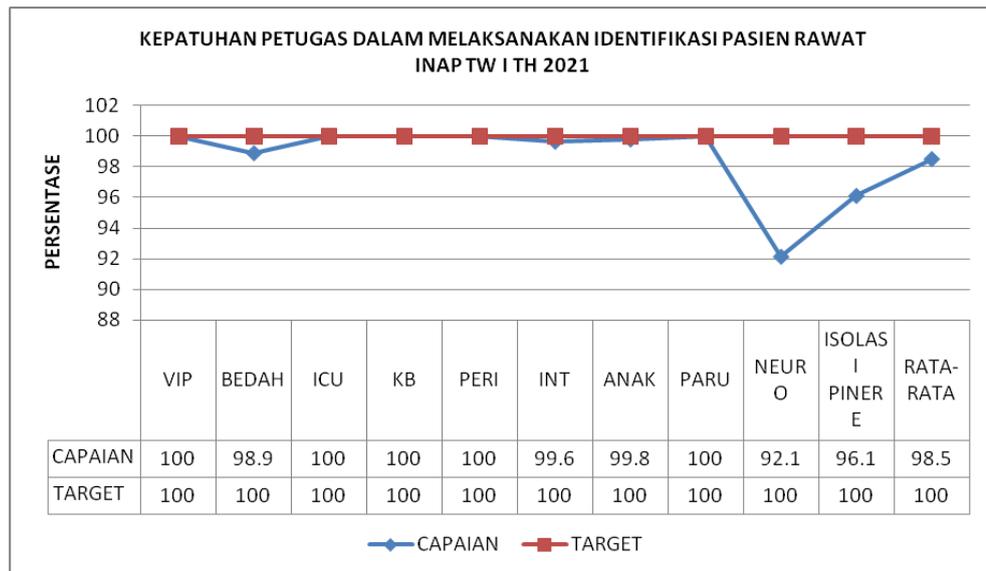
Kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien pada rawat inap pada Bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik berikut :



**Grafik 1 Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien Rawat Inap Triwulan I Tahun 2021**

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa identifikasi pasien cenderung bervariasi dimana capaian yang mendekati target terjadi pada bulan Februari dimana capaian identifikasi pasien pada rawat inap mencapai 98.8% dan yang terendah pada bulan Maret mencapai 98.3%.

Untuk pencapaian setiap unit di Instalasi Rawat Inap dapat dilihat pada grafik dibawah :



**Grafik 2. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien per Ruang Rawat Inap**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung meningkat mendekati standar. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 97.8%. Namun kalau dilihat pencapaian indikator tiap ruangan trennya bervariasi, ruangan yang telah mencapai target terdapat pada ruangan VIP, ICU, KB, Perinatologi dan Paru, sedangkan ruangan yang jauh dari target terdapat pada ruangan Neuro yaitu 92,1%. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

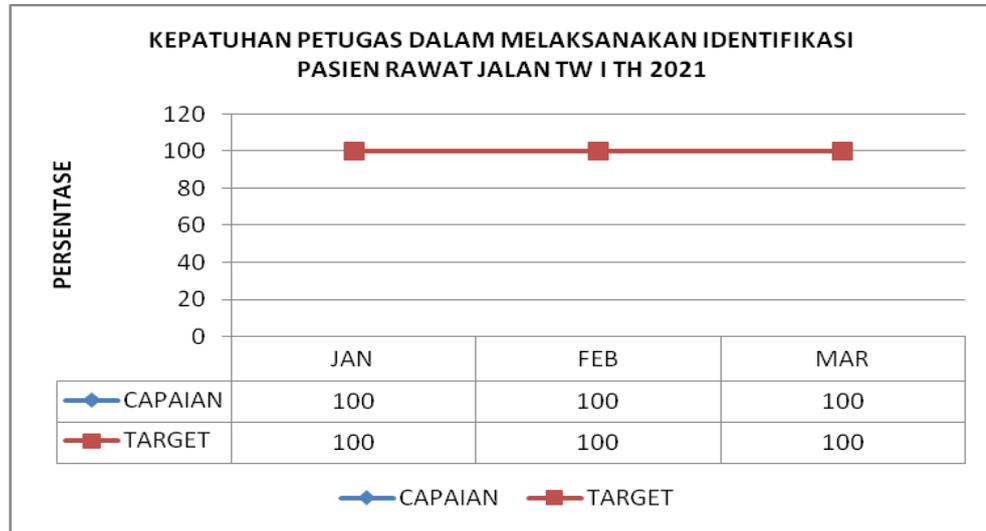
1. Kepatuhan melaksanakan identifikasi pasien belum menjadi budaya dalam memberikan pelayanan kepada pasien
2. Kurangnya kesadaran petugas tentang pentingnya identifikasi pasien
3. Pemahaman terhadap kamus indikator kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien masih kurang
4. Supervisi kepala ruangan belum optimal

Rekomendasi :

1. Lakukan resosialisasi secara berkesinambungan tentang kamus indikator ketepatan identifikasi pasien
2. Lakukan monitoring dan evaluasi rutin tentang pelaksanaan identifikasi pasien sehingga menjadi budaya
3. Lakukan supervisi oleh kepala ruangan terhadap staf masing2
4. Untuk selanjutnya akan dilakukan PDSA

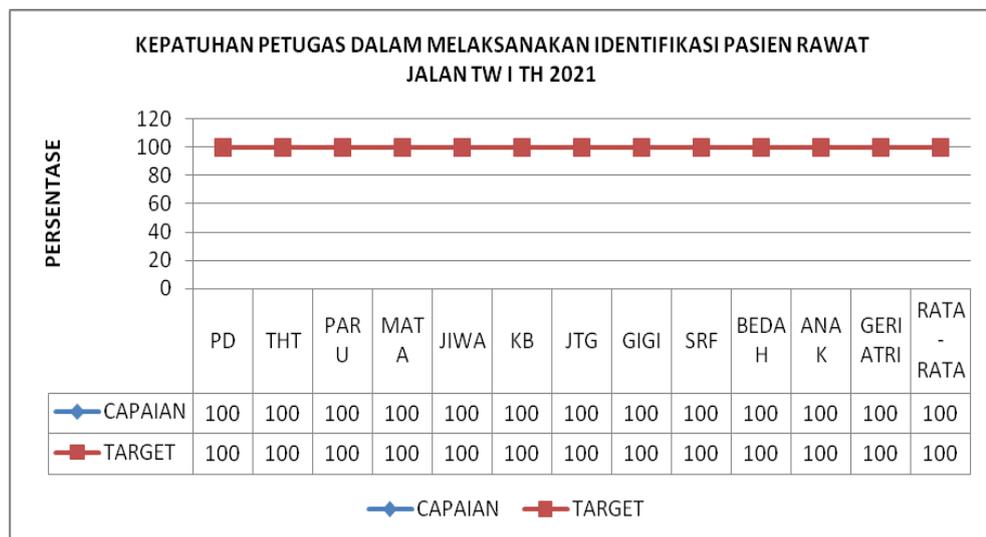
## 1.2. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN IDENTIFIKASI PASIEN DI UNIT RAWAT JALAN

Adapun untuk ruangan rawat jalan capaian kepatuhan identifikasi pasien adalah sebagai berikut:



**Grafik 3. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien Rawat Jalan**

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa pada bulan Januari sd. Maret 2021 capaian kepatuhan identifikasi petugas pada pasien di unit Rawat jalan mencapai 100% sesuai target.

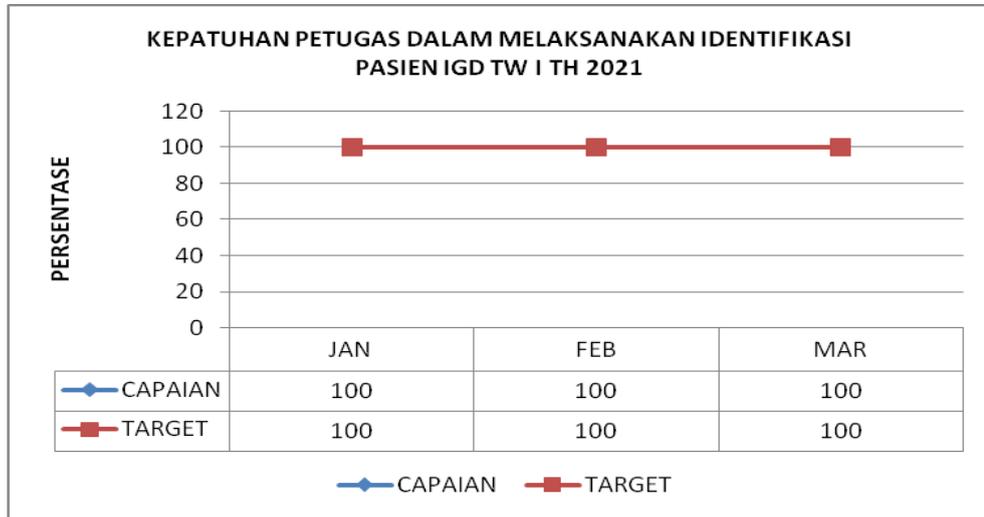


**Grafik 4. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien per Unit Rawat Jalan**

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa kepatuhan petugas dalam identifikasi pasien pada setiap ruangan di unit rawat jalan mencapai 100%.

### 1.3. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN IDENTIFIKASI PASIEN DI IGD

Adapun untuk ruangan IGD capaian kepatuhan identifikasi pasien adalah sebagai berikut:

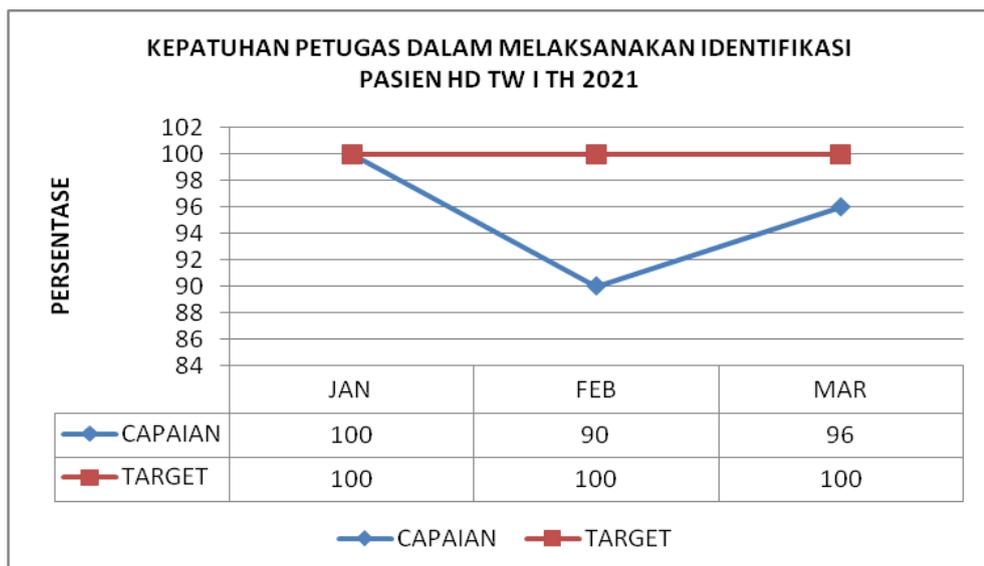


**Grafik 5. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikas Pasien di IGD**

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa kepatuhan petugas dalam identifikasi pasien di IGD mencapai target 100%.

### 1.4. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN PASIEN DI RUANGAN HEMODIALISA

Adapun untuk ruangan rawat jalan capaian kepatuhan identifikasi pasien adalah sebagai berikut:



**Grafik 6. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien Di Hemodialisa**

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa di ruangan Hemodialisa cenderung bervariasi dari bulan Januari ke bulan Maret dimana pada bulan Januari mencapai target 100% namun di bulan Februari mengalami penurunan mencapai 90%. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh beberapa hal:

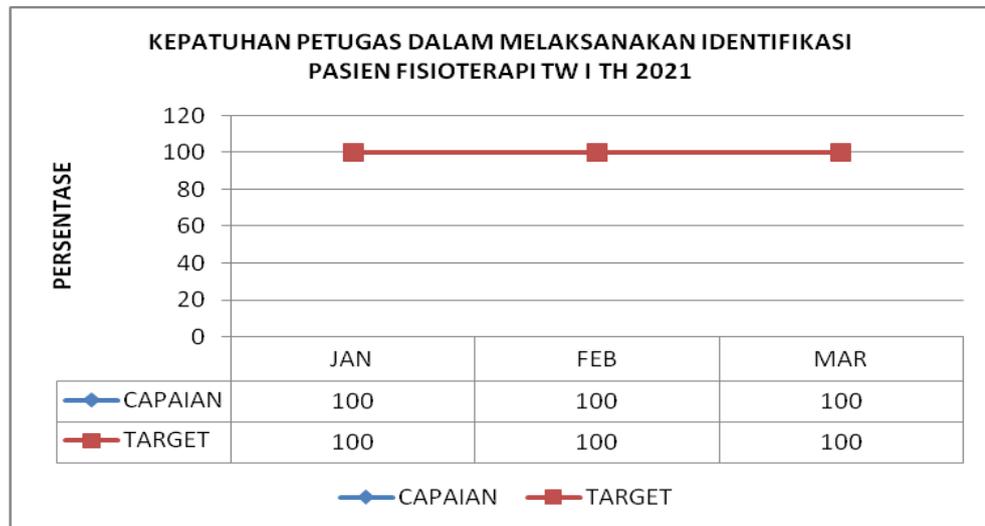
1. Ketidak pedulian pasien dalam mengikuti jadwal yang diberikan petugas
2. Faktor jarak dan ekonomi pasien dalam mengundur jadwal HD tiap minggunya
3. Kurangnya edukasi tentang pentingnya HD sesuai jadwal

Rekomendasi :

1. Lakukan evaluasi tentang pelaksanaan di lapangan
2. Berikan edukasi sesuai tingkat pemahaman pasien

### 1.5. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN PASIEN DI RUANGAN FISIOTERAPI

Adapun untuk ruangan fisioterapi capaian kepatuhan identifikasi pasien adalah sebagai berikut:

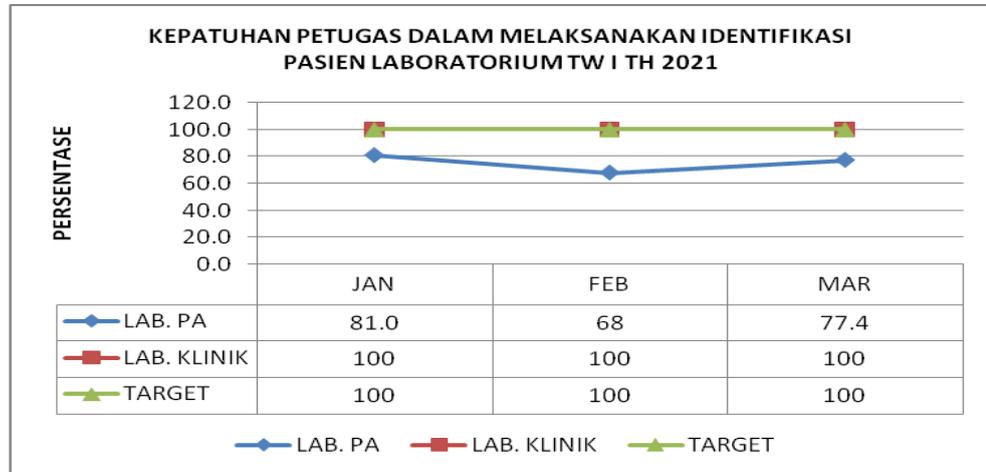


**Grafik 7. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien di Fisioterapi**

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa di ruangan Fisioterapi dari bulan Januari sampai bulan Maret sudah mencapai target (100%).

## 1.6. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN PASIEN DI RUANGAN LABORATORIUM KLINIK & PA

Adapun untuk ruangan laboratorium Klinik dan PA capaian kepatuhan identifikasi pasien adalah sebagai berikut:

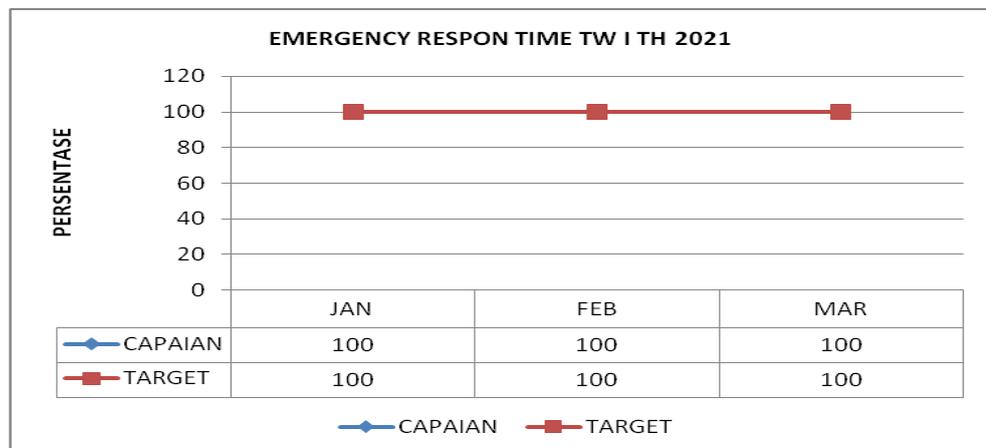


**Grafik 8. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien di Laboratorium Klinik & PA**

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa kepatuhan petugas melaksanakan identifikasi pasien di ruangan laboratorium klinik sudah mencapai target (100%) sedangkan di ruangan laboratorium PA cenderung menurun dibulan Februari 68% namun kembali meningkat dibulan Maret 77,4%

## 2. EMERGENCY RESPON TIME

Capaian Emergency Respon Time pada bulan Januari sd. Maret tahun 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini



**Grafik 9. Emergency Respon Time Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu emergency respon

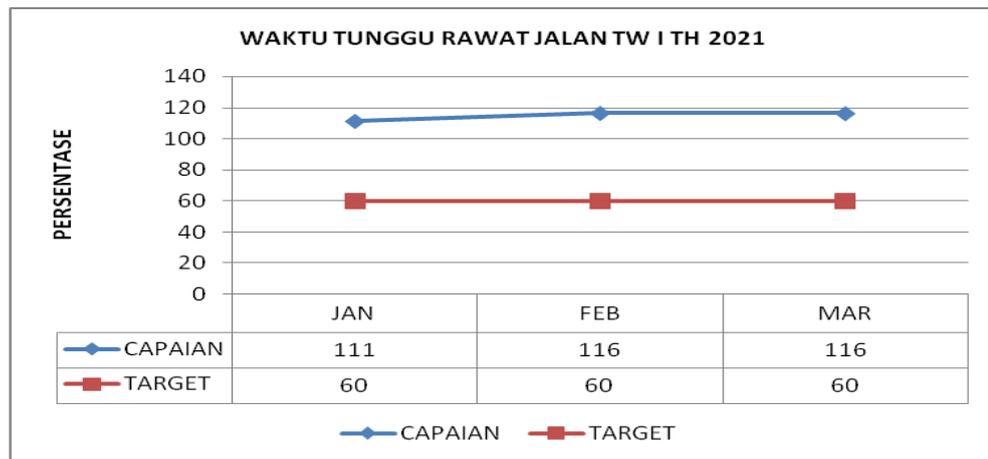
time pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 100%, rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian indikator ini sudah mencapai standart.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

### 3. WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN

#### 3.1. WAKTU TUNGGU PASIEN RAWAT JALAN

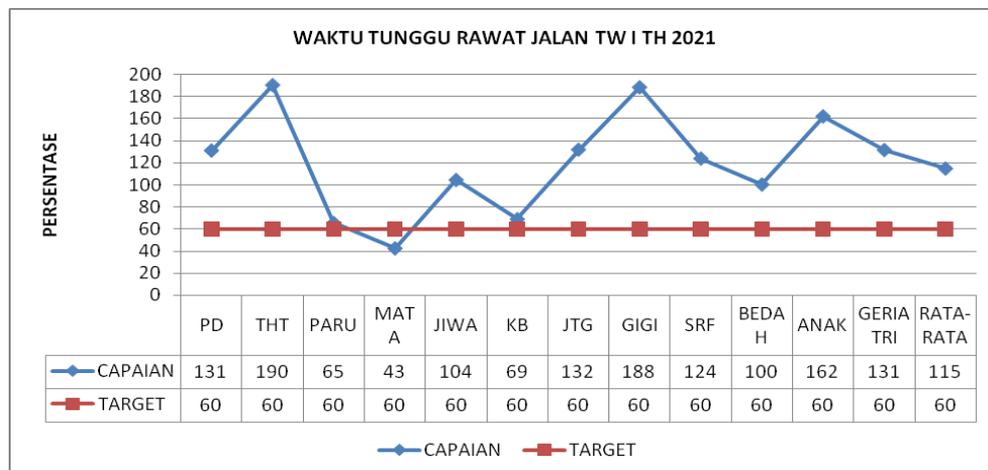
Capaian waktu tunggu rawat jalan pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik berikut ini:



**Grafik 10. Waktu Tunggu Rawat Jalan Triwulan I Tahun 2021**

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa waktu tunggu pasien di rawat jalan belum mencapai target, yakni 111 s.d 116 menit. Paling tinggi pada bulan Maret mencapai 116 menit. Capaian untuk indikator ini masih jauh dari target dimana target untuk waktu tunggu rawat jalan ini adalah 60 menit.

Waktu tunggu rawat jalan pada masing-masing unit dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



**Grafik 11. Waktu Tunggu Rawat Jalan Triwulan I tahun 2021**

Grafik diatas adalah capaian indicator mutu waktu tunggu rawat jalan pada Triwulan I tahun 2021. Standart indicator mutu ini adalah 60 menit, rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 115 menit.

Capaian indicator belum mencapai standart yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh:

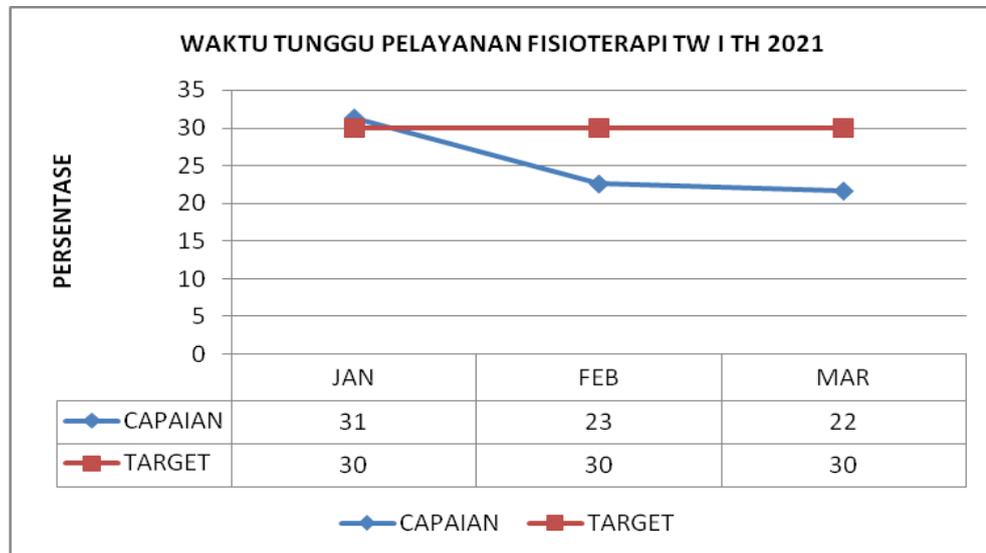
1. Belum semua DPJP datang tepat waktu ke rawat jalan
2. Proses pendaftaran yang memakan waktu lama, karena banyaknya pasien yang berobat ke rawat jalan
3. Pendistribusian status ke poliklinik sering terlambat

Rekomendasi :

1. Resosialisasi kepada DPJP tentang waktu pelayanan rawat jalan
2. Pengaturan nomor antrian dan penambahan loket pendaftaran
3. Penambahan jumlah kurir pengantar status
4. Untuk selanjutnya akan dilakukan PDSA

### 3.2. WAKTU TUNGGU PASIEN FISIOTERAPI

Capaian waktu tunggu pasien Fisioterapi pada Triwulan I dapat dilihat pada grafik dibawah:

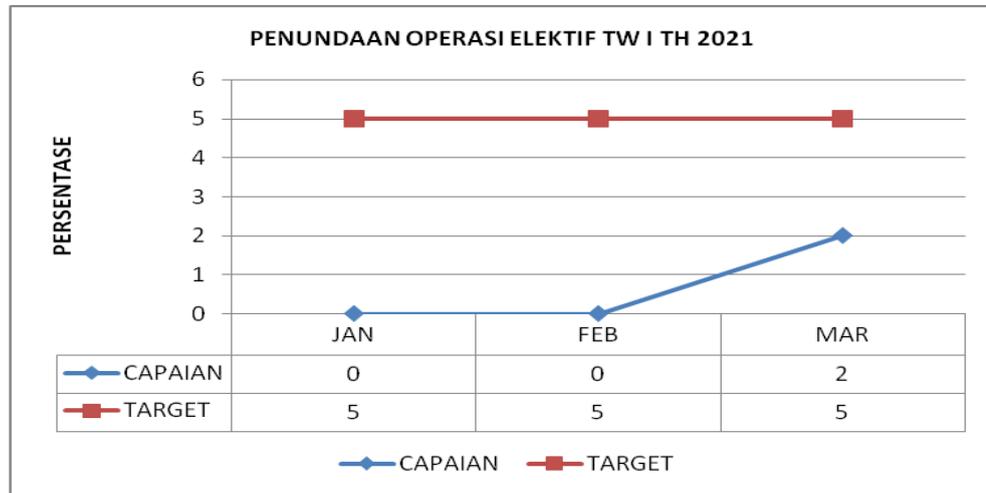


**Grafik 12. Waktu Tunggu Pelayanan Fisioterapi Triwulan I Tahun 2021**

Pada grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian waktu tunggu pelayanan fisioterapi dari bulan Januari s.d Maret mengalami peningkatan pelayanan yang baik. Waktu tunggu pelayanan ini cenderung meningkat capaiannya, dimana waktu tunggu pelayanan paling baik yaitu pada bulan Maret mencapai 22 menit dan yang terburuk pada bulan Januari mencapai 31 menit.

#### 4. PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF

Penundaan Operasi elektif pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

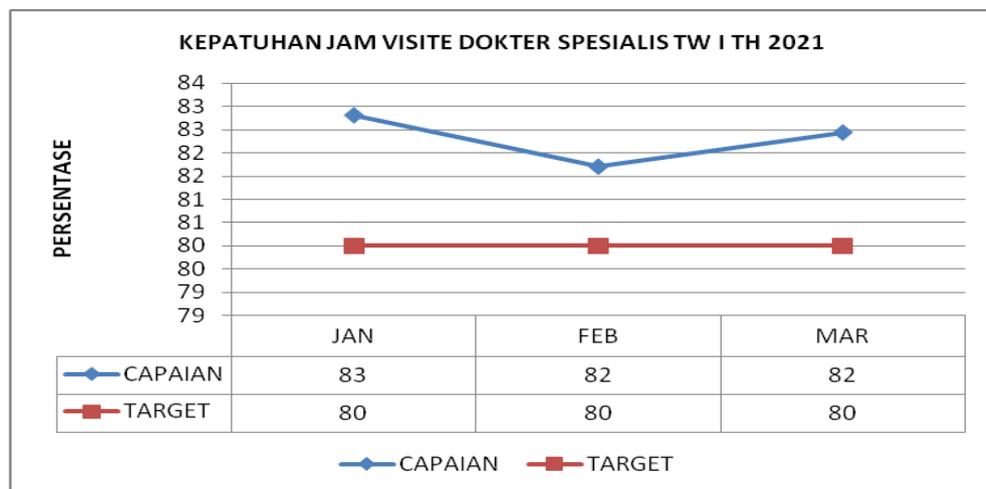


**Grafik 13. Penundaan Operasi Elektif Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu penundaan operasi elektif pada Triwulan I tahun 2021, trendnya stabil. Standart indicator mutu ini adalah <5%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 1%. Capaian indicator ini sudah dibawah standart yang telah ditetapkan. Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

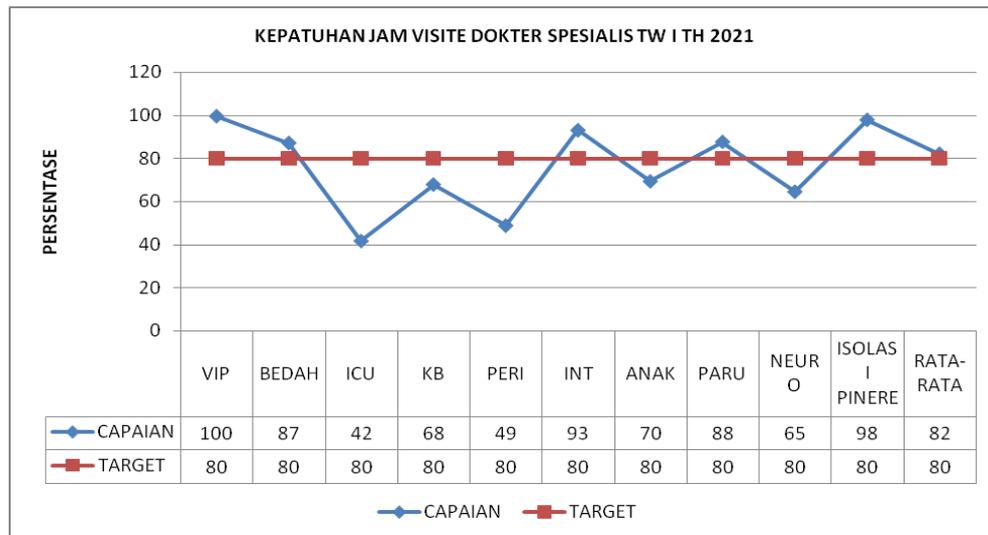
#### 5. KETEPATAN JAM VISITE DOKTER SPESIALIS

Capaian jam visite dokter spesialis pada Bulan Januari sd. Maret 2021 dapat ditunjukkan pada grafik dibawah ini:



**Grafik 14. Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis Per Triwulan I Tahun 2021**

Capaian jam visite dokter spesialis bervariasi untuk dari grafik capaian kepatuhan jam visite dokter spesialis dapat ditunjukkan pada grafik dibawah ini



**Grafik 15. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu kepatuhan jam visite dokter spesialis pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung bervariasi. Standart indikator mutu ini adalah  $\geq 80\%$ , sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 82%. Pencapaian indikator ini sudah mencapai target yang diharapkan. Namun dilihat dari tiap ruangan trendnya bervariasi. Ruangan yang memenuhi standar terdapat pada ruangan VIP, Bedah, Interne, Paru, dan Isolasi Pinere. Ruangan yang belum memenuhi standar indikator terdapat pada ruangan ICU, KB, Perinatologi, Anak dan Neurologi.

Belum tercapainya target indikator ini disebabkan:

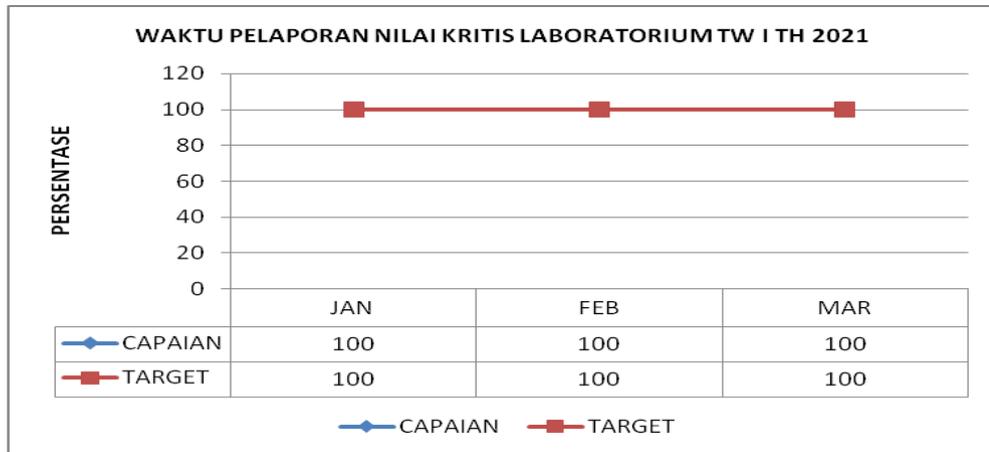
1. Belum semua dokter spesialis visite sebelum jam 14.00 wib karena dokter tersebut melaksanakan pelayanan poliklinik pada pagi hari
2. Belum terbiasanya dokter spesialis visite di hari minggu dan hari libur nasional
3. Pemahaman terhadap kamus indikator kepatuhan visite dokter spesialis masih kurang

Rekomendasi:

1. Lakukan resosialisasi secara berkesinambungan tentang waktu visite dokter spesialis terkait indikator kepatuhan jam visite dokter spesialis
2. Lakukan resosialisasi secara berkesinambungan tentang kamus indikator kepatuhan jam visite dokter spesialis
3. Lakukan monitoring dan evaluasi rutin tentang kepatuhan visite dokter spesialis.

## 6. WAKTU PELAPORAN NILAI KRITIS LABORATORIUM

Capaian waktu pelaporan nilai kritis laboratorium dapat ditunjukkan pada grafik berikut:



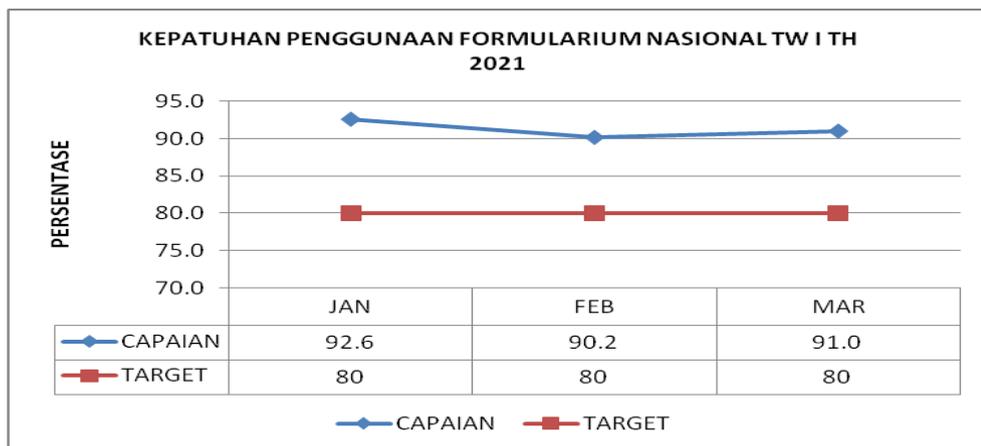
**Grafik 16. Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu waktu pelaporan nilai kritis laboratorium pada Triwulan I tahun 2021 sudah mencapai target (100%).

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

## 7. KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL

Capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional Triwulan I tahun 2021 ditunjukkan pada grafik dibawah:



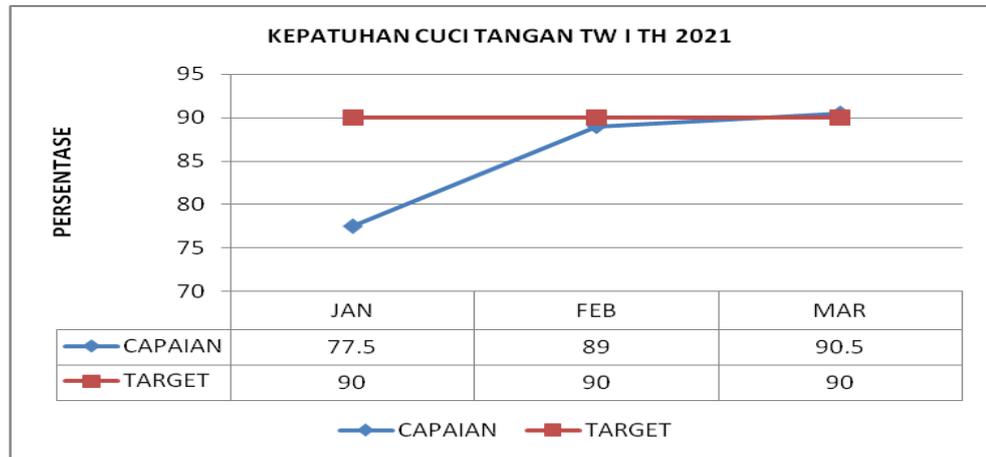
**Grafik 17. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Triwulan I Tahun 2021**

Standart indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 91,3%. Capaian indikator sudah mencapai standart yang telah ditetapkan

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

## 8. KEPATUHAN CUCI TANGAN

Capaian kepatuhan cuci tangan Triwulan I Tahun 2021 ditunjukkan pada grafik dibawah:



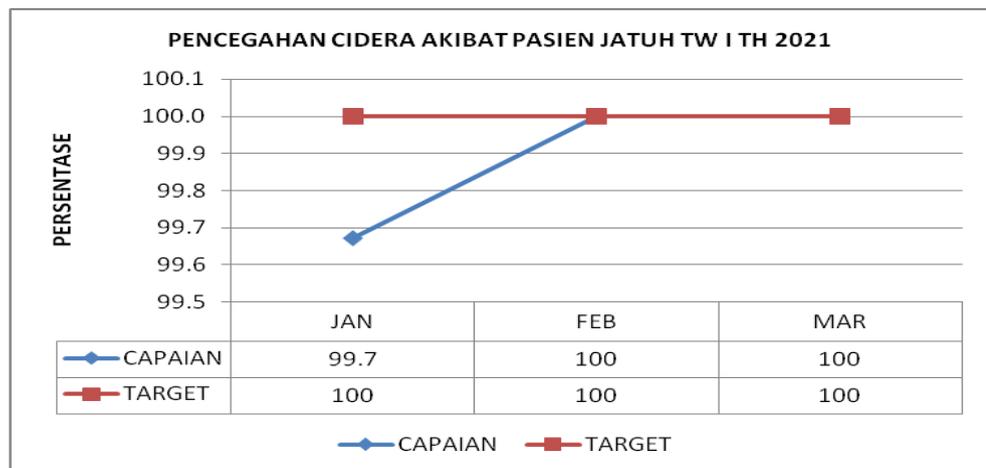
**Grafik 18. Kepatuhan Cuci Tangan Triwulan I Tahun 2021**

Standart indicator mutu ini adalah 90%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 85,6%. Belum tercapainya indicator dikarenakan masih ditemukan petugas tidak melakukan kebersihan tangan karena menggunakan handscoon doble

Rekomendasi : tingkatkan monitoring dan evaluasi IPCN dan IPCLN.

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

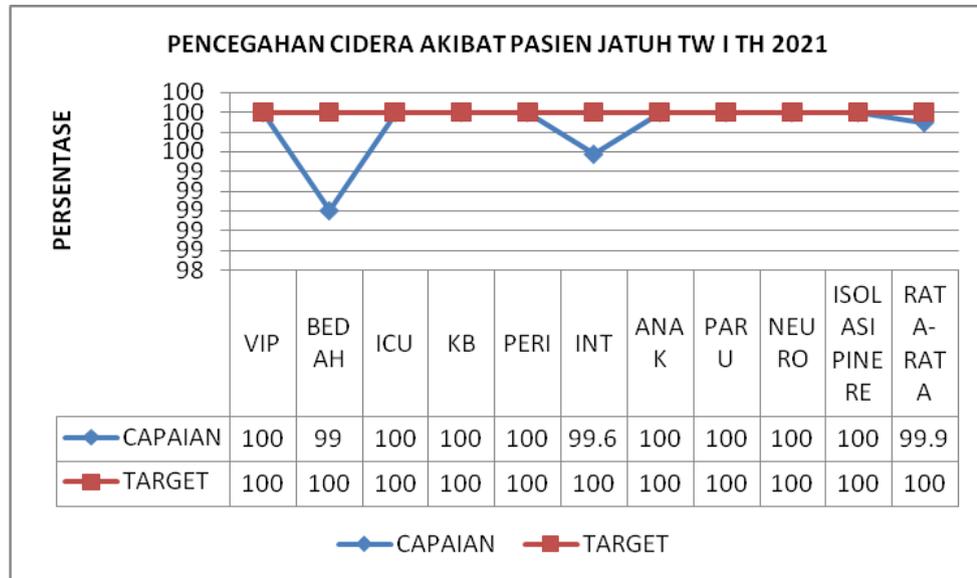
Capaian pencegahan resiko cidera akibat pasien jatuh ditunjukkan pada grafik dibawah ini :



**Grafik 19. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cidera Akibat Pasien Jatuh Triwulan I Tahun 2021**

Dari grafik dapat dilihat bahwa kecenderungan capaian mengalami peningkatan setiap bulannya dan sudah mencapai standart dibulan Februari dan Maret (100%).

Capaian kepatuhan dalam upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien per unit rawat inap ditunjukkan pada grafik dibawah :



**Grafik 20. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 99,9%. Capaian yang sudah mencapai standart adalah ruang rawat inap VIP, ICU, KB, Perinatologi, Anak, Paru, Neurologi dan Isolasi Pinere yaitu 100%, sedangkan capaian di bawah standart adalah ruang Bedah 99% dan Interne 99,6% .

Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

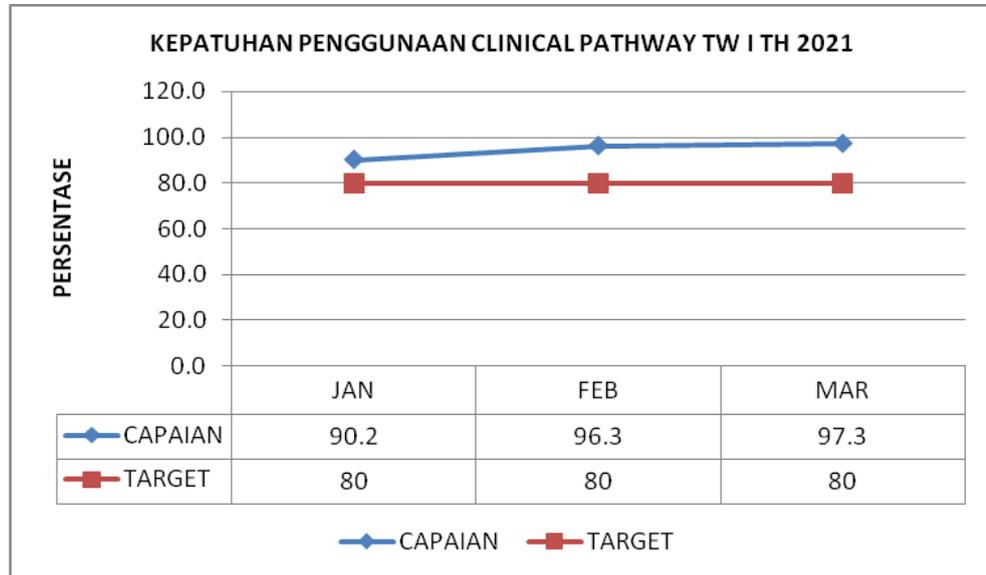
1. Pelaksanaan skrining resiko jatuh pada rawat inap belum optimal
2. Belum terlaksananya asesmen ulang resiko jatuh karena belum tersosialisasinya form asesmen ulang resiko jatuh
3. Sarana dan prasarana untuk penandaan resiko jatuh masih kurang, karena gelang/stiker resiko jatuh kadang-kadang tidak tersedia

Rekomendasi :

1. Lakukan resosialisasi tentang skrining resiko jatuh dan form asesmen ulang resiko jatuh
2. Evaluasi ketersediaan gelang/stiker resiko jatuh

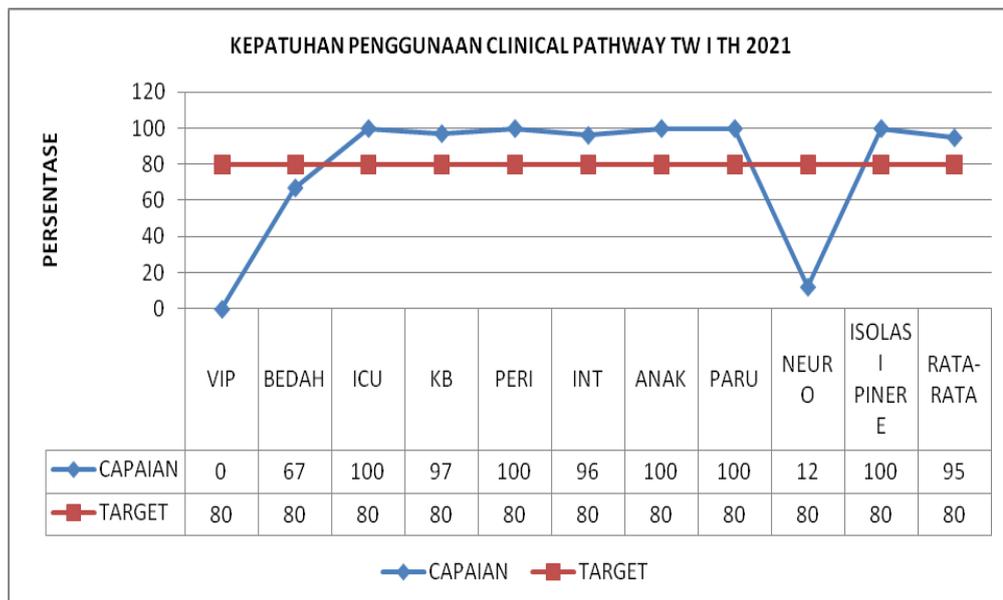
## 10. KEPATUHAN PENGGUNAAN CLINICAL PATHWAY

Capaian kepatuhan penggunaan clinical pathway bulan Januari sd. Maret 2021 ditunjukkan pada grafik dibawah:



**Grafik 21. Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway Triwulan I Tahun 2021**

Capaian untuk indicator ini sudah mencapai target (80%) dimana grafiknya cenderung meningkat. Namun untuk masing-masing ruangan capaiannya dapat dilihat pada grafik dibawah:



**Grafik 22. Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan penggunaan clinical pathway pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata

capaian indicator mutu ini adalah 95%. semua ruangan sudah mencapai target kecuali VIP dan Neurologi. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

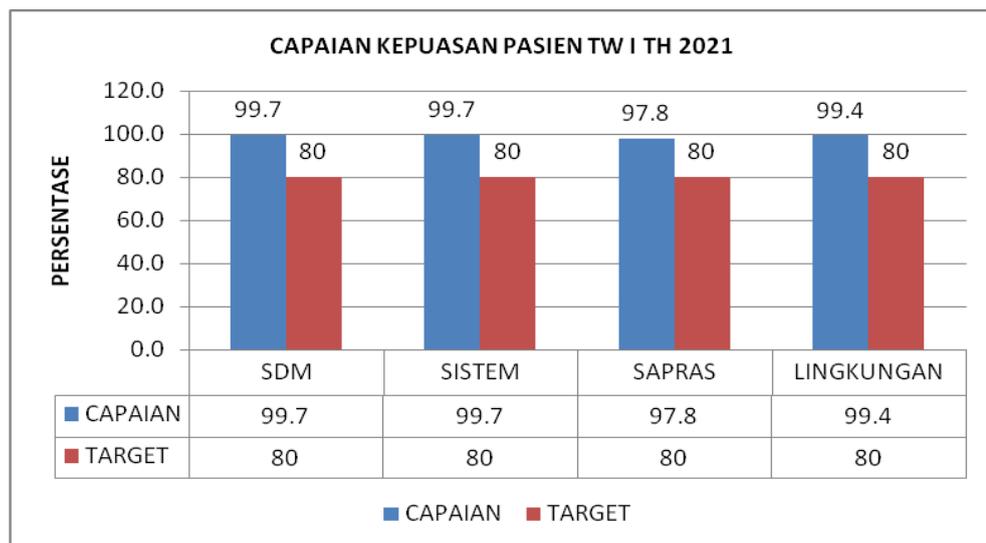
1. Belum tersosialisasinya dengan baik cara pengisian blanko clinical pathway
2. Banyaknya variasi blanko clinical pathway, sehingga ada wacana untuk revisi blanko clinical pathway. Akan tetapi revisi belum selesai, blanko lama tidak di jalankan.

Rekomendasi :

1. Lakukan revisi blanko clinical pathway
2. Lakukan sosialisasi cara pengisian blanko clinical pathway

## 11. KEPUASAN PASIEN

RSUD melakukan penilaian kepuasan pasien setiap bulan, capaian untuk indicator ini adalah :

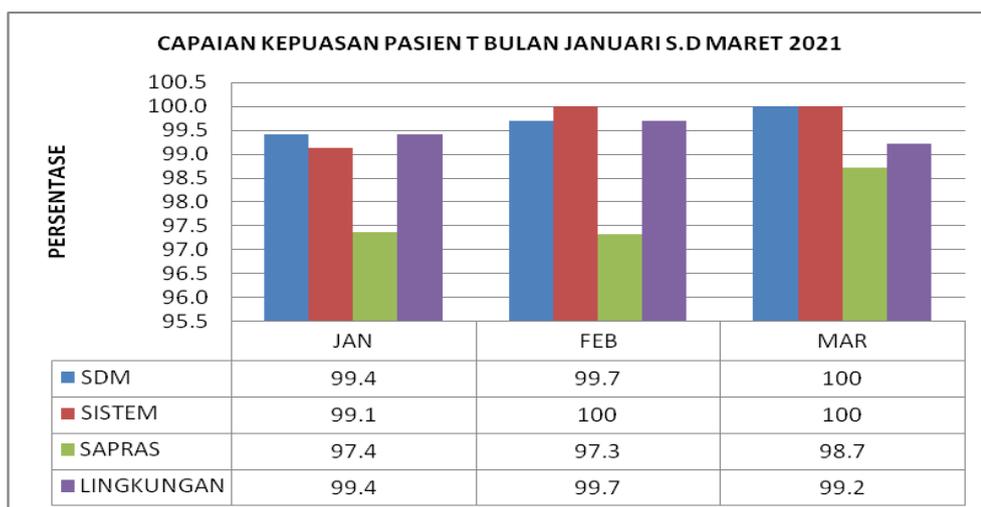


**Grafik 23. Tingkat Kepuasan Pelanggan Triwulan I tahun 2021**

Grafik diatas adalah rata-rata capaian indikator mutu Tingkat kepuasan pelanggan bervariasi untuk setiap aspek penilaian. Standart indicator mutu ini adalah 80%. Pencapaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan dan yang paling baik kepuasan pelanggan ada pada sumber daya manusia (SDM) dan juga pada system/ prosedur dengan rata-rata capaian 99,2%.

Rekomendasi: Pertahankan hasil capaian indikator yang telah ada

Untuk capaian setiap bulannya pada Triwulan I dapat dilihat pada grafik dibawah:

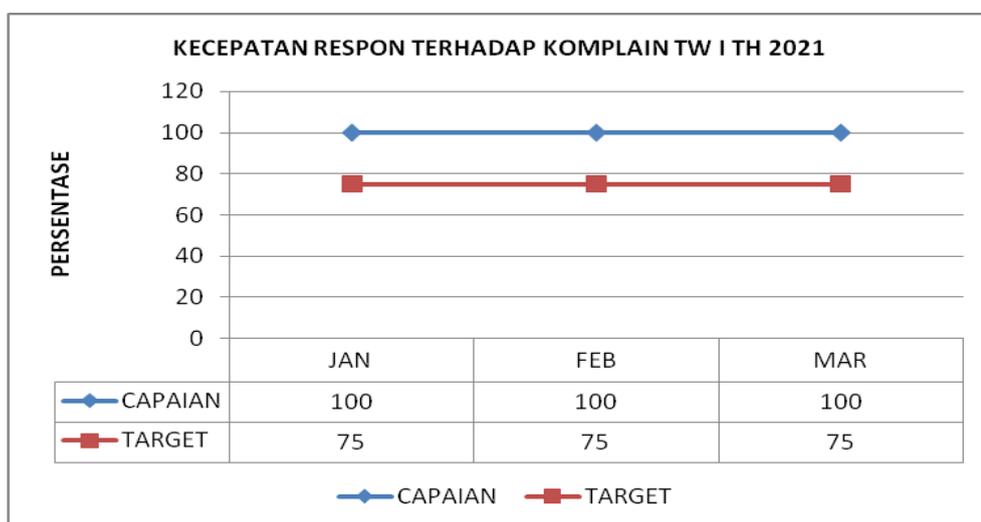


**Grafik 24. Tingkat Kepuasan Pelanggan Bulan Januari sd. Maret Tahun 2021**

Grafik diatas menunjukkan bahwa setiap bulannya kepuasan pelanggan sudah mencapai target (80%). Jika digabungkan capaian seluruh aspek penilaian di setiap bulannya maka kepuasan pasien/ pelanggan untuk bulan Januari mencapai 98,8%, bulan Februari 99,2% dan bulan Maret 99,5%.

## 12. KECEPATAN RESPON TERHADAP KOMPLAIN

Capaian kecepatan respon komplain pada bulan Januari sd. Januari 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



**Grafik 25. Kecepatan Respon Terhadap Komplain Triwulan I Tahun 2021**

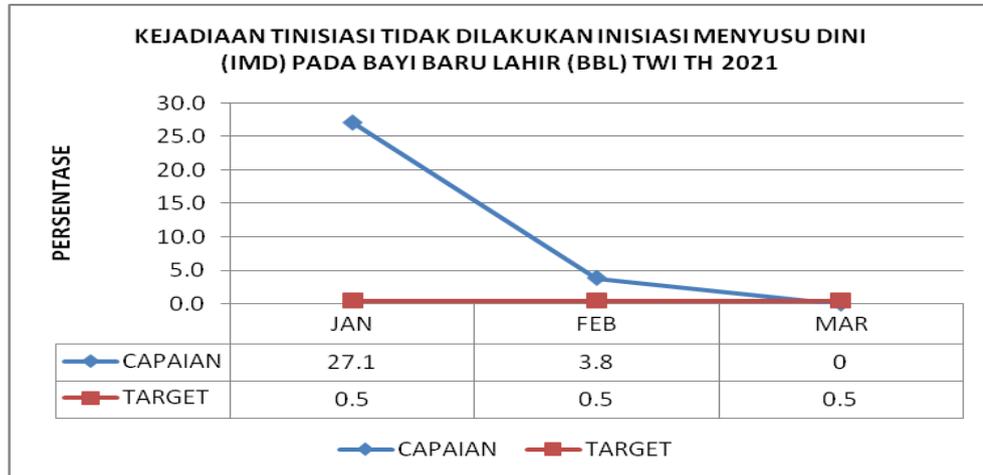
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kecepatan respon terhadap complain 100% dapat diatasi.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

## II. INDIKATOR MUTU PRIORITAS

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

Capaian kejadian tidak dilaksanakan inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

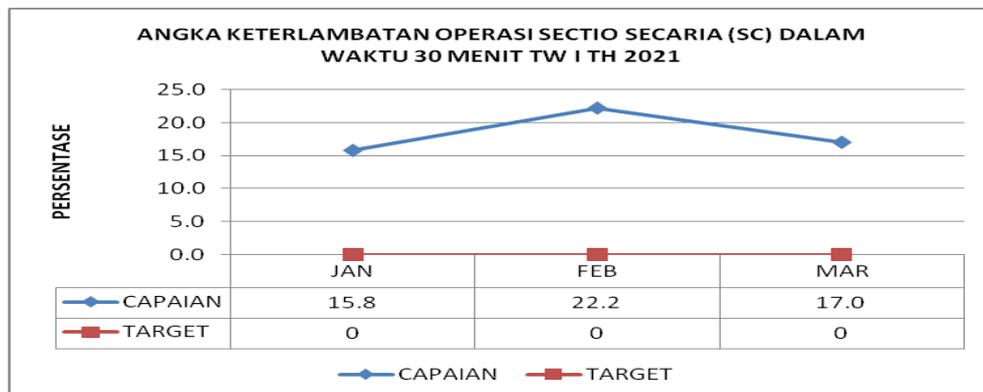


**Grafik 26. Kejadian Tidak Dilaksanakan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) Pada Bayi Baru Lahir Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kejadian tidak dilaksanakan inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung membaik. Standart indicator mutu ini adalah 0.5%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 12,6%. Dimana kejadian paling buruk terjadi pada bulan Januari dimana 27,1% tidak dilaksanakannya IMD pada bayi baru lahir.

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

Capaian angka keterlambatan operasi SC dalam waktu 30 menit dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



**Grafik 27. Keterlambatan Operasi Sectio Secaria (SC) Dalam Waktu 30 Menit Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu keterlambatan operasi sectio secaria (SC) pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 18,2%. Artinya 18,2% terjadi keterlambatan operasi SC pada bulan Januari sd. Maret 2021.

Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

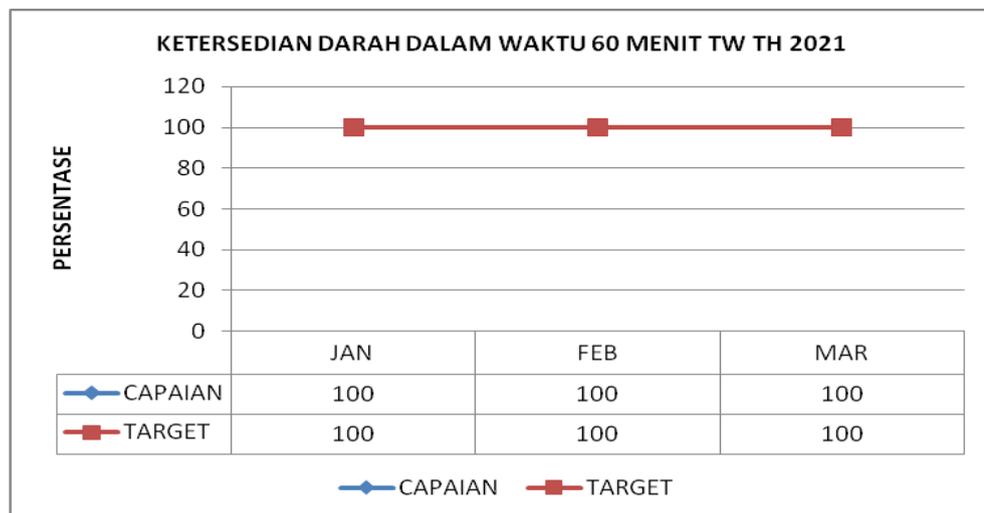
1. Instruksi sectio secaria dikeluarkan sebelum hasil laboratorium keluar, sehingga membutuhkan waktu 30 mnt untuk menunggu hasil labor keluar
2. Persiapan untuk sectio secaria membutuhkan waktu lama
3. Kurangnya pemahaman tentang kamus indicator keterlambatan operasi sectio secaria dalam waktu 30 menit

Rekomendasi :

1. Resosialisasi kembali kamus indicator keterlambatan operasi sectio secaria dalam waktu 30 menit
2. Evaluasi tentang kebijakan indicator keterlambatan operasi sectio secaria dalam waktu 30 menit dengan teams PONEK

### 3. KETERSEDIAAN DARAH DALAM WAKTU 60 MENIT

Capaian ketersediaan darah dalam waktu 60 menit pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah:



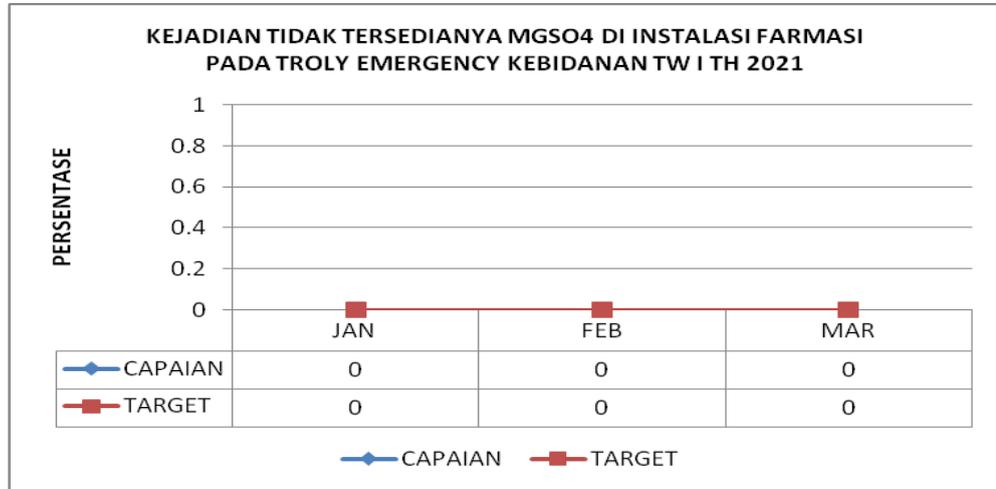
**Grafik 28. Keterlambatan Ketersediaan Darah Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketersediaan darah dalam waktu 60 menit pada Triwulan I tahun 2021,. Standart indicator mutu ini adalah 100%, capaian indicator mutu ini sudah mencapai target.

### 4. KEJADIAN TIDAK TERSEDIANYA MGSO4 DI INSTALASI FARMASI PADA

## TROLY EMERGENCY KEBIDANAN

Kejadian tidak tersedianya MgSO<sub>4</sub> di Instalasi Farmasi pada trolly emergency kebidanan pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat dibawah ini:

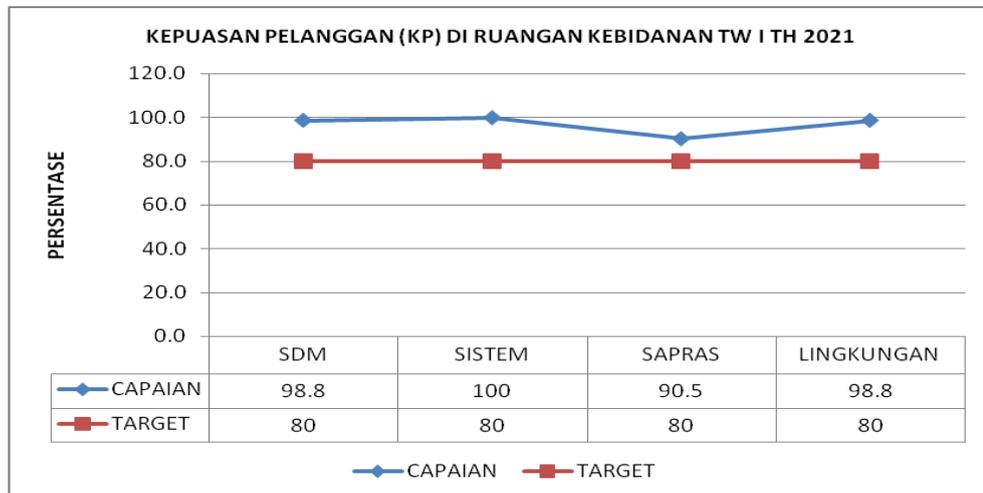


**Grafik 29. Kejadian tidak tersedianya MgSO<sub>4</sub> di Instalasi Farmasi pada trolly emergency kebidanan Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Kejadian tidak tersedianya MgSO<sub>4</sub> di Instalasi Farmasi pada trolly emergency kebidanan pada Triwulan I tahun 2021, trendnya sudah mencapai indicator mutu ini adalah 0%, Capaian sudah mencapai standart yang telah ditetapkan.  
Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

## 5. KEPUASAN PELANGGAN (KP) DI KEBIDANAN

Kepuasan pelanggan di ruang Kebidanan pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat dibawah ini:



**Grafik 30. Kepuasan Pelanggan Di Ruang Kebidanan Triwulan I Tahun 2021**

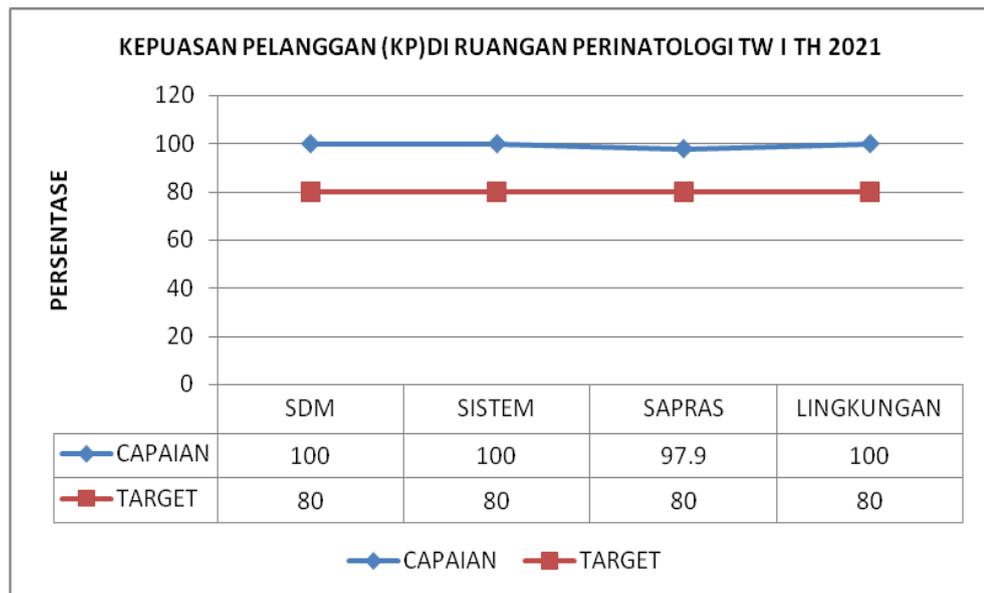
Grafik diatas adalah rata-rata capaian indikator mutu. Tingkat kepuasan

pelanggan bervariasi untuk setiap aspek penilaian. Standar indikator mutu ini adalah 80%. Pencapaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan dan yang paling baik kepuasan pelanggan ada pada pada system/ prosedur dengan rata-rata capaian 100%.

Rekomendasi: Pertahankan hasil capaian indikator yang telah ada

## 6. KEPUASAN PELANGGAN (KP) DI PERINATOLOGI

Kepuasan pelanggan di ruang Perinatologi pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat dibawah ini:



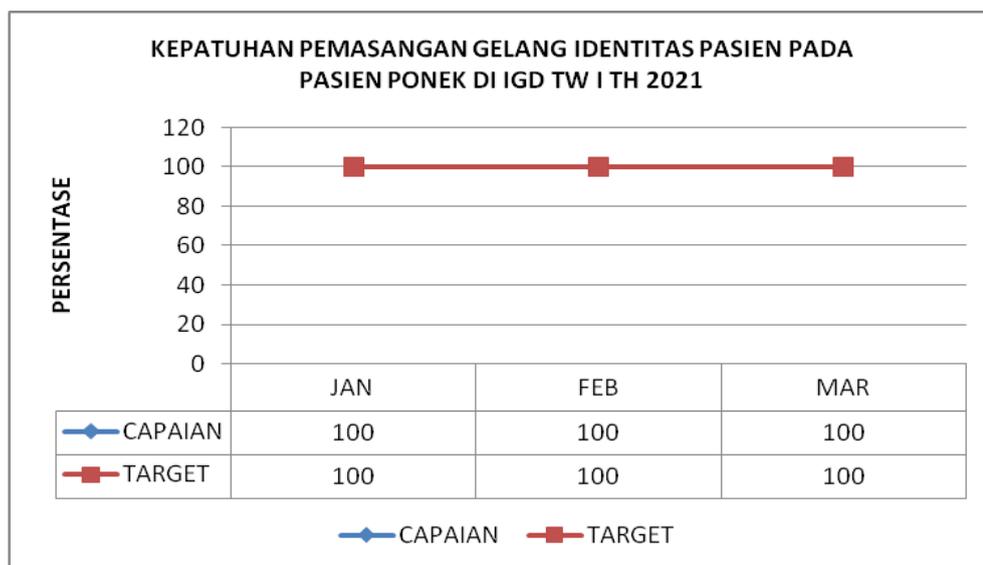
**Grafik 31. Kepuasan Pelanggan Di Ruang Perinatologi Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah rata-rata capaian indikator mutu. Tingkat kepuasan pelanggan bervariasi untuk setiap aspek penilaian. Standar indikator mutu ini adalah 80%. Pencapaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan dan yang paling baik kepuasan pelanggan ada pada pada system/ prosedur dan lingkungan dengan rata-rata capaian 100%.

Rekomendasi: Pertahankan hasil capaian indikator yang telah ada

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

Kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien dilaksanakan pada pasien ponek. Capaian untuk indikator ini dapat dilihat pada grafik dibawah:



**Grafik 32. Kepatuhan Pemasangan Gelang Identitas Pasien Pada Pasien PONEK di IGD Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien pada pasien PONEK di IGD pada Triwulan I tahun 2021, 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

#### **8. KONFIRMASI SBAR SAAT SERAH TERIMA ANTAR SHIFT PADA PONEK DI KEBIDANAN DAN PERI**

Konfirmasi SBAR saat serah terima antar shift pada PONEK pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat dibawah ini:



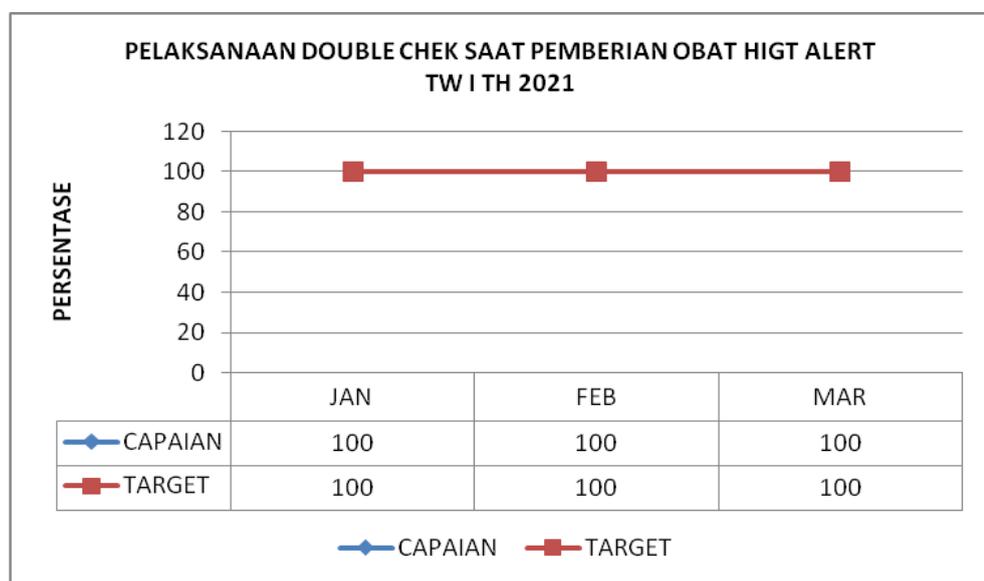
**Grafik 33. Konfirmasi SBAR Saat Serah Terima Antar Shift Pada PONEK Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Konfirmasi SBAR saat serah terima antar shift pada PONEK pada Triwulan I tahun 2021, 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

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

Capaian pelaksanaan doeble chek saat pemberian obat high alert dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



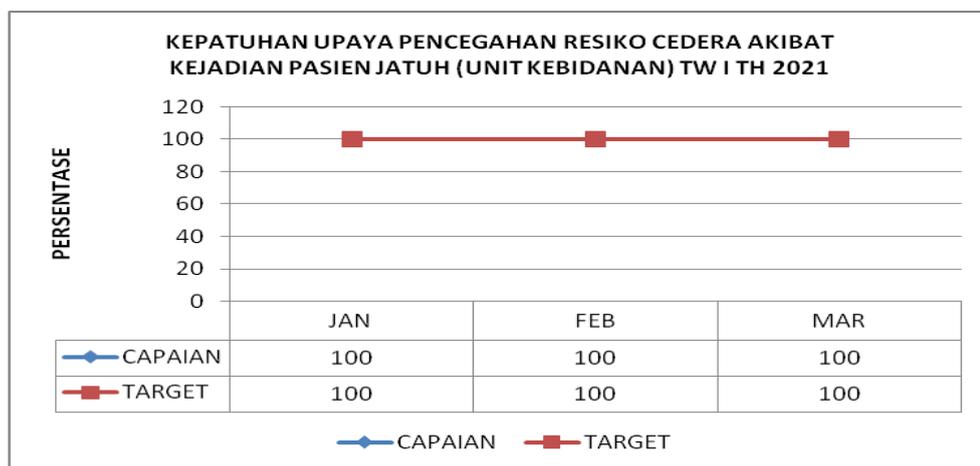
**Grafik 34. Kepatuhan Pelaksanaan Double Chek Saat Pemberian Obat Higt Alert Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan pelaksanaan double chek saat pemberian obat higt alert pada Triwulan I tahun 2021, 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

### 10. KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RESIKO CEDERA AKIBAT KEJADIAN PASIEN JATUH (UNIT KEBIDANAN)

Capaian kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat kejadian pasien jatuh dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



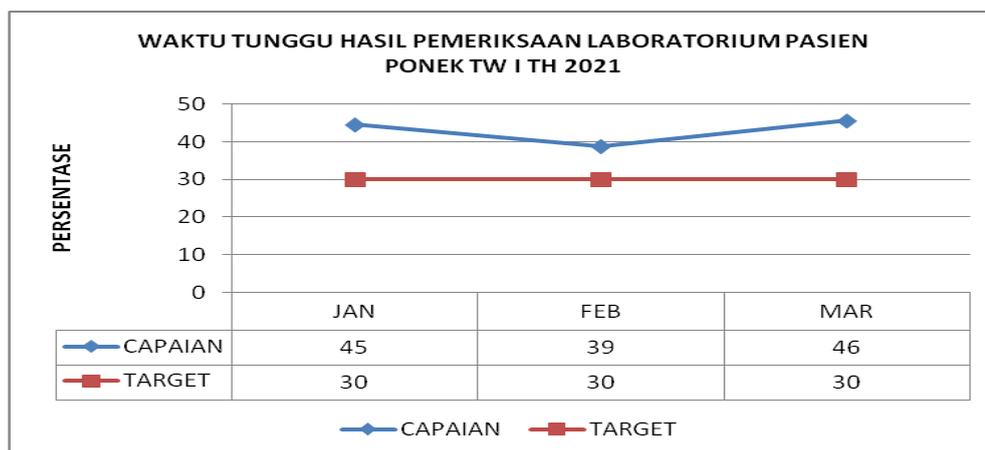
**Grafik 35. Kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat kejadian pasien jatuh Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat kejadian pasien jatuh pada Triwulan I tahun 2021, 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

## 11. WAKTU TUNGGU HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM PASIEN PONEK

Capaian Waktu Tunggu Hasil pemeriksaan Laboratorium pasien Ponek dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



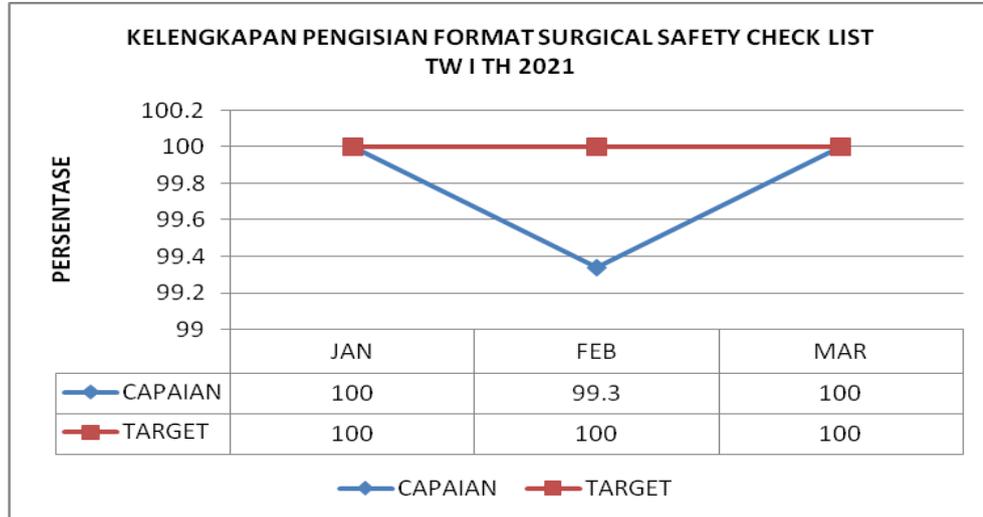
**Grafik 36. Waktu Tunggu Hasil pemeriksaan Laboratorium pasien Ponek Triwulan I Tahun 2021**

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa waktu tunggu hasil pemeriksaan Laboratorium pasien Ponek belum mencapai target. Paling tinggi pada bulan Maret mencapai 46 menit. Capaian untuk indikator ini masih jauh dari target dimana target untuk waktu hasil pemeriksaan laboratorium pasien Ponek ini adalah 30 menit.

### III. INDIKATOR YANG DIPERSYARATKAN BAB

#### 1. KELENGKAPAN PENGISIAN FORMAT SURGICAL SAFETY CHECK LIST

Capaian pelaksanaan pengisian format surgical safety check list pada bulan Januari sd. Januari 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

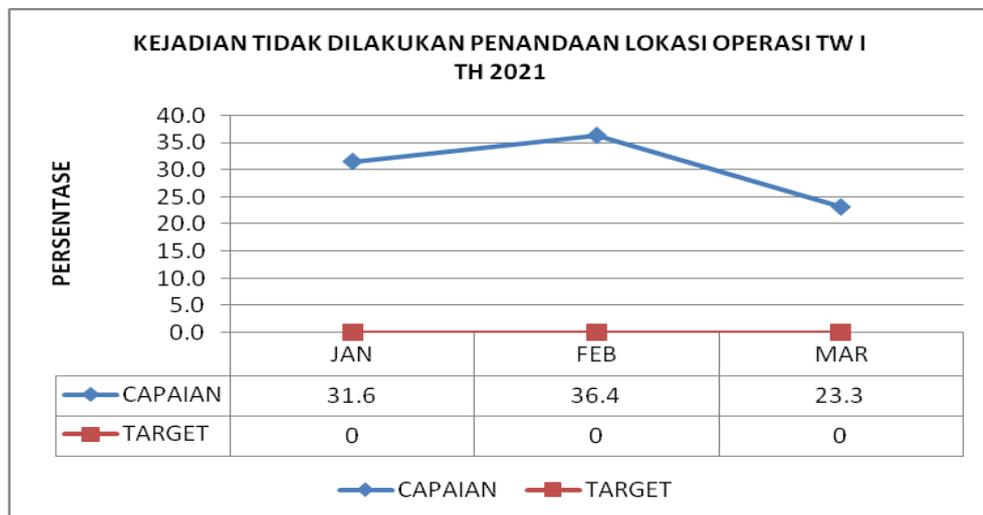


**Grafik 37. Kelengkapan Pengisian Format Surgical Safety Check List Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator kelengkapan pengisian format surgical safety check list pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung membaik. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 99.8%.

#### 2. KEJADIAN TIDAK DILAKUKAN PENANDAAN LOKASI OPERASI

Capaian pelaksanaan pengisian penandaan lokasi operasi pada bulan Januari sd. Januari 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



**Grafik 38. Kejadian Tidak Dilakukan Penandaan Lokasi Operasi Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 38,4%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh:

1. Belum menjadi budaya melakukan penandaan lokasi operasi dalam memberikan pelayanan ke pada pasien
2. Belum tersosialisainya SPO penandaan lokasi operasi

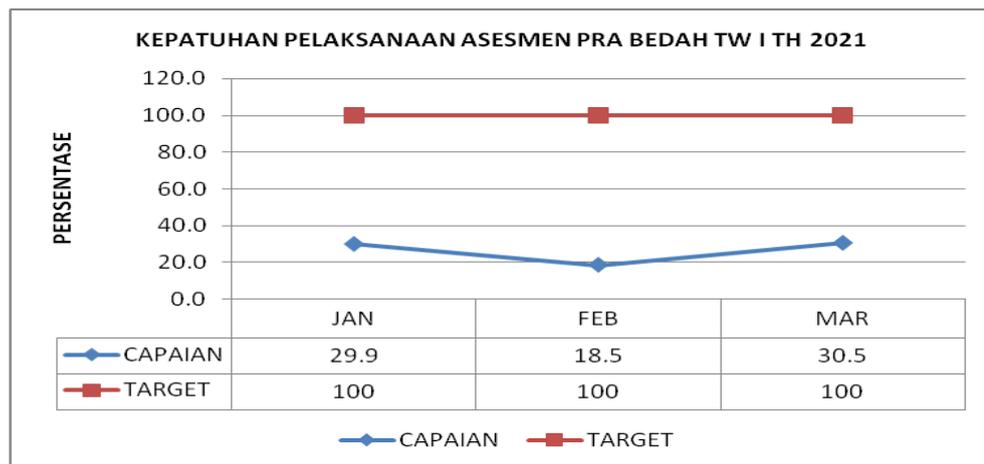
Rekomendasi :

1. Resosialisasi SPO penandaan lokasi operasi
2. Lakukan evaluasi terhadap pelaksanaan dilapangan

Untuk selanjutnya akan dilakukan PDSA

### 3. PELAKSANAAN ASESMEN PRA BEDAH

Capaian pelaksanaan pelaksanaan asesmen pra bedah pada bulan Januari sd. Januari 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



**Grafik 39. Kepatuhan Pelaksanaan Asesmen Pra Bedah Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan pelaksanaan asesmen pra bedah pada Triwulan I tahun 2021. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 26.4%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh:

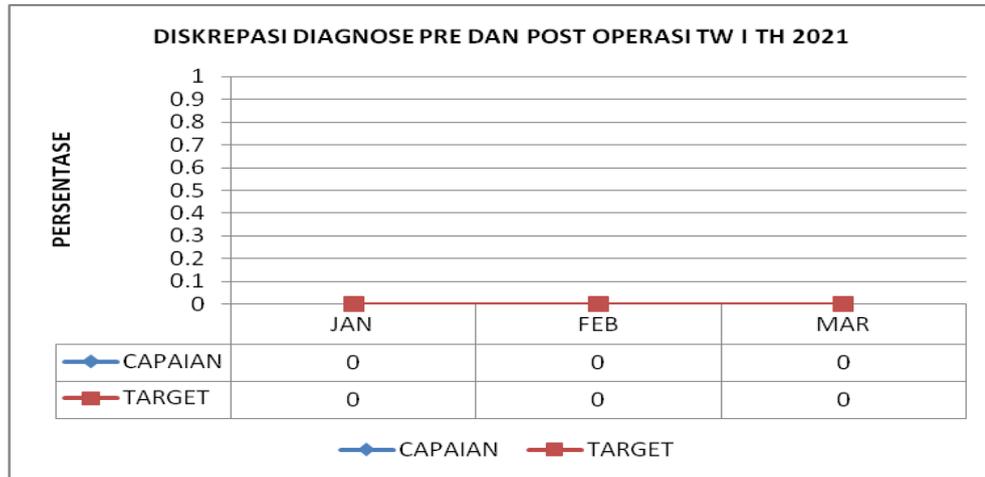
1. Komitmen yang belum adekuat dari DPJP untuk melengkapi asesmen pra bedah

Rekomendasi :

1. Resosialisasi tentang pentingnya pelaksanaan asesmen pra bedah dan minta komitmen dari DPJP
2. Lakukan evaluasi tentang pelaksanaan dilapangan
3. Untuk selanjutnya akan dilakukan PDSA

#### 4. DISKREPANSI DIAGNOSE PRE DAN POST OPERASI

Capaian pelaksanaan diskrepansi diagnose pre dan post operasi pada bulan Januari sd. Januari 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



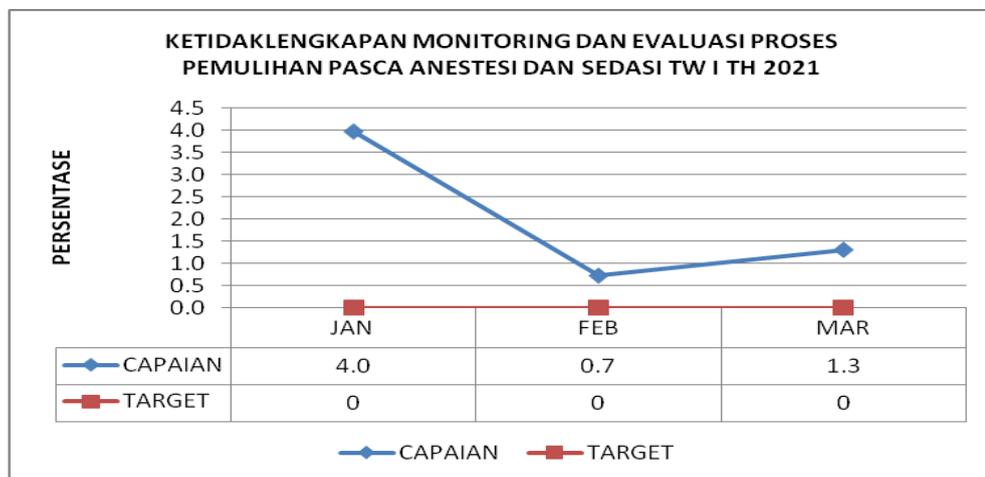
**Grafik 40. Diskrepansi Diagnose Pre Dan Post Operasi Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu diskrepansi diagnose pre dan post operasi pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung stabil. 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

#### 5. KETIDAKLENGKAPAN MONITORING DAN EVALUASI PROSES PEMULIHAN PASCA ANESTESI DAN SEDASI

Capaian pelaksanaan ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi pasca pemulihan pasca anestesi dan sedasi pada bulan Januari sd. Januari 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



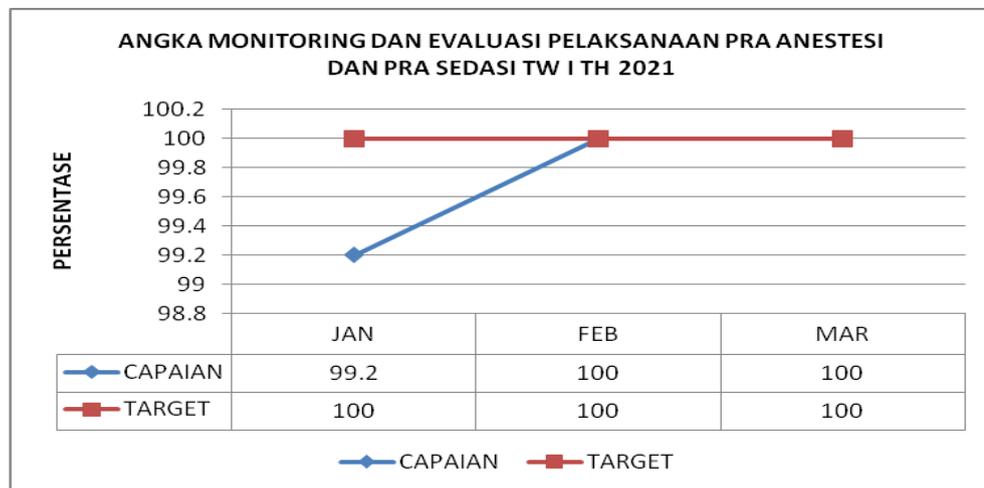
**Grafik 41. Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Proses Pemulihan Pasca Anestesi Dan Sedasi Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi proses pemulihan pasca anastesi dan sedasi pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 1,9%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh kurangnya tenaga anastesi

Rekomendasi : Evaluasi ketenagaan dan beban kerja petugas

## 6. ANGKA MONITORING DAN EVALUASI PELAKSANAAN PRA ANESTESI DAN PRA SEDASI

Capaian angka monitoring dan evaluasi pelaksanaan asesmen pra anastesi dan pra sedasi pada bulan Januari sd. Januari 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

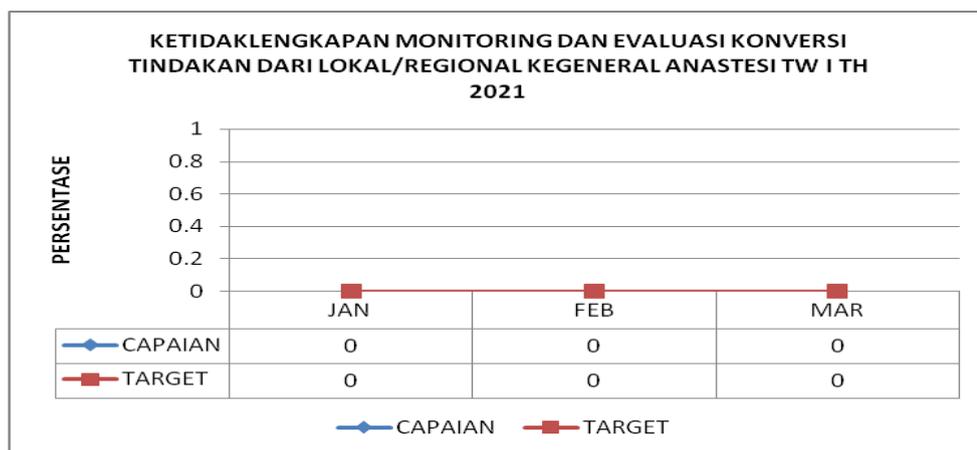


**Grafik 42. Angka Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Pra Anastesi dan Pra Sedasi Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu angka monitoring dan evaluasi pelaksanaan asesmen pra anastesi dan pra sedasi pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 99,8%.

## 7. KETIDAKLENGKAPAN MONITORING DAN EVALUASI KONVERSI TINDAKAN DARI LOKAL/REGIONAL KEGERAL ANASTESI

Capaian pelaksanaan ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi konversi tindakan dari local/ regional ke general anastesi pada bulan Januari sd. Januari 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



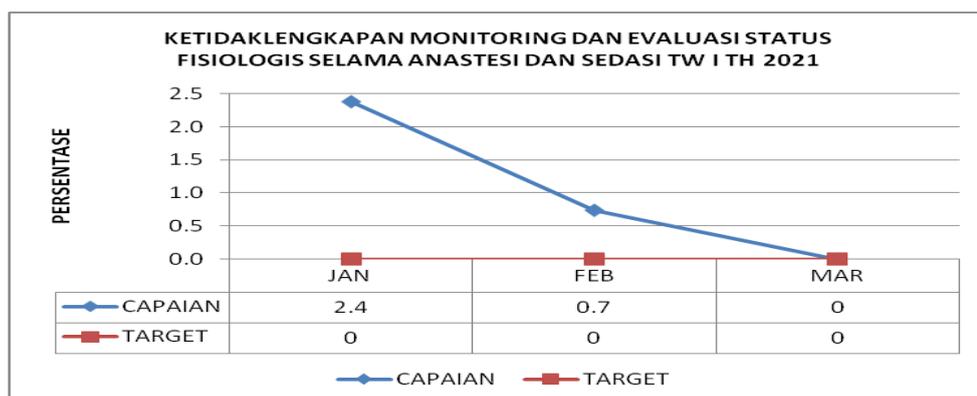
**Grafik 43. Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Konversi Tindakan Dari Local/Regional Kegeneral Anastesi Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi konversi tindakan dari local/regional kegeneral anastesi pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung stabil telah mencapai standar. Standar 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

## 8. KETIDAKLENGKAPAN MONITORING DAN EVALUASI STATUS FISILOGI SELAMA ANASTESI DAN SEDASI

Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Konversi Tindakan Dari Lokal/Regional Kegeral Anastesi merupakan indicator yang dipersyaratkan bab akreditasi. Capaian dari indicator ini adalah:



**Grafik 44. Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Status Fisiologi Selama Anastesi dan Sedasi Triwulan I Tahun 2021**

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi status fisiologis selama anastesi dan sedasi pada bulan Januari sd. Maret trendnya cenderung mendekati standart. Dimana capaian terendah pada bulan Maret dengan capaian mencapai 2,4%. Rata-rata ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi status fisiologis selama anastesi dan sedasi pada Triwulan I mencapai 1,0%.

## 9. KOMUNIKASI SBAR SAAT SERAH TERIMA ANTAR SHIFT

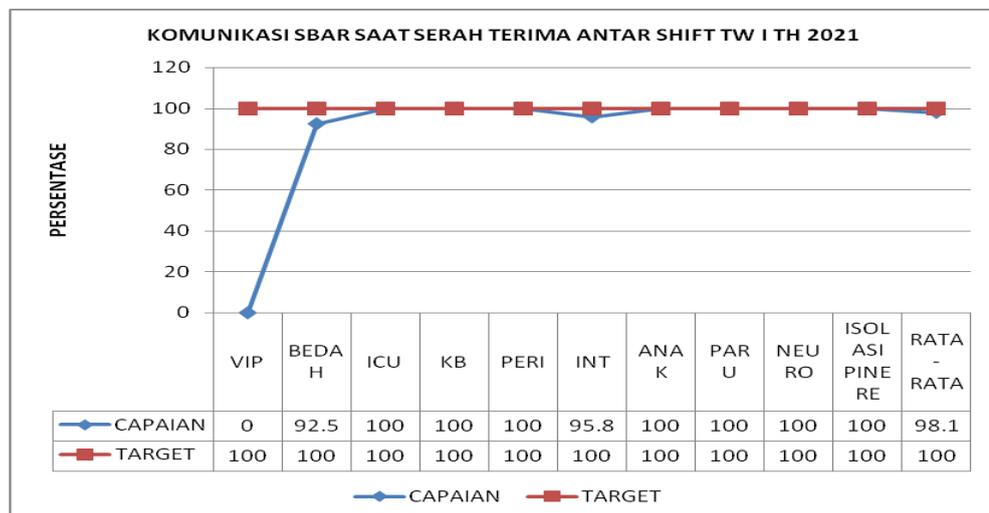
Persentase komunikasi SBAR serah terima antar shift pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



**Grafik 47. Komunikasi SBAR Saat Serah Terima Antar Shift Triwulan I Tahun 2021**

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwakomunikasi SBAR saat serah terima antar shift cenderung bervariasi dan setiap bulannya hampir mencapai target (100%)

Untuk indicator ini masih ada ruangan yang belum melakukan pemantauan dimana hal ini akan mempengaruhi capaian RSUD. Capaian rata-rata masing-masing ruangan dapat dilihat pada grafik berikut :



**Grafik 48. Komunikasi SBAR Saat Serah Terima Antar Shift Triwulan I Tahun 2021**

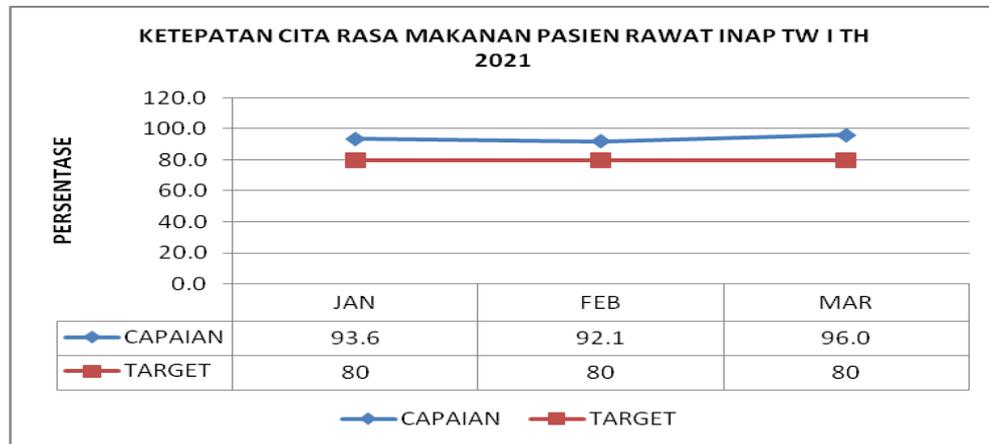
Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator Komunikasi pada ruangan ICU, KB, Perinatologi, Anak, Paru, Neurologi dan Isolasi Pinere sudah mencapai 100%. Ruangan yang belum mencapai target adalah ruangan Bedah (92,5%) dan ruangan Interne (95,8%). Sementara rata-rata capaian indicator ini untuk Triwulan I adalah 98,1%.

#### IV. INDIKATOR MUTU UNIT

##### 1. INDIKATOR RUANGAN GIZI

###### 1.1. KETEPATAN CITA RASA MAKANAN PASIEN RAWAT INAP

Capaian cita rasa makanan pasien pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



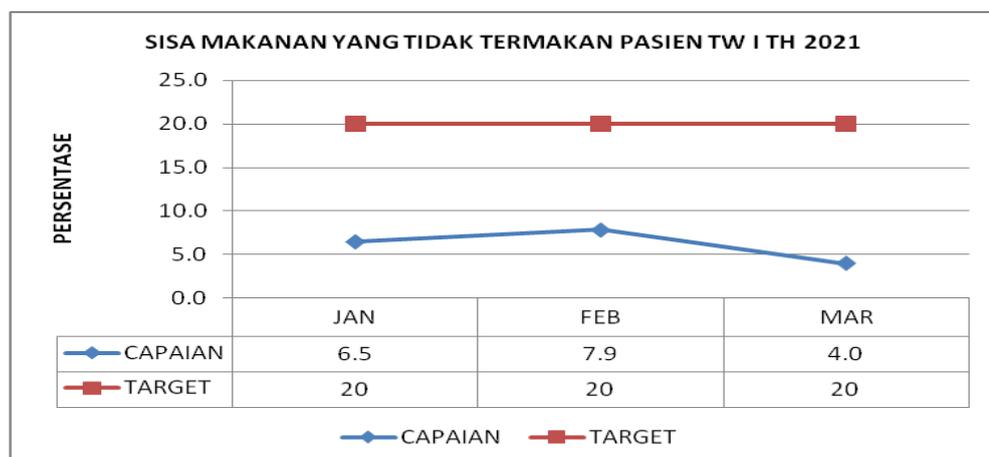
**Grafik 49. Ketepatan Cita Rasa Makanan Pasien Rawat Inap Triwulan I tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Ketepatan Cita Rasa Makanan Pasien rawat inap pada Triwulan I tahun 2021, trendnya diatas stardart. Standart indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 94,1%.

Rekomendasi : Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

###### 1.2. SISA MAKANAN YANG TIDAK TERMAKAN PASIEN

Capaian sisa makanan yang tidak termakan pasien pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



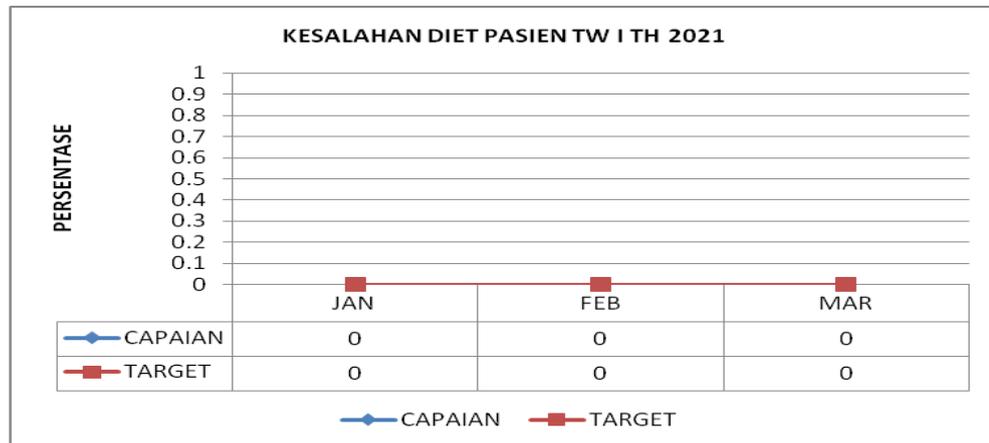
**Grafik 50. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Pasien Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu sisa makanan yang tidak termakan pasien pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung stabil.

Standart indicator mutu ini adalah 20%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 5,9%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

### 1.3. KESALAHAN DIET PASIEN

Capaian kesalahan diet pasien pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



**Grafik 51. Kesalahan Diet Pasien Triwulan I Tahun 2021**

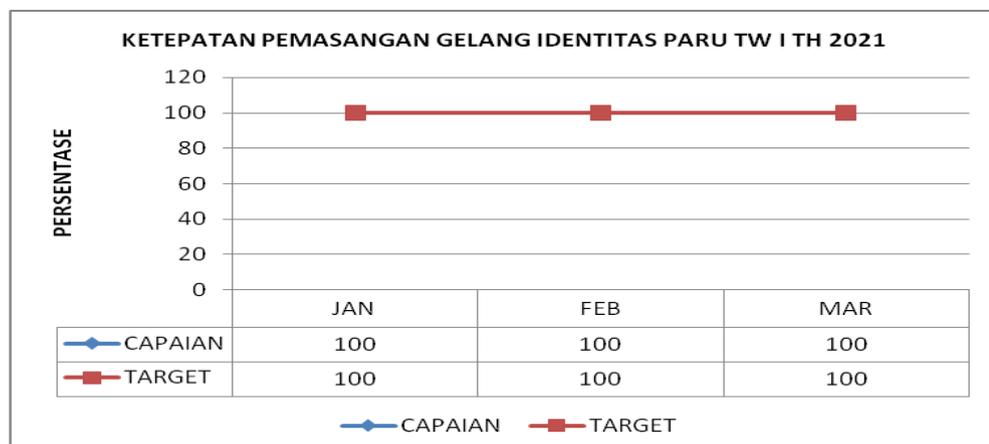
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kesalahan diet pasien pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standart yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

## 2. INDIKATOR RUANGAN PARU

### 2.1. KETEPATAN PEMASANGAN GELANG IDENTITAS

Capaian ketepatan pemasangan gelang identitas pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



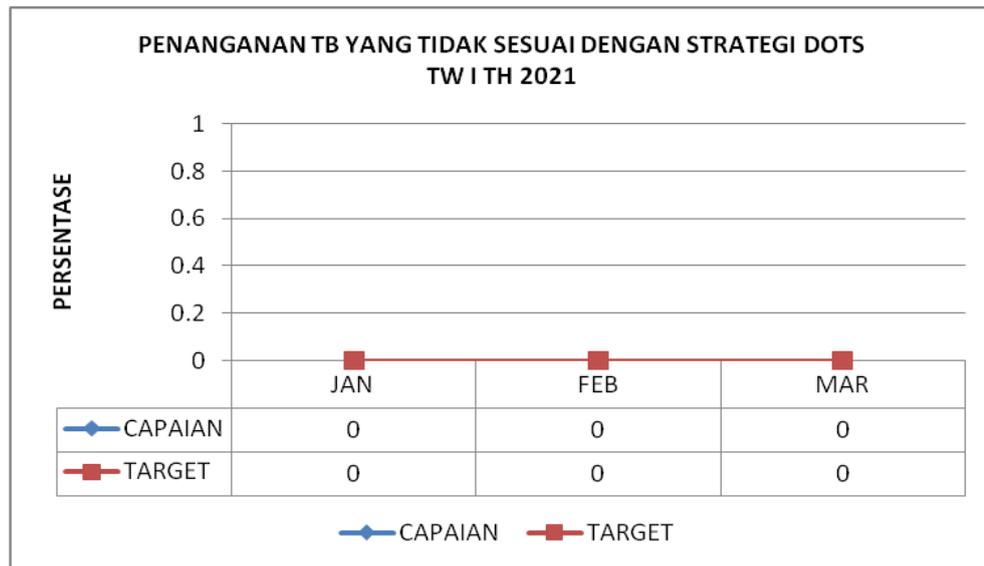
**Grafik 52. Ketepatan Pemasangan Gelang Identitas Paru Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketepatan pemasangan gelang identitas pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 100%, dan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

## 2.2. PENANGANAN PASIEN TB YANG TIDAK SESUAI DENGAN STRATEGI DOTS

Capaian penanganan pasien TB yang tidak sesuai dengan strategi DOTS pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



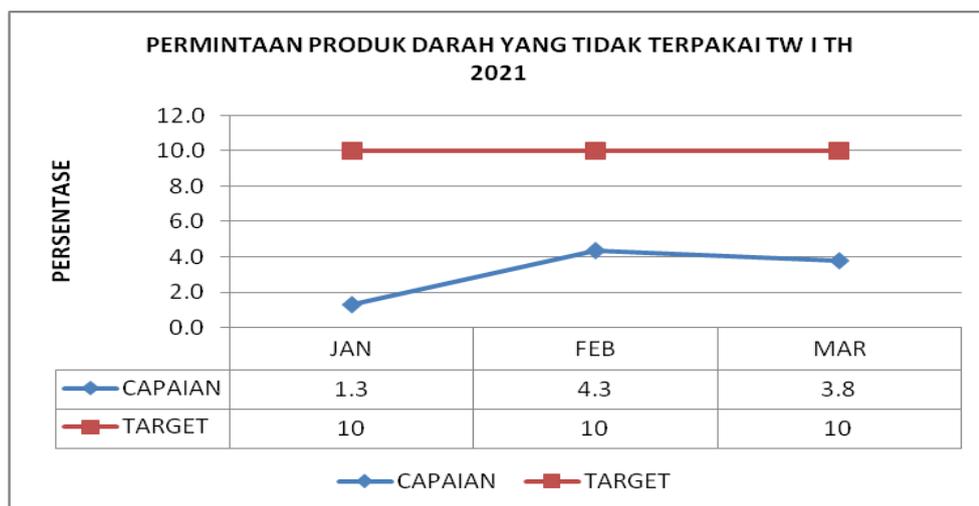
**Grafik 53. Penanganan Pasien TB Yang Tidak Sesuai Dengan Strategi DOTS Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu penanganan pasien TB yang tidak sesuai dengan Strategi Dots pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 0%, dan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

## 3. INDIKATOR RUANGAN UTDRS: PERMINTAAN PRODUK DARAH YANG TIDAK TERPAKAI

Capaian permintaan produk darah yang tidak terpakai pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

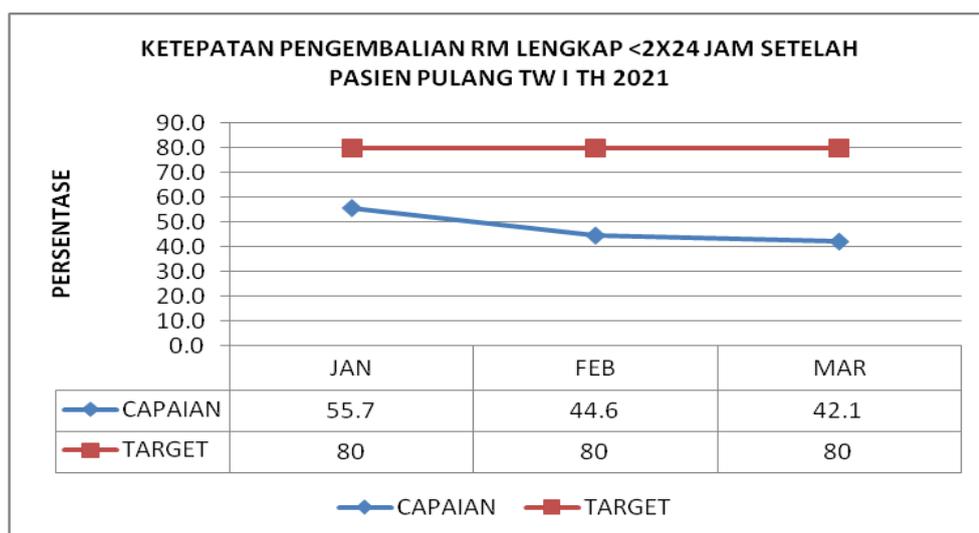


**Grafik 54. Permintaan Produk Darah Yang Tidak Terpakai Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu permintaan produk darah yang tidak terpakai pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 10%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 3,2%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

#### 4. INDIKATOR RUANGAN CASEMIX : KETEPATAN WAKTU PENGEMBALIAN REKAM MEDIS (RM) $\leq 2 \times 24$ JAM RAWAT INAP

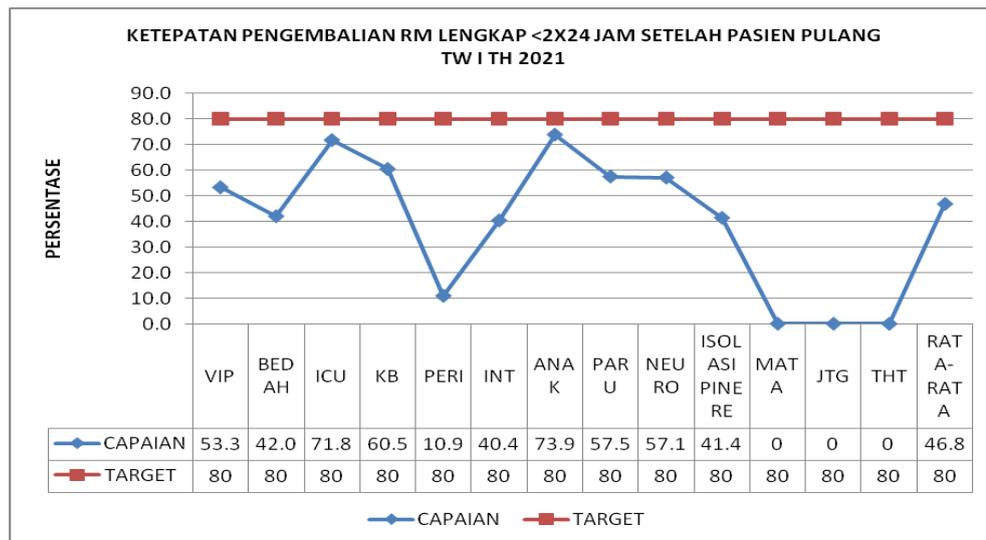
Capaian ketepatan pengembalian Rekam Medis Rawat Inap pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



**Grafik 55. Ketepatan Pengembalian RM Rawat Inap Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketepatan pengembalian Rekam Medis rawat inap pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung menurun. Standart indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 46,8%.

Capaian masih jauh mencapai standar dimana capaian dari masing-masing ruangan untuk indicator ini adalah:



**Grafik 56. Ketepatan Waktu Pengembalian berkas Rekam Medik Inap Bulan Januari sd. Maret 2021**

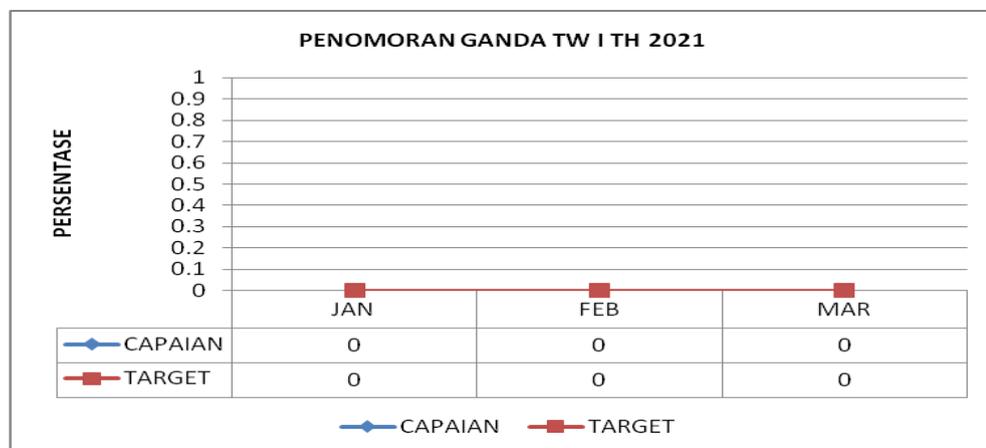
Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh beberapa hal: Komitmen yang belum adekuat dari seluruh staf medis dalam melengkapi rekam medis

Rekomendasi :

1. Resosialisasi tentang pentingnya kelengkapan RM dan minta komitmen dari DPJP dalam kelengkapan RM sesuai jadwal
2. Lakukan evaluasi tentang pelaksanaan dilapangan
3. Selanjutnya akan dilakukan PDSA

**5. INDIKATOR RUANGAN PENDAFTARAN: PENOMORAN REKAM MEDIS GANDA**

Capaian penomoran Rekam Medis Ganda pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



**Grafik 57. Penomoran Rekam Medis Ganda Triwulan I tahun 2021**

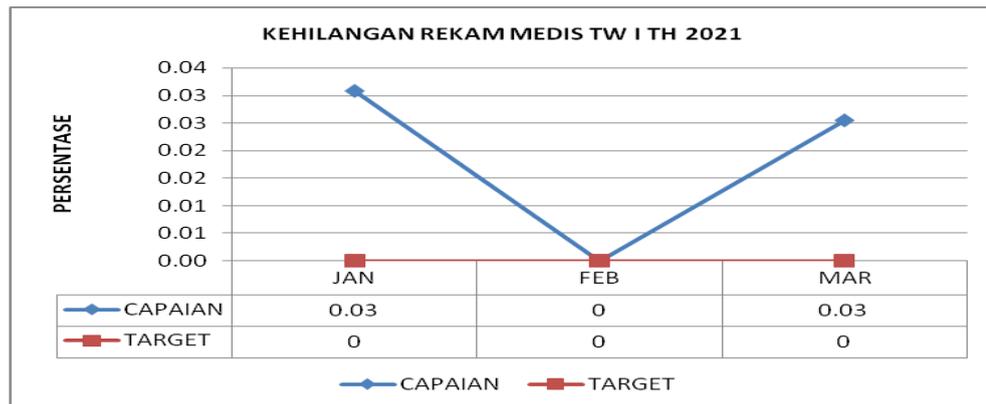
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu penomoran rekam

medis ganda pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 0%, dan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

## 6. INDIKATOR RUANGAN PENYIMPANAN: KEHILANGAN DOKUMEN RM PASIEN RAWAT INAP

Capaian kehilangan dokumen RM pasien Rawat Inap pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



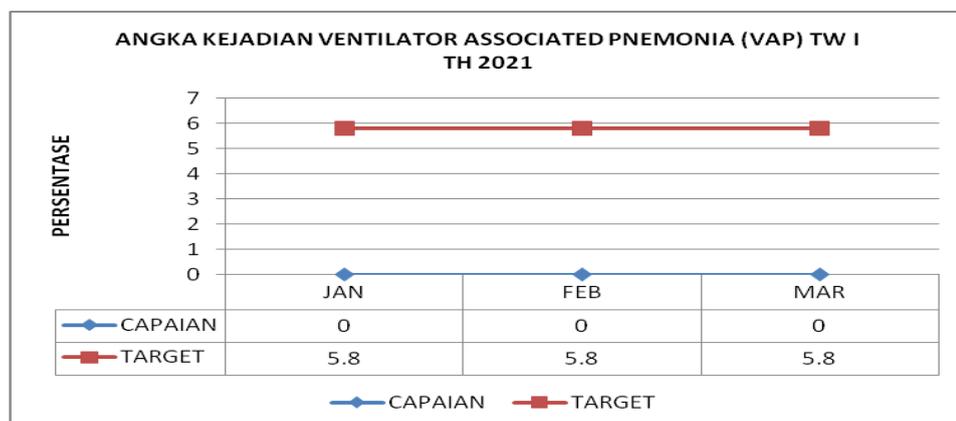
**Grafik 58. Kehilangan Dokumen RM Rawat Inap Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kehilangan dokumen RM rawat inap pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 0%, dan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0,02%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan.

## 7. INDIKATOR MUTU KOMITE PPI

### 7.1. ANGKA KEJADIAN VAP

Capaian kejadian VAP pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

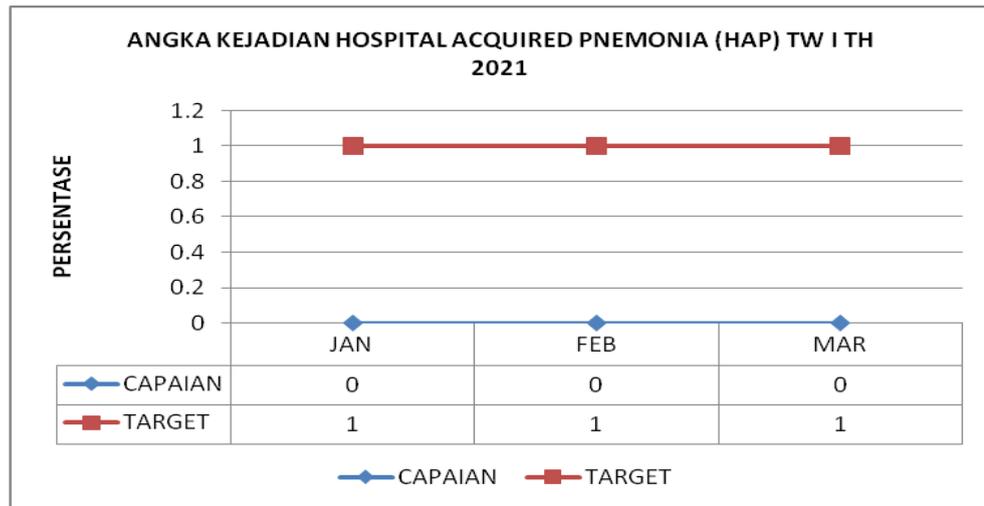


**Grafik 59. Angka Kejadian VAP Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian VAP pada Triwulan I tahun 2021 adalah 0% karena tidak ada pasien terpasang ventilator.

## 7.2. ANGKA KEJADIAN HOSPITAL ACQUIRED PNEMONIA (HAP)

Capaian angka kejadian hospital acquired pnemonia (HAP) pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

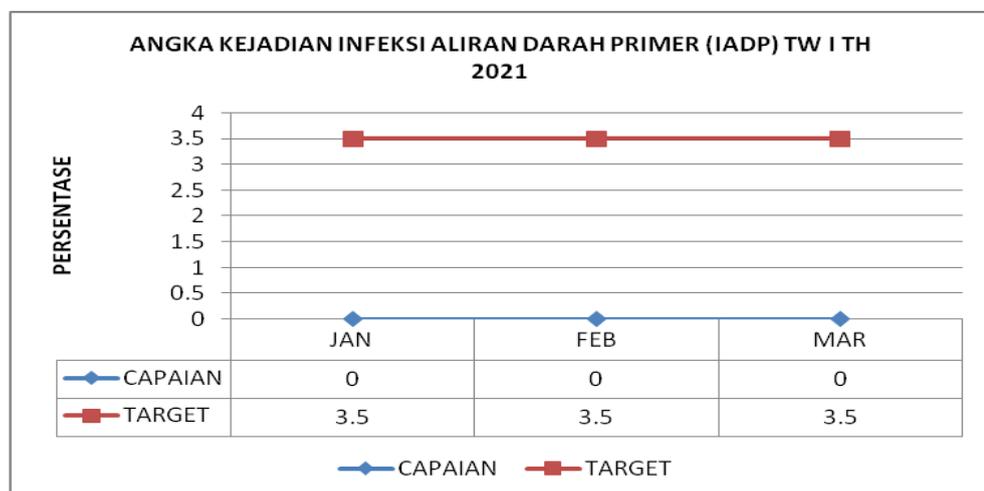


**Grafik 60. Angka Kejadian IADP Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu angka kejadian hospital acquired pnemonia (HAP) pada Triwulan I tahun 2021 tidak terjadi 0%. Ini menunjukkan bahwa petugas kesehatan telah memberikan pelayanan kepada pasien di Rumah Sakit sesuai standart yang diharapkan.

## 7.3. ANGKA KEJADIAN IADP

Capaian kejadian IADP pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

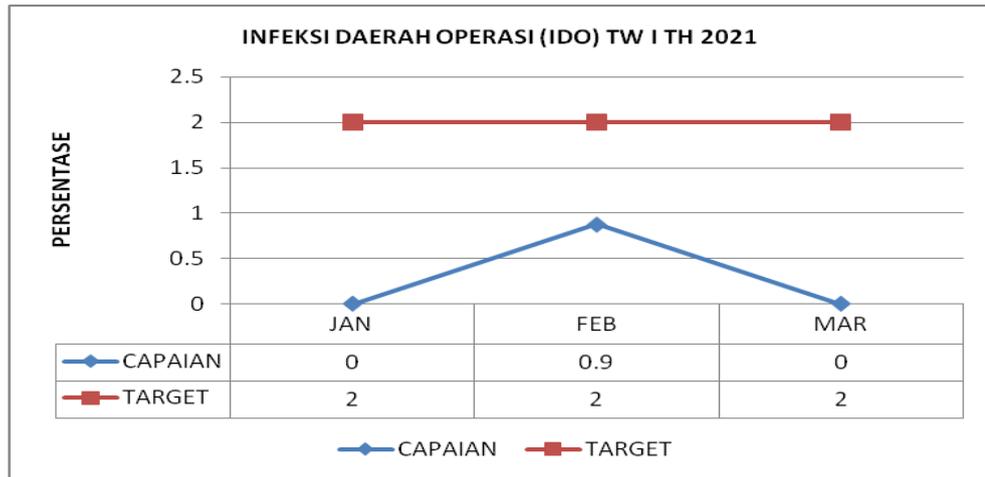


**Grafik 61. Angka Kejadian IADP Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian IADP pada Triwulan I tahun 2021 adalah 0%, karena tidak ada kasus ditemukan.

#### 7.4. ANGKA KEJADIAN IDO

Capaian kejadian IDO pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

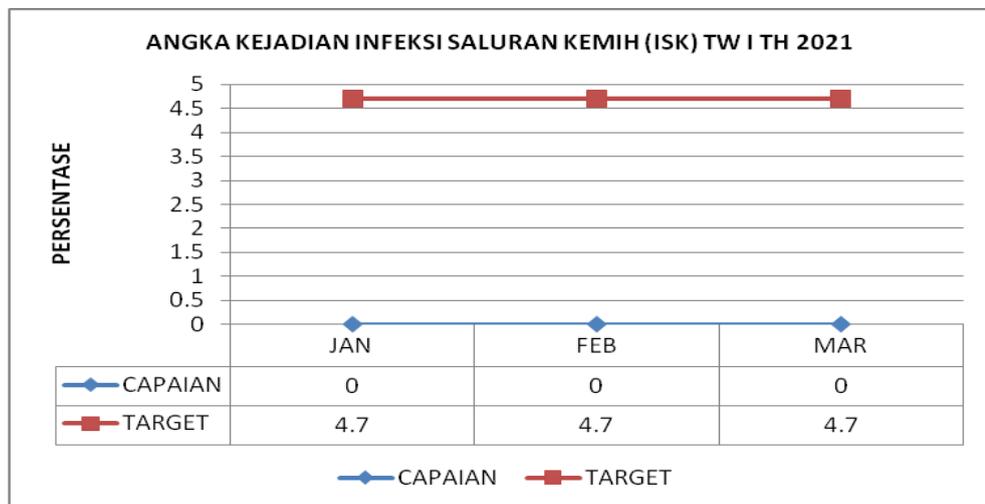


**Grafik 62. Angka Kejadian IDO Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian IDO pada Triwulan I tahun 2021, trendnya sudah dibawah standart. Standart indicator mutu ini adalah 2%.

#### 7.5. ANGKA KEJADIAN ISK

Capaian kejadian ISK pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

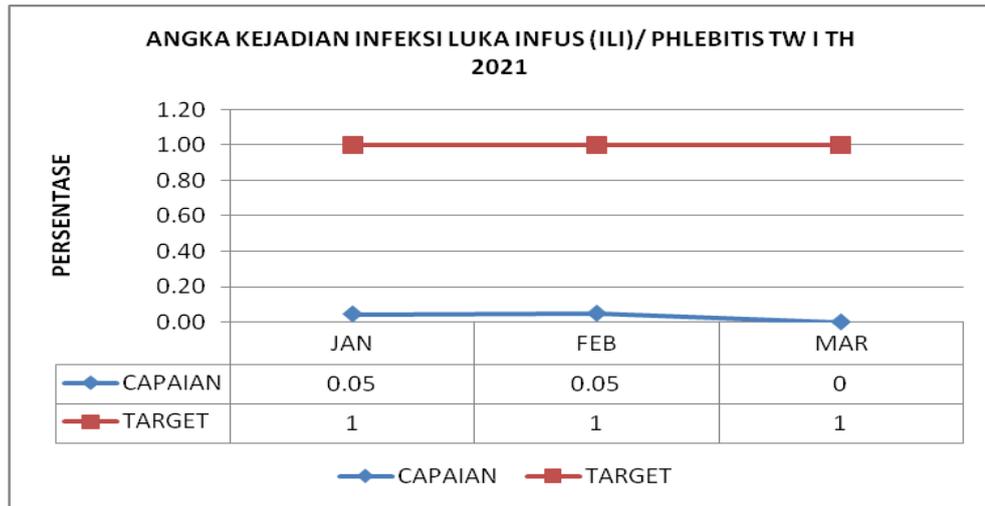


**Grafik 63. Angka Kejadian ISK Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian ISK pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah  $\leq 4,7\%$ , capaian indicator mutu ini adalah  $0\%$ . Capaian sudah mencapai standar.

### 7.6. ANGKA KEJADIAN PLEBITIS

Capaian kejadian plebitis pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

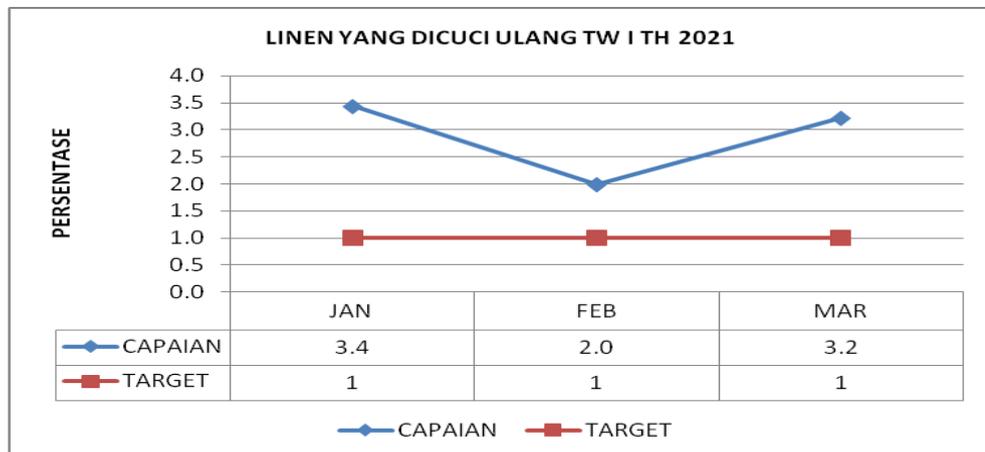


**Grafik 64. Angka Kejadian Plebitis Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian Plebitis pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah  $1\%$ , sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah  $0.05\%$ .

### 8. INDICATOR LOUNDRY : LINEN YANG DICUCI ULANG

Pemantauan untuk indicator unit laundry dimulai pada bulan Januari 2021, dengan capaian sebagai berikut:



**Grafik 65. Angka Kejadian Linen yang Dicuci Ulang Triwulan I Tahun 2021**

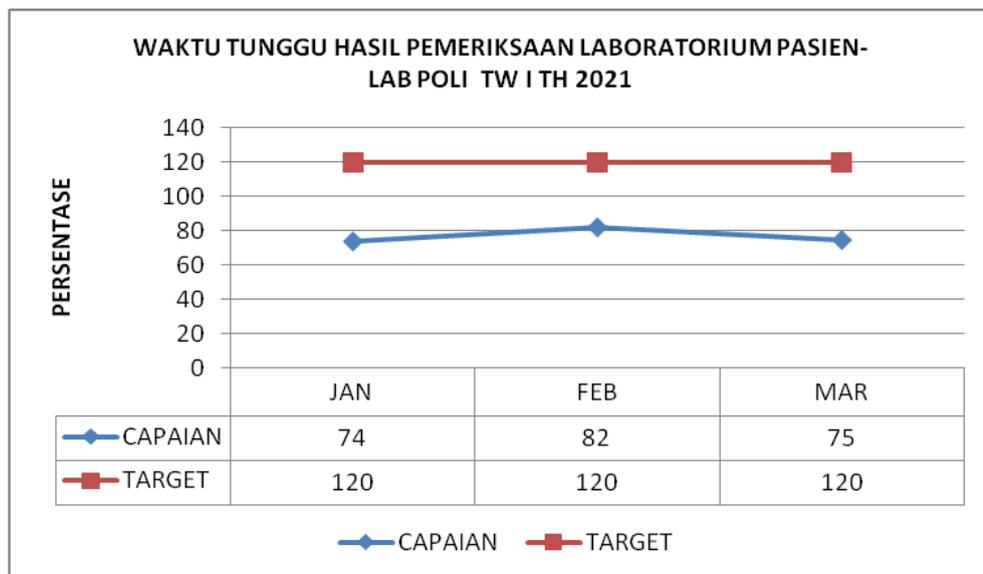
Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian untuk linen yang dicuci ulang mengalami peningkatan pada bulan Maret 2021, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 2.9%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan (1%)

## 9. WAKTU TUNGGU HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Pada Triwulan I ini waktu tunggu hasil pemeriksaan dibedakan antara, poliklinik dan IGD. Adapun angka waktu tunggu pada masing-masing ruangan tersebut adalah:

### 9.1. WAKTU TUNGGU HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM PADA PASIEN POLIKLINIK

Waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien poliklinik ditunjukkan pada grafik dibawah ini:

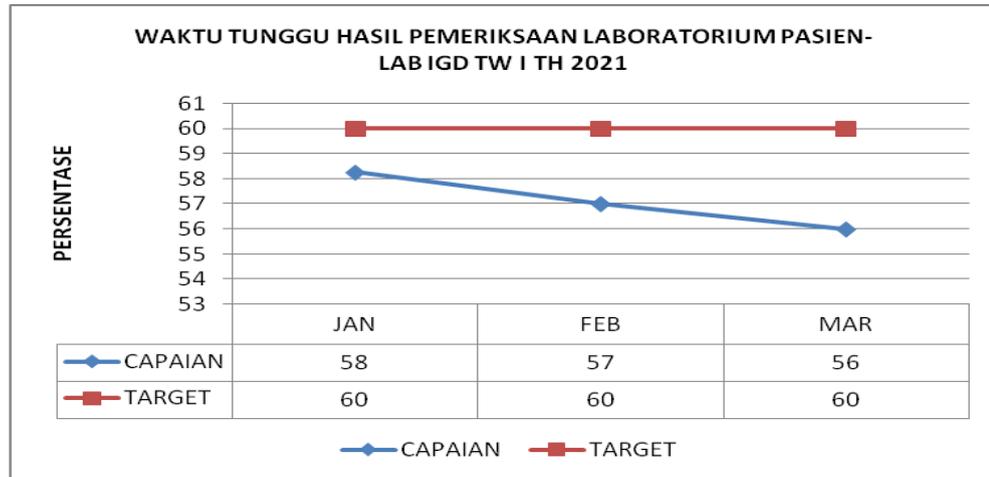


**Grafik 66. Grafik Waktu Hasil Tunggu Pemeriksaan Laboratorium pada Pasien Poliklinik Triwulan I Tahun 2021**

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa angka waktu tunggu pasien poliklinik cenderung bervariasi namun sudah dibawah standar dimana target dari indicator ini adalah dibawah 120 menit. Capaian paling baik terjadi pada bulan Januari yakni mencapai 74 menit.

## 9.2. WAKTU TUNGGU HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM PADA PASIEN IGD

Waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien IGD ditunjukkan pada grafik dibawah ini:



**Grafik 67. Grafik Waktu Hasil Tunggu Pemeriksaan Laboratorium pada Pasien IGD Triwulan I Tahun 2021**

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa angka waktu tunggu pasien IGD cenderung stabil namun sudah dibawah standar dimana target dari indicator ini adalah dibawah 60 menit. Capaian paling baik terjadi pada bulan Maret yakni mencapai 56 menit.

## 10. INDICATOR CSSD

### 10.1. KUALITAS PRODUK STERILISASI DENGAN TAPE INDIKATOR STERIL

Kualitas produk sterilisasi dengan tape indicator steril ditunjukkan pada grafik dibawah ini:

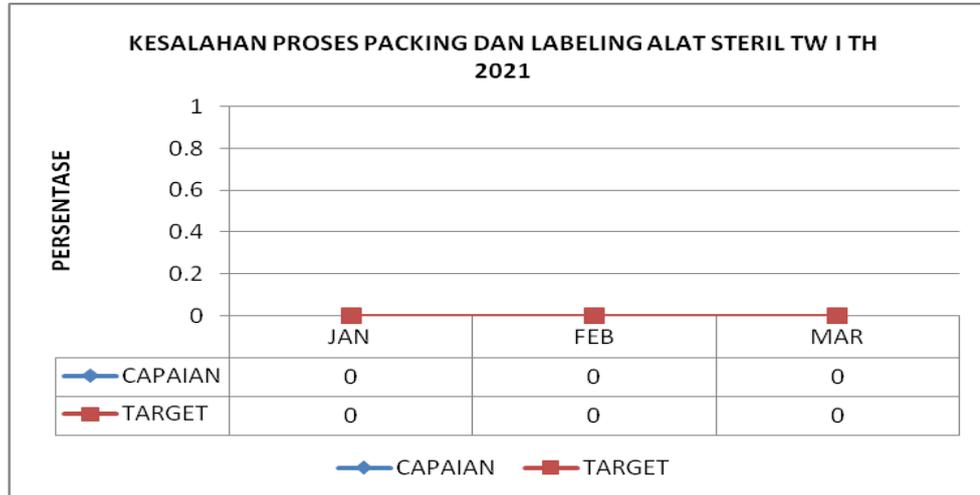


**Grafik 68. Grafik Kualitas Produk Sterilisasi Dengan Tape Indikator Steril Triwulan I Tahun 2021**

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa persentase untuk kualitas produk sterilisasi dengan tape indicator steril sudah mencapai 100%.

## 10.2. KESALAHAN PRODUK STERILISASI DENGAN TAPE INDIKATOR STERIL

Kualitas produk sterilisasi dengan tape indicator steril ditunjukkan pada grafik dibawah ini:

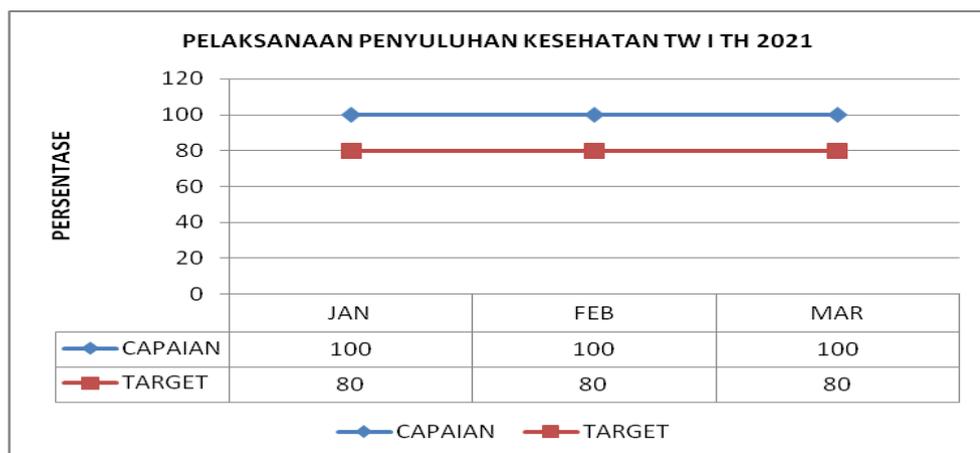


**Grafik 69. Kesalahan Produk Sterilisasi dengan Tape Indikator Steril Triwulan I Tahun 2021**

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa kesalahan produk sterilisasi dengan tape indicator steril sudah mencapai target 0%

## 11. INDIKATOR MUTU PKRS : PELAKSANAAN PENYULUHAN KESEHATAN

Pelaksanaan Penyuluhan Kesehatan ditunjukkan pada grafik dibawah ini:

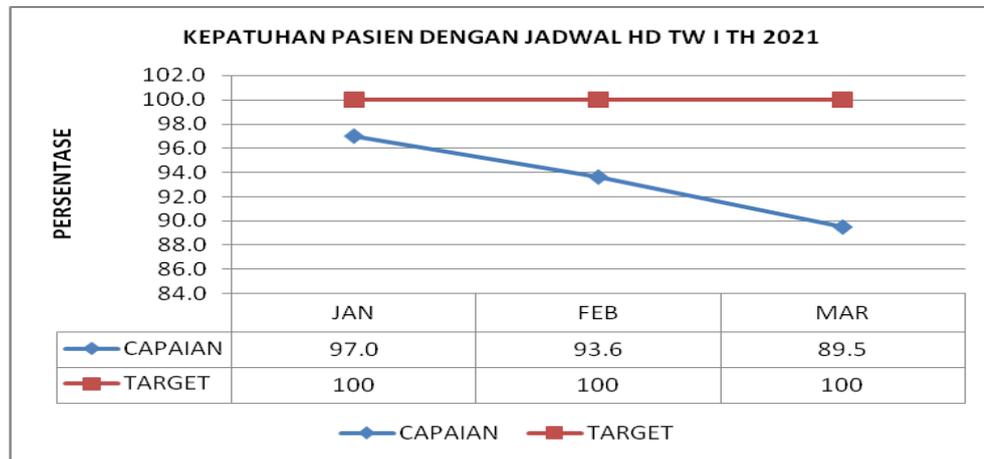


**Grafik 70. Pelaksanaan Penyuluhan Kesehatan Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas menunjukkan bahwa setiap bulannya Pelaksanaan Penyuluhan Kesehatan sudah mencapai target (80%). Jika digabungkan capaian seluruh aspek penilaian di setiap bulannya maka Pelaksanaan Penyuluhan Kesehatan mencapai 100%

## 12. INDIKATOR MUTU HEMODIALISA : KEPATUHAN PASIEN DENGAN JADWAL HD

Capaian Kepatuhan pasien dengan jadwal Hemodialisa pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



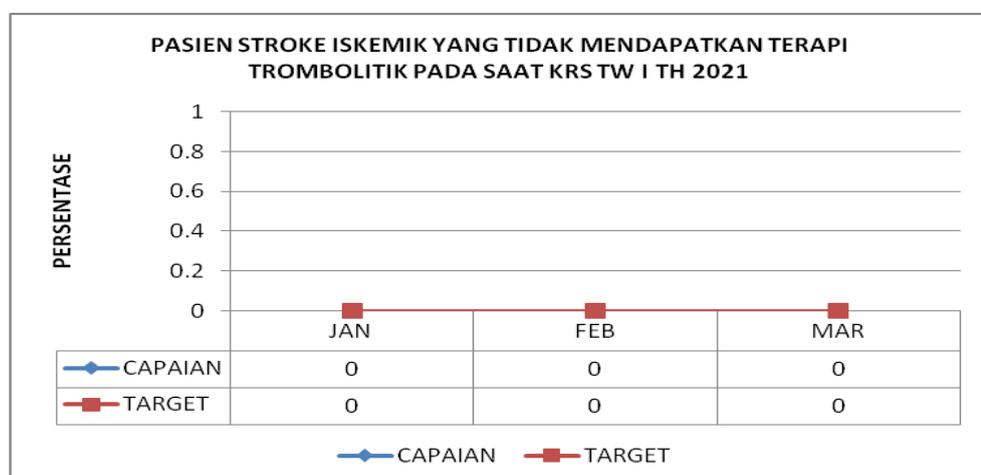
**Grafik 71. Kepatuhan Pasien Dengan Jadwal Hemodialisa Triwulan I Tahun 2021**

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa Capaian Kepatuhan pasien dengan jadwal Hemodialisa belum mencapai target, trendnya cenderung menurun. Standart indicator mutu kepatuhan pasien dengan jadwal Hemodialisa 100%, sedangkan rata-rata capaian kepatuhan pasien dengan jadwal Hemodialisa 93,2%

## 13. INDICATOR RUANGAN NEUROLOGI

### 13.1. PASIEN STROKE ISKEMIK YANG TIDAK MENDAPATKAN TERAPI TROMBOLITIK PADA SAAT KRS

Capaian pasien stroke iskemik yang tidak mendapatkan terapi trombolitik pada saat KRS pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



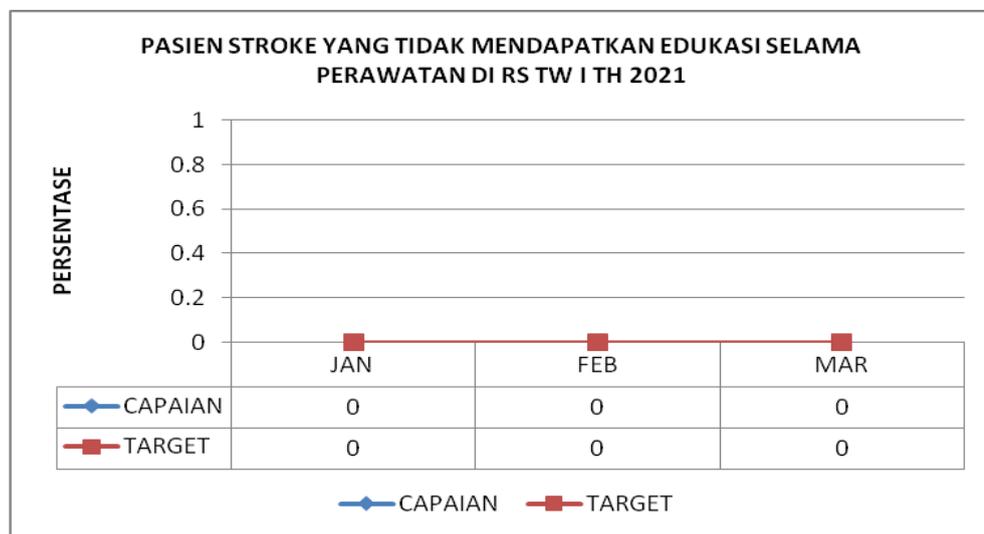
**Grafik 72. Pasien Stroke Iskemik Yang Tidak Mendapatkan Terapi Trombolitik Pada Saat KRS Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu pasien stroke iskemik yang tidak mendapatkan terapi trombolitik pada saat KRS pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 0%, dan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

### 13.2. PASIEN STROKE YANG TIDAK MENDAPATKAN EDUKASI SELAMA PERAWATAN DI RS

Capaian pasien stroke yang tidak mendapatkan edukasi selama Perawatan di RS pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



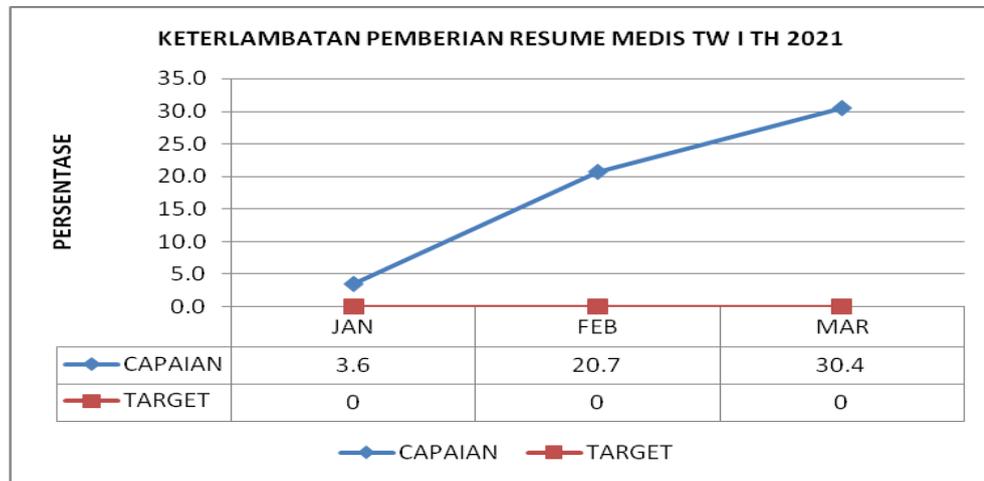
**Grafik 72. Pasien Stroke Yang Tidak Mendapatkan Edukasi Selama Perawatan di RS Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu pasien stroke yang tidak mendapatkan edukasi selama perawatan di RS pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 0%, dan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

#### 14. INDICATOR RUANGAN VIP : KETERLAMBATAN PEMBERIAN RESUME MEDIS

Capaian keterlambatan pemberian resume medis pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



**Grafik 72. Keterlambatan Pemberian Resume Medis Triwulan I Tahun 2021**

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian keterlambatan pemberian resume medis belum mencapai target, trendnya cenderung menurun. Standart indicator mutu keterlambatan pemberian resume medis 0%, sedangkan rata-rata capaian capaian keterlambatan pemberian resume medis belum mencapai target 17,5%

#### 15. ANGKA RESPON TIME PENANGANAN TROUBLE HARDWARE

Angka repon time penanganan trouble hardware merupakan indicator mutu IT. Capaian indicator ini untuk Triwulan I adalah:



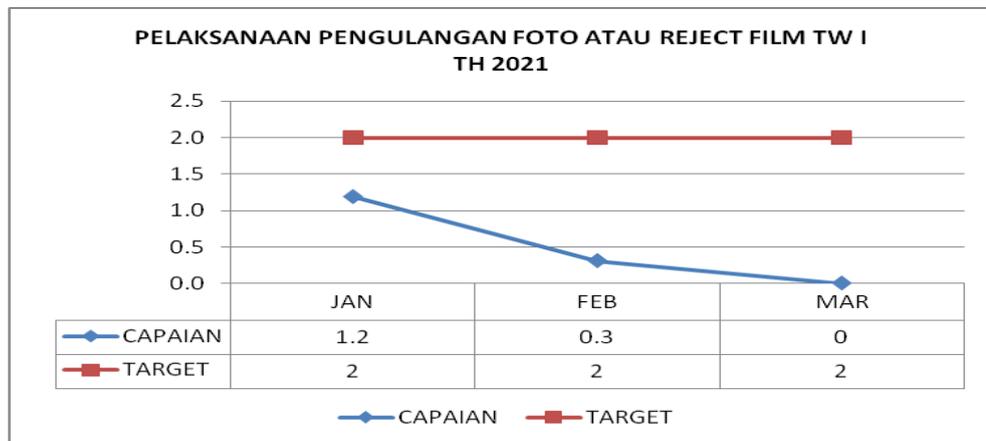
**Grafik 73. Angka Respon Time Penanganan Trouble Hardware**

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa angka respon time penanganan trouble hardware sudah mencapai 100%.

## 16. INDICATOR MUTU RADIOLOGI

### 16.1 PELAKSANAAN PENGULANGAN FOTO RONTGEN

Capaian indikator pelaksanaan pengulangan foto rontgen untuk Triwulan I adalah:

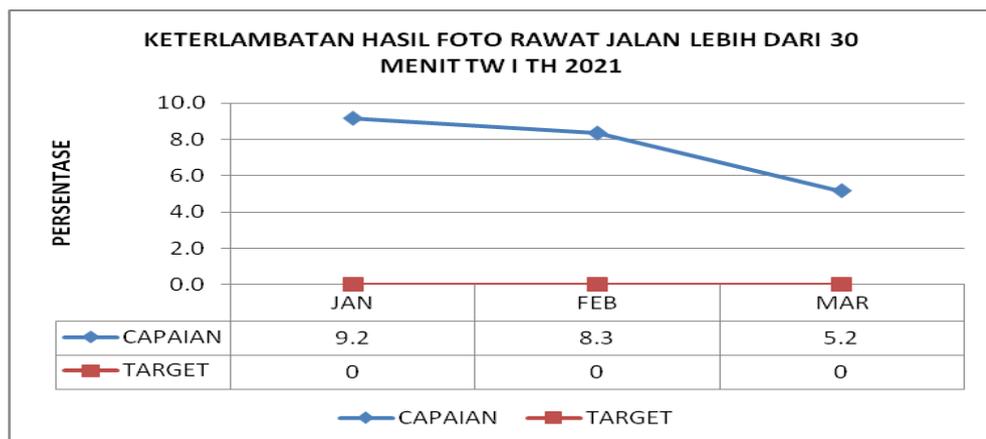


**Grafik 74. Angka Pelaksanaan Pengulangan Foto Rontgen**

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian pelaksanaan pengulangan foto rontgen sudah mencapai target, trendnya cenderung membaik. Standart indikator mutu pelaksanaan pengulangan foto rontgen 2%, sedangkan rata-rata capaian capaian pelaksanaan pengulangan foto rontgen 0,5%

### 16.2 KETERLAMBATAN HASIL FOTO RAWAT JALAN LEBIH DARI 30 MENIT

Capaian indikator keterlambatan hasil foto rawat jalan lebih dari 30 menit untuk Triwulan I adalah:



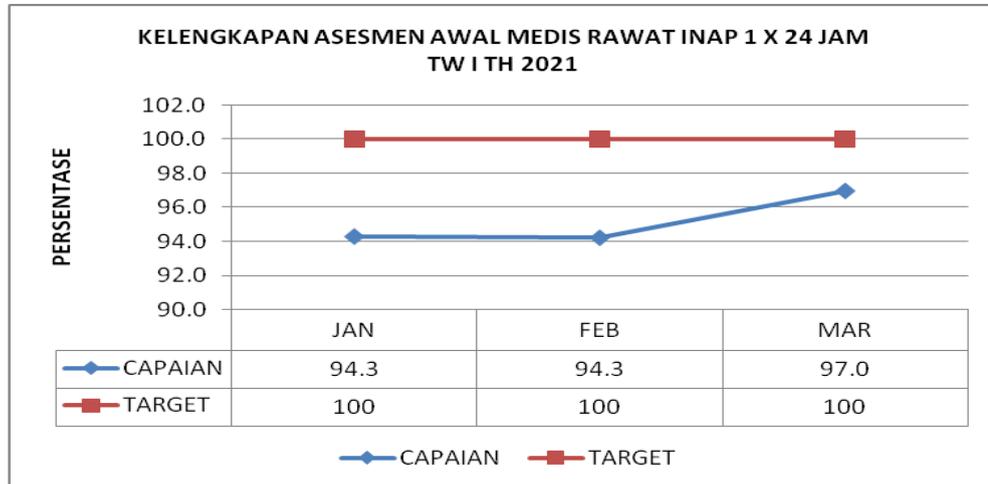
**Grafik 75. Angka Keterlambatan Hasil Foto Rawat Jalan Lebih Dari 30 Menit**

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian keterlambatan hasil foto rawat jalan lebih dari 30 menit belum mencapai target, trendnya cenderung membaik. Standart indikator mutu keterlambatan hasil foto rawat jalan lebih dari 30 menit 0%, sedangkan rata-rata capaian capaian pelaksanaan pengulangan foto rontgen 7,2%.

## V. INDIKATOR MUTU PPA

### 1. KELENGKAPAN ASESMEN AWAL MEDIS RAWAT INAP 1 x 24 JAM

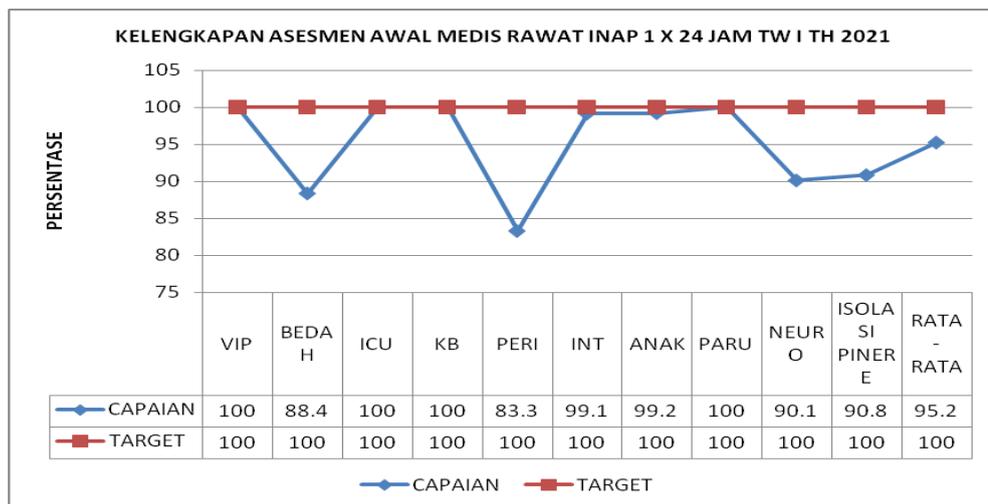
Capaian kelengkapan asesmen awal medis rawat inap pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



**Grafik 76. Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Inap 1 x 24 Jam per Bulan Triwulan I Tahun 2021**

Dari grafik diatas dapat dailihat bahwa kelengkapan asesmen awal medis pada bulan Januari sd. Maret 2021 masih belum mencapai target, dimana pada bulan Maret merupakan capaian paling tinggi mencapai 97%. Rata-rata capaian pada Triwulan I adalah 95,2%.

Capaian masing-masing ruangan untuk indikator ini adalah:

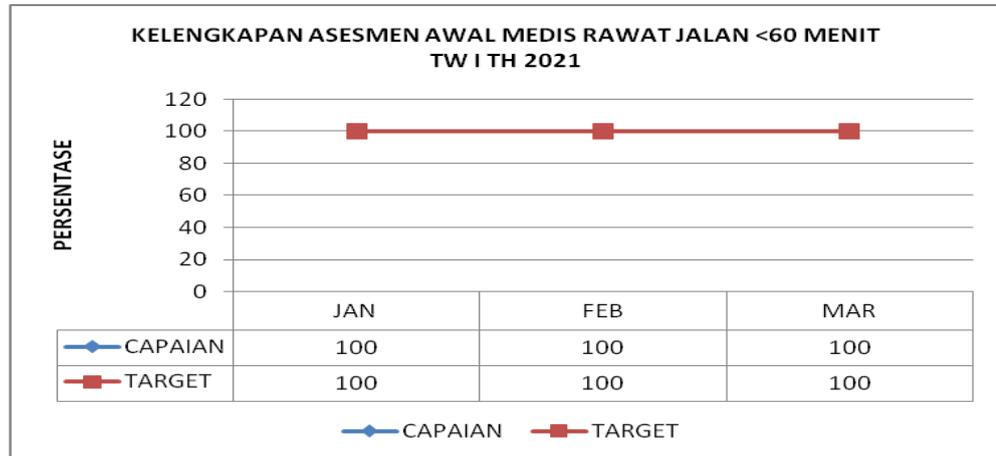


**Grafik 77. Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Inap 1 x 24 Jam per Ruangan Triwulan I Tahun 2021**

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa ruangan VIP, ICU, KB dan Paru merupakan ruangan dengan capaian paling tinggi untuk kelengkapan asesmen medis rawat inap yakni sudah mencapai target (100%). Sedangkan capaian paling rendah adalah ruangan Perinatologi (83,3%). Rata-rata capaian RSUD adalah 95,2%.

## 2. KELENGKAPAN ASESMEN AWAL MEDIS PASIEN RAWAT JALAN ≤60 MENIT

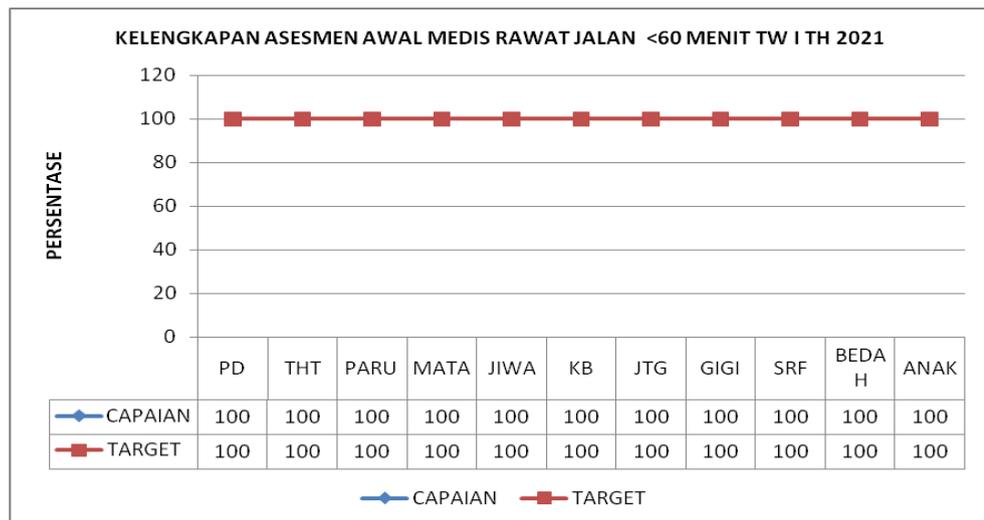
Capaian kelengkapan asesmen awal medis pasien rawat jalan pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



**Grafik 78. Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit per Bulan Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Kelengkapan Asesmen Awal medis Pasien Rawat Jalan pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung stabil. Target indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian sudah mencapai target yang telah ditetapkan.

Sedangkan capaian kelengkapan asesmen awal medis rawat jalan pada masing-masing ruangan di bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

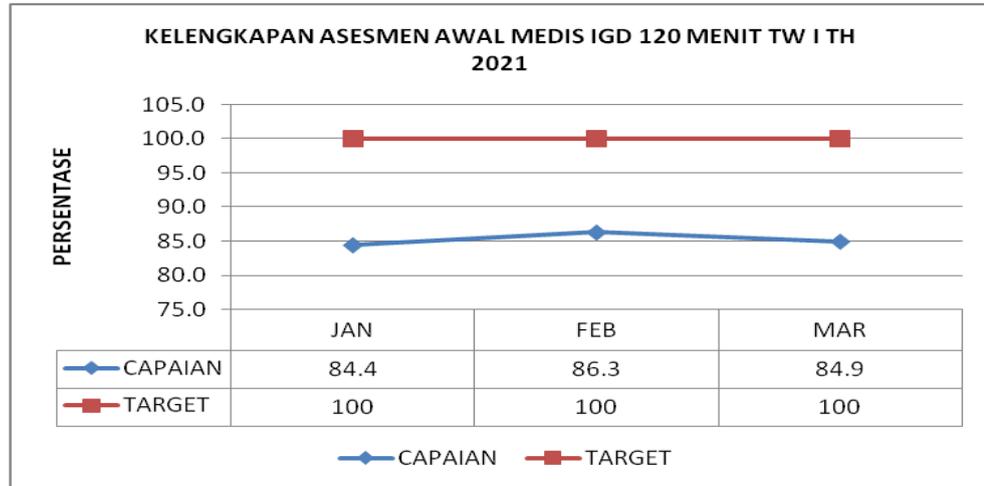


**Grafik 79. Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kelengkapan assesmen awal medis rawat jalan pada Triwulan I tahun 2021, semua ruangan rawat jalan sudah mencapai target indicator mutu ini 100%.

### 3. KELENGKAPAN ASESMEN AWAL MEDIS PASIEN IGD $\leq$ 120 MENIT

Capaian kelengkapan asesmen awal medis IGD pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

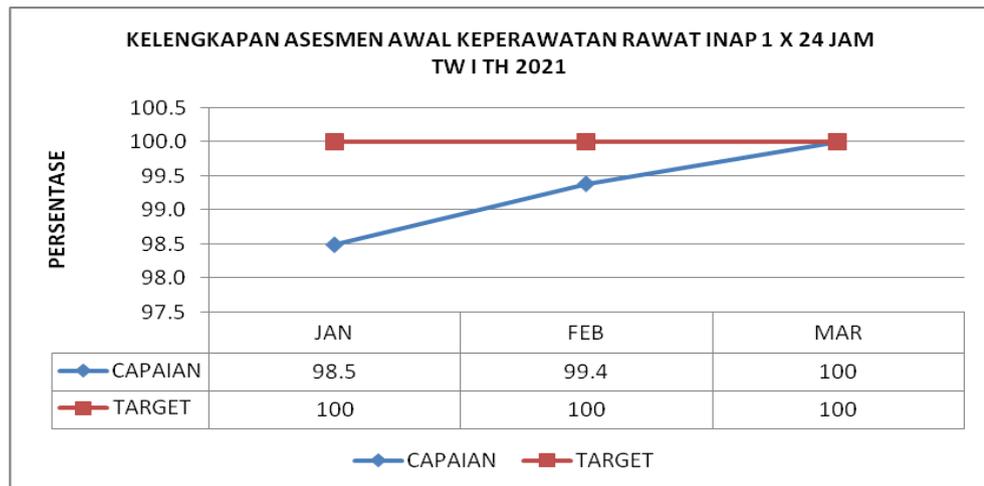


**Grafik 80. Kelengkapan Asesmen Awal Medis IGD  $\leq$ 120 Menit Triwulan I Tahun 2021**

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa kelengkapan asesmen medis IGD pada bulan Januari sd. Maret 2021, trendnya masih dibawah standar 100%. Rata-rata capaian pada Triwulan I adalah 85,2%.

### 4. KELENGKAPAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP KURANG DARI 24 JAM

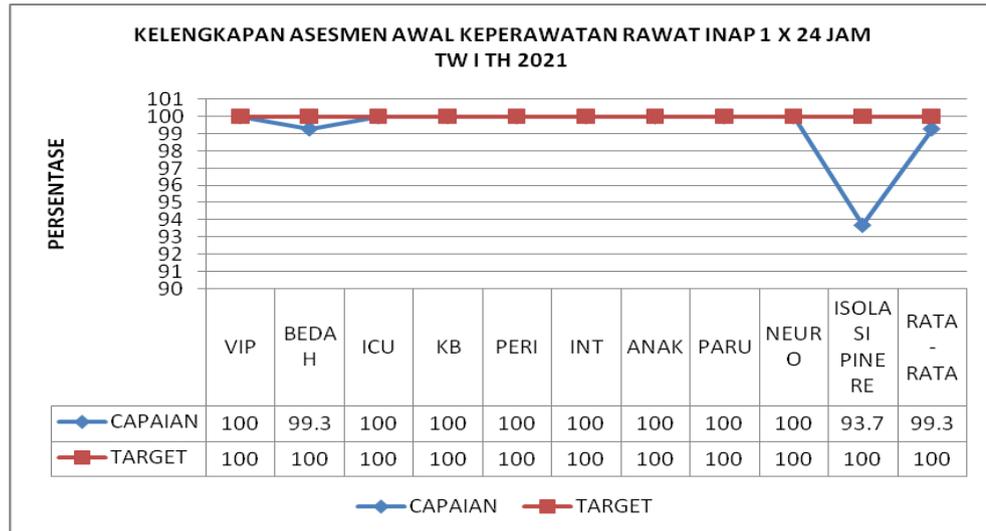
Capaian kelengkapan asesmen awal medis rawat jalan pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



**Grafik 81. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap 1 x24 Jam per Bulan Triwulan I Tahun 2021**

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa kelengkapan asesmen medis pada bulan Januari sd. Maret 2021, trendnya cenderung meningkat dimana pada bulan Maret merupakan capaian paling tinggi mencapai 100%. Rata-rata capaian pada Triwulan I adalah 99,3%.

Capaian masing-masing ruangan untuk indikator ini adalah:

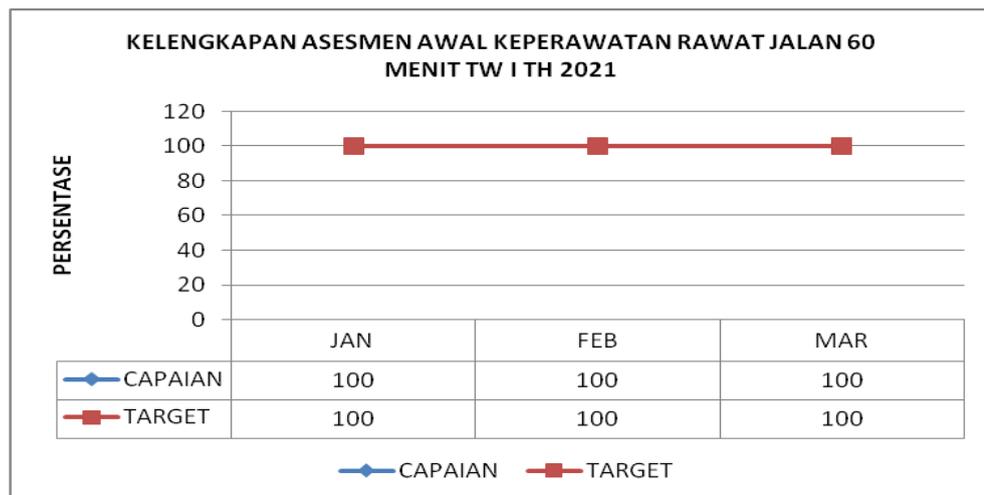


**Grafik 82. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap 1 x24 Jam per ruangan Triwulan I Tahun 2021**

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa ruangan VIP, ICU, KB, Interne, Anak, Paru, dan Neurologi merupakan ruangan dengan capaian paling tinggi untuk kelengkapan asesmen keperawatan rawat inap yakni sudah mencapai target (100%). Sedangkan capaian paling rendah adalah ruangan Bedah (99,3%). Rata-rata capaian RSUD adalah 99,3%.

## 5. KELENGKAPAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN PASIEN RAWAT JALAN ≤60 MENIT

Capaian kelengkapan asesmen awal keperawatan pasien rawat jalan pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

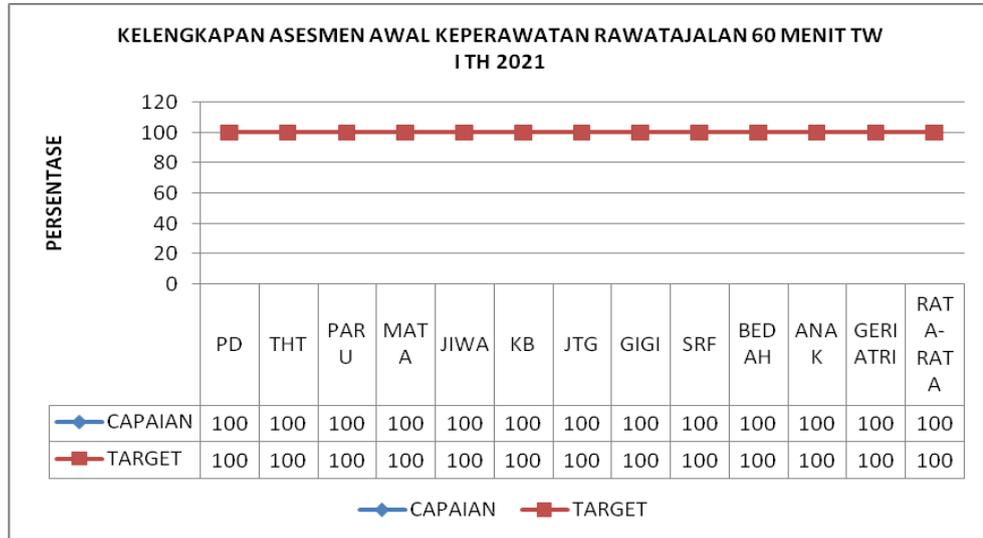


**Grafik 83. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit Triwulan I tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan

rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Sedangkan capaian kelengkapan asesmen awal keperawatan rawat jalan Inap pada masing-masing ruangan di bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

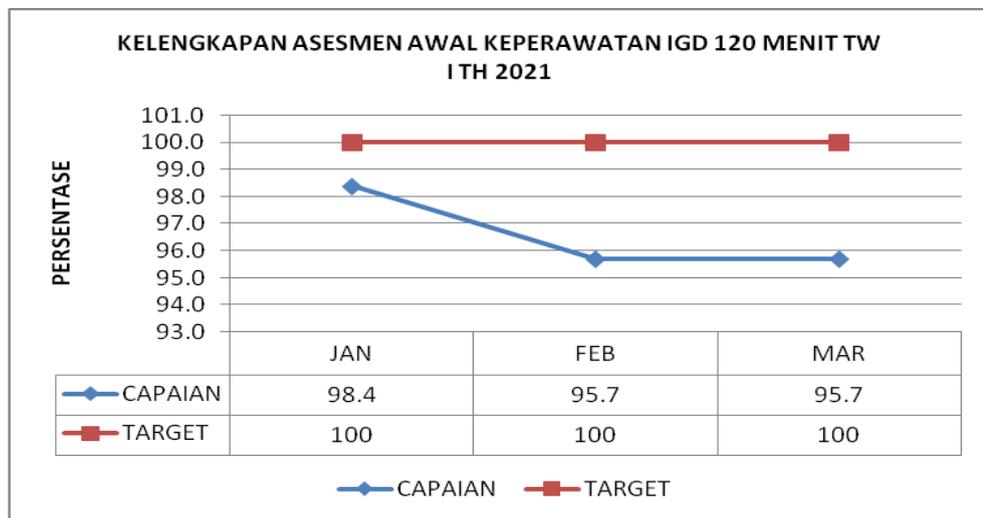


**Grafik 84. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit Triwulan I tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kelengkapan asesmen awal keperawatan rawat jalan pada Triwulan I tahun 2021. Semua ruangan sudah mencapai standart indicator mutu ini 100%.

## 6. KELENGKAPAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN PASIEN IGD ≤120 MENIT

Capaian kelengkapan asesmen awal keperawatan IGD pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



**Grafik 85. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan IGD ≤120 Menit Triwulan I Tahun 2021**

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa kelengkapan asesmen keperawatan IGD pada bulan Januari sd. Maret 2021, trendnya masih dibawah standar 100%. Rata-rata capaian pada Triwulan I adalah 96,6%.

## 7. KEPATUHAN AHLI GIZI DALAM MEMBERIKAN ASUHAN GIZI (PENGISIAN FORM ASUHAN GIZI) DI RUANG RAWAT INAP

Persentase kepatuhan ahli gizi dalam memberikan asuhan gizi (pengisian form asuhan gizi) pada bulan Januari sd. Maret 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



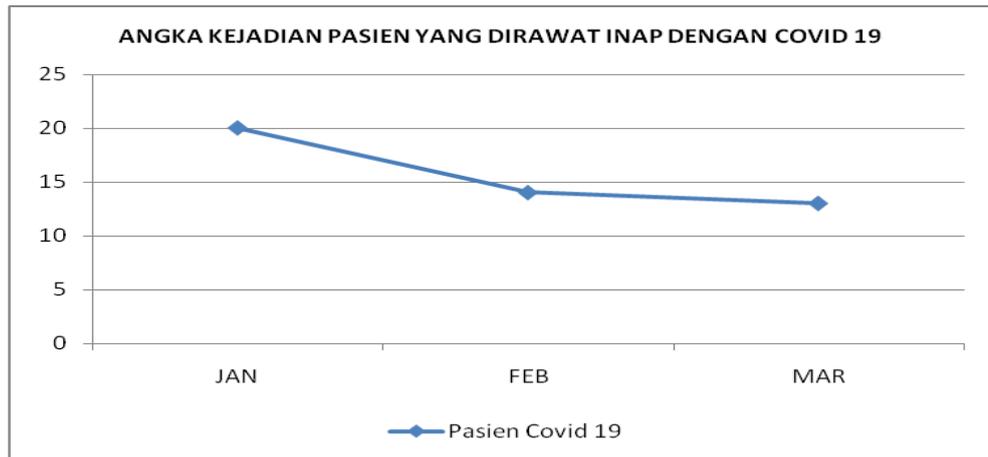
**Grafik 86. Kepatuhan Ahli Gizi Dalam Memberikan Asuhan Gizi (Pengisian Form Asuhan Gizi) Triwulan I Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu Kepatuhan ahli gizi dalam memberikan asuhan gizi (pengisian form asuhan gizi) pada Triwulan I tahun 2021, trendnya cenderung stabil. Standart indikator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 100. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

## VI. ISQUA

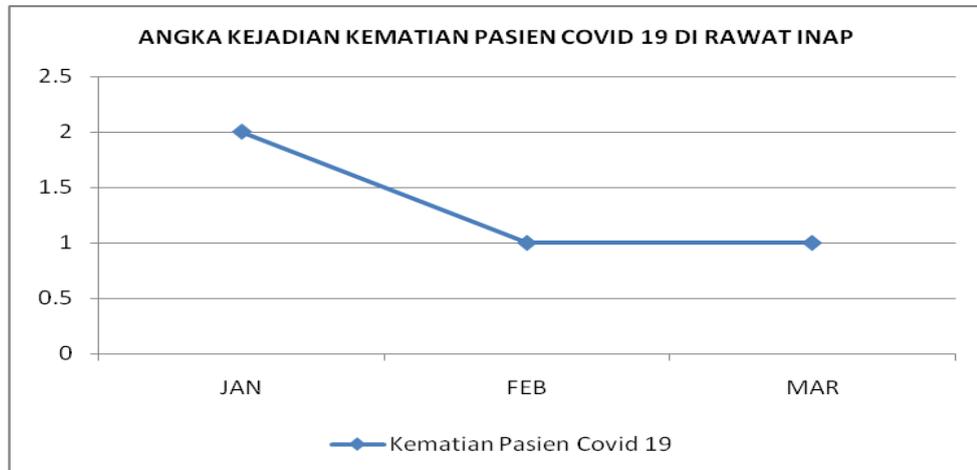
### 1. ANGKA KEJADIAN PASIEN YANG DIRAWAT INAP DENGAN COVID 19



Grafik 87. Angka kejadian pasien yang dirawat inap dengan Covid 19 Triwulan I Tahun 2021

Dari grafik dapat dilihat angka kejadian pasien yang dirawat dengan Covid 19 cenderung menurun, yang terendah di Bulan Maret 13 pasien.

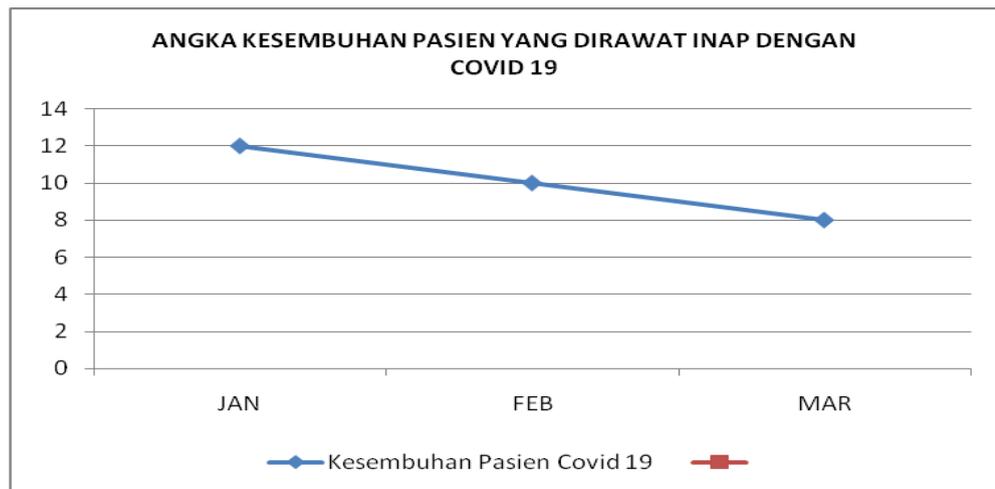
### 2. ANGKA KEJADIAN KEMATIAN PASIEN COVID 19 DI RAWAT INAP



Grafik 88. Angka kejadian kematian pasien Covid 19 di Rawat Inap Triwulan I Tahun 2021

Dari grafik dapat dilihat angka kejadian pasien yang dirawat dengan Covid 19 cenderung menurun, yang terendah di Bulan Februari dan Maret.

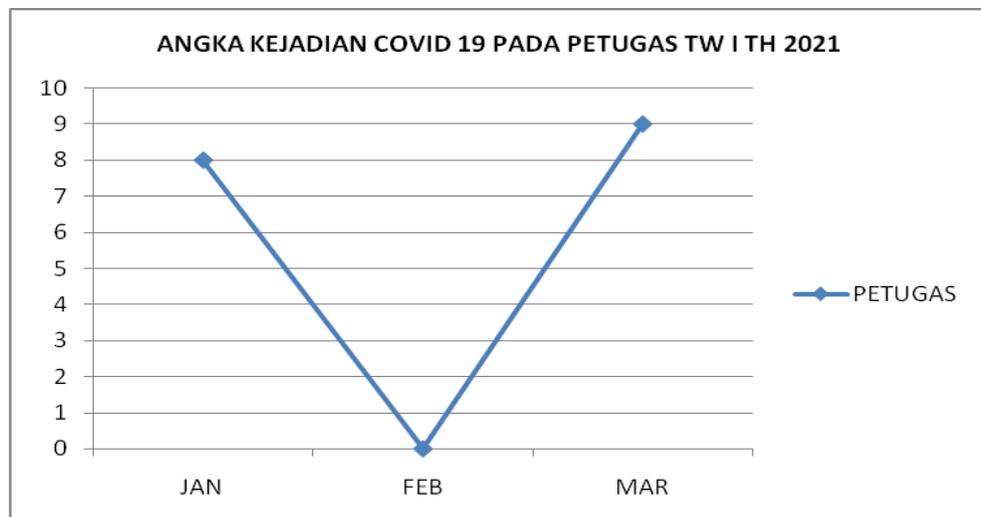
### 3. ANGKA KESEMBUHAN PASIEN YANG DIRAWAT INAP DENGAN COVID 19



**Grafik 89. Angka kejadian kesembuhan pasien di Rawat Inap dengan Covid 19 Triwulan I Tahun 2021**

Dari grafik dapat dilihat angka kesembuhan pasien yang dirawat dengan Covid 19 cenderung menurun, dikarenakan jumlah pasien covid 19 juga menurun.

### 4. ANGKA KEJADIAN COVID 19 PADA PETUGAS



**Grafik 90. Angka Kejadian Covid 19 Pada Petugas Triwulan I Tahun 2021**

Dari grafik dapat dilihat angka kejadian Covid 19 pada petugas cenderung bervariasi. Angka kejadian covid 19 pada petugas yang tertinggi di bulan Maret 9 orang.

### **BAB III**

### **PENUTUP**

Kegiatan pemantauan indikator mutu dan validasi data mutu yang sesuai Standar Akreditasi sejak awal Januari 2021 sampai saat laporan ini dibuat secara garis besar kegiatan ini masih belum optimal dengan berbagai kekurangan. Upaya perbaikan akan dilakukan sesuai dengan rekomendasi dan rencana tindak lanjut yang diberikan saat acara Pemaparan Hasil Pemantauan Indikator Mutu. Diharapkan dengan adanya aksi tindak lanjut dari instalasi/unit kerja terkait upaya perbaikan dapat berjalan dengan maksimal

Pemantauan indikator mutu setiap triwulanan akan dilaksanakan evaluasi tentang indikator mutu yang akan diganti atau direvisi Meskipun demikian terdapat sejumlah perbaikan terhadap kertas kerja, alat ukur indikator, dan kalimat indikator sehingga diharapkan data yang diperoleh bisa lebih valid. Selain itu juga ketiadaan sumber data pada beberapa indikator mutu yang dipantau dapat dihindari.

