



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN

Jalan Dr. A. Rivai Painan (Kode Pos 25611)
Telp. (0765)21428-21518. Fax. (0756)21398, Email. rsudpainan@ymail.com



Painan, 17 Januari 2023

Nomor : 445/01 /KOMITE MUTU/II/2023
Lamp. : -
Perihal : **Laporan Triwulan IV Komite Mutu**
Periode Oktober-Desember 2022

Kepada,
Yth. Direktur RSUD Dr. M. Zein
di
Tempat

Dengan hormat

Bersama ini kami sampaikan Laporan Triwulan IV Komite Mutu Periode Oktober – Desember sebagaimana terlampir

Demikianlah agar ditindaklanjuti. Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Ketua Komite Mutu
RSUD Dr. M Zein Painan

dr. IKE RAHAYU, Sp.M

NIP. 19760219 200501 2 006

REKOMENDASI DIREKTUR

- ① Perlu penugasan kembali petugas RR bedah/OK untuk diuphi memonitor post op dan rawat.
- ② Perencanaan/diuphi protokoles untuk wahana CPT dan juga 5 Wopur Farmasi lain.

LAPORAN

**KOMITE MUTU
TRIWULAN IV**

TAHUN 2022



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 kami panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga Laporan Komite Mutu RSUD Dr. Muhammad Zein Painan Triwulan IV Tahun 2022 dapat terselesaikan.

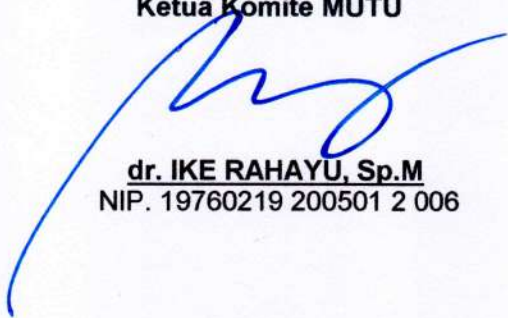
Laporan evaluasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien RSUD Dr. Muhammad Zein Painan triwulan IV ini dimaksudkan untuk memberikan informasi mengenai hasil kegiatan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang telah dilaksanakan di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan meliputi pengukuran indikator mutu nasional (INM), indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP-RS) dan indikator mutu prioritas unit (IMP-Unit), meningkatkan perbaikan mutu dan mempertahankan berkelanjutan, mengurangi varian dalam praktek klinis dengan menerapkan PPK dan melakukan pengukuran clinical pathway, mengukur efisiensi dan efektifitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya, pelaporan dan analisa insiden keselamatan pasien, penerapan sasaran keselamatan pasien, evaluasi kontrak klinis dan manajemen, pelatihan semua staf sesuai perannya dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, mengkomunikasikan hasil pengukuran mutu meliputi masalah mutu dan capaian data kepada staf. Selain itu tersedianya laporan evaluasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien merupakan bagian penting dalam penilaian standar akreditasi rumah sakit.

Laporan evaluasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien triwulan IV tahun 2022 RSUD Dr. Muhammad Zein Painan ini juga merupakan bentuk pertanggungjawaban dari Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan mengenai pelaksanaan kegiatan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan kepada Dewan Pengawas.

Laporan evaluasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien triwulan IV tahun 2022 RSUD Dr. Muhammad Zein Painan masih jauh dari sempurna. Kami berharap mendapatkan umpan balik (*feedback*) dari berbagai pihak sebagai bahan evaluasi dan bersama-sama berupaya untuk melakukan continuous quality improvement di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

Akhir kata, semoga laporan ini dapat memberikan manfaat untuk Komite Mutu dan seluruh unit kerja di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan

Painan, 17 Januari 2023
Ketua Komite MUTU



dr. IKE RAHAYU, Sp.M
NIP. 19760219 200501 2 006

LEMBAR PERSETUJUAN DIREKTUR

**LAPORAN EVALUASI PROGRAM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
TRIWULAN IV TAHUN 2022 RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TAHUN 2022**

**TELAH DIPERIKSA DAN DISETUJUI OLEH DIREKTUR
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
PAINAN, 17 JANUARI 2023**

DIREKTUR



dr. HAREFA, Sp.PD.KKV.FINASIM
Nip. 19730103 200210 1 005

LEMBAR PERSETUJUAN DEWAN PENGAWAS

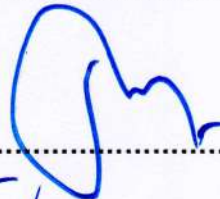
**LAPORAN EVALUASI PROGRAM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
TRIWULAN IV TAHUN 2022 RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TAHUN 2022**

**DISETUJUI OLEH DEWAN PENGAWAS
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
PAINAN, 20 JANUARI 2023**

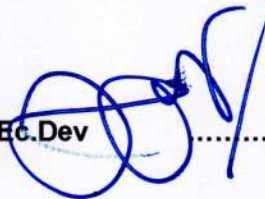
1. KETUA
Dra.SALMIATI, M.M



2. ANGGOTA I
Dr. H. SYAHRIZAL ANTONI, M.P.H



3. ANGGOTA II
HELLEN HASMEITA SARI, S.E.,M.Ec.Dev



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN DIREKTUR.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN DEWAN PENGAWAS	iv
DAFTAR ISI	v
BAB I PENDAHULUAN.....	1
BAB II WAKTU PELAKSANAAN	3
BAB III LAPORAN HASIL PELAKSANAAN DAN ANALISA	4
BAB IV PENUTUP	79
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

Mutu Pelayanan Kesehatan menurut Pohan (2006) adalah suatu pelayanan kesehatan yang dibutuhkan, dalam hal ini akan ditentukan oleh profesi layanan kesehatan dan sekaligus diinginkan baik oleh pasien ataupun masyarakat serta terjangkau oleh daya beli masyarakat, sedangkan jaminan mutu pelayanan kesehatan adalah upaya yang sistematis dan berkesinambungan dalam memantau dan mengukur mutu serta melakukan peningkatan mutu yang diperlukan agar mutu pelayanan kesehatan senantiasa sesuai dengan standar layanan kesehatan yang ditetapkan.

Keselamatan pasien (patient safety) merupakan hal utama dalam pelayanan kesehatan. Pelayanan yang bermutu tidak cukup dinilai dari kelengkapan teknologi, sarana prasarana yang canggih dan petugas kesehatan yang profesional, melainkan perlu dilihat proses pelayanan dan hasil pelayanan yang diberikan. Proses dan hasil pelayanan tersebut harus mampu memberikan jaminan bagi pelanggan sehingga terbebas dari risiko dan menggambarkan mutu pelayanan yang berkualitas di rumah sakit (Cahyono, 2008).

Rumah sakit sebagai salah satu institusi penyelenggara pelayanan kesehatan dituntut untuk memperhatikan masalah keselamatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menetapkan lima isu penting terkait keselamatan di rumah sakit, yaitu keselamatan pasien (patient safety), keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan kesehatan di rumah sakit yang dapat berdampak kepada keselamatan pasien dan petugas, keselamatan lingkungan (green productivity), dan keselamatan bisnis rumah sakit (KKPRS, 2005).

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.

RSUD Dr. Muhammad Zein Painan telah menyusun program kegiatan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien pada tahun 2022. Kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien merupakan upaya untuk memperbaiki mutu secara keseluruhan yang dilakukan terus menerus untuk mengurangi risiko terhadap pasien dan staf. Pencapaian mutu pelayanan unit kerja terkait selanjutnya akan dijadikan panduan/manajemen control untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit. Kegiatan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit meliputi kegiatan pengukuran mutu yaitu indikator mutu nasional (INM), indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP-RS) dan indikator mutu prioritas unit (IMP-Unit), meningkatkan perbaikan mutu dan mempertahankan berkelanjutan, mengurangi varian dalam praktek klinis dengan menerapkan PPK dan melakukan pengukuran clinical pathway, mengukur efisiensi dan efektifitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya, pelaporan dan analisa insiden keselamatan pasien pasien, penerapan sasaran keselamatan pasien, evaluasi kontrak klinis dan manajemen, pelatihan semua staf sesuai perannya dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, mengkomunikasikan hasil pengukuran mutu meliputi masalah mutu dan capaian data kepada staf. Selain itu tersedianya laporan evaluasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien merupakan bagian penting dalam penilaian standar akreditasi rumah sakit.

Kegiatan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit merupakan kegiatan yang menjadi tanggungjawab oleh Direktur Rumah Sakit yang pelaksanaannya dibantu oleh Komite Mutu. Komite mutu dalam pelaksanaan tugasnya kepada Direktur Rumah Sakit harus melaporkan kegiatan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Direktur setiap 3 (tiga) bulan sekali yang kemudian Direktur meneruskan laporan kepada Dewan Pengawas RSUD Dr. Muhammad Zein Painan, dimana masukan dari Dewan Pengawas sangat diperlukan dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit.

Sehingga sebagai bentuk bukti bawa kegiatan diatas telah dilaksanakan di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan, maka dibuatlah laporan evaluasi peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit Triwulan IV Tahun 2022. Dimana laporan ini diharapkan menjadi media informasi, umpan balik (feedback) dan menjadi bahan evaluasi terhadap upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan

BAB II

WAKTU EVALUASI

Rumah sakit berkewajiban untuk meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit melalui penyelenggaraan akreditasi. Dimana salah satu elemen penilaian yang dilakukan Komite Mutu harus melaporkan kegiatan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Direktur setiap 3 (tiga) bulan sekali yang kemudian Direktur meneruskan laporan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Dewan Pengawas (Dewas) RSUD Dr. Muhammad Zein Painan, sehingga laporan evaluasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien ini dibuat setiap triwulan sekali.

Laporan evaluasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien RSUD Dr. Muhammad Zein Painan memberikan gambaran terkait penyelenggaraan program kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien RSUD Dr. Muhammad Zein Painan. Selain itu laporan yang disajikan juga memberikan kondisi kendala dan permasalahan yang terjadi dalam upaya pencapaian kegiatan program, upaya-upaya yang sudah dilakukan dan rencana tindak lanjut sebagai dasar *continuous Quality improvement*.

BAB III

KEGIATAN PROGRAM

Kegiatan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien RSUD Dr. Muhammad Zein Painan Tahun 2022 mengacu pada Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (STARKES RI) Tahun 2022 yaitu meliputi :

1. Pengukuran mutu indicator termasuk indicator mutu nasional (INM), indicator mutu prioritas rumah sakit (IMP-RS) dan indicator mutu prioritas unit (IMP-Unit)
2. Meningkatkan perbaikan mutu dan mempertahankan berkelanjutan,
3. Mengurangi varian dalam praktek klinis dengan menerapkan PPK/ Algoritme/ Protokol dan melakukan pengukuran clinical pathway
4. Mengukur efisiensi dan efektifitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya
5. Pelaporan dan analisa insiden keselamatan pasien pasien
6. Penerapan sasaran keselamatan pasien
7. Evaluasi kontrak klinis dan manajemen
8. Pelatihan semua staf sesuai perannya dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien
9. Mengkomunikasikan hasil pengukuran mutu meliputi masalah mutu dan capaian data kepada staf.

BAB IV
LAPORAN HASIL PELAKSANAAN DAN ANALISA

A. INDIKATOR MUTU

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

- a. Indikator Mutu Nasional (IMN)
- b. Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS)
- c. Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit)

Table 3.1 Indikator Mutu RSUD Dr. Muhammad Zein Painan

NO	KODE	INDIKATOR MUTU
A	IMN	INDIKATOR MUTU NASIONAL
1	IMN01	Kepatuhan kebersihan tangan
2	IMN02	Kepatuhan Penggunaan APD
3	IMN03	Kepatuhan Identifikasi Pasien
4	IMN04	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesaria Emergensi
5	IMN05	Waktu Tunggu Rawat Jalan
6	IMN06	Penundaan operasi elektif
7	IMN07	Ketepatan waktu visite dokter spesialis
8	IMN08	Waktu pelaporan nilai kritis laboratorium
9	IMN09	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
10	IMN10	Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway
11	IMN11	Pencegahan Cidera Akibat Pasien Jatuh
12	IMN12	Ketepatan Waktu Tanggap Komplain
13	IMN 13	Kepuasan Pasien
B	IMP-RS	INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT
		INDIKATOR SASARAN KESELAMATAN PASIEN
1	IMPRS-SKP-1	Kepatuhan Identifikasi Pasien
2	IMPRS-SKP-2	Konfirmasi SBAR Saat Serah Terima Antar <i>Shift</i>
3	IMPRS-SKP-3	Kepatuhan Pelaksanaan Penyimpanan Obat yang Perlu Diwaspadai di Ruangan
4	IMPRS-SKP-4	Kelengkapan Pengisian Format <i>Surgical Safety Check List</i>
5	IMPRS-SKP-5	Kepatuhan Kebersihan Tangan
6	IMPRS-SKP-6	Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh
		INDIKATOR KLINIS PELAYANAN PRIORITAS
7	IMPRS-KLINIS	Kelengkapan Asesmen Awal Medis Rawat Inap ≤24 Jam
8	IMPRS-KLINIS	Kelengkapan asesmen awal medis IGD 120 menit
9	IMPRS-KLINIS	Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Rawat Inap ≤24 Jam
10	IMPRS-KLINIS	Kelengkapan asesmen awal keperawatan IGD 120 menit
		INDIKATOR STRATEGIS PRIORITAS RUMAH SAKIT
11	IMPRS-STRATEGIS	Kepuasan Pasien dan Keluarga
		INDIKATOR MUTU PERBAIKAN SISTEM PRIORITAS RUMAH SAKIT
12	IMPRS-SISTEM	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Racik Rawat Jalan ≤30 Menit

		INDIKATOR MANAJEMEN RESIKO PRIORITAS RUMAH SAKIT
13	IMPRS-RESIKO	Kejadian Pasien Jatuh
C	IMPU-UNIT	INDIKATOR MUTU UNIT RUMAH SAKIT
1	IMPU-IGD	IGD : <i>Emergency Respon Time</i>
2	IMPU-OK-01	Kamar Operasi : Kejadian Tidak Dilakukan Penandaan Lokasi Operasi
3	IMPU-OK-02	Kamar Operasi : Kesalahan Diagnosa Pre dan Post Operasi
4	IMPU-OK-03	Kamar Operasi : Pelaksanaan Asesmen Pra Bedah
5	IMPU-ANS-01	Anastesi : Kelengkapan Asesmen Pre Anastasi dan Pra Sedasi
6	IMPU-ANS-02	Anastesi : Ketidaklengkapan Monitoring Status Fisiologis Selama Anastesi
7	IMPU-ANS-03	Anastesi : Ketidaklengkapan Monitoring Proses Pemulihan Anastesi dan Sedasi
8	IMPU-ANS-04	Anastesi : Ketidaklengkapan Monitoring dan Evaluasi Ulang Bila Terjadi Konversi Tindakan Dari Lokal/Regional ke General
9	IMPU-ICU	ICU : Jumlah Pasien Kembali Ke ICU dalam Waktu <24 Jam
10	IMPU-KB	Ruangan Kebidanan : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Rawat Inap ≤24 Jam
11	IMPU-PERI	Ruangan Perinatologi : Kejadian Tidak Dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada Bayi Baru Lahir (BBL)
12	IMPU-BDH	Ruangan Bedah : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Rawat Inap ≤24 Jam
13	IMPU-NEU-01	Ruangan Neurologi : Pasien Stroke Iskemik yang Tidak Mendapatkan Terapi Antitrombolitik
14	IMPU-NEU-02	Ruangan Neurologi : Pasien Stroke yang Tidak Mendapatkan Edukasi Selama Perawatan di Rumah Sakit
15	IMPU-ANAK	Ruangan Anak : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Rawat Inap ≤24 Jam
16	IMPU-INT	Ruangan Interne : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Rawat Inap ≤24 Jam
17	IMPU-VIP	Ruangan VIP, Kelas 1 dan Kelas 2 Terpadu : Keterlambatan Pemberian Resume Medis
18	IMPU-PARU	Ruangan Paru : Penanganan Pasien TB yang Tidak Sesuai dengan Strategi TB DOTS
19	IMPU-KLS 3	Ruangan Kelas 3 Terpadu : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Rawat Inap ≤24 Jam
20	IMPU-POLI-01	Poliklinik : Kelengkapan Asesmen Awal Medis Rawat Jalan ≤60 Menit
21	IMPU-POLI-02	Poliklinik : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Rawat Jalan ≤60 Menit
22	IMPU-FARM	Farmasi : Kepatuhan Apoteker dalam Melakukan Asuhan Kefarmasian ≤48 Jam di CPPT
23	IMPU-LAB-01	Laboratorium : Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium Rawat Jalan <120 menit
24	IMPU-LAB-02	Laboratorium : Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium IGD <60 Menit
25	IMPU-RAD	Radiologi : Angka Kerusakan Film Radiologi (<i>Reject Film</i>)

26	IMPU-GIZI-01	Gizi : Kepatuhan Ahli Gizi dalam Memberikan Asuhan kepada Pasien Beresiko Malnutrisi (MST >2 atau <i>Skor Strong Kids</i> 4-5) dalam Waktu 2x24 Jam
27	IMPU-GIZI-02	Gizi : Ketepatan Cita Rasa Makanan Pasien Rawat Inap
28	IMPU-GIZI-03	Gizi : Sisa Makanan yang Tidak Termakan Pasien
29	IMPU-GIZI-04	Gizi : Kesalahan Diet Pasien
30	IMPU-IPLRS	IPLRS : Kecepatan Waktu Kunjungan Tenaga IPLRS terhadap Laporan Perbaikan Ruangan dan Gangguan Jaringan Air Bersih dalam Waktu ≤24 Jam
31	IMPU-IPSR	IPSR : Kecepatan Waktu Kunjungan Teknisi terhadap laporan Pemeriksaan Kerusakan/Gangguan Sarana dalam Waktu <24 Jam
32	IMPU-CSSD-01	CSSD : Kualitas Produk Sterilisasi dengan <i>Tape</i> Indikator Steril
33	IMPU-CSSD-02	CSSD : Kesalahan Proses <i>Packing</i> dan <i>Labelling</i> Alat Steril
34	IMPU-GAS	Gas Medis : <i>Respon Time</i> Petugas Gas Medis
35	IMPU-LDRY	Laundri : Linen yang Dicuci Ulang
36	IMPU-FISIO	Fisioterapi : Waktu Tunggu Pelayanan Fisioterapi
37	IMPU-HMD	Hemodialisa : Kepatuhan Pasien terhadap Jadwal Hemodialisa
38	IMPU-UTD-01	UTDRS : Permintaan Produk Darah yang Tidak Terpakai
39	IMPU-UTD-02	UTDRS : Ketersediaan Darah dalam Waktu 60 Menit
40	IMPU-PKRS	PKRS : Pelaksanaan Penyuluhan Kesehatan
41	IMPU-RM	Penyimpanan : Kehilangan Rekam Medis
42	IMPU-CMIX	Casemix : Ketepatan Pengembalian Rekam Medis Lengkap 2x24 Jam Setelah Pasien Pulang
43	IMPU-IT	IT : Angka <i>Respon Time</i> Penanganan <i>Trouble Hardware</i>
44	IMPU-KEPEG-01	Kepegawaian : Ketepatan Waktu Periode Proses Kenaikan Pangkat
45	IMPU-KEPEG-02	Umum : Rerata Waktu Pendistribusian Surat Tepat Sasaran
46	IMPU-CS	Dikontrakkan : Persentase Kebersihan Ruangan Terhadap Kinerja <i>Cleaning Service</i> di Unit Kerja
47	IMPU-PPI-01	Komite PPI : Angka Kejadian <i>Ventilator Associated Pneumonia</i> (VAP)
48	IMPU-PPI-02	Komite PPI : Angka Kejadian <i>Hospital Acquired Pneumonia</i> (HAP)
49	IMPU-PPI-03	Komite PPI : Angka Kejadian Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)
50	IMPU-PPI-04	Komite PPI : Infeksi Daerah Operasi (IDO)
51	IMPU-PPI-05	Komite PPI : Angka Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK)
52	IMPU-PPI-06	Komite PPI : Angka Kejadian Infeksi Luka Infus (ILI) / Phlebitis
53	IMPU-MUTU	Komite Mutu : Ketepatan waktu penyampaian laporan unit ke komite mutu
54	IMPU KOMKEP	Komite Keperawatan : angka kredensial dan re kredensial perawat dan bidan
55	IMPU-KORDIK	Timkordik : Kelengkapan Data Peserta Didik

B. ANALISA DATA INDIKATOR MUTU TRIWULAN IV TAHUN 2022

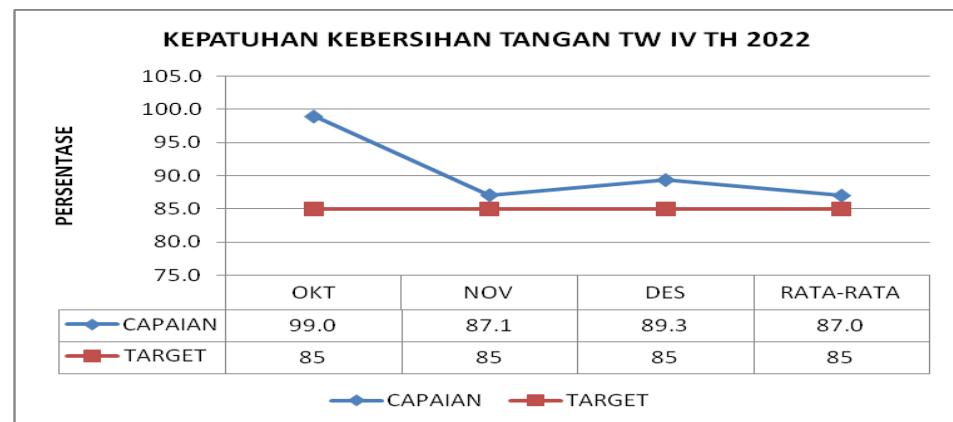
I. INDIKATOR MUTU NASIONAL (IMN)

1. KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN PETUGAS

Data dan Capaian

KODE INDIKATOR	JUDUL INDIKATOR	TARGET	BULAN			RATA - RATA
			OKT	NOV	DES	
IMN-1	Kepatuhan Kebersihan Tangan					
NUMERATOR	Jumlah peluang kebersihan tangan sesuai dengan indikasi	85%	1366	1406	1443	87.0
DENOMINA-TOR	Jumlah peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam satu periode pengamatan		1615	1615	1615	
Capaian Indikator (%)			84.6	87.1	89.3	

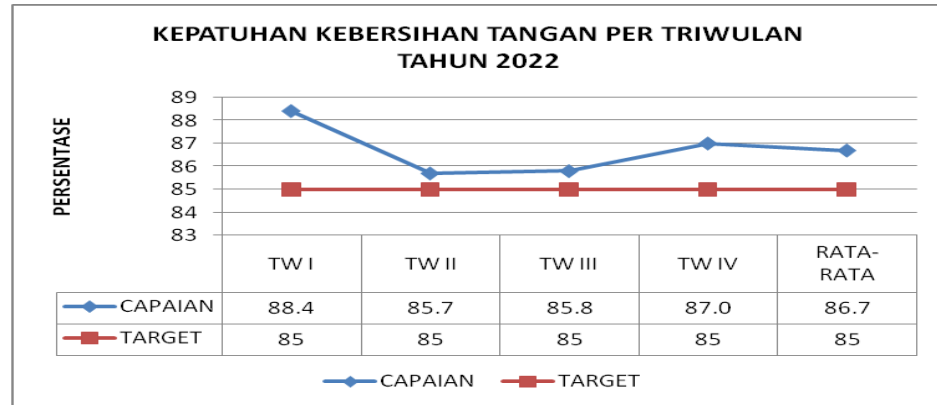
grafik dan analisa data



Grafik 1. Kepatuhan Cuci Tangan Triwulan IV Tahun 2022

Standart indicator kepatuhan kebersihan tangan adalah 85%, rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 87%, sudah mencapai standart yang ditetapkan.

Untuk pencapaian setiap triwulan dapat dilihat pada grafik dibawah :



Grafik 2. Kepatuhan Cuci Tangan Per TW Tahun 2022

Dari grafik diatas dapat terlihat terjadi peningkatan capaian kepatuhan kebersihan tangan pada triwulan IV. Ditemukan rata-rata petugas sudah melakukan kebersihan tangan.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian :

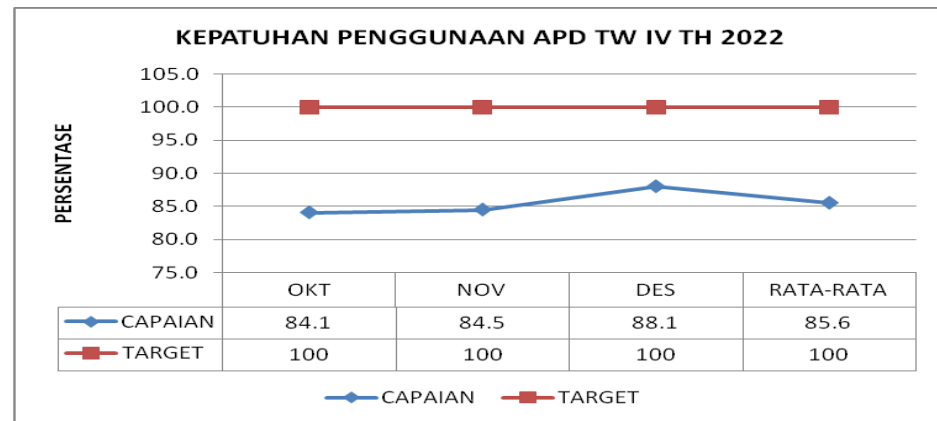
Plan	Meningkatkan kepatuhan kebersihan tangan saat memberikan pelayanan kepada pasien
Do	Komite PPI pelaksanaan petugas dalam melakukan kebersihan tangan disaat pelayanan kepada pasien
Chek	Hasil capaian indicator kepatuhan kebersihan tangan pada Triwulan IV adalah 87,0%
Action	Sosialisasi kembali kepada petugas dalam melakukan kebersihan tangan dan sosialisasikan kembali langkah cuci tangan

2. KEPATUHAN PENGGUNAAN APD

Data dan Capaian

KODE INDIKATOR	JUDUL INDIKATOR	TARGET	BULAN			RATA-RATA
			OKT	NOV	DES	
IMN-2	Kepatuhan Penggunaan APD					
NUMERATOR	Jumlah karyawan Rumah Sakit yang menggunakan APD sesuai indikasi dan standar dalam periode pengamatan	100%	840	835	871	85.6
DENOMINATOR	Jumlah karyawan yang diamati		999	988	989	
Capaian Indikator (%)			84.1	84.5	88.1	

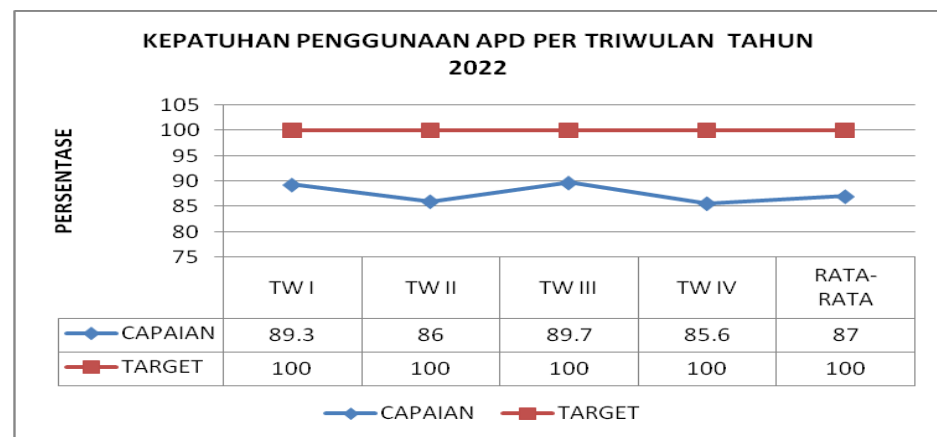
grafik dan analisa data



Grafik 3. Kepatuhan Penggunaan APD Triwulan IV Tahun 2022

Rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 85,6%. Capaian untuk indikator ini belum mencapai target (100%).

Untuk pencapaian setiap triwulan dapat dilihat pada grafik dibawah :



Grafik 4. Kepatuhan Penggunaan APD Per TW Tahun 2022

Dari grafik diatas dapat terlihat terjadi penurunan capaian pada triwulan IV. Hal ini disebabkan belum semua petugas patuh dalam pemakaian APD sesuai indikasi.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian :

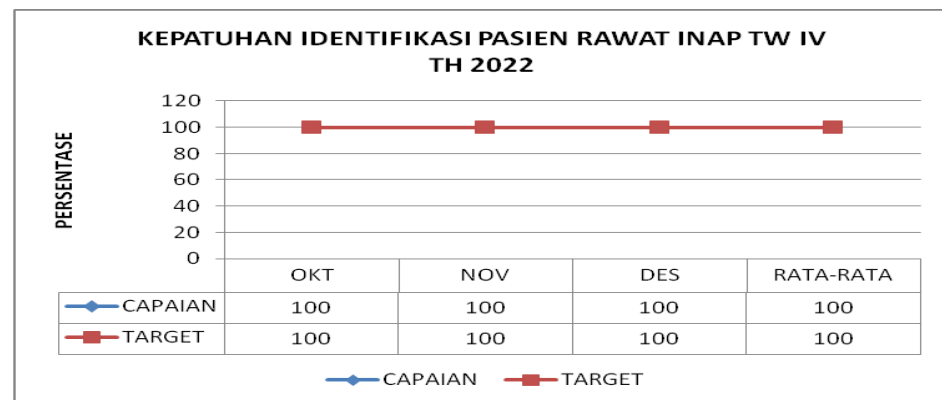
Plan	Meningkatkan kepatuhan petugas menggunakan APD sesuai indikasi
Do	Komite PPI melakukan edukasi kepada petugas yang tidak patuh menggunakan APD sesuai indikasi
Chek	Hasil capaian indikator kepatuhan petugas menggunakan APD pada Triwulan IV adalah 85,6%
Action	Mensosialisasikan secara intensive kepada seluruh petugas di pelayanan tentang pentingnya penggunaan APD

3. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN IDENTIFIKASI PASIEN

Data dan Capaian

KODE INDIKATOR	JUDUL INDIKATOR	TARGET	BULAN			RATA-RATA
			OKT	NOV	DES	
IMN-3	Kepatuhan Identifikasi Pasien					
NUMERATOR	Jumlah proses yang telah dilakukan identifikasi secara benar	100%	2540	2417	2778	100
DENOMINATOR	Jumlah proses pelayanan yang diobservasi		2540	2417	2778	
Capaian Indikator (%)			100	100	100	

grafik dan analisa data



Grafik 5. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien Triwulan IV Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan pada Triwulan IV tahun 2022, sudah mencapai target (100%).

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian :

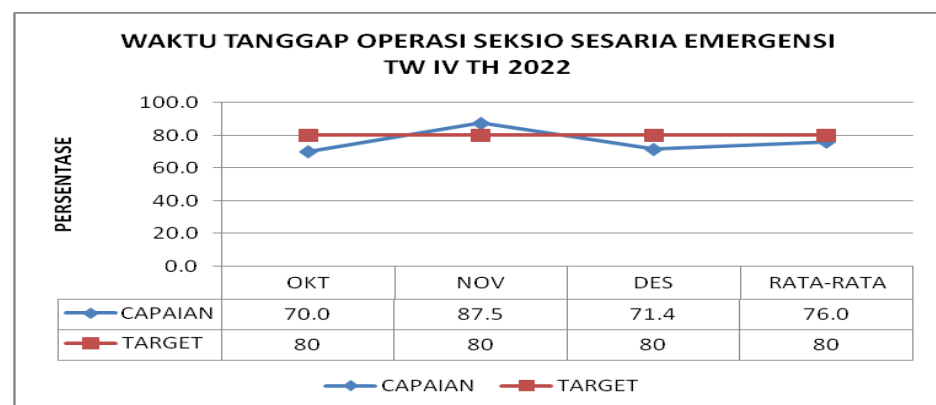
Plan	Mempertahankan kepatuhan identifikasi pasien terhadap semua pemberian pelayanan pada saat pemberian obat, pemberian darah dan produk darah, pengambilan specimen, sebelum melakukan tindakan diagnostik / therapeutic
Do	Sub Komite Keselamatan Pasien memonitoring pelaksanaan petugas dalam melakukan identifikasi
Chek	Hasil capaian indicator kepatuhan identifikasi pasien pada Triwulan IV adalah 100%
Action	Monitoring berkelanjutan tentang pelaksanaan petugas dalam melakukan identifikasi pasien terhadap semua pemberian obat, pemberian darah dan produk darah, pengambilan specimen, sebelum melakukan tindakan diagnostik / therapeutic

4. WAKTU TANGGAP OPERASI SEKSIO SESARIA EMERGENSI

Data dan Capaian

KODE INDIKATOR	JUDUL INDIKATOR	TARGET	BULAN			RATA-RATA
			OKT	NOV	DES	
IMN-4	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesaria Emergensi					
NUMERATOR	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I (satu) yang mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi ≤30 menit	≥80%	7	7	66	80.0
DENOMINATOR	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I		10	8	7	
Capaian Indikator (%)			70.0	87.5	85.7	

grafik dan analisa data



Grafik 6. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesaria Emergensi Triwulan IV Tahun 2022

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa waktu tunggu tanggap operasi seksio sesaria sudah mencapai target 80%.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian :

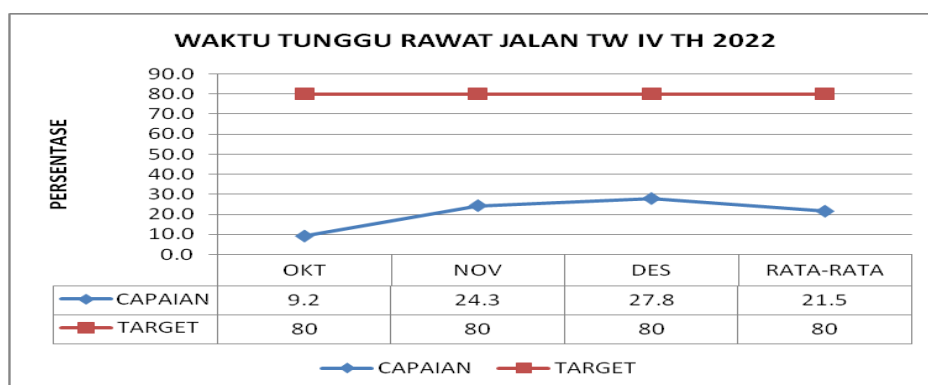
Plan	Meningkatkan capaian waktu tanggap operasi seksio sesaria dengan memonitoring kepatuhan petugas dalam memenuhi waktu tanggap operasi seksio sesaria emergensi ≤ 30 menit
Do	Kepala ruangan melakukan pemantauan petugas
Chek	Hasil capaian indicator waktu tunggu tanggap operasi seksio sesaria pada Triwulan IV adalah 76,0%
Action	monitoring dan sosialisasi berkelanjutan untuk memenuhi waktu tanggap operasi seksio sesaria emergensi ≤ 30 menit

5. WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN

Data dan Capaian

KODE INDIKATOR	JUDUL INDIKATOR	TARGET	BULAN			RATA-RATA
			OKT	NOV	DES	
IMN-5	Waktu Tunggu Rawat Jalan					
NUMERATOR	Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤60 menit	≥80%	140	475	587	21.5
DENOMINATOR	Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi		1516	1955	2108	
Capaian Indikator (%)			9.2	24.3	27.8	

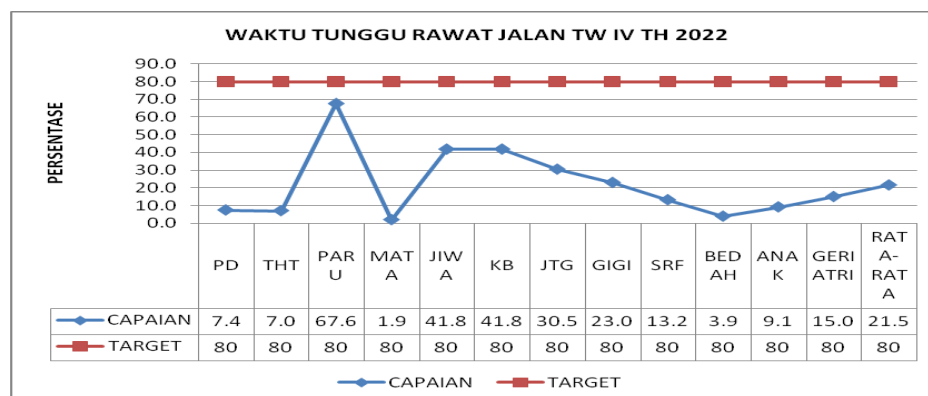
grafik dan analisa data



Grafik 7. Waktu Tunggu Rawat Jalan Triwulan IV Tahun 2022

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa waktu tunggu pasien di rawat jalan belum mencapai target yang ditetapkan 80%. Rata-rata Capaian untuk indikator ini 21,5%, terjadi peningkatan bila dibandingkan triwulan III dengan capaian 16,1, triwulan II dengan capaian 14,6% dan triwulan I dengan capaian 14,4%.

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



Grafik 8. Waktu Tunggu Rawat Jalan Triwulan IV tahun 2022

Grafik diatas adalah capaian indicator mutu waktu tunggu rawat jalan

pada masing-masing unit di Triwulan IV tahun 2022. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh belum semua DPJP datang tepat waktu ke rawat jalan

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian :

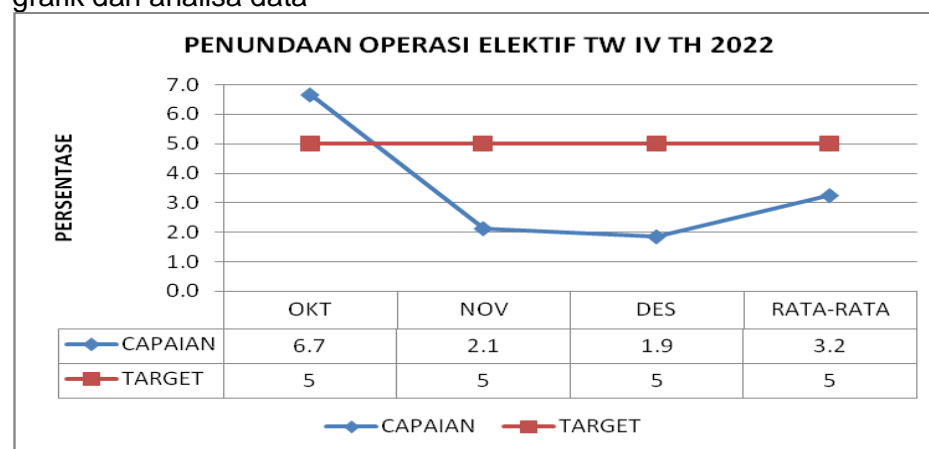
Plan	Meningkatkan capaian waktu tunggu rawat jalan
Do	Bidang pelayanan memonitoring DPJP untuk mematuhi waktu tunggu pelayanan pasien rawat jalan mulai dari pendaftaran sampai bertemu DPJP
Chek	Hasil capaian indicator waktu tunggu rawat jalan pada Triwulan IV adalah 21,5%
Action	Monitoring dan sosialisasikan DPJP untuk mematuhi waktu tunggu pelayanan pasien rawat jalan mulai dari pendaftaran sampai bertemu DPJP

6. PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF

Data dan Capaian

Data dan Capaian							
KODE INDIKATOR	JUDUL INDIKATOR	TARGET	BULAN			RATA-RATA	
			OKT	NOV	DES		
IMN-6	Penundaan Operasi Elektif						
NUMERATOR	Jumlah pasien yang waktu jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam	<5%	5	2	2	3.2	
DENOMINATOR	Jumlah pasien operasi elektif		75	94	108		
Capaian Indikator (%)			6.7	2.1	1.9		

grafik dan analisa data



Grafik 9. Penundaan Operasi Elektif Triwulan IV Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu penundaan

operasi elektif pada Triwulan IV tahun 2022. Standart Indicator mutu ini adalah <5%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 3,2%, Capaian indicator ini telah belum mencapai target dan terjadi penurunan capaian bila dibandingkan triwulan III dengan capaian 0%.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian :

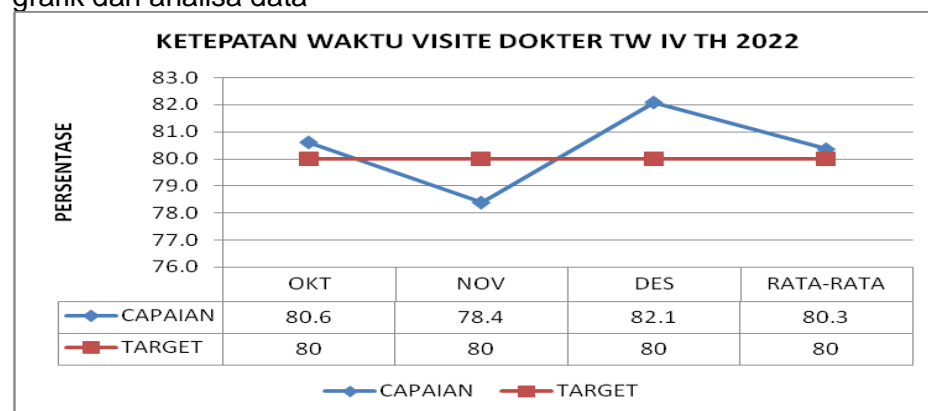
Plan	Menurunkan angka penundaan operasi elektif kurang dari 1 jam
Do	Bidang pelayanan medik memonitoring pelaksanaan petugas operator untuk menurunkan angka penundaan operasi elektif kurang dari 1 jam
Chek	Hasil capaian indicator penundaan operasi elektif pada Triwulan IV adalah 3,2%
Action	Monitoring dan sosialisasikan berkelanjutan tentang pentingnya petugas operator untuk mematuhi pelaksanaan operasi elektif kurang dari 1 jam dari jadwal yang telah ditetapkan

7. KETEPATAN JAM VISITE DOKTER SPESIALIS

Data dan Capaian

KODE INDIKATOR	JUDUL INDIKATOR	TARGET	BULAN			RATA-RATA
			OKT	NOV	DES	
IMN-7	Ketepatan Waktu Visite Dokter					
NUMERATOR	Jumlah visite dokter spesialis yang paling lambat jam 14.00	≥80%	2617	2211	2252	80.3
DENOMINATOR	Jumlah visite dokter spesialis yang harus divisite pada hari tersebut		3247	2821	2744	
Capaian Indikator (%)			80.6	78.4	82.1	

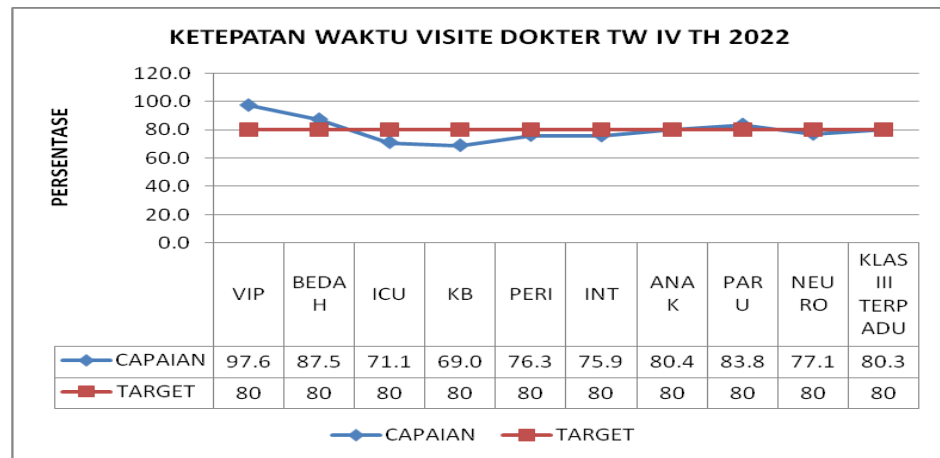
grafik dan analisa data



Grafik 10. Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis Per Triwulan IV Tahun 2022

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa jam visite dokter spesialis sudah

mencapai target. Untuk capaian kepatuhan jam visite dokter spesialis per ruangan dapat ditunjukkan pada grafik dibawah ini :



Grafik 11. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis Triwulan IV Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan jam visite dokter spesialis pada Triwulan IV tahun 2022, trendnya sudah mencapai target. Standart indicator mutu ini adalah $\geq 80\%$, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 80,3%. Pencapaian indikator ini sudah mencapai target yang diharapkan. Namun dilihat dari tiap ruangan trendnya bervariasi. Ruangan yang memenuhi standar terdapat pada ruangan VIP, Bedah, Anak, Paru dan Kelas III Terpadu. Ruangan yang belum memenuhi standar indikator terdapat pada ruangan ICU, KB, Perinatologi, Interne dan Neurologi. Hal ini disebabkan oleh belum semua dokter spesialis visite sebelum jam 14.00 wib.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian :

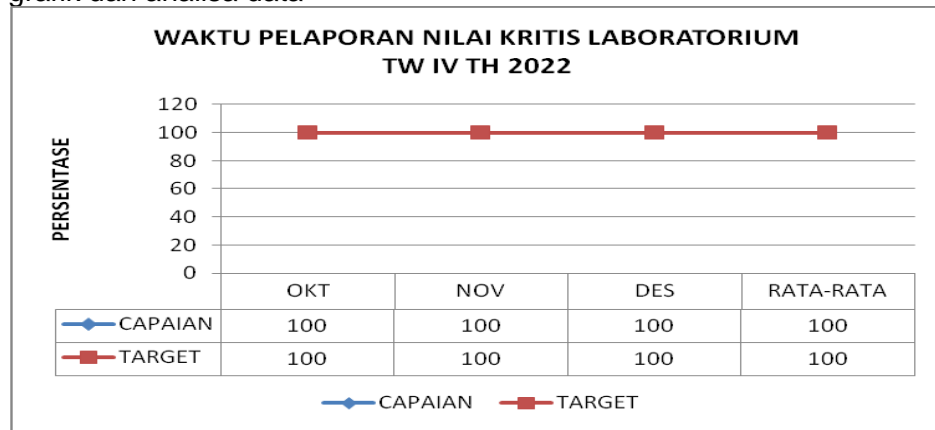
Plan	Meningkatkan ketepatan waktu visite dokter
Do	Bidang pelayanan memonitoring DPJP untuk memenuhi waktu visite dokter
Chek	Hasil capaian indicator ketepatan waktu visite dokter pada Triwulan IV adalah 80,3%
Action	Monitoring dan sosialisasikan DPJP untuk mematuhi waktu visite dokter sebelum jam 14.00 wib

8. WAKTU PELAPORAN NILAI KRITIS LABORATORIUM

Data dan Capaian

KODE INDIKATOR	JUDUL INDIKATOR	TARGET	BULAN			RATA-RATA
			OKT	NOV	DES	
IMN-8	Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium					
NUMERATOR	Jumlah hasil kritis labolatorium yang dilaporkan <30 menit	100%	19	29	21	100
DENOMINA-TOR	Jumlah hasil kritis labolatorium yang di survei		19	29	21	
Capaian Indikator (%)			100	100	100	

grafik dan analisa data



Grafik 12. Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium Triwulan IV Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu waktu pelaporan nilai kritis laboratorium pada Triwulan IV tahun 2022 trendnya cenderung stabil dan sudah mencapai standart indicator mutu 100%.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian

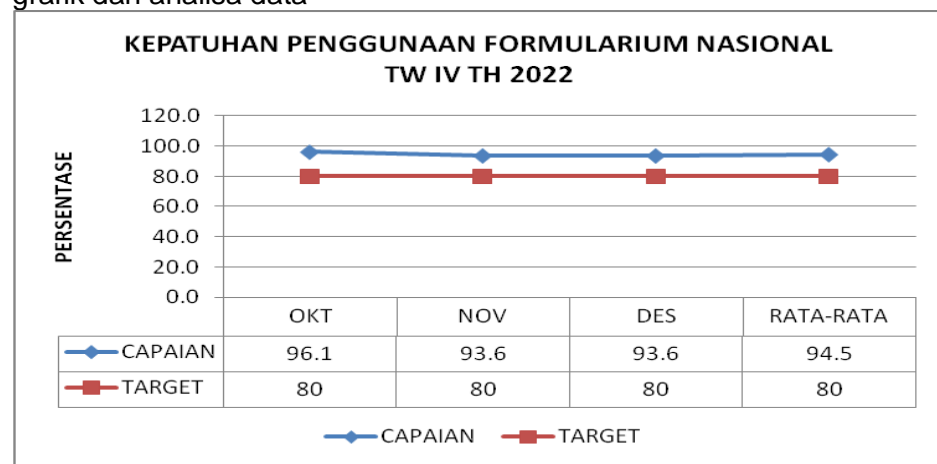
Plan	Sosialisasi kepada seluruh DPJP terkait SPO Pelaporan Nilai kritis
Do	Kepala Instalasi dan kepala ruangan laboratorium melakukan sosialisasi kepada seluruh DPJP terkait SPO Pelaporan Nilai kritis
Chek	Hasil capaian indicator pelaporan nilai kritis pada Triwulan IV adalah 100%
Action	Monitoring dan sosialisasikan berkelanjutan terkait pelaporan nilai kritis

9. KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL

Data dan Capaian

KODE INDIKATOR	JUDUL INDIKATOR	TARGET	BULAN			RATA - RATA
			OKT	NOV	DES	
IMN-9	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional					
NUMERATOR	Jumlah resep yang sesuai dengan formularium nasional	≥80%	86869	77871	76248	94.5
DENOMINATOR	Jumlah resep yang disurvei		90405	83225	81489	
Capaian Indikator (%)			96.1	93.6	93.6	

grafik dan analisa data



Grafik 13. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Triwulan IV Tahun 2022

Standart indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 94,5%. Capaian indikator sudah mencapai target yang telah ditetapkan

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian

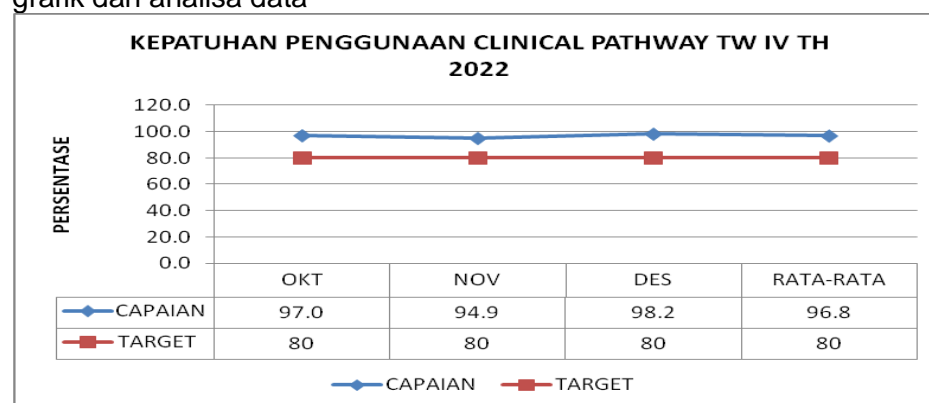
Plan	Meningkatkan kepatuhan penggunaan formularium nasional
Do	Kepala Instalasi Farmasi memonitoring pelaksanaan DPJP untuk mematuhi penggunaan formularium nasional
Chek	Hasil capaian indicator kepatuhan penggunaan formularium nasional pada Triwulan IV adalah 94,5%
Action	Monitoring dan sosialisasikan berkelanjutan tentang pentingnya mematuhi penggunaan formularium nasional sesuai dengan daftar yang telah ditetapkan

10. KEPATUHAN PENGGUNAAN CLINICAL PATHWAY

Data dan Capaian

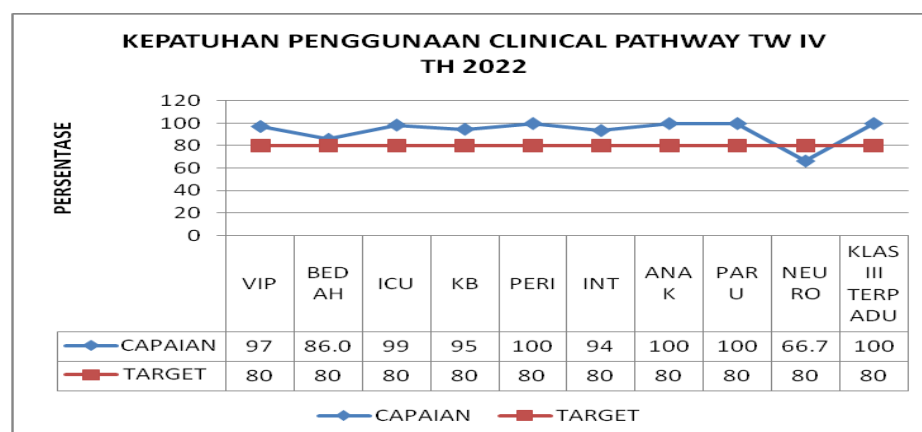
Data dan Capaian							
KODE INDIKATOR	JUDUL INDIKATOR	TARGET	BULAN			RATA-RATA	
			OKT	NOV	DES		
IMN-10	Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway						
NUMERATOR	Jumlah proses pelayanan yang sesuai dengan clinical pathway	≥80%	876	369	383	96.8	
DENOMINATOR	Jumlah clinical pathway yang di survei		903	389	390		
Capaian Indikator (%)			97.0	94.9	98.2		

grafik dan analisa data



Grafik 14. Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway Triwulan IV Tahun 2022

Capaian untuk indikator ini telah mencapai target diatas 80%. Namun untuk masing-masing ruangan capaiannya dapat dilihat pada grafik dibawah:



Grafik 15. Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway Triwulan IV Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu kepatuhan penggunaan clinical pathway pada Triwulan IV tahun 2022, trendnya cenderung bervariasi. Ada ruangan yang belum mencapai standart yaitu

neurologi.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian

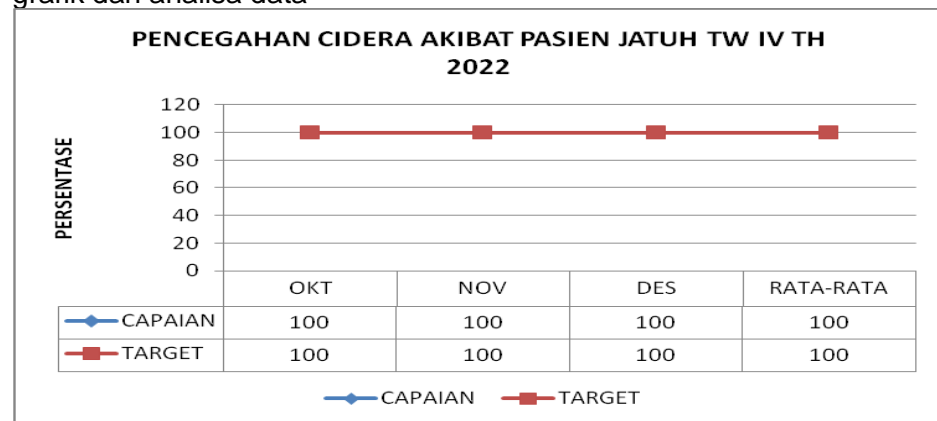
Plan	Meningkatkan kepatuhan terhadap alur klinis
Do	Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Mutu dan MPP memonitoring pelaksanaan kepatuhan terhadap alur klinis
Chek	Hasil capaian indicator kepatuhan penggunaan clinical pathway pada Triwulan IV adalah 96,8%
Action	Monitoring dan sosialisasikan berkelanjutan tentang pentingnya mematuhi alur klinis prioritas yang telah ditetapkan

11. KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RISIKO CIDERA AKIBAT PASIEN JATUH

Data dan Capaian

KODE INDIKATOR	JUDUL INDIKATOR	TARGET	BULAN			RATA-RATA
			OKT	NOV	DES	
IMN-11	Pencegahan Cidera Akibat Pasien Jatuh					
NUMERATOR	Jumlah pasien beresiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan resiko jatuh	100%	1479	896	977	100
DENOMINATOR	Jumlah pasien rawat inap beresiko tinggi jatuh yang disurvei		1479	896	977	
Capaian Indikator (%)			100	100	100	

grafik dan analisa data

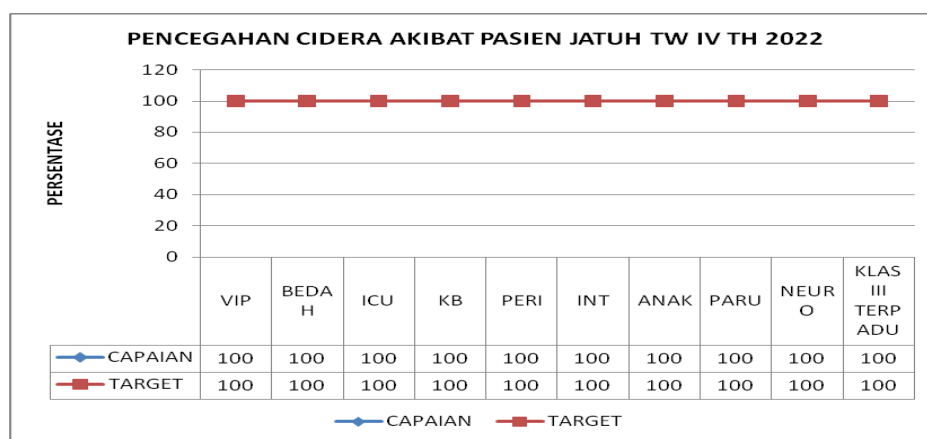


Grafik 16. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cidera Akibat Pasien Jatuh Triwulan IV Tahun 2022

Dari grafik dapat dilihat bahwa upaya pencegahan risiko cidera akibat pasien jatuh pada pasien sudah mencapai target (100%).

Capaian kepatuhan dalam upaya pencegahan risiko cidera akibat

pasien jatuh pada pasien per unit rawat inap ditunjukkan pada grafik dibawah ini :



Grafik 17. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cidera Akibat Pasien Jatuh Triwulan IV Tahun 2022

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian

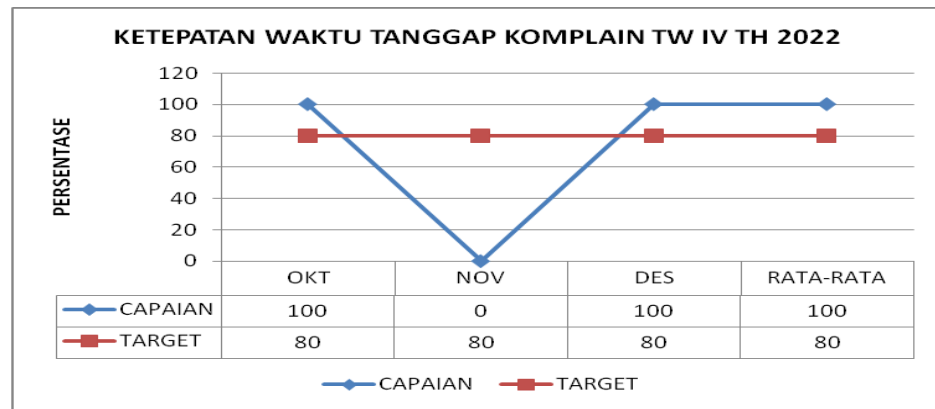
Plan	Mempertahankan kepatuhan upaya pencegahan risiko cidera akibat pasien jatuh di rawat inap
Do	Petugas melaksanakan upaya pencegahan risiko cidera akibat pasien jatuh di rawat inap
Chek	Hasil capaian indicator pencegahan risiko cidera akibat pasien jatuh pada Triwulan IV adalah 100%
Action	Monitoring berkelanjutan tentang pelaksanaan risiko pasien jatuh di rawat inap

12. KECEPATAN WAKTU TANGGAP KOMPLAIN

Data dan Capaian

Data dan Capaian:							
KODE INDIKATOR	JUDUL INDIKATOR	TARGET	BULAN			RATA-RATA	
			OKT	NOV	DES		
IMN-12	Ketepatan Waktu Tanggap Komplain						
NUMERATOR	Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan grading	100%	2	0	1	100	
DENOMINATOR	Jumlah komplain yang di survei		2	0	1		
Capaian Indikator (%)			100	0	100		

grafik dan analisa data



Grafik 18. Kecepatan Respon Terhadap Komplain Triwulan IV Tahun 2022

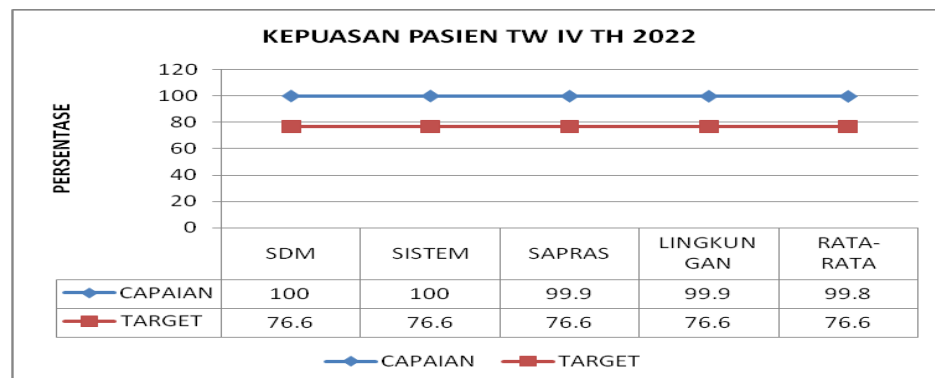
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu waktu tanggap komplain pada triwulan IV. Pada bulan November tidak ada komplain. Rata-rata capaian indicator mutu ini 100%, telah melebihi target yang ditetapkan 80%.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian

Plan	Mempertahankan kecepatan waktu tanggap komplain
Do	Unit pengaduan pelanggan melaksanakan pelayanan standart pasien sesuai standart pelayanan
Chek	Hasil capaian indicator kecepatan waktu tanggap komplain pada Triwulan IV adalah 100%
Action	Monitoring berkelanjutan tentang pelaksanaan petugas dalam melakukan pelayanan pasien sesuai dengan standart pelayanan

13. KEPUASAN PASIEN

Grafik dan analisa data



Grafik 19. Tingkat Kepuasan Pelanggan Triwulan IV tahun 2022

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 sumber daya manusia (SDM) dan Sistem dengan rata-rata capaian 100%.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian

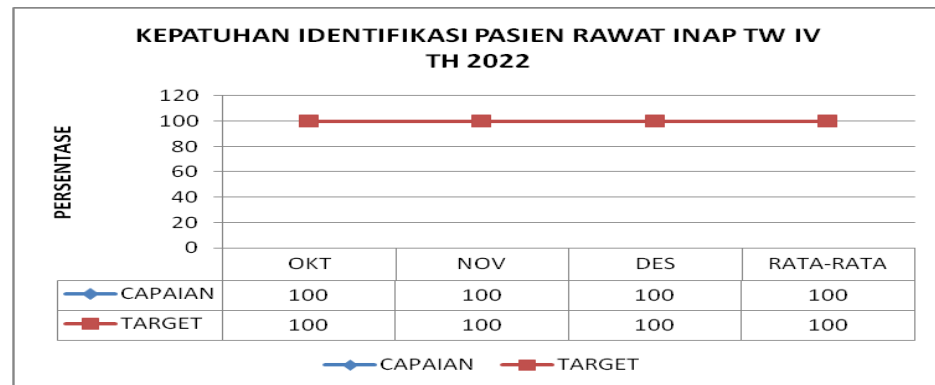
Plan	Meningkatkan kepuasan pasien
Do	Seluruh petugas pelayanan memberikan pelayanan yang terbaik
Chek	Hasil capaian indikator kepuasan pasien pada Triwulan IV adalah 99,8%
Action	Monitoring berkelanjutan tentang kepuasan pasien

II. INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT (IMP-RS)

a. INDIKATOR SASARAN KESELAMATAN PASIEN

1. KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN

Capaian kepatuhan identifikasi pasien rawat inap pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 20. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien Triwulan IV Tahun 2022

Capaian indikator mutu ini sudah mencapai target (100%).

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan tentang pelaksanaan petugas dalam melakukan identifikasi pasien terhadap semua pemberian pelayanan pada saat pemberian obat, nutrisi, darah, pengambilan specimen

2. KOMUNIKASI SBAR SAAT SERAH TERIMA ANTAR SHIFT

Capaian pelaksanaan komunikasi SBAR (situasi, *background*, asesmen, dan rekomendasi) antar *shift* pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



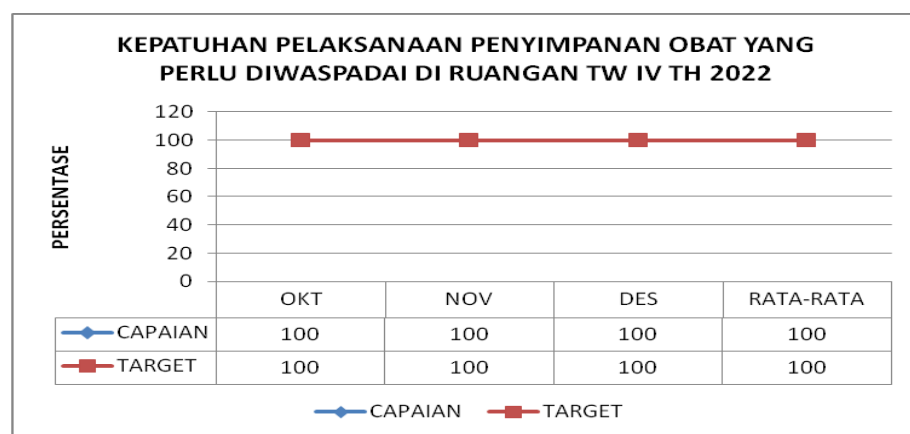
Grafik 21. komunikasi SBAR (situasi, *background*, asesmen, dan rekomendasi) antar *shift* pada Triwulan IV Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator Komunikasi SBAR (situasi, *background*, asesmen, dan rekomendasi) pada semua rawat inap. Rata – rata capaian indicator mutu ini 100% dan sudah mencapai target yang ditetapkan.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan tentang pelaksanaan petugas dalam melakukan identifikasi pasien terhadap semua Komunikasi SBAR (situasi, *background*, asesmen, dan rekomendasi) pada semua rawat inap.

3. KEPATUHAN PELAKSANAAN PENYIMPANAN OBAT YANG PERLU DIWASPADAI DI RUANGAN

Capaian pelaksanaan kepatuhan pelaksanaan penyimpanan obat yang perlu diwaspadai di ruangan pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



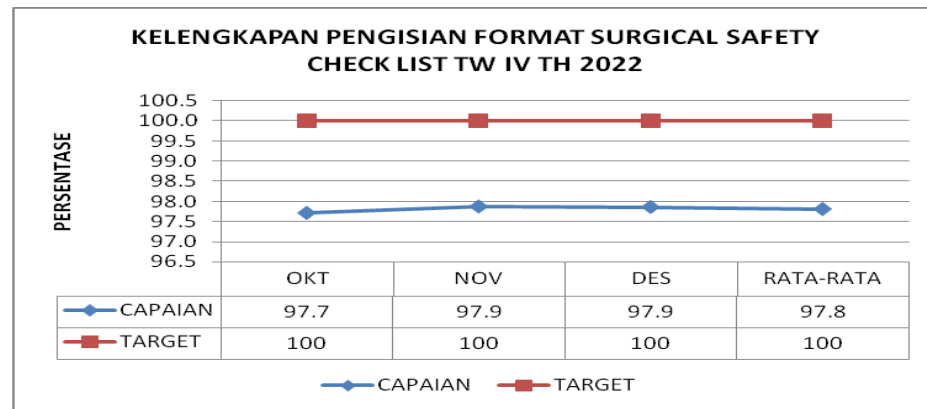
Grafik 22. Kepatuhan Pelaksanaan Penyimpanan Obat yang perlu diwaspadai di ruangan Triwulan IV Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator pelaksanaan kepatuhan pelaksanaan penyimpanan obat yang perlu diwaspadai di ruangan. Rata – rata capaian indicator mutu ini 100% dan sudah mencapai target yang ditetapkan.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan tentang kepatuhan pelaksanaan penyimpanan obat yang perlu diwaspadai di ruangan.

4. KELENGKAPAN PENGISIAN FORMAT SURGICAL SAFETY CHECK LIST

Capaian pelaksanaan pengisian format surgical safety chek list pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



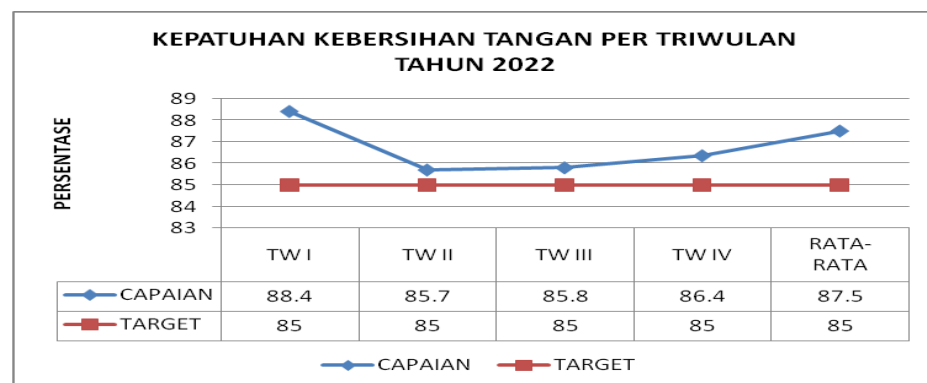
Grafik 23. Kelengkapan Pengisian Format Surgical Safety Check List Triwulan IV Tahun 2022

Capaian indicator kelengkapan pengisian format surgical safety check list pada Triwulan IV tahun 2022 adalah 97,8% meningkat dibandingkan triwulan III dengan capaian 99,1%,

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan tentang kepatuhan pelaksanaan pengisian format surgical safety check list

5. KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN

Capaian kepatuhan cuci tangan Triwulan IV Tahun 2022 ditunjukkan pada grafik dibawah:



Grafik 24. Kepatuhan Cuci Tangan Triwulan IV Tahun 2022

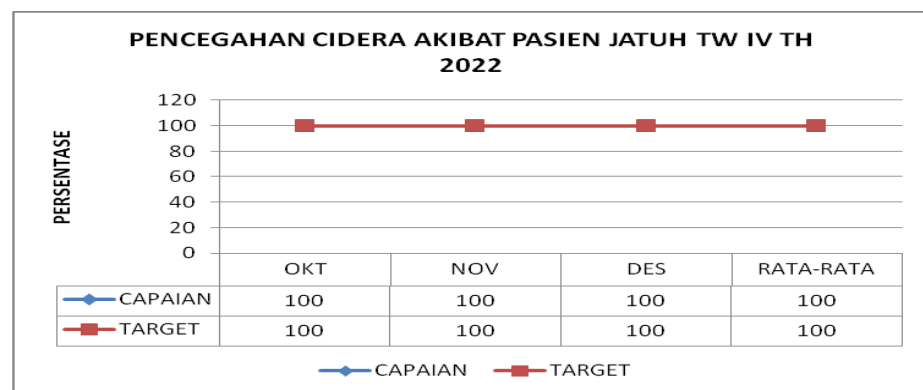
Standart indicator mutu ini adalah 85%, rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 87,5%, sudah mencapai target yang ditetapkan.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian :

Plan	Meningkatkan kepatuhan kebersihan tangan saat memberikan pelayanan kepada pasien
Do	Komite PPI pelaksanaan petugas dalam melakukan kebersihan tangan disaat pelayanan kepada pasien
Chek	Hasil capaian indikator kepatuhan kebersihan tangan pada Triwulan IV adalah 87,5%
Action	Sosialisasi kembali kepada petugas dalam melakukan kebersihan tangan dan sosialisasikan kembali langkah cuci tangan

6. PENCEGAHAN CIDERA AKIBAT PASIEN JATUH

Capaian kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh ditunjukkan pada grafik dibawah ini :



Grafik 25. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh Triwulan IV Tahun 2022

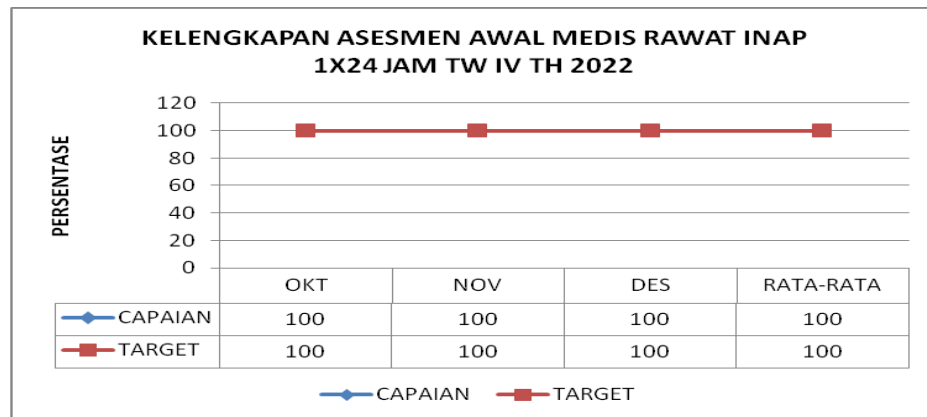
Dari grafik dapat dilihat bahwa upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien sudah mencapai target (100%).

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan tentang pelaksanaan risiko pasien jatuh di rawat inap

b. INDIKATOR KLINIS PELAYANAN PRIORITAS

1. KELENGKAPAN ASESMEN AWAL MEDIS RAWAT INAP 1x24 JAM

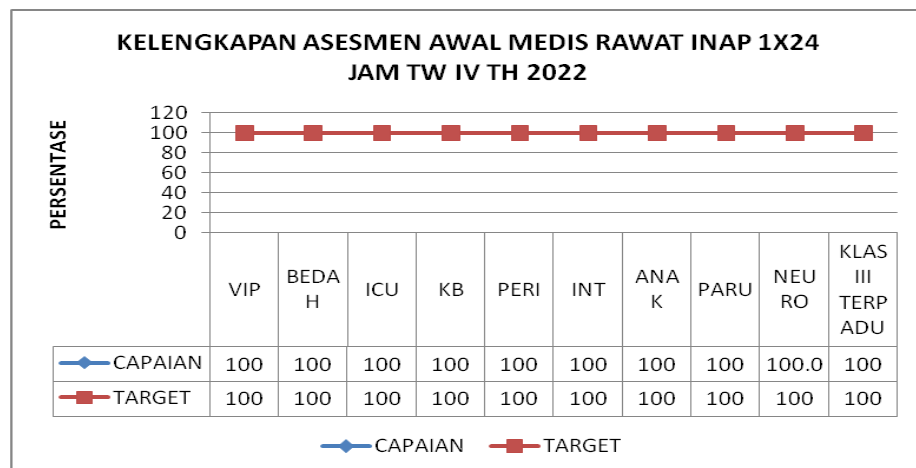
Capaian kelengkapan asesmen awal medis rawat inap pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 26. Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Inap 1 x 24 Jam per Bulan Triwulan IV Tahun 2022

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa kelengkapan asesmen awal medis pada bulan Oktober sd. Desember 2022 sudah mencapai target (100%).

Capaian masing-masing ruangan untuk indikator ini adalah:



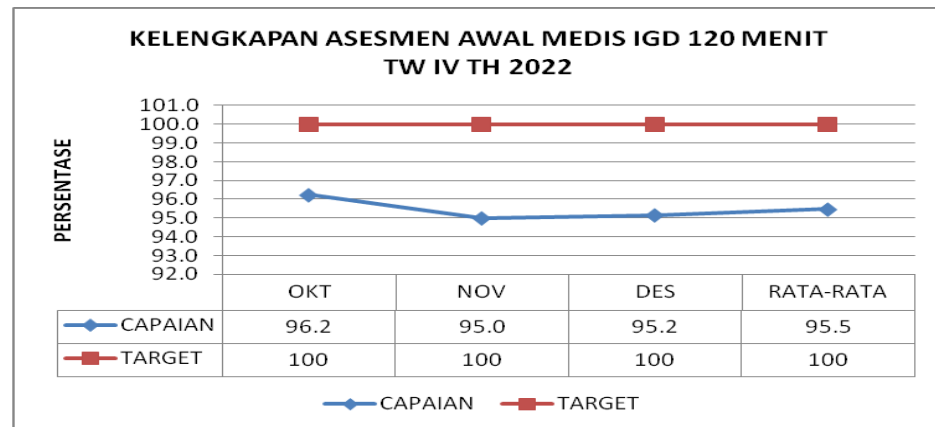
Grafik 27. Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Inap 1 x 24 Jam per Ruangan Triwulan IV Tahun 2022

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa semua rawat inap sudah mematuhi pengisian asesment medis rawat inap.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan tentang kepatuhan dalam pengisian asesment medis rawat inap

2. KELENGKAPAN ASESMEN AWAL MEDIS IGD 120 MENIT

Capaian kelengkapan asesmen awal medis IGD pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



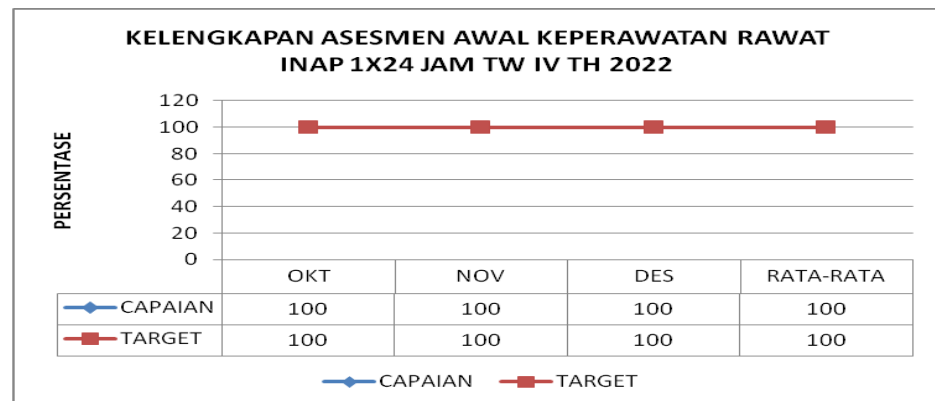
Grafik 28. Kelengkapan Asesmen Awal Medis IGD ≤120 Menit Triwulan IV Tahun 2022

Capaian indikator ini belum mencapai target 100%. Rata-rata capaian 95,5%. Hal ini dikarenakan kepatuhan dalam pengisian asesment medis IGD masih kurang.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan tentang kepatuhan dalam pengisian asesment medis di IGD.

3. KELENGKAPAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN RAWAT INAP 1X24 JAM

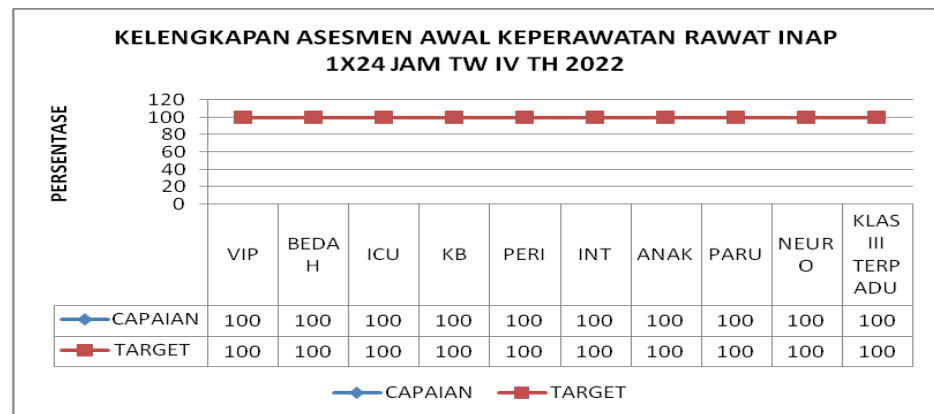
Capaian kelengkapan asesmen awal keperawatan rawat inap pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 29. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap 1 x24 Jam per Bulan Triwulan IV Tahun 2022

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa kelengkapan asesmen keperawatan pada bulan Oktober sd. Desember 2022, sudah mencapai target 100%

Capaian masing-masing ruangan untuk indikator ini adalah:



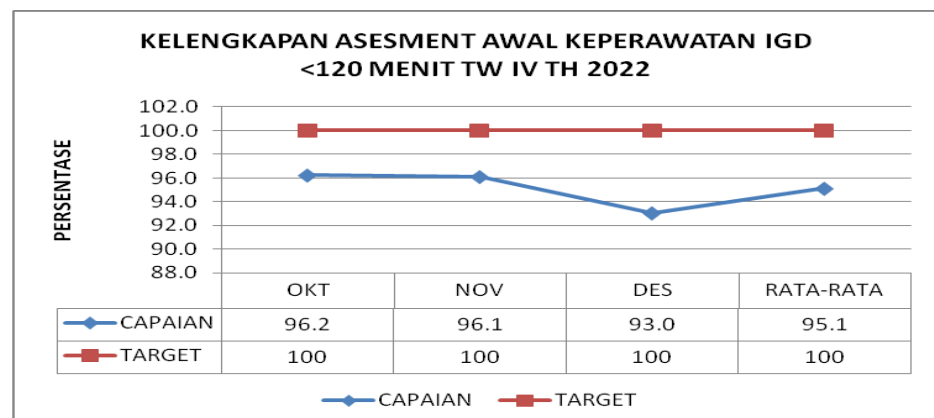
Grafik 30. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap 1 x24 Jam per ruangan Triwulan IV Tahun 2022

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa ruangan rawat inap sudah mencapai target.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan tentang kepatuhan dalam pengisian asesment keperawatan rawat inap.

4. KELENGKAPAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN IGD <120 MENIT

Capaian kelengkapan asesmen awal keperawatan IGD pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 31. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan IGD ≤120 Menit Triwulan IV Tahun 2022

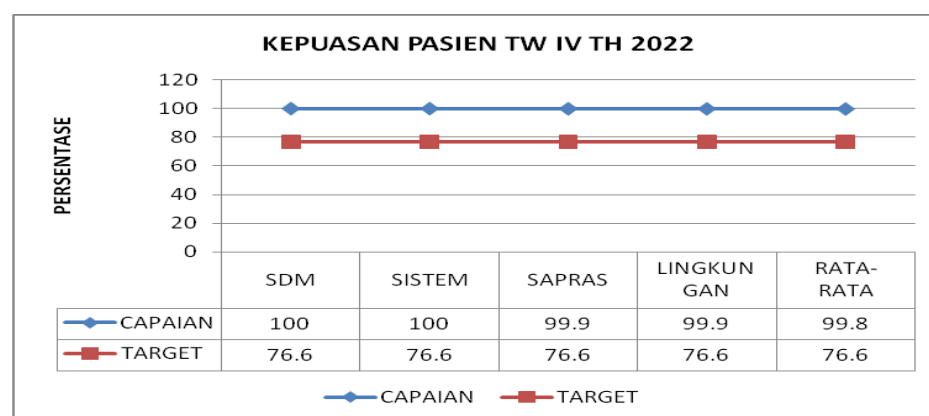
Capaian kelengkapan asesmen keperawatan IGD masih dibawah target 100%. Rata-rata capaian pada Triwulan IV adalah 95,1 %.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Tingkatkan lagi kepatuhan dalam kelengkapan pengisian asesmen keperawatan dan lakukan pengawasan oleh kepala ruangan.

c. INDIKATOR STRATEGIS PRIORITAS RUMAH SAKIT

1. KEPUASAN PASIEN

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



Grafik 32. Tingkat Kepuasan Pelanggan Triwulan IV tahun 2022

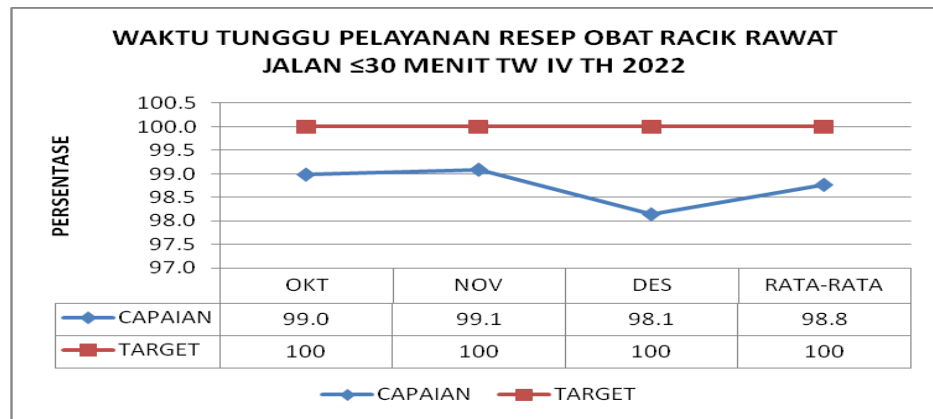
Capaian indikator mutu Tingkat kepuasan pelanggan adalah 99,8%. Pencapaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan dan yang paling baik kepuasan pelanggan ada pada sumber daya manusia (SDM) dan Sistem dengan rata-rata capaian 100%.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan tentang kepuasan pasien.

d. INDIKATOR MUTU PERBAIKAN SISTEM PRIORITAS RUMAH SAKIT

1. WAKTU TUNGGU PELAYANAN RESEP OBAT RACIK RAWAT JALAN ≤30 MENIT

Capaian Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Racik Rawat Jalan ≤30 Menit pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



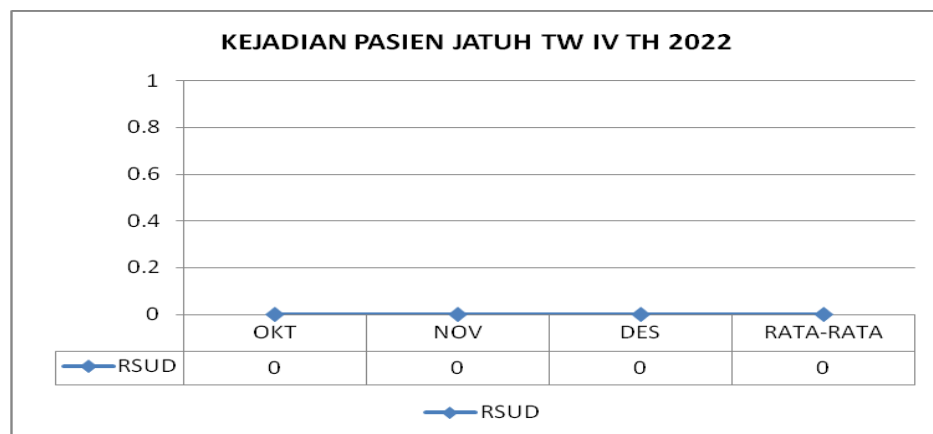
Grafik 33. Kelengkapan Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Racik Rawat Jalan ≤ 30 Menit Triwulan IV Tahun 2022

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian triwulan IV belum mencapai target. Rata-rata capaian 98,8%. Hal ini dikarenakan kurang SDM pada bagian Depo Obat Atas Rawat Jalan dan belum adanya antrian terpisah antara obat non racik dan obat racik.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Kaji kebutuhan tenaga Farmasi di depo setiap unit rumah sakit.

e. INDIKATOR MANAJEMEN RESIKO PRIORITAS RUMAH SAKIT

1. KEJADIAN PASIEN JATUH



Grafik 34. Kejadian pasien jatuh Triwulan IV Tahun 2022

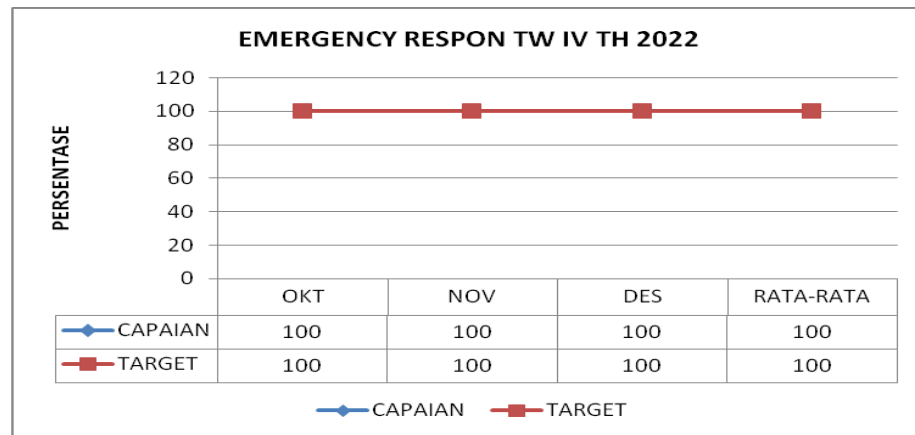
Angka kejadian pasien jatuh pada triwulan IV adalah 0.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Tingkatkan lagi kepatuhan petugas dalam edukasi pasien dan keluarga pasien terhadap resiko jatuh dan lakukan pengawasan.

III. INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT

1. IMPU IGD : EMERGENCY RESPON

Capaian Emergency Respon Time pada bulan Oktober sd. Desember tahun 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

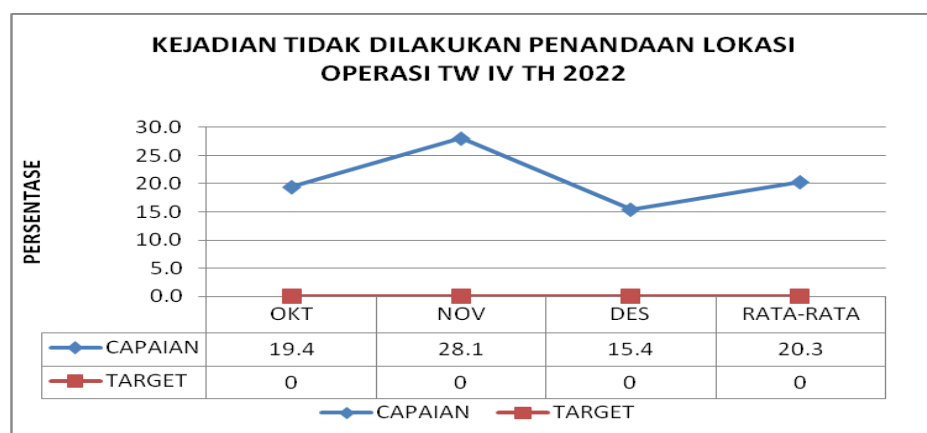


Grafik 35. Emergency Respon Time Triwulan IV Tahun 2022

Grafik diatas hasil capaian sudah mencapai target yang ditetapkan. Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan tentang pelaksanaan petugas dalam emergency respon time.

2. IMPU OK-01 : KEJADIAN TIDAK DILAKUKAN PENANDAAN LOKASI OPERASI

Capaian pelaksanaan pengisian penandaan lokasi operasi pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 36. Kejadian Tidak Dilakukan Penandaan Lokasi Operasi Triwulan IV Tahun 2022

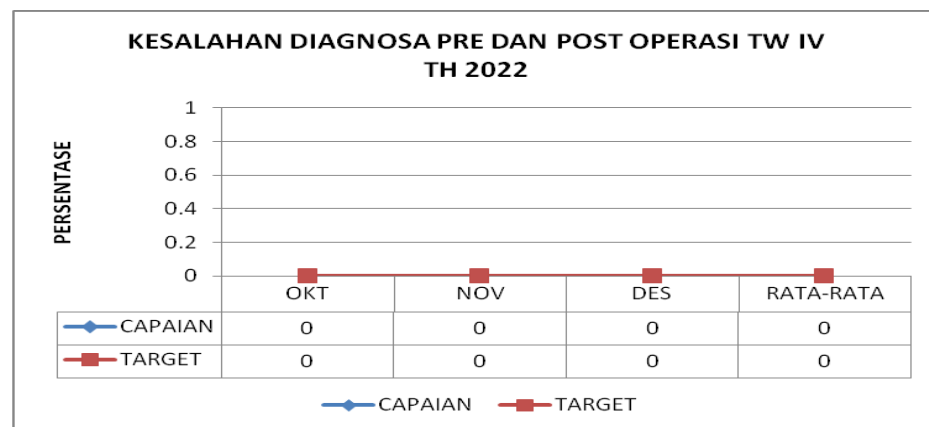
Grafik diatas hasil capaian melebihi standar yang ditetapkan 0%. Rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 20,3%. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh kepatuhan dalam melakukan penandaan lokasi operasi masih kurang.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian :

Plan	Meningkatkan kepatuhan pelaksanaan pengisian penandaan lokasi operasi
Do	Bidang pelayanan dan Komite medik memonitoring DPJP untuk kepatuhan pelaksanaan pengisian penandaan lokasi operasi
Chek	Hasil capaian indicator kepatuhan pelaksanaan pengisian penandaan lokasi operasi pada Triwulan IV adalah 20,3%
Action	Re-sosialisasi berkelanjutan tentang SPO pelaksanaan penandaan lokasi operasi

3. IMPU OK-02 : KESALAHAN DIAGNOSA PRE DAN POST OPERASI

Capaian pelaksanaan kesalahan diagnosa pre dan post operasi pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



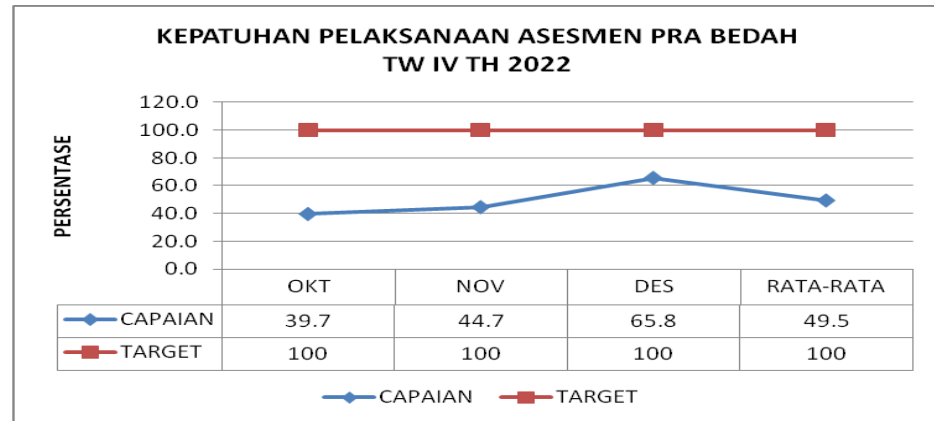
Grafik 37. Kesalahan Diagnosa Pre Dan Post Operasi Triwulan IV Tahun 2022

Grafik diatas hasil capaian sudah mencapai target 0%. Tidak ada kesalahan diagnosa pre dan post operasi.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan tentang pelaksanaan diagnosa pre dan post operasi.

4. IMPU OK-03 : KEPATUHAN PELAKSANAAN ASESMEN PRA BEDAH

Capaian pelaksanaan asesmen pra bedah pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



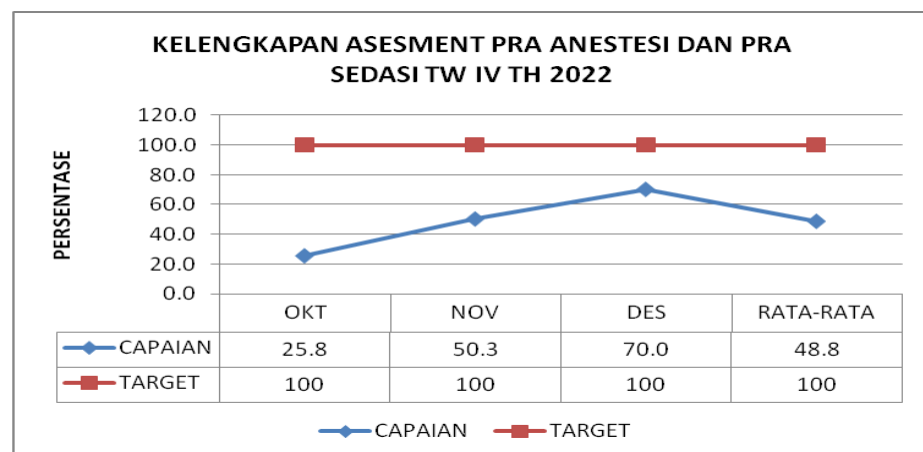
Grafik 38. Kepatuhan Pelaksanaan Asesmen Pra Bedah Triwulan IV Tahun 2022

Capaian indicator ini adalah 49,5%. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh : Komitmen yang belum adekuat dari DPJP untuk melengkapi asesmen pra bedah

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Resosialisasi tentang pentingnya pelaksanaan asesmen pra bedah dan minta komitmen dari DPJP

5. IMPU ANASTESI-01 : KELENGKAPAN ASESMEN PRA ANASTESI DAN PRA SEDASI

Capaian kelengkapan asesment pra anastesi dan pra sedasi pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



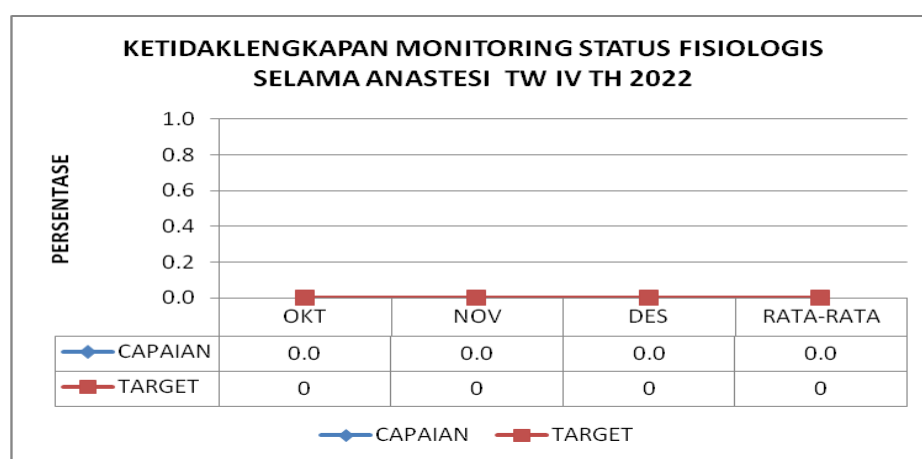
Grafik 39. Kelengkapan asesment Pra Anastesi dan Pra Sedasi Triwulan IV Tahun 2022

Dari grafik diatas hasil capaian belum mencapai target, hal ini disebabkan kurangnya kepatuhan dalam pengisian asesment pra anastesi dan pra sedasi.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Tingkatkan kepatuhan Dokter dalam mengisi asesment dengan cara mengingatkan.

6. IMPU ANASTESI-02 : KETIDAKLENGKAPAN MONITORING STATUS FISIOLOGIS SELAMA ANASTESI

Capaian ketidaklengkapan monitoring status fisiologis selama anastesi dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



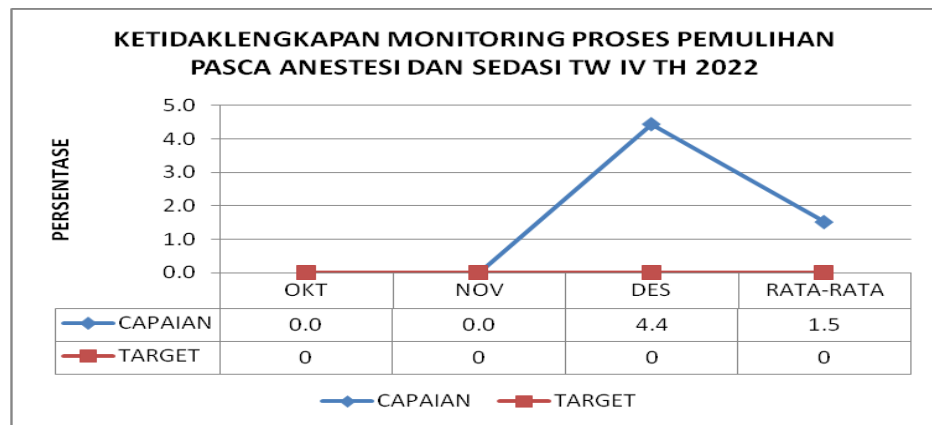
Grafik 40. Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Status Fisiologi Selama Anastesi dan Sedasi Triwulan IV Tahun 2022

Dari grafik diatas hasil capaian sudah mencapai target yang ditetapkan. Standar indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan tentang kelengkapan monitoring status fisiologis selama anastesi.

7. IMPU ANASTESI-03 : KETIDAKLENGKAPAN MONITORING PROSES PEMULIHAN PASCA ANESTESI DAN SEDASI

Capaian pelaksanaan ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi pasca pemulihan pasca anastesi dan sedasi pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



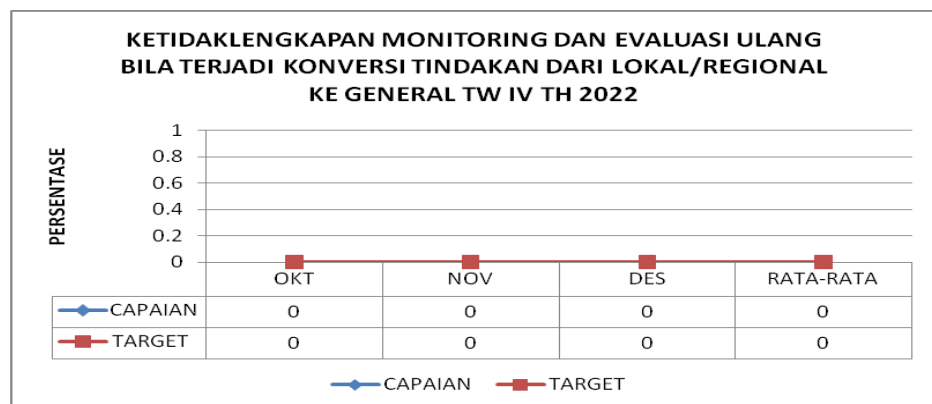
Grafik 41. Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Proses Pemulihan Pasca Anastesi Dan Sedasi Triwulan IV Tahun 2022

Grafik diatas hasil capaian adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 1,5%. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan karena kurangnya kepatuhan tentang kelengkapan monitoring dan evaluasi pemulihan pasca anastesi dan sedasi.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Tingkatkan monitoring berkelanjutan tentang kelengkapan monitoring dan evaluasi pemulihan pasca anastesi dan sedasi.

8. IMPU ANASTESI-04 : KETIDAKLENGKAPAN MONITORING DAN EVALUASI ULANG BILA TERJADI KONVERSI TINDAKAN DARI LOKAL/REGIONAL KE GENERAL

Capaian pelaksanaan ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi ulang bila terjadi konversi tindakan dari lokal/regional ke general pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 42. Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Konversi Tindakan Dari Local/Regional Kegenral Anastesi Triwulan IV Tahun 2022

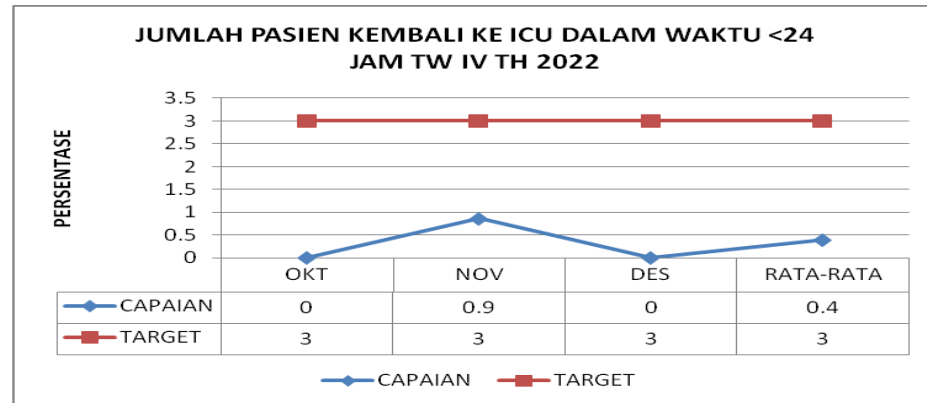
Grafik diatas hasil capaian sudah mencapai target 0% .

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Resosialisasi berkelanjutan

tentang kelengkapan monitoring dan evaluasi ulang bila terjadi konversi tindakan dari lokal/regional ke general.

9. IMPU ICU : JUMLAH PASIEN KEMBALI KE ICU DALAM WAKTU <24 JAM

Capaian pelaksanaan jumlah pasien kembali ke ICU dalam waktu <24 jam pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



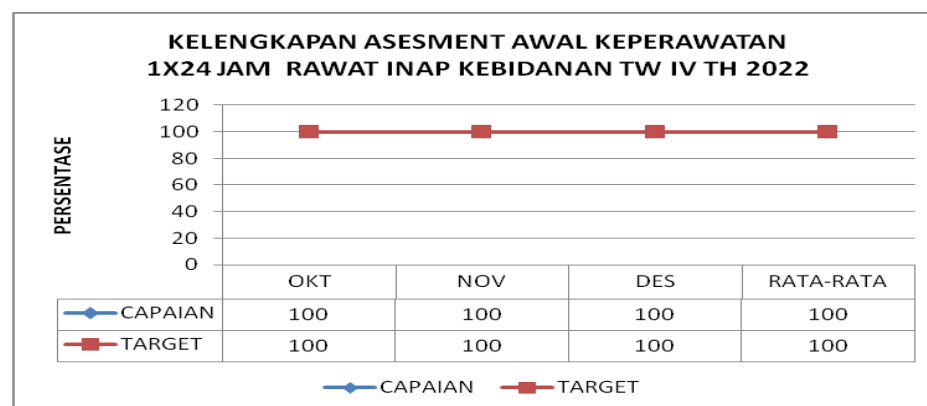
Grafik 43.jumlah pasien kembali ke ICU dalam waktu <24 jam Triwulan IV Tahun 2022

Capaian indicator mutu ini adalah 0,4%, sudah diatas target yang ditetapkan (3%)

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Resosialisasi berkelanjutan tentang jumlah pasien kembali ke ICU dalam waktu <24 jam

10. IMPU KB : KELENGKAPAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN 1X24 JAM RAWAT INAP KEBIDANAN

Capaian kelengkapan asesmen awal keperawatan ranap kebidanan pada bulan Oktober sd.Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



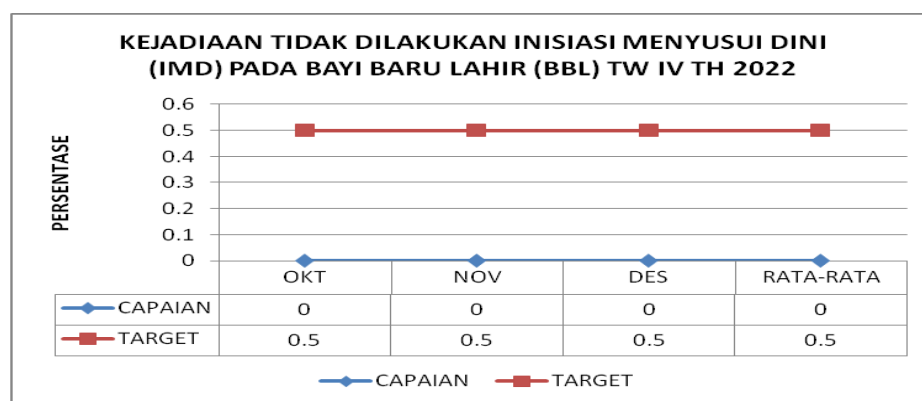
Grafik 44. Kelengkapan asesmen awal keperawatan ranap kebidanan 1x24jam Triwulan IV Tahun 2022

Hasil capaian indikator dari Grafik diatas adalah 100%, sudah mencapai target.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan tentang kepatuhan dalam pengisian asesment keperawatan di rawat inap kebidanan.

11. IMPU PERI : KEJADIAAN TIDAK DILAKUKAN INISIASI MENYUSUI DINI (IMD) PADA BAYI BARU LAHIR (BBL)

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



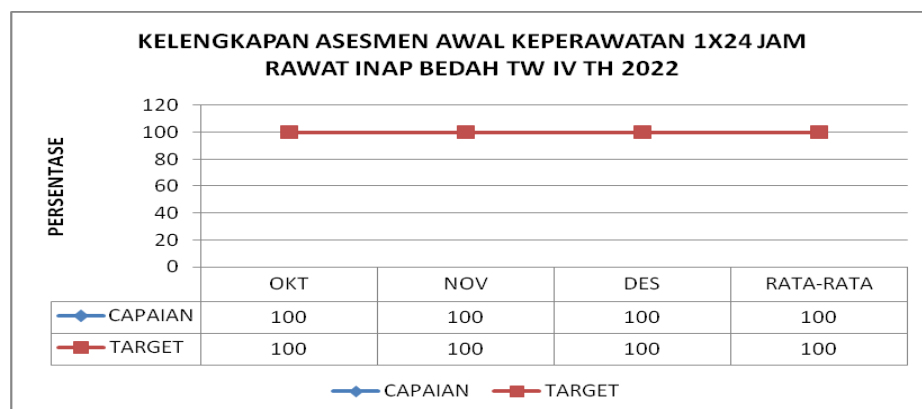
Grafik 45. Kejadian Tidak Dilaksanakan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) Pada Bayi Baru Lahir Triwulan IV Tahun 2022

Grafik diatas hasil capaian indikator sudah mencapai target 0%.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Resosialisasi berkelanjutan tentang inisiasi menyusui dini (IMD) bayi baru lahir.

12. IMPU BEDAH : KELENGKAPAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN 1X24 JAM RAWAT INAP BEDAH

Capaian pelaksanaan kelengkapan asesmen awal keperawatan ranap bedah pada triwulan IV Tahun 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



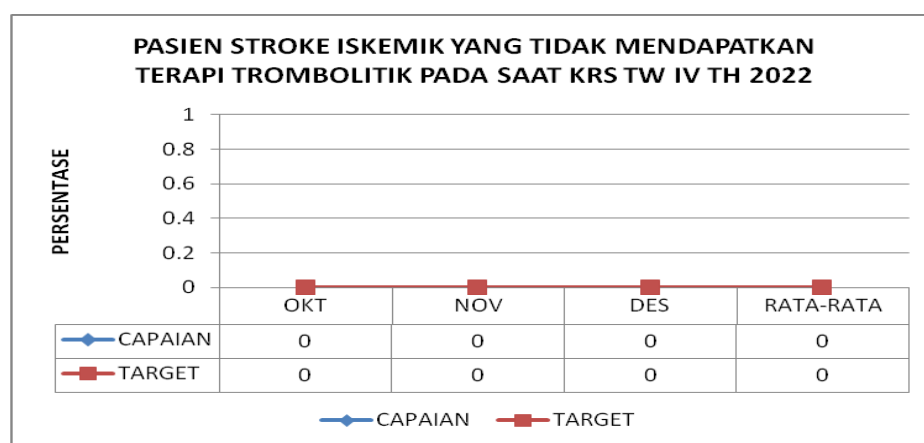
Grafik 46. Kelengkapan asesmen awal keperawatan ranap bedah 1x24jam Triwulan IV Tahun 2022

Hasil capaian indikator dari Grafik diatas adalah 100%, sudah mencapai target.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan tentang kepatuhan dalam pengisian asesment keperawatan di rawat inap Bedah.

13. IMPU NEURO-01 : 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 Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



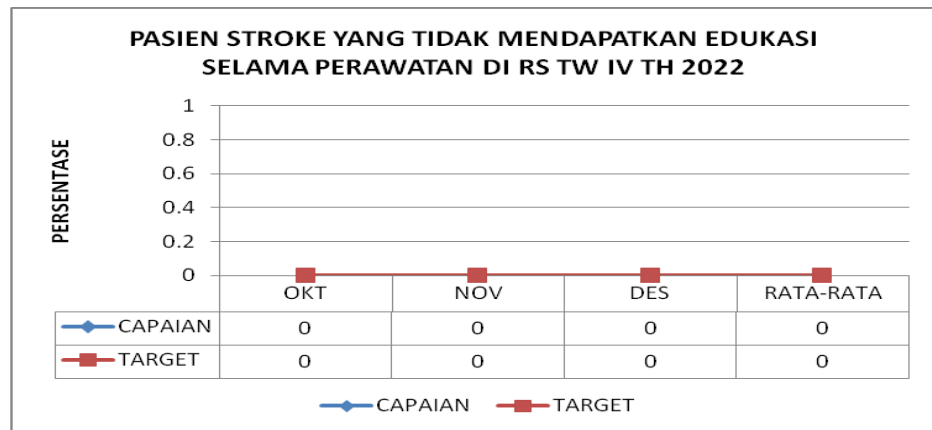
Grafik 47. Pasien Stroke Iskemik Yang Tidak Mendapatkan Terapi Trombolitik Pada Saat KRS Triwulan IV Tahun 2022

Grafik diatas hasil capaian indicator dengan rata-rata 0%, sudah mencapai target.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : monitoring berkelanjutan tentang pasien yang mendapatkan terapi trombolitik pada saat KRS

14. IMPU NEUROLOGI-02 : PASIEN STROKE YANG TIDAK MENDAPATKAN EDUKASI SELAMA PERAWATAN DI RS

Capaian pasien stroke yang tidak mendapatkan edukasi selama Perawatan di RS pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



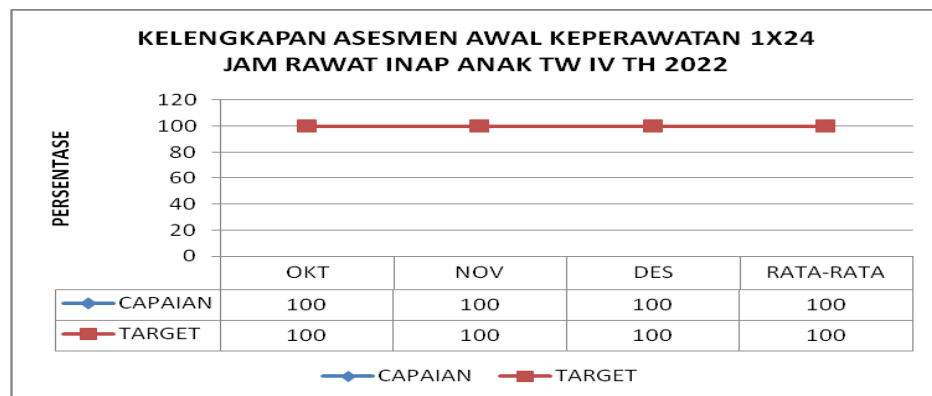
Grafik 48. Pasien Stroke Yang Tidak Mendapatkan Edukasi Selama Perawatan di RS Triwulan IV Tahun 2022

Hasil capaian indikator dari Grafik diatas adalah 0%, sudah mencapai target..

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : monitoring berkelanjutan tentang pasien stroke yang tidak mendapatkan edukasi selama Perawatan di RS

15. IMPU ANAK : KELENGKAPAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN 1X24 JAM RAWAT INAP ANAK

Kelengkapan asesmen awal keperawatan ranap anak pada bulan Oktober sd.Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



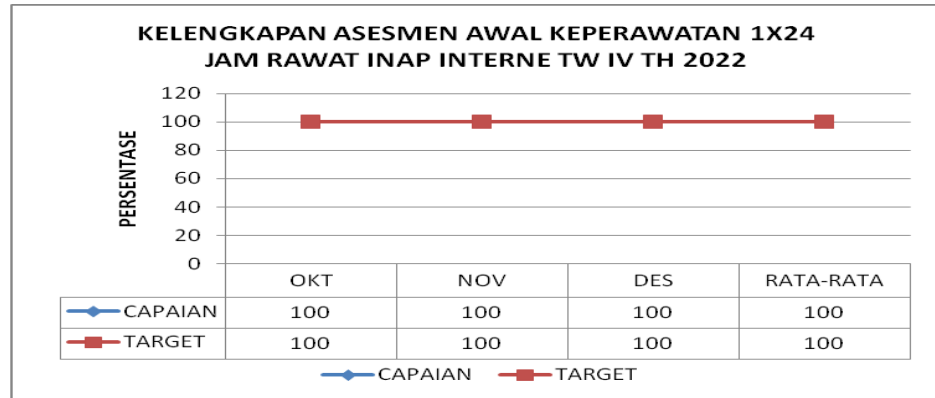
Grafik 49. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan ranap anak 1x24jam Triwulan IV Tahun 2022

Hasil capaian indikator dari Grafik diatas adalah 100%, sudah mencapai target.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan tentang kepatuhan dalam pengisian asesment keperawatan di rawat inap anak.

16. IMPU INTERNE : KELENGKAPAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN 1X24 JAM RAWAT INAP INTERNE

Capaian kelengkapan asesmen awal keperawatan ranap interne pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



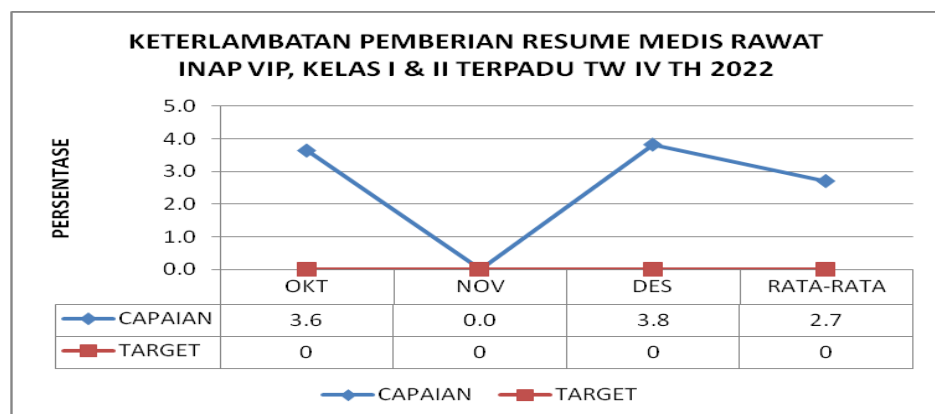
Grafik 50. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan ranap interne 1x24jam Triwulan IV Tahun 2022

Hasil capaian indikator dari Grafik diatas adalah 100%, sudah mencapai target.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan tentang kepatuhan dalam pengisian asesment keperawatan di rawat inap interne.

17. IMPU VIP, KELAS I & II TERPADU : KETERLAMBATAN PEMBERIAN RESUME MEDIS

Capaian keterlambatan pemberian resume medis pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 51. Keterlambatan Pemberian Resume Medis Triwulan IV Tahun 2022

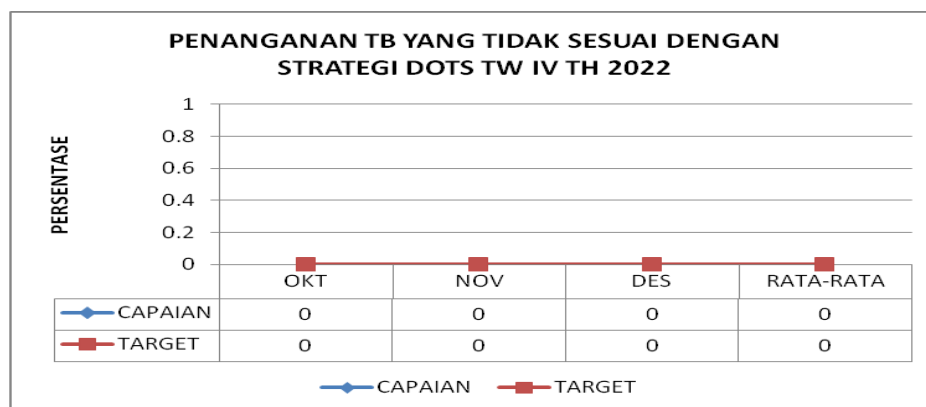
Dari grafik diatas rata rata capaian adalah 2,7% belum mencapai target. Hal ini dikarenakan masih belum patuh dalam pengisian resume

pasien sebelum pulang.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan tentang kepatuhan dalam pengisian resume pasien sebelum pulang.

18. IMPU PARU-01 : PENANGANAN TB YANG TIDAK SESUAI DENGAN STRATEGI DOTS

Capaian penanganan pasien TB yang tidak sesuai dengan strategi DOTS pada triwulan IV tahun 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



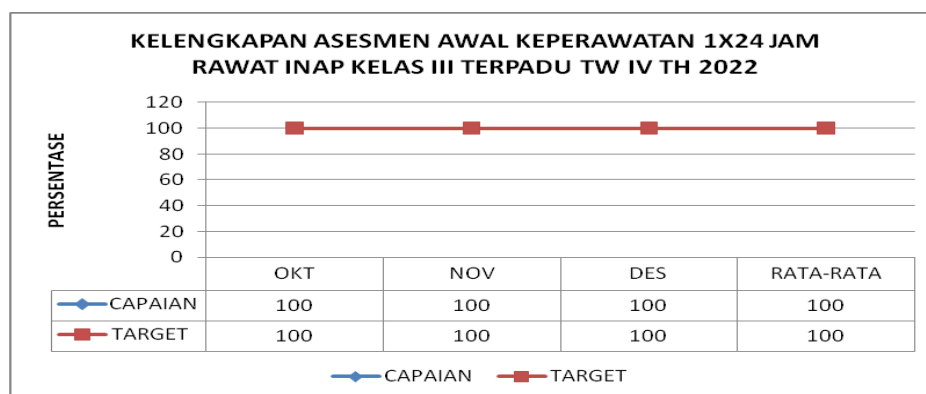
Grafik 52. Penanganan Pasien TB Yang Tidak Sesuai Dengan Strategi DOTS Triwulan IV Tahun 2022

Hasil capaian indikator dari Grafik diatas adalah 100%, sudah mencapai target.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan tentang penanganan pasien TB yang tidak sesuai dengan strategi DOTS.

19. IMPU KELAS III TERPADU : KELENGKAPAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN 1X24 JAM

Capaian kelengkapan asesmen awal keperawatan ranap Kelas III Terpadu pada bulan Oktober sd.Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



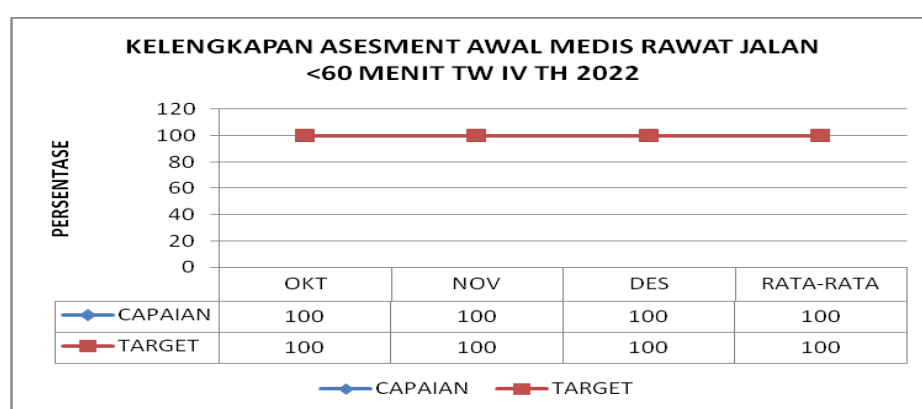
Grafik 53. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan ranap Kelas III Terpadu 1x24jam Triwulan IV Tahun 2022

Hasil capaian indikator dari Grafik diatas adalah 100%, sudah mencapai target.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan tentang kepatuhan dalam pengisian asesment keperawatan di rawat inap Kelas III Terpadu.

20. IMPU RAWATJALAN-01 : KELENGKAPAN ASESMEN AWAL MEDIS PASIEN RAWAT JALAN ≤60 MENIT

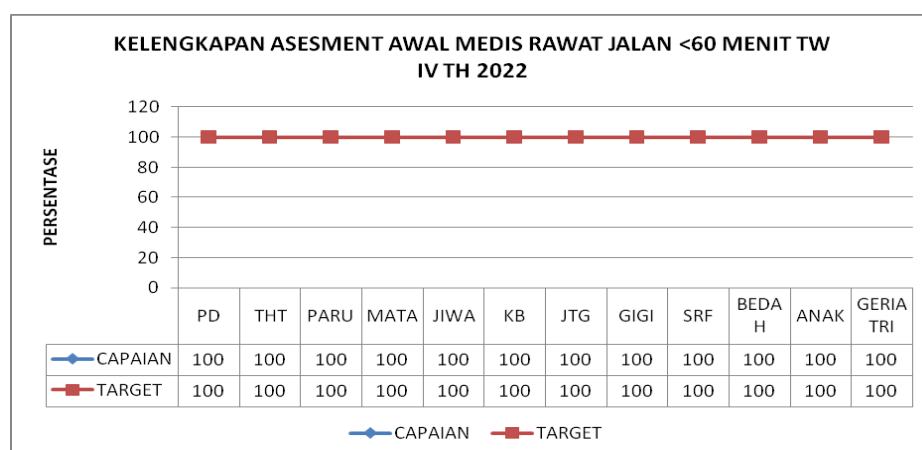
Capaian kelengkapan asesmen awal medis pasien rawat jalan pada triwulan IV tahun 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 54. Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit per Bulan Triwulan IV Tahun 2022

Hasil capaian indikator dari Grafik diatas adalah 100%, sudah mencapai target.

Capaian kelengkapan asesmen awal medis rawat jalan pada masing-masing ruangan dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 55. Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit Triwulan IV Tahun 2022

Dari grafik diatas semua ruangan rawat jalan sudah mencapai target.
Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan tentang kepatuhan dalam pengisian asesment medis di rawat jalan.

21. IMPU RAWAT JALAN-02 : KELENGKAPAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN PASIEN RAWAT JALAN ≤60 MENIT

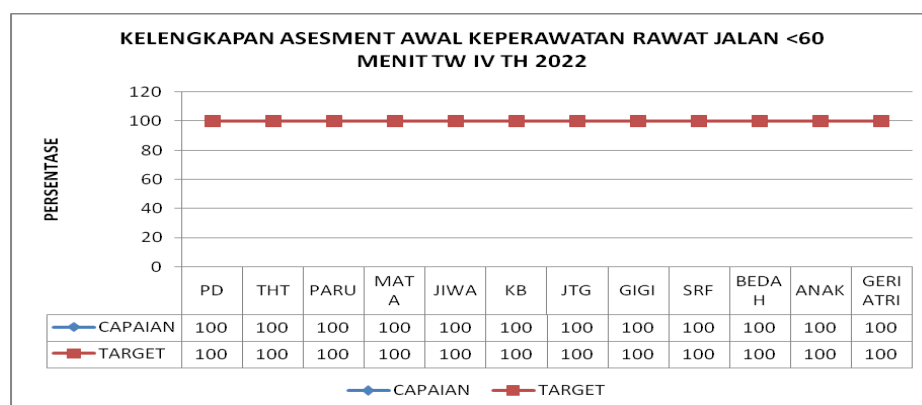
Capaian kelengkapan asesmen awal keperawatan pasien rawat jalan pada triwulan IV tahun 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 56. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit Triwulan IV tahun 2022

Hasil capaian indikator dari Grafik diatas adalah 100%, sudah mencapai target.

Capaian kelengkapan asesmen awal keperawatan rawat jalan pada masing-masing ruangan dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

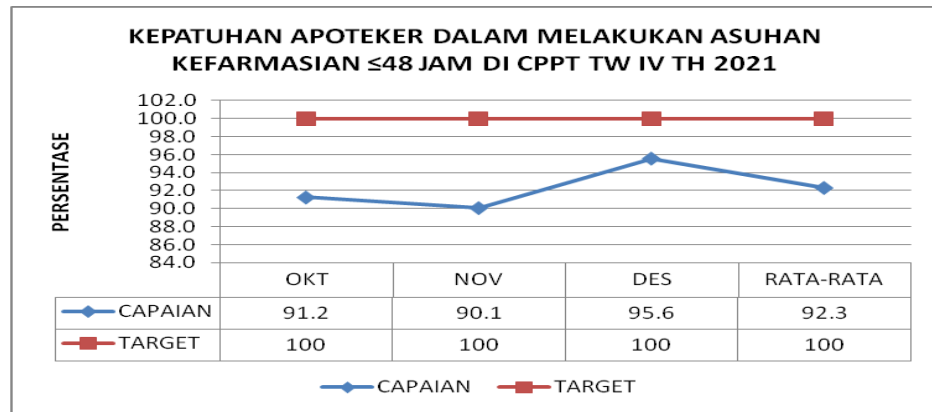


Grafik 57. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit Triwulan IV tahun 2022

Dari grafik diatas semua ruangan rawat jalan sudah mencapai target.
Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan tentang kepatuhan dalam pengisian asesment keperawatan di rawat jalan

22. IMPU FARMASI : KEPATUHAN APOTEKER DALAM MELAKUKAN ASUHAN KEFARMASIAN ≤48 JAM DI CPPT

Capaian kepatuhan Apoteker dalam melakukan asuhan kefarmasian ≤48 Jam di CPPT pada triwulan IV tahun 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



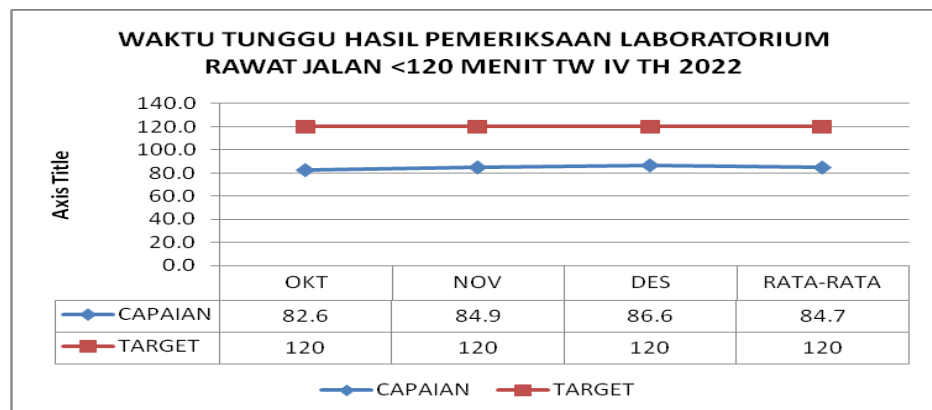
Grafik 58. Kepatuhan Apoteker dalam melakukan asuhan kefarmasian ≤48 Jam di CPPT Triwulan IV Tahun 2022

Hasil capaian indikator dari Grafik diatas adalah 92,3%, belum mencapai target. Hal ini disebabkan oleh masih ada apoteker yang belum melakukan pengisian CPPT.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan tentang kepatuhan Apoteker dalam melakukan asuhan kefarmasian ≤48 Jam di CPPT.

23. IMPU LABOR-01 : WAKTU TUNGGU HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM RAWAT JALAN <120 MENIT

Waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien rawat jalan <120 menit ditunjukkan pada grafik dibawah ini:



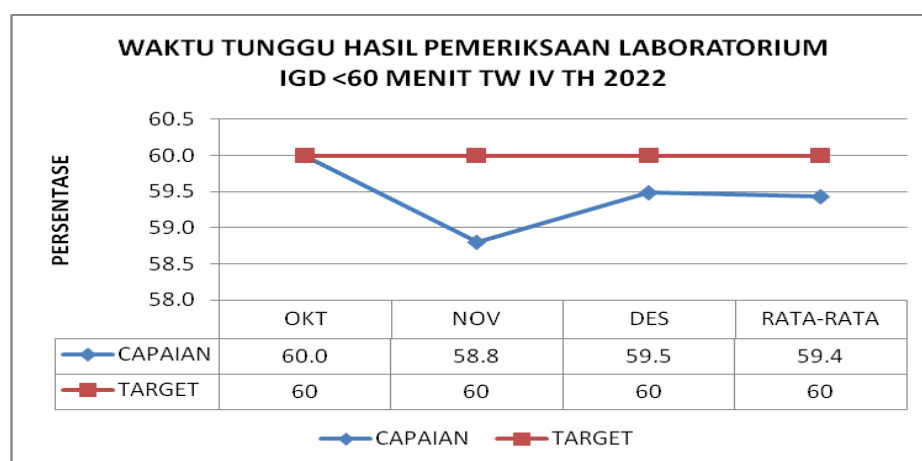
Grafik 59. Grafik Waktu Hasil Tunggu Pemeriksaan Laboratorium pada Pasien Poliklinik Triwulan IV Tahun 2022

Hasil capaian indikator dari Grafik diatas adalah 84,7 menit, sudah melebihi target 120 menit.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan tentang waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien rawat jalan <120 menit

24. IMPU LABOR-02 : WAKTU TUNGGU HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM IGD <60 MENIT

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



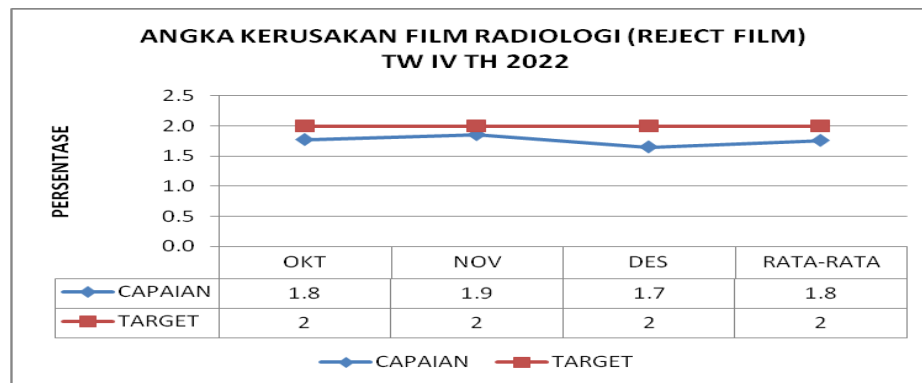
Grafik 60. Grafik Waktu Hasil Tunggu Pemeriksaan Laboratorium pada Pasien IGD Triwulan IV Tahun 2022

Hasil capaian indikator dari Grafik diatas adalah 59,4 menit, sudah melebihi standar 60 menit.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan tentang waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien IGD <60 menit

25. IMPU RADIOLOGI : ANGKA KERUSAKAN FILM RADIOLOGI (REJECT FILM)

Capaian indicator angka kerusakan film radiologi (Reject Film) untuk Triwulan IV adalah :



Grafik 61. Angka kerusakan film radiologi (Reject Film) Triwulan IV Tahun 2022

Hasil capaian indikator dari Grafik diatas rata-rata capaian 1,8%, sudah melebihi target. Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Lakukan usulan perbaikan printer dan usulan baru untuk pengadaan UPS.

26. IMPU GIZI-01 : KEPATUHAN AHLI GIZI DALAM MEMBERIKAN ASUHAN KEPADA PASIEN BERESIKO MALNUTRISI (MST >2 ATAU SKOR STRONG KIDS 4-5) DALAM WAKTU 2X24 JAM

Persentase kepatuhan ahli gizi dalam memberikan asuhan gizi (pengisian form asuhan gizi) pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

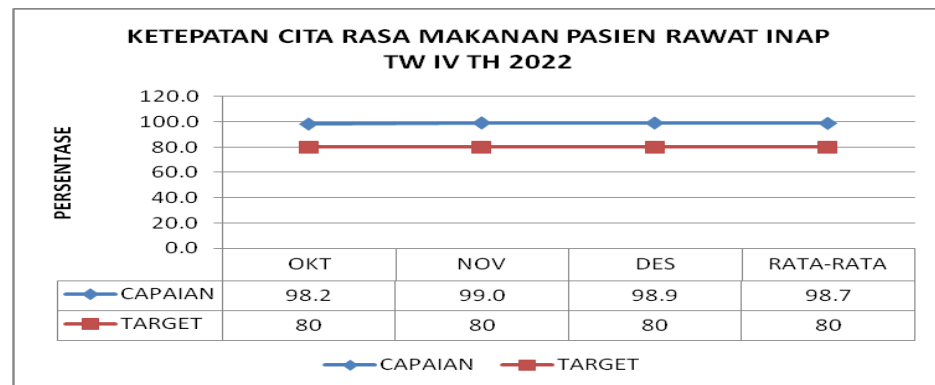


Grafik 62. Kepatuhan Ahli Gizi Dalam Memberikan Asuhan Gizi (Pengisian Form Asuhan Gizi) Triwulan IV Tahun 2022

Hasil capaian indikator dari Grafik diatas sudah mencapai target 100%. Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan kepatuhan ahli gizi dalam memberikan asuhan gizi (pengisian form asuhan gizi)

27. IMPU GIZI-02 : KETEPATAN CITA RASA MAKANAN PASIEN RAWAT INAP

Capaian ketepatan cita rasa makanan pasien pada triwulan IV tahun 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



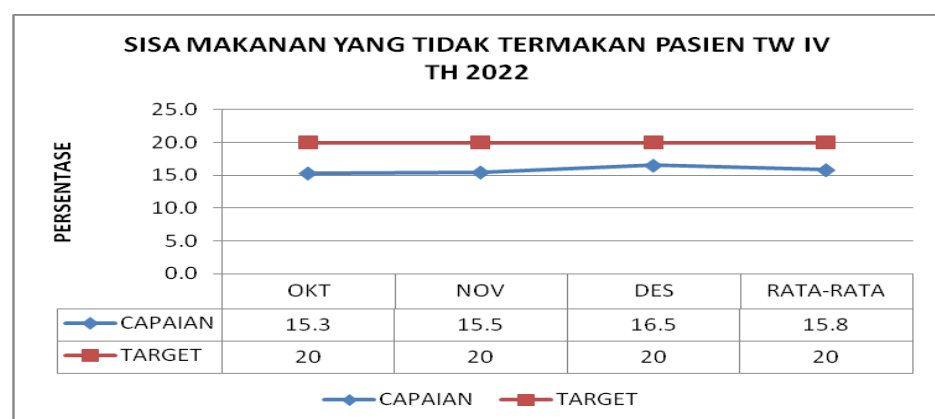
Grafik 63. Ketepatan Cita Rasa Makanan Pasien Rawat Inap Triwulan IV tahun 2022

Hasil capaian indikator dari Grafik diatas sudah mencapai target 80%. rata- rata capaian 98,7%.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan petugas gizi tentang ketepatan cita rasa makanan pasien rawat inap.

28. IMPU GIZI-03 : SISA MAKANAN YANG TIDAK TERMAKAN PASIEN

Capaian sisa makanan yang tidak termakan pasien pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



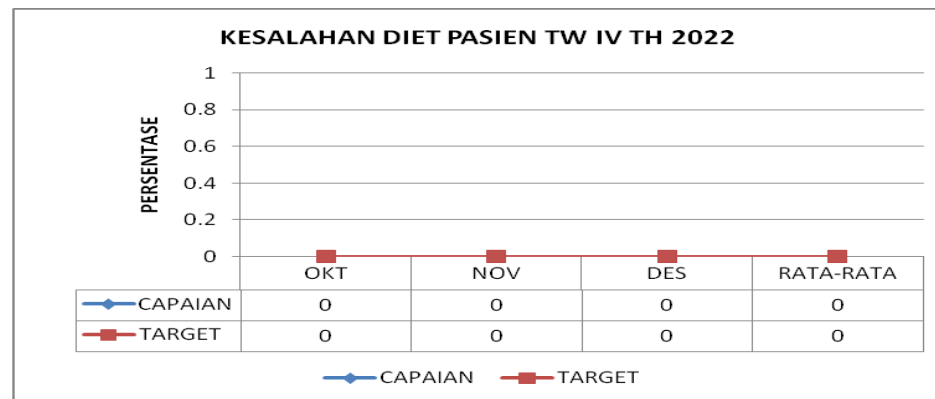
Grafik 64. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Pasien Triwulan IV Tahun 2022

Hasil capaian indikator dari Grafik diatas sudah mencapai target, rata- rata capaian 15,8%.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan petugas gizi tentang ketepatan cita rasa makanan pasien rawat inap.

29. IMPU GIZI-04 : KESALAHAN DIET PASIEN

Capaian kesalahan diet pasien pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



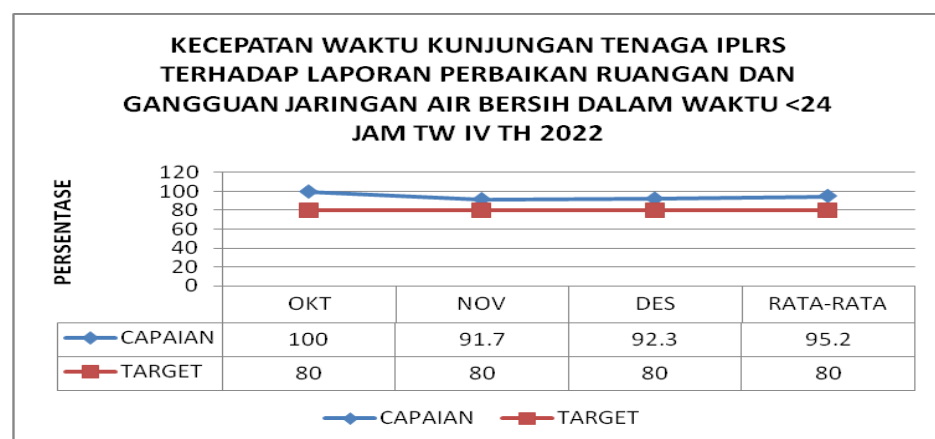
Grafik 65. Kesalahan Diet Pasien Triwulan IV Tahun 2022

Hasil capaian indikator dari grafik diatas sudah mencapai target, rata-rata capaian 0%.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Monitoring berkelanjutan petugas gizi tentang kesalahan diet pasien

30. IMPU IPLRS : KECEPATAN WAKTU KUNJUNGAN TENAGA IPLRS TERHADAP LAPORAN PERBAIKAN RUANGAN DAN GANGGUAN JARINGAN AIR BERSIH DALAM WAKTU <24 JAM

Capaian indicator kecepatan waktu kunjungan tenaga IPLRS terhadap laporan perbaikan ruangan dan gangguan jaringan air bersih dalam Waktu <24 jam untuk Triwulan IV adalah :



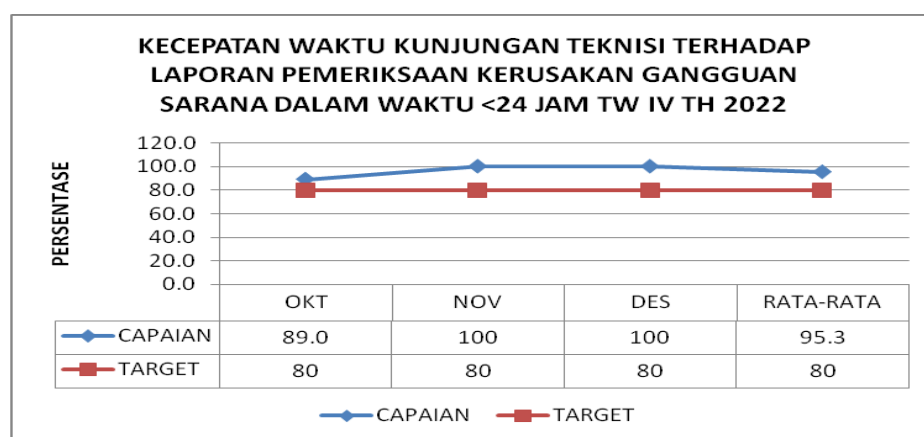
Grafik 66. kecepatan waktu kunjungan tenaga IPLRS terhadap laporan perbaikan ruangan dan gangguan jaringan air bersih dalam Waktu <24 jam

Hasil capaian indikator dari grafik diatas sudah mencapai target, rata-rata capaian 95,2%.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : monitoring berkelanjutan kecepatan waktu kunjungan tenaga IPLRS terhadap laporan perbaikan ruangan dan gangguan jaringan air bersih dalam Waktu <24 jam.

31. IMPU IPSRS : KECEPATAN WAKTU KUNJUNGAN TEKNISI TERHADAP LAPORAN PEMERIKSAAN KERUSAKAN GANGGUAN SARANA DALAM WAKTU <24 JAM

Capaian indicator angka kecepatan waktu kunjungan teknisi terhadap laporan pemeriksaan kerusakan gangguan sarana dalam waktu <24 jam untuk Triwulan IV adalah:



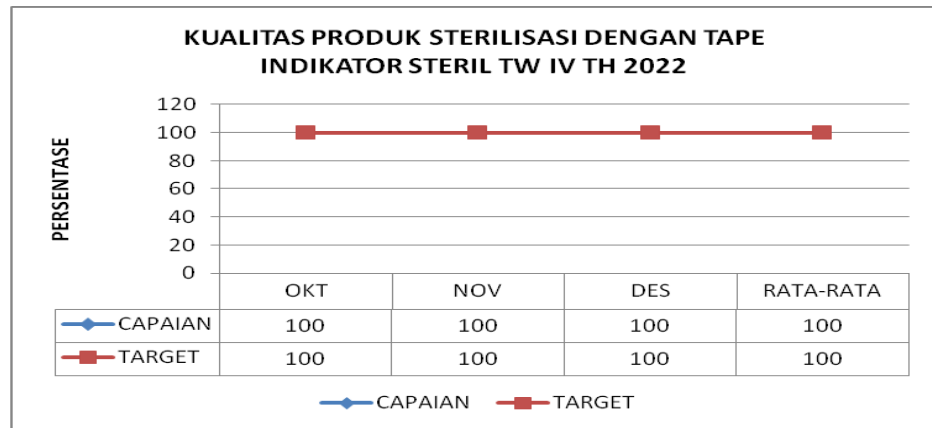
Grafik 67. angka Kecepatan Waktu Kunjungan Teknisi Terhadap Laporan Pemeriksaan Kerusakan Gangguan Sarana Dalam Waktu <24 jam

Hasil capaian indikator dari grafik diatas sudah mencapai target, rata-rata capaian 95,3%.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : monitoring berkelanjutan kecepatan waktu kunjungan teknisi terhadap laporan pemeriksaan kerusakan gangguan sarana dalam waktu <24 jam.

32. IMPU CSSD-01 : KUALITAS PRODUK STERILISASI DENGAN TAPE INDIKATOR STERIL

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



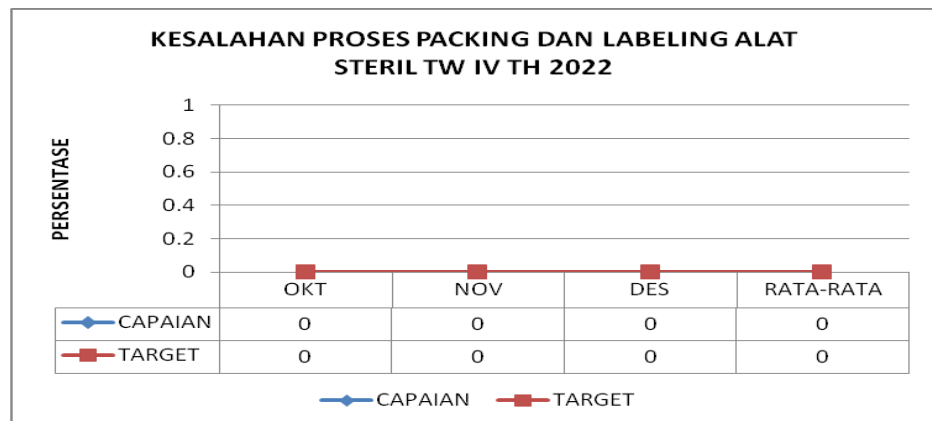
Grafik 68. Grafik Kualitas Produk Sterilisasi Dengan Tape Indikator Steril Triwulan IV Tahun 2022

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

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : monitoring berkelanjutan kualitas produk sterilisasi dengan tape indicator steril.

33. IMPU CSSD-02 : KESALAHAN PROSES PACKING DAN LABELING ALAT STERIL

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



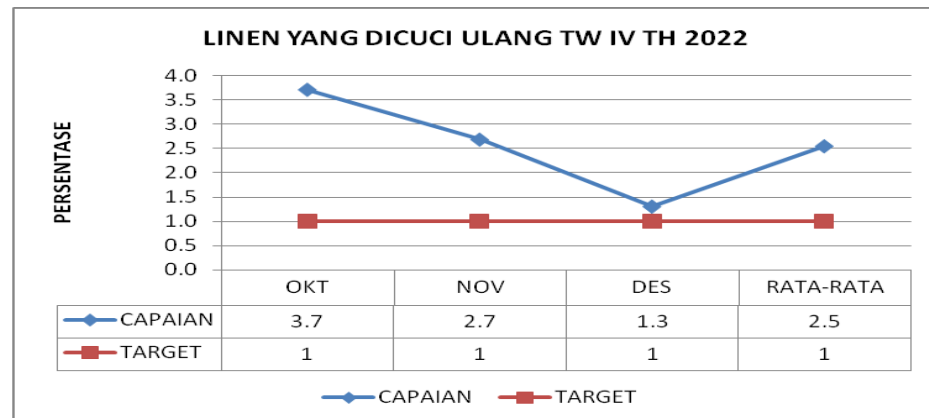
Grafik 69. Kesalahan Produk Sterilisasi dengan Tape Indikator Steril Triwulan IV Tahun 2022

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

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : monitoring berkelanjutan produk sterilisasi dengan tape indicator steril.

34. IMPU LOUNDRY : LINEN YANG DICUCI ULANG

Capaian indicator linen yang dicuci ulang pada bulan Oktober sd. Desember 2022, dengan capaian sebagai berikut:



Grafik 70. Angka Kejadian Linen yang Dicuci Ulang Triwulan IV Tahun 2022

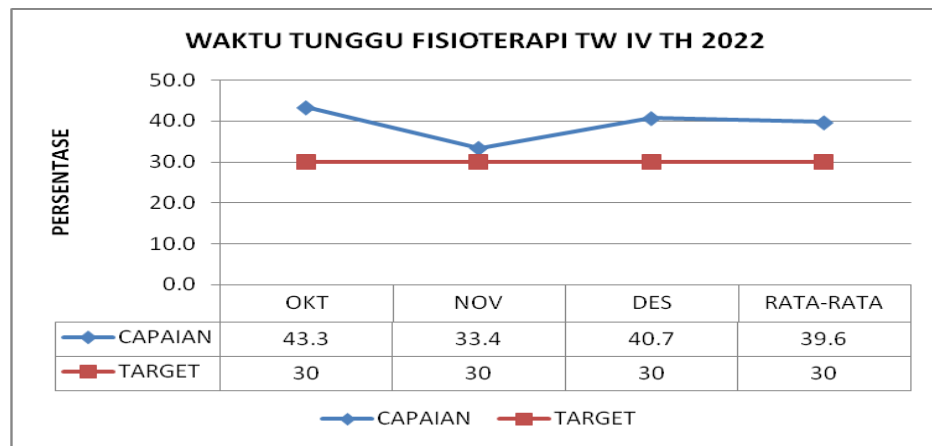
Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian untuk linen yang dicuci adalah 2,5%, melebihi target yang ditetapkan (1%). Hal ini disebabkan masih ada petugas yang tidak melakukan pemilahan linen di ruang rawat inap dan mesin cuci yang beroperasi hanya satu.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian :

Plan	Indicator linen yang dicuci ulang sesuai target
Do	Monitoring petugas untuk kepatuhan pemilahan linen di ruang rawat inap
Chek	Hasil capaian indicator linen yang dicuci ulang pada Triwulan IV adalah 2,5%
Action	Re-sosialisasi berkelanjutan tentang pemilahan linen di ruang rawat inap.

35. IMPU FISIOTERAPI : WAKTU TUNGGU FISIOTERAPI

Capaian waktu tunggu fisioterapi pada Triwulan IV dapat dilihat pada grafik dibawah:



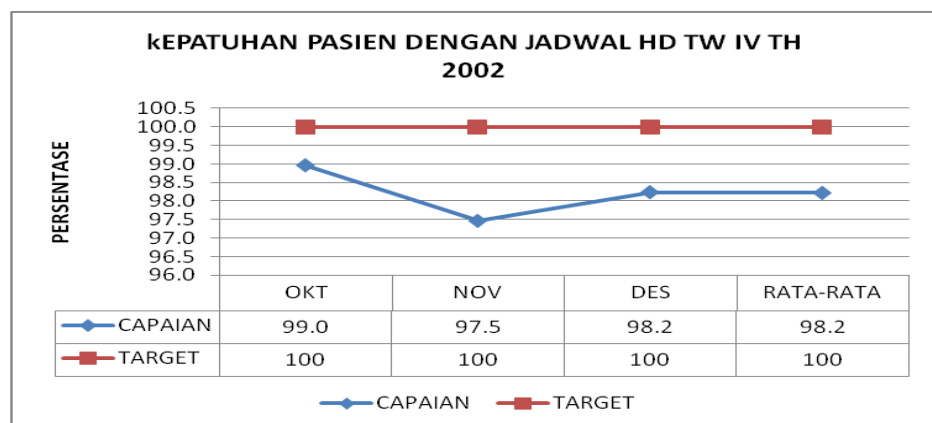
Grafik 71. Waktu Tunggu Fisioterapi Triwulan IV Tahun 2022

Pada grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian waktu tunggu fisioterapi adalah 39,6 menit, melebihi capaian target. Hali ini dikarenakan keterlambatan petugas dalam pengantaran rekam medis pasien.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : monitoring berkelanjutan oleh kepala instalasi rekam medis tentang keterlambatan petugas dalam pengantaran rekam medis pasien

36. IMPU HEMODALISA : KEPATUHAN PASIEN DENGAN JADWAL HD

Capaian Kepatuhan pasien dengan jadwal Hemodialisa pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



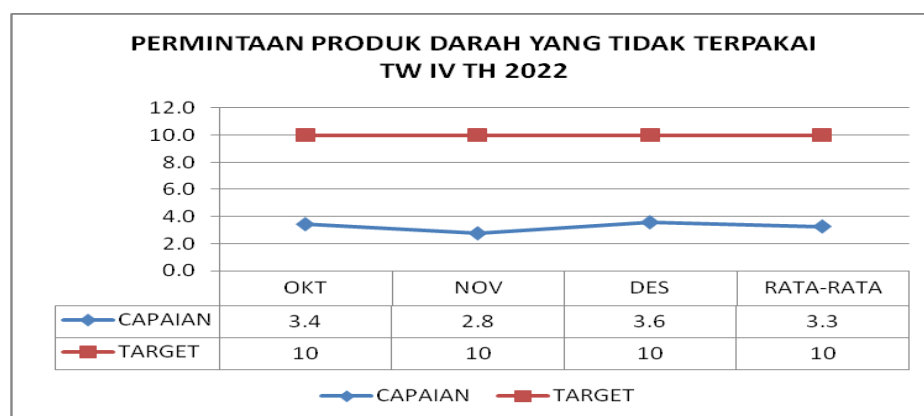
Grafik 72. Kepatuhan Pasien Dengan Jadwal Hemodialisa Triwulan IV Tahun 2022

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian adalah 98,2%, belum mencapai target. Hal ini dikarenakan jarak tempat tinggal pasien dengan rumah sakit jauh dan biaya yang tidak mencukupi.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : monitoring berkelanjutan jadwal Hemodialisa dengan pasien.

37. IMPU UTDRS-01 : PERMINTAAN PRODUK DARAH YANG TIDAK TERPAKAI

Capaian permintaan produk darah yang tidak terpakai pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



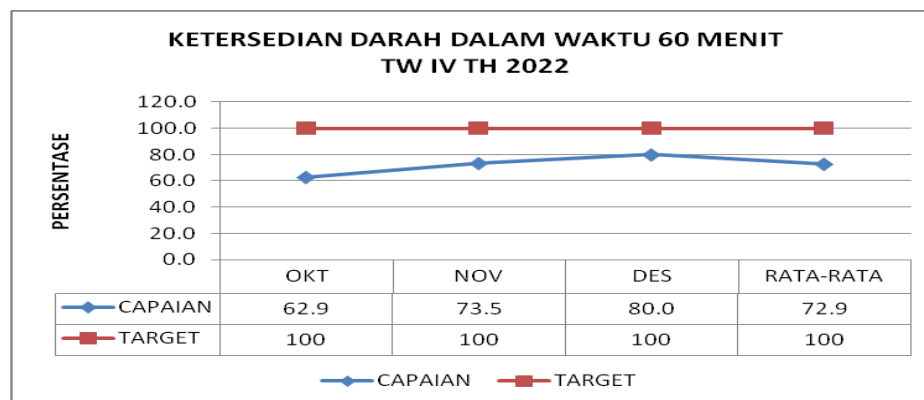
Grafik 73. Permintaan Produk Darah Yang Tidak Terpakai Triwulan IV Tahun 2022

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian adalah 3,3%, sudah mencapai target.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : monitoring berkelanjutan tentang permintaan produk darah yang tidak terpakai.

38. IMPU UTDRS-02 : KETERSEDIAAN DARAH DALAM WAKTU 60 MENIT

Capaian ketersediaan darah dalam waktu 60 menit pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah:



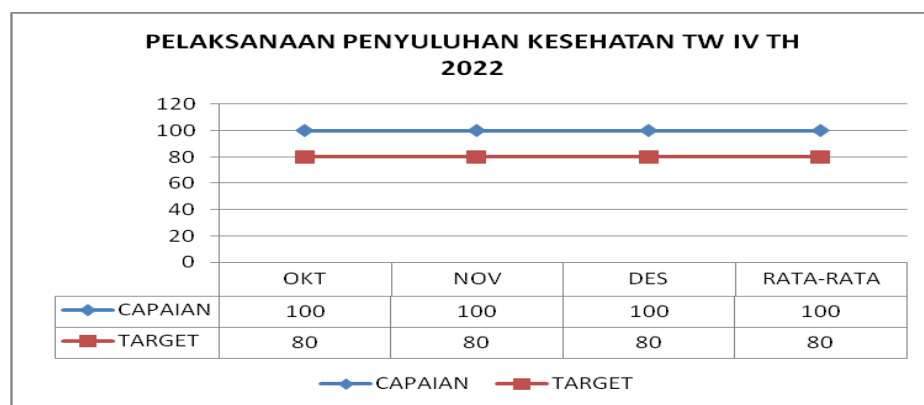
Grafik 74. Keterlambatan Ketersediaan Darah Triwulan IV Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ini adalah 72,9%, belum mencapai target. Hal ini dikarenakan ketersediaan darah yang tidak mencukupi di UTDRS

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : Kaji lagi ketersediaan darah dengan kebutuhan dan lakukan kegiatan donor darah.

39. IMPU PKRS : PELAKSANAAN PENYULUHAN KESEHATAN

Capaian pelaksanaan penyuluhan kesehatan ditunjukan pada grafik dibawah ini:



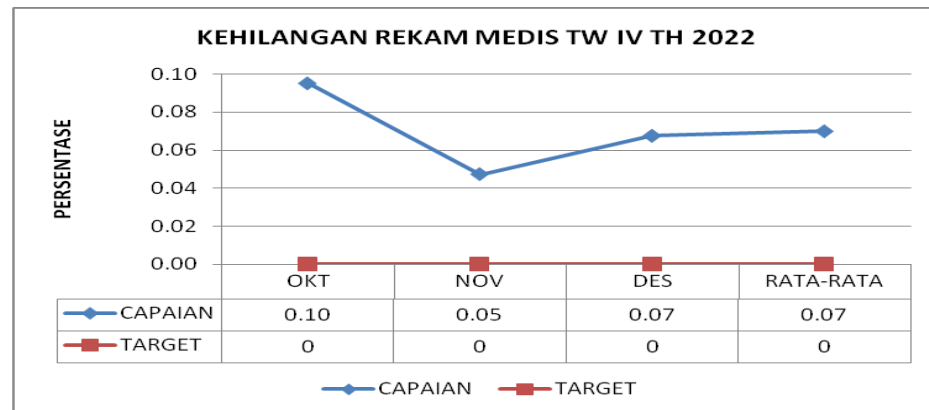
Grafik 75. Pelaksanaan Penyuluhan Kesehatan Triwulan IV Tahun 2022

Grafik diatas menunjukan bahwa setiap bulannya pelaksanaan penyuluhan kesehatan sudah mencapai target (80%).

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : monitoring berkelanjutan tentang pelaksanaan penyuluhan kesehatan.

40. IMPU REKAM MEDIS : KEHILANGAN REKAM MEDIS

Capaian kehilangan dokumen RM pasien Rawat Inap pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



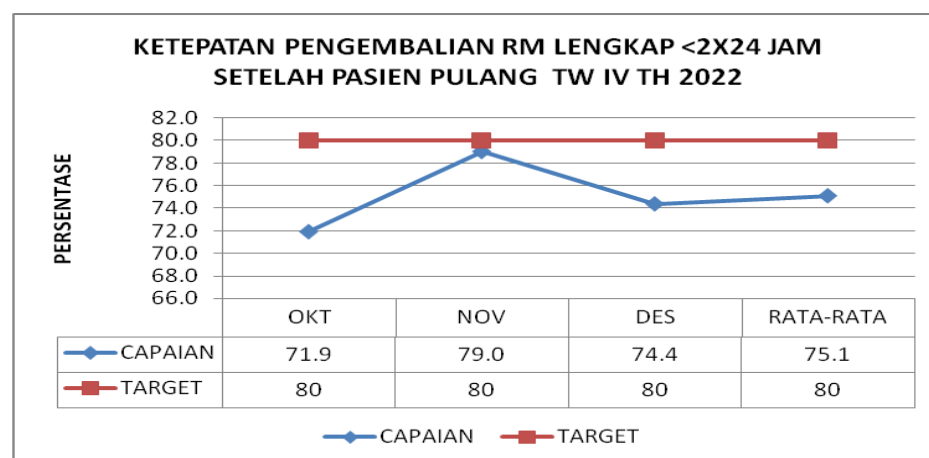
Grafik 76. Kehilangan Dokumen RM Rawat Inap Triwulan IV Tahun 2022

Grafik diatas menunjukan capaian indicator 0,07%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : monitoring berkelanjutan tentang cara penyimpanan dokumen rekam medis dan lakukan evaluasi.

41. IMPU CASEMIX : KETEPATAN PENGEMBALIAN RM LENGKAP <2X24 JAM SETELAH PASIEN PULANG

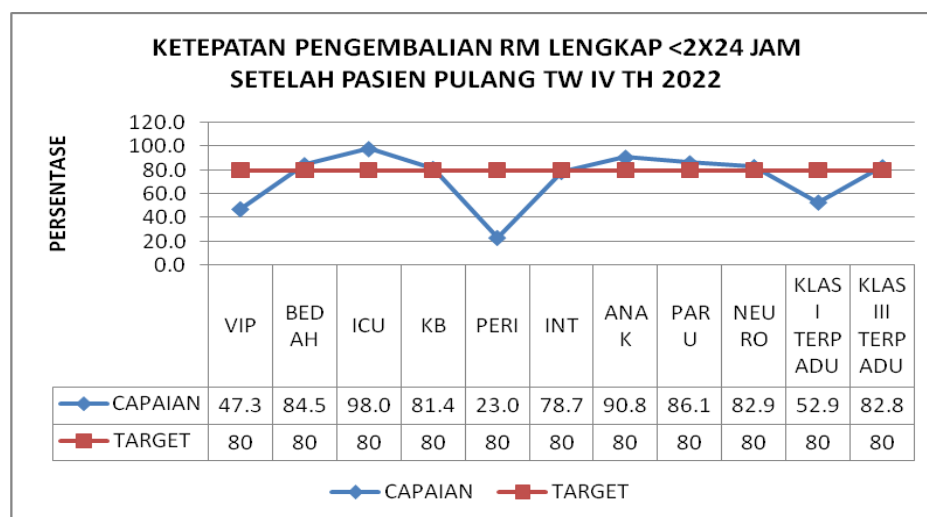
Capaian ketepatan pengembalian Rekam Medis Rawat Inap pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 77. Ketepatan Pengembalian RM Rawat Inap Triwulan IV Tahun 2022

Grafik diatas menunjukan capaian indikator 74%. Capaian belum mencapai target 80%.

Capaian dari masing-masing ruangan untuk indikator ini adalah:



Grafik 78. Ketepatan Waktu Pengembalian berkas Rekam Medik Rawat Inap Bulan Oktober sd. Desember 2022

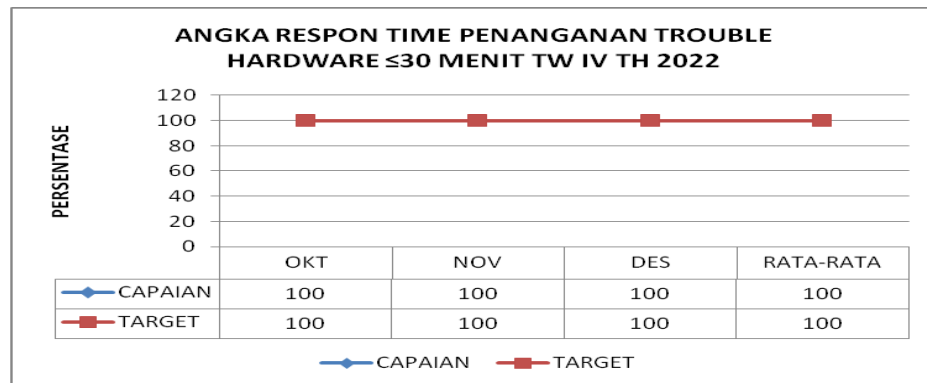
Grafik diatas menunjukan belum semua ruangan yang mencapai target. Ruangan yang sudah mencapai standar adalah Bedah, ICU, Kebidanan, Anak, Paru, Neurologi dan Klas III Terpadu. Ruangan yang belum mencapai standart VIP, Kelas I Terpadu, Perinatologi dan Interne..

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian :

Plan	Indicator ketepatan pengembalian Rekam Medis Rawat Inap <2x24 jam setelah pasien pulang mencapai target
Do	Monitoring petugas untuk kepatuhan mengisi status secara lengkap
Chek	Hasil capaian indikator ketepatan pengembalian rekam medis Rawat Inap <2x24 jam setelah pasien pulang pada Triwulan IV adalah 75,1%
Action	Monitoring berkelanjutan tentang kepatuhan mengisi status secara lengkap

42. IMPU IT : ANGKA RESPON TIME PENANGANAN TROUBLE HARDWARE ≤30 MENIT

Capaian angka repon time penanganan trouble hardware untuk Triwulan IV adalah:



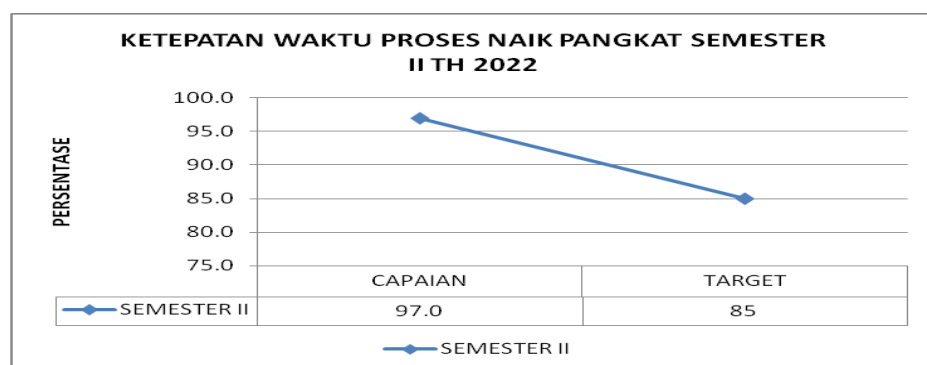
Grafik 79. Angka Respon Time Penanganan Trouble Hardware

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

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : monitoring berkelanjutan tentang repon time penanganan trouble hardware dan lakukan evaluasi.

43. IMPU KEPEGAWAIAN-01 : KETEPATAN WAKTU PROSES NAIK PANGKAT

Capaian angka ketepatan waktu proses naik pangkat untuk Triwulan IV adalah :



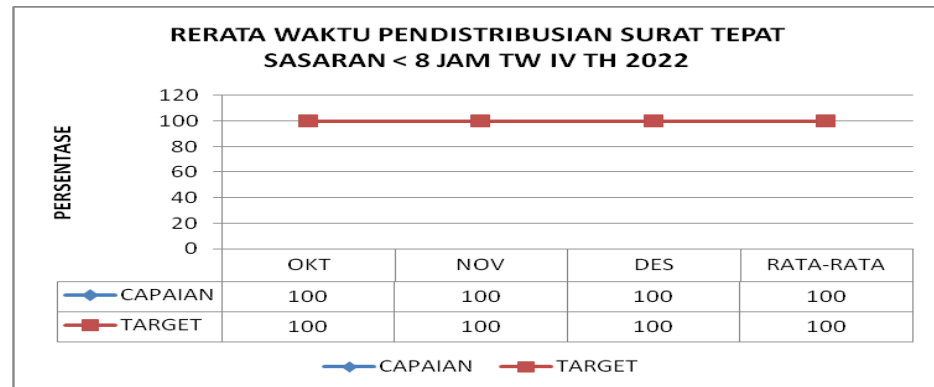
Grafik 80. Angka ketepatan waktu proses naik pangkat semester II th 2022

Capaian sudah mencapai target 85%. Dari 33 karyawan yang diajukan, ada 1 orang yang tidak memenuhi persyaratan untuk naik pangkat.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : monitoring berkelanjutan tentang ketepatan waktu proses naik pangkat.

44. IMPU KEPEGAWAIAN-02 : RERATA WAKTU PENDISTRIBUSIAN SURAT TEPAT SASARAN < 8 JAM

Angka rerata waktu pendistribusian surat tepat sasaran <8 jam merupakan indicator mutu Bagian Umum dan Kepegawaian. Capaian indicator ini untuk Triwulan IV adalah:



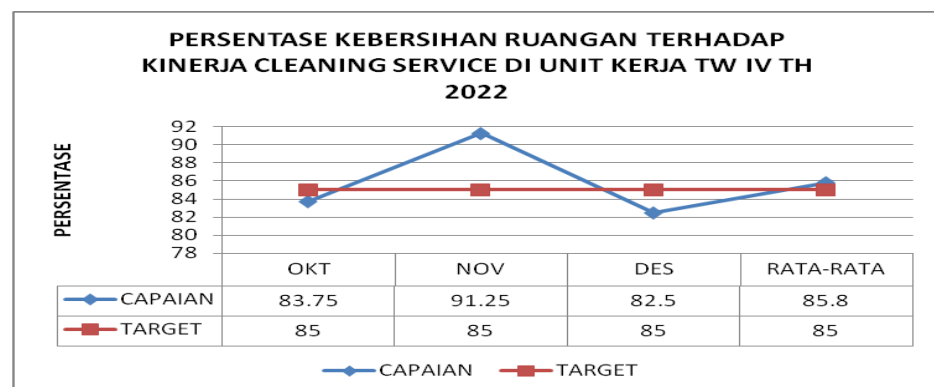
Grafik 81. Angka rerata waktu pendistribusian surat tepat sasaran <8 jam tw IV th 2022

Dari grafik diatas dapat diketahui rata-rata capaian rerata waktu pendistribusian surat tepat sasaran <8 jam sudah mencapai target.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : monitoring berkelanjutan tentang pendistribusian surat tepat sasaran <8 jam

45. IMPU CS : PERSENTASE KEBERSIHAN RUANGAN TERHADAP KINERJA CLEANING SERVICE DI UNIT KERJA

Capaian indicator angka kebersihan ruangan terhadap cleaning service untuk Triwulan IV adalah:



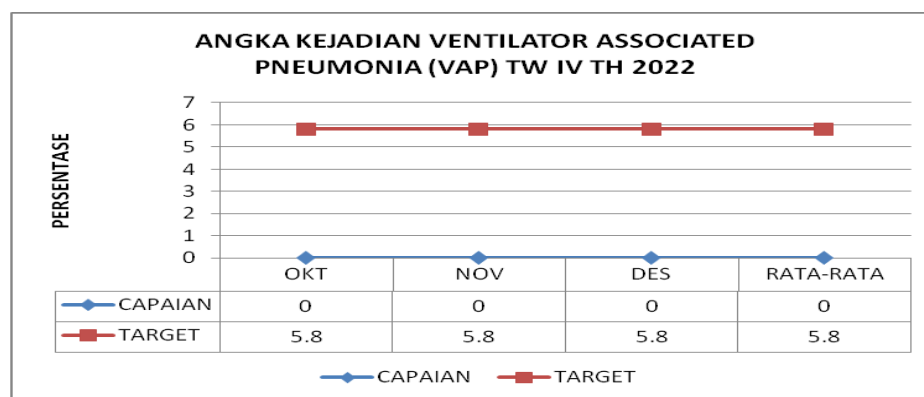
Grafik 82. angka kebersihan ruangan terhadap cleaning service

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian indikator sudah mencapai target.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : monitoring berkelanjutan tentang kebersihan ruangan dan lakukan evaluasi.

46. IMPU PPI-01 : ANGKA KEJADIAN VENTILATOR ASSOCIATED PNEUMONIA (VAP)

Capaian kejadian VAP pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



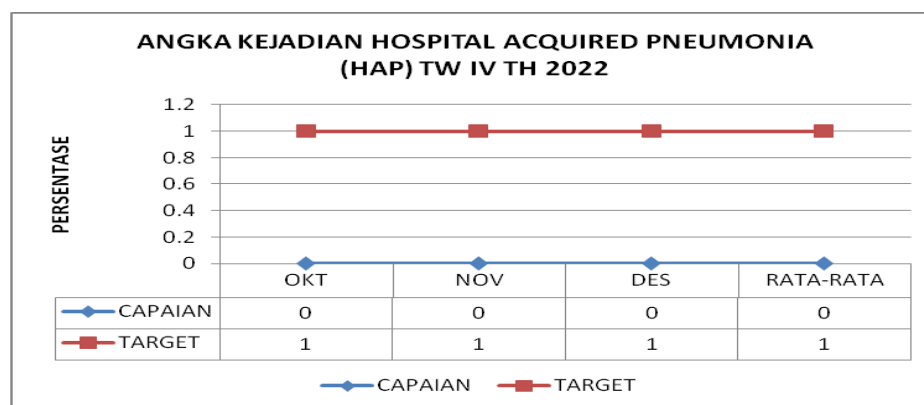
Grafik 83. Angka Kejadian VAP Triwulan IV Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu angka kejadian VAP pada Triwulan IV tahun 2022 adalah 0% karena tidak ada kejadian infeksi akibat pemasangan ventilator.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : monitoring berkelanjutan tentang kejadian VAP

47. IMPU PPI-02 : ANGKA KEJADIAN HOSPITAL ACQUIRED PNEUMONIA (HAP)

Capaian angka kejadian hospital acquired pnemonia (HAP) pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



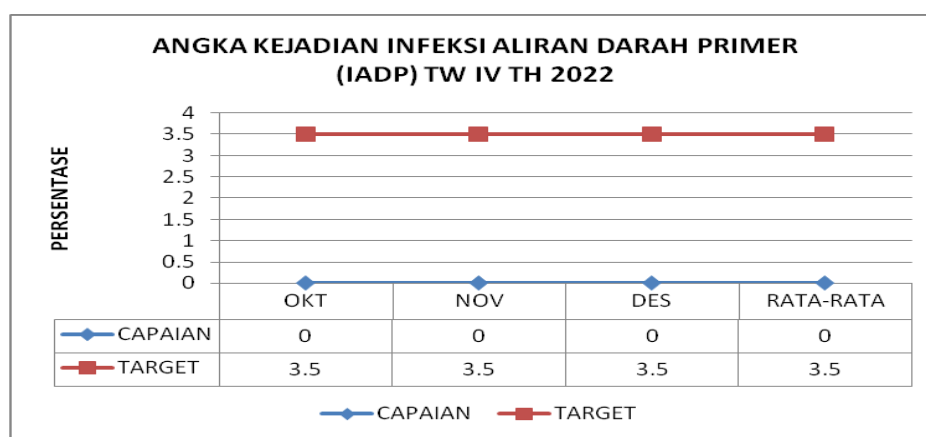
Grafik 84. Angka Kejadian IADP Triwulan IV Tahun 2022

Capaian indicator mutu angka kejadian hospital acquired pnemonia (HAP) adalah 0%.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : monitoring berkelanjutan tentang kejadian HAP.

48. IMPU PPI-03 : ANGKA KEJADIAN INFEKSI ALIRAN DARAH PRIMER (IADP)

Capaian kejadian IADP pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



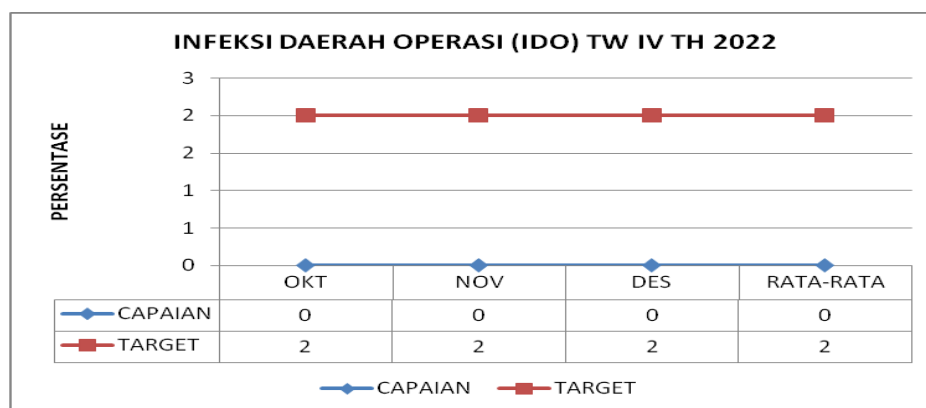
Grafik 85. Angka Kejadian IADP Triwulan IV Tahun 2022

Capaian indicator mutu ini adalah 0%, tidak ada kejadian infeksi aliran darah pada triwulan IV.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : monitoring berkelanjutan tentang kejadian IADP.

49. IMPU PPI-04 : INFEKSI DAERAH OPERASI (IDO)

Capaian kejadian IDO pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



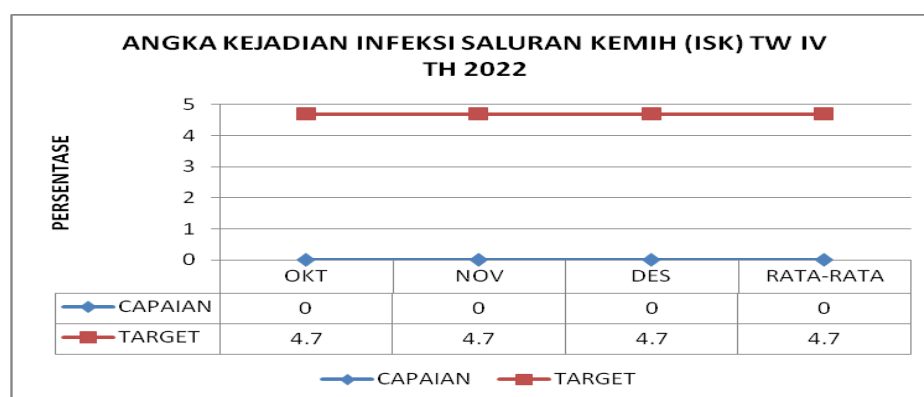
Grafik 86. Angka Kejadian IDO Triwulan IV Tahun 2022

Capaian indicator mutu ini adalah 0%, tidak ada angka kejadian infeksi daerah operasi.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : monitoring berkelanjutan petugas dalam menggunakan form cheklis prosedur perawatan luka oleh IPCN dan IPCLN.

50. IMPU PPI-05 : ANGKA KEJADIAN INFEKSI SALURAN KEMIH (ISK)

Capaian kejadian ISK pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



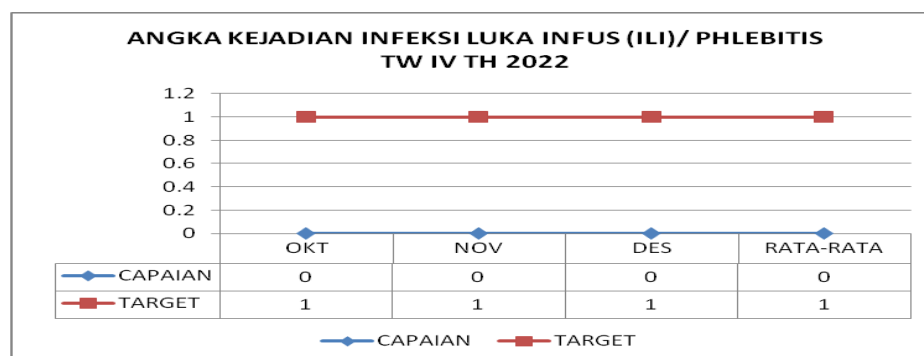
Grafik 87. Angka Kejadian ISK Triwulan IV Tahun 2022

Capaian indicator mutu ini adalah 0%, tidak ada kejadian infeksi saluran kemih.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : tingkatkan monitoring evaluasi dari IPCLN dan IPCN.

51. IMPU PPI-06 : ANGKA KEJADIAN INFEKSI LUKA INFUS (ILI)/ PHLEBITIS

Capaian kejadian plebitis pada bulan Oktober sd. Desember 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



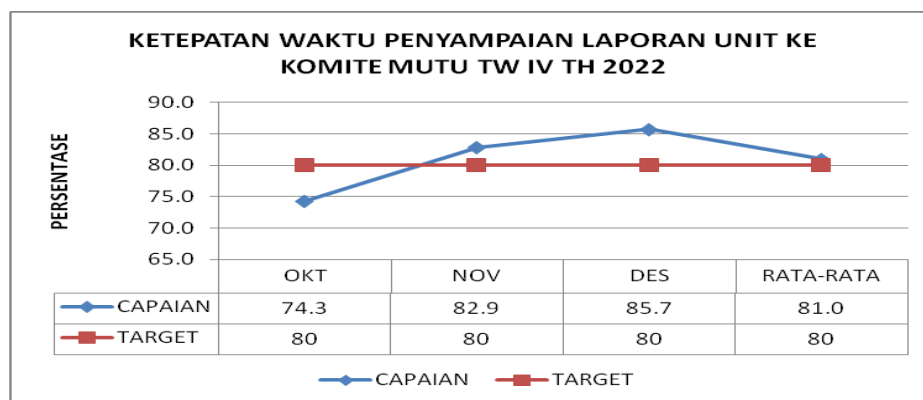
Grafik 88. Angka Kejadian Plebitis Triwulan IV Tahun 2022

Capaian indicator mutu ini adalah 0%, sudah sesuai target

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : tingkatkan monitoring evaluasi dari IPCLN dan IPCN.

52. IMPU KOMITE MUTU : KETEPATAN WAKTU PENYAMPAIAN LAPORAN UNIT KE KOMITE MUTU

Capaian ketepatan waktu penyampaian laporan unit ke komite mutu triwulan IV tahun 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



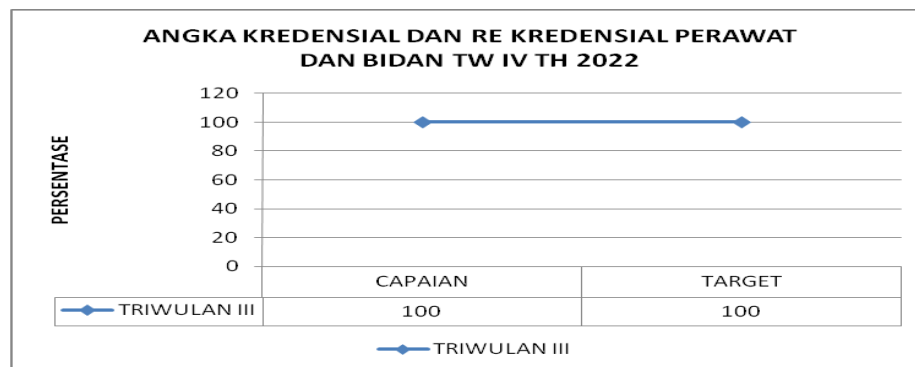
Grafik 89. ketepatan waktu penyampaian laporan unit ke komite mutu Triwulan IV Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator dengan rata- rata 81%, sudah mencapai target.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : lakukan supervisi sub komite mutu ke unit terkait.

53. IMPU KOMKEP : ANGKA KREDENSIAL DAN RE KREDENSIAL PERAWAT DAN BIDAN

Capaian angka kredensial dan re kredensial perawat dan bidan triwulan IV tahun 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



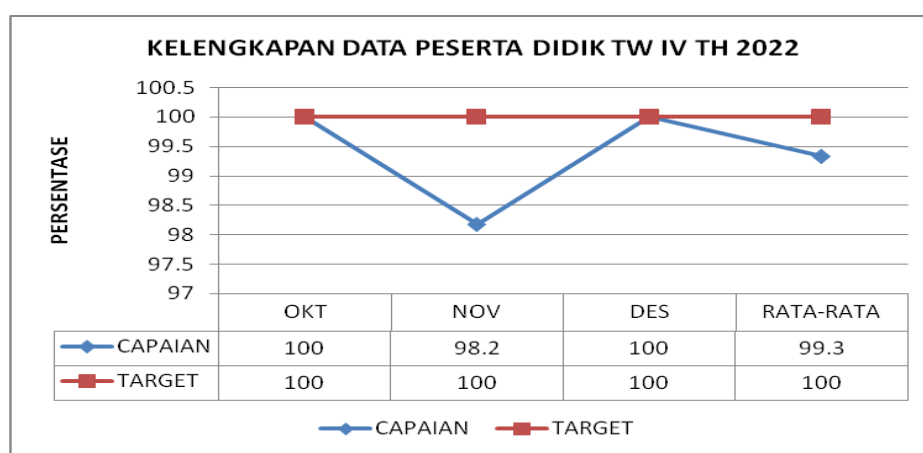
Grafik 90. angka kredensial dan re kredensial perawat dan bidan Triwulan IV Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator dengan rata- rata 100%, sudah mencapai target.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : lakukan sosialisasi komite keperawatan kredensial dan re kredensial perawat dan bidan.

54. IMPU KOMKORDIK : KELENGKAPAN DATA PESERTA DIDIK

Capaian angka kelengkapan data peserta didik pada triwulan IV tahun 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



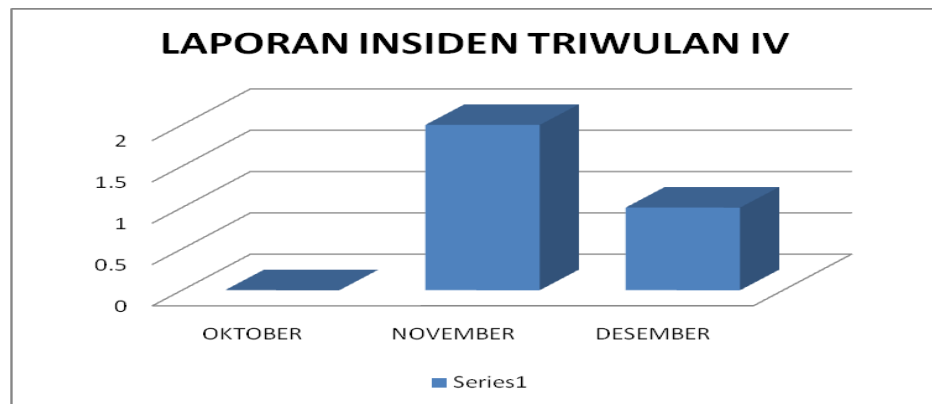
Grafik 91. angka kelengkapan data peserta didik Triwulan IV Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator dengan rata- rata 99,3%, belum mencapai target. Hal ini dikarenakan pada bulan November ada 1 (satu) orang peserta didik yang tidak melengkapi data.

Upaya Perbaikan/ Pertahankan Capaian : lakukan resosialisasi kepada pihak kampus tentang kelengkapan peserta didik.

C. LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

Hasil laporan insiden keselamatan pasien triwulan IV Tahun 2022 RSUD Dr. Muhammad Zein Painan



Grafik 89. Laporan insiden Triwulan IV Tahun 2022

Dapat dilihat pada grafik diatas, laporan keselamatan pasien padaTriwulan IV di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan dilaporkan pada bulan November dan Desember Tahun 2022 dengan jumlah 3 laporan insiden. Sedangkan untuk bulan Oktober tidak ada laporan insiden yang dilaporkan ke Sub Komite Keselamatan Pasien

Tabel 3.2 Rekap laporan insiden berdasarkan jenis insiden triwulan IV tahun 2022

Bulan	KPC	KNC	KTC	KTD	Sentinel	Jumlah
Oktober	0	0	0	0	0	0
November	0	1	1	0	0	0
Desember	0	1	0	0	0	0

Adapun tercatat laporan insiden di Triwulan IV tahun 2022 di RSUD Dr. Muhammad Zein painan adalah kejadian tidak cedera (KTC) dengan jumlah 1 laporan dan kejadian nyaris cedera (KNC) dengan jumlah laporan 2 laporan

Tabel 3.3 tabel insiden berdasarkan grading

Bulan	Biru	Hijau	Kuning	Merah	Jumlah
Oktober	0	0	0	0	0
November	1	1	0	0	0
Desember	1	0	0	0	0
Triwulan IV	2	1	0	0	0

Berdasarkan Grading Matriks Risiko, laporan insiden keselamatan pasien Triwulan IV tahun 2022 di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan terdapat 2 insiden grading biru dan 1 insiden grading hijau

Berikut adalah daftar insiden yang terjadi pada triwulan IV tahun 2022 di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan :

- a. Kejadian Tidak Cedera (KTC)
Roda pada kursi roda terlepas pada saat pasien didorong oleh keluarga
- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)
Salah pemberian obat

D. REKAP INSIDEN BERDASARKAN TIPE INSIDEN

1. Medication Error

Tabel 3.4 tabel medication error

NO	JENIS MEDICATION ERROR	Oktober	November	Desember
1	Salah dosis/kekuatan/frekuensi	0	0	0
2	Pasien tidak mendapatkan obat/kekosongan obat	3	0	0
3	Salah pemberian obat dari apotik/depo farmasi	0	1	1
4	Duplikasi penulisan resep	0	0	0
5	Semua kejadian serius akibat efek samping obat (MESO)	0	0	0
6	Cairan elektrolit konsentrat di ruang ranap	0	0	0

2. Non Medication Error (Rekap Insiden per kasus)

Tabel 3.5 tabel non medication error

No	Jenis Non Merdication Error	Okt	Nov	Des
1	Reaksi tranfusi darah	0	1	1
2	Ketidak sesuaian gelang identitas pasien	0	0	0
3	Keterlambatan rekam medis	0	0	0
4	Kesalahan permintaan/peresapan tranfusi darah	0	0	0

5	Kejadian pasien jatuh	0	0	0
6	Alat medis tidak dikalibrasi/peralatan medis	0	0	0
7	Salah hasil laboratorium	0	0	0

3. Rekap Insiden Sentinel

Tabel 3.6 tabel insiden sentinel

No	Jenis Insiden Sentinel	Okt	Nov	Des
1	Kematian bayi cukup bulan yang tidak diantisipasi	0	0	0
2	Bayi dipulangkan kepada orang tua yang salah	0	0	0
3	Penculikan pasien yang sedang menerima perawatan, tata laksana dan pelayanan	0	0	0
4	Kaburnya pasien dari unit perawatan yang menyebabkan kematian, cedera permanen atau cedera sementara derajat berat	0	0	0
5	Reaksi transfusi hemolitik	0	0	0
6	Pemeriksaan, kekerasan (yang menyebabkan kematian, cedera sementara derajat berat) atau pembunuhan pasien	0	0	0
7	Pemeriksaan,kekerasan(yangmenyebabkan	0	0	0
8	Tindakan invasive, termasuk operasi yang dilakukan pada pasien yang salah, pada sisi yang salah, atau menggunakan prosedur yang salah	0	0	0
9	Tertinggalnya benda asing dalam tubuh pasien secara tidak sengaja setelah suatu tindakan invasif, termasuk operasi	0	0	0
10	Hiperbilirubinemia neonatal berat (bilirubin >30 mg/dl	0	0	0

11	Fluoroskopi berkepanjangan dengan dosis kumulatif >1.500 rad pada satu medan tunggal atau pemberian radioterapi ke area tubuh yang salah atau pemberian radioterapi >25% melebihi dosis radioterapi yang direncanakan	0	0	0
12	Kebakaran, lidah api, atau asap, uap panas atau pijaran yang tidak diantifikasi selama satu episode perawatan pasien	0	0	0
13	Semua kematian ibu intrapartum (terkait dengan proses persalinan)	0	0	0

4. Rekap Insiden dengan Trend atau Pola yang tidak diinginkan

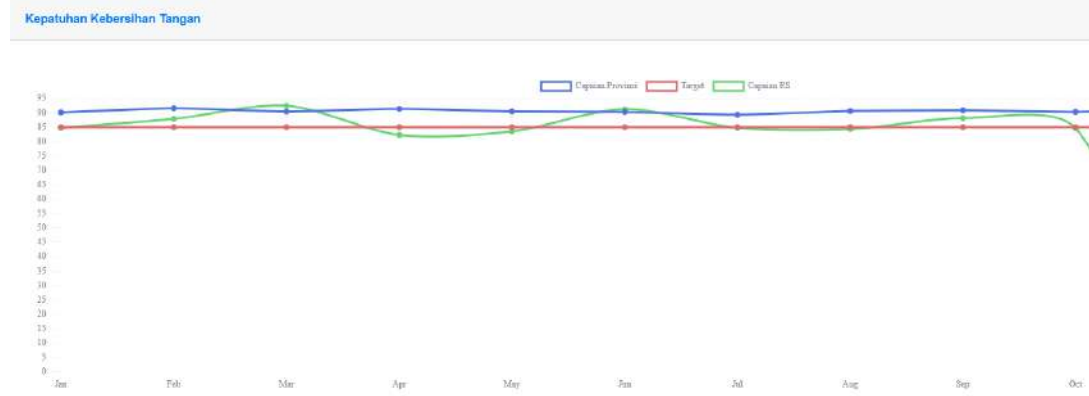
Tabel 3.7 tabel insiden dengan trend atau pola yang tidak diinginkan

NO	JENIS INSIDEN	OKT	NOV	DES
1	Semua reaksi tranfusi yang sudah dikonfirmasi	0	0	0
2	Semua kejadian serius akibat reaksi obat	0	0	0
3	Semua kesalahan pengobatan (Medication Error) yang signifikan	0	0	0
4	Semua perbedaan besar antara diagnosis pra dan diagnosis pascaoperasi	0	0	0
5	Pola kejadian tidak diharapkan selama sedasi prosedural tanpa memandang cara pemberian	0	0	0
6	Pola kejadian tidak diharapkan selama anestesi tanpa memandang cara pemberian	0	0	0
7	Kejadian tidak diharapkan yang berkaitan dengan identifikasi pasien	0	0	0
8	Infeksi yang berkaitan dengan perawatan kesehatan	0	0	0

E. BENCHMARK BULAN JANUARI – OKTOBER TAHUN 2022

1. KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN PETUGAS

Benchmark provinsi



Keterangan :

Hasil Benchmark tampak capaian rumah sakit sampai bulan Oktober tahun 2022 adalah 86,4% sudah mencapai target 85%, dengan rincian sebagai berikut :

- Bulan Januari Capaian Provinsi 90,11%, Capaian Rumah Sakit 84,77%
- Bulan Februari Capaian Provinsi 91,57%, Capaian Rumah Sakit 87,86%
- Bulan Maret Capaian Provinsi 90,39%, Capaian Rumah Sakit 92,45%
- Bulan April Capaian Provinsi 91,36%, Capaian Rumah Sakit 82,29%
- Bulan Mei Capaian Provinsi 90,44%, Capaian Rumah Sakit 83,53%
- Bulan Juni Capaian Provinsi 90,27%, Capaian Rumah Sakit 91,21%
- Bulan Juli Capaian Provinsi 89,3%, Capaian Rumah Sakit 84,77%
- Bulan Agustus Capaian Provinsi 90,58%, Capaian Rumah Sakit 84,33%
- Bulan September Capaian Provinsi 90,83%, Capaian Rumah Sakit 88,11%
- Bulan Oktober Capaian Provinsi 90,28%, Capaian Rumah Sakit 84,58%

2. KEPATUHAN PENGGUNAAN APD

Benchmark provinsi



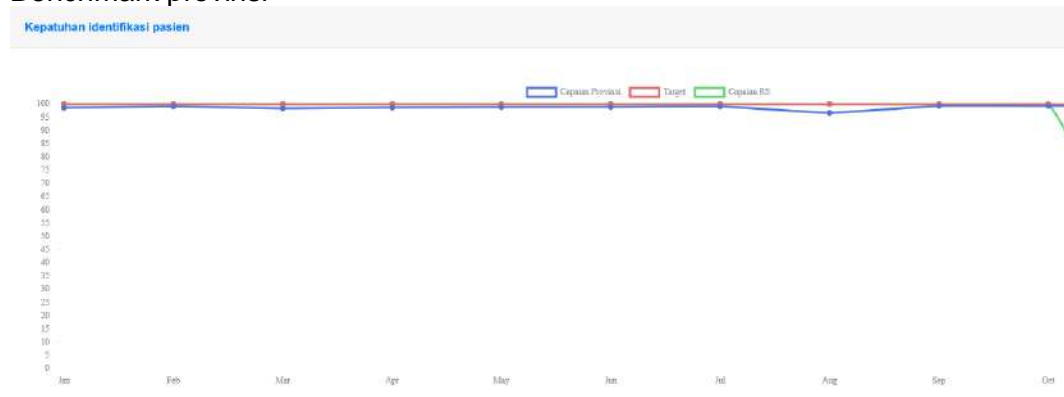
Keterangan :

Hasil Benchmark tampak capaian rumah sakit sampai bulan Oktober tahun 2022 adalah 87,4% belum mencapai target 100%, dengan rincian sebagai berikut :

- Bulan Januari Capaian Provinsi 96,09%, Capaian Rumah Sakit 86,32%
- Bulan Februari Capaian Provinsi 97,07%, Capaian Rumah Sakit 91,32%
- Bulan Maret Capaian Provinsi 96,88%, Capaian Rumah Sakit 90,26%
- Bulan April Capaian Provinsi 95,54%, Capaian Rumah Sakit 87,63%
- Bulan Mei Capaian Provinsi 95,1%, Capaian Rumah Sakit 87,89%
- Bulan Juni Capaian Provinsi 92,75%, Capaian Rumah Sakit 82,37%
- Bulan Juli Capaian Provinsi 95,6%, Capaian Rumah Sakit 86,84%
- Bulan Agustus Capaian Provinsi 95,6%, Capaian Rumah Sakit 90,79%
- Bulan September Capaian Provinsi 95,64%, Capaian Rumah Sakit 91,58%
- Bulan Oktober Capaian Provinsi 95,54%, Capaian Rumah Sakit 84,08%

3. KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN

Benchmark provinsi



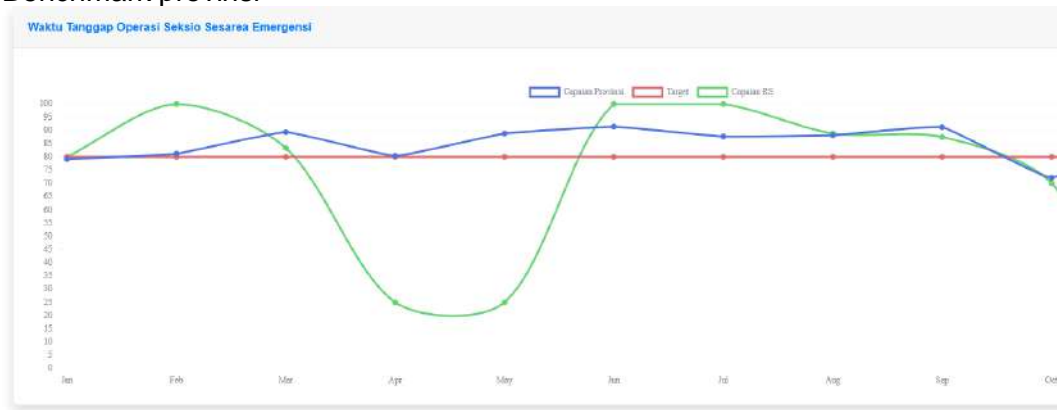
Keterangan :

Hasil Benchmark tampak capaian rumah sakit sampai bulan Oktober tahun 2022 adalah 100% sudah mencapai target 100%, dengan rincian sebagai berikut :

- Bulan Januari Capaian Provinsi 98,57%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Februari Capaian Provinsi 99,06%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Maret Capaian Provinsi 98,35%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan April Capaian Provinsi 98,68%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Mei Capaian Provinsi 98,84%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Juni Capaian Provinsi 98,89%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Juli Capaian Provinsi 99,06%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Agustus Capaian Provinsi 96,67%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan September Capaian Provinsi 99,25%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Oktober Capaian Provinsi 99,25%, Capaian Rumah Sakit 100%

4. WAKTU TANGGAP OPERASI SEKSIO SESARIA EMERGENSI

Benchmark provinsi



Keterangan :

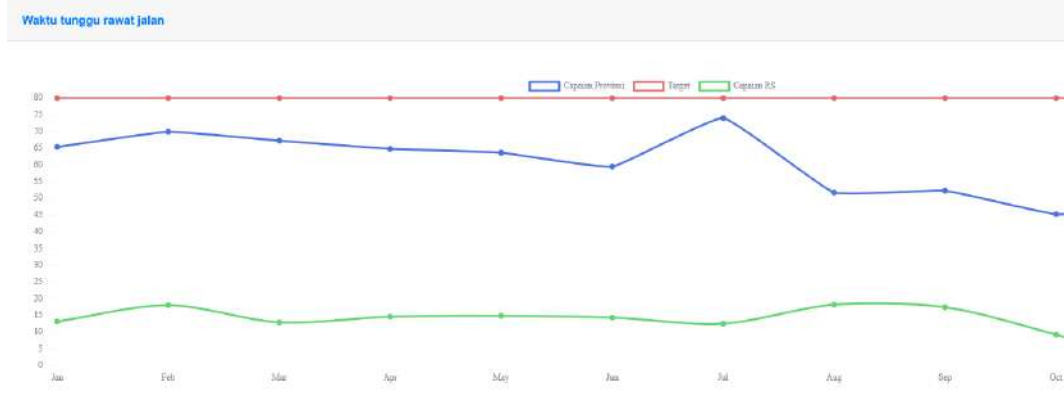
Hasil Benchmark tampak capaian rumah sakit sampai bulan Oktober tahun 2022 adalah 77,22% belum mencapai target 80%, dengan rincian sebagai berikut :

- Bulan Januari Capaian Provinsi 79,12%, Capaian Rumah Sakit 80%
- Bulan Februari Capaian Provinsi 81,18%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Maret Capaian Provinsi 89,35%, Capaian Rumah Sakit 83,33%
- Bulan April Capaian Provinsi 80,38%, Capaian Rumah Sakit 25%
- Bulan Mei Capaian Provinsi 88,84%, Capaian Rumah Sakit 25%
- Bulan Juni Capaian Provinsi 91,41%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Juli Capaian Provinsi 87,72%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Agustus Capaian Provinsi 88,18%, Capaian Rumah Sakit 88,89%

- Bulan September Capaian Provinsi 91,21%, Capaian Rumah Sakit 87,5%
- Bulan Oktober Capaian Provinsi 72,14%, Capaian Rumah Sakit 70%

5. WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN

Benchmark provinsi



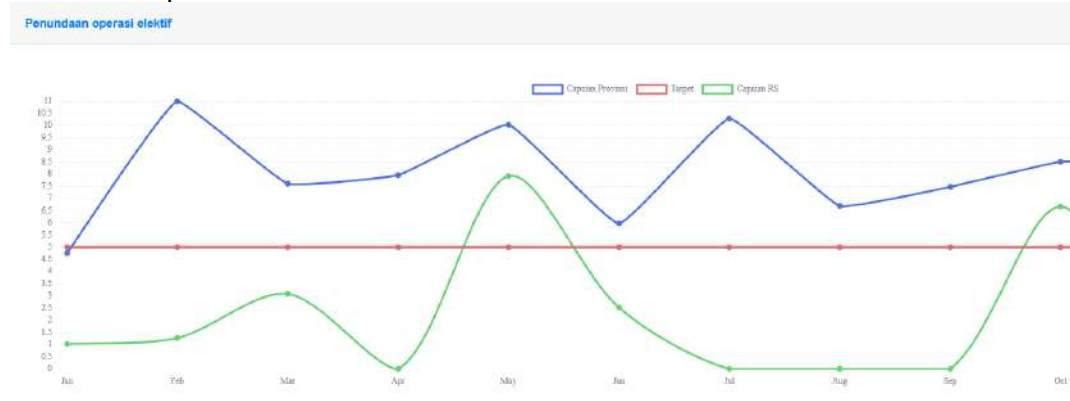
Keterangan :

Hasil Benchmark tampak capaian rumah sakit sampai bulan Oktober tahun 2022 adalah 14,15% belum mencapai target 80%, dengan rincian sebagai berikut :

- Bulan Januari Capaian Provinsi 65,35%, Capaian Rumah Sakit 13,15%
- Bulan Februari Capaian Provinsi 69,92%, Capaian Rumah Sakit 18,07%
- Bulan Maret Capaian Provinsi 67,24%, Capaian Rumah Sakit 12,9%
- Bulan April Capaian Provinsi 64,79%, Capaian Rumah Sakit 14,6%
- Bulan Mei Capaian Provinsi 63,67%, Capaian Rumah Sakit 14,85%
- Bulan Juni Capaian Provinsi 59,51%, Capaian Rumah Sakit 14,34%
- Bulan Juli Capaian Provinsi 74,03%, Capaian Rumah Sakit 12,51%
- Bulan Agustus Capaian Provinsi 51,73%, Capaian Rumah Sakit 18,23%
- Bulan September Capaian Provinsi 53,25%, Capaian Rumah Sakit 14,45%
- Bulan Oktober Capaian Provinsi 45,29%, Capaian Rumah Sakit 9,23%

6. PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF

Benchmark provinsi



Keterangan :

Hasil Benchmark tampak capaian rumah sakit sampai bulan Oktober tahun 2022 adalah 2,1% sudah diatas target 5%, dengan rincian sebagai berikut :

- Bulan Januari Capaian Provinsi 4,75%, Capaian Rumah Sakit 1,02%
- Bulan Februari Capaian Provinsi 11%, Capaian Rumah Sakit 1,27%
- Bulan Maret Capaian Provinsi 7,61%, Capaian Rumah Sakit 3,08%
- Bulan April Capaian Provinsi 7,96%, Capaian Rumah Sakit 0%
- Bulan Mei Capaian Provinsi 10,03%, Capaian Rumah Sakit 7,92%
- Bulan Juni Capaian Provinsi 5,97%, Capaian Rumah Sakit 2,52%
- Bulan Juli Capaian Provinsi 74,03%, Capaian Rumah Sakit 0%
- Bulan Agustus Capaian Provinsi 6,7%, Capaian Rumah Sakit 0%
- Bulan September Capaian Provinsi 7,48%, Capaian Rumah Sakit 0%
- Bulan Oktober Capaian Provinsi 8,51%, Capaian Rumah Sakit 6.67%

7. KETEPATAN WAKTU VISITE DOKTER

Benchmark provinsi



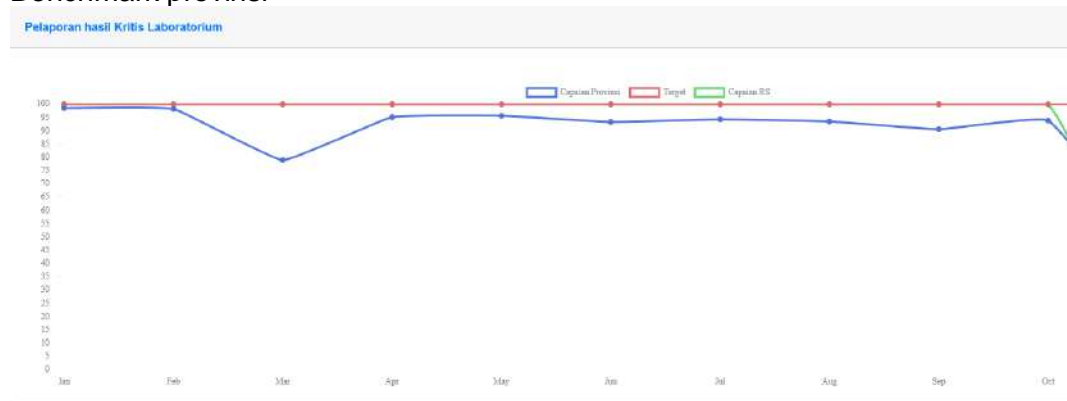
Keterangan :

Hasil Benchmark tampak capaian rumah sakit sampai bulan Oktober tahun 2022 adalah 84,5% sudah mencapai target 80%, dengan rincian sebagai berikut :

- Bulan Januari Capaian Provinsi 81,79%, Capaian Rumah Sakit 84,96%
- Bulan Februari Capaian Provinsi 80,5%, Capaian Rumah Sakit 82,81%
- Bulan Maret Capaian Provinsi 80,8%, Capaian Rumah Sakit 83,98%
- Bulan April Capaian Provinsi 82,56%, Capaian Rumah Sakit 85,64%
- Bulan Mei Capaian Provinsi 77,7%, Capaian Rumah Sakit 78,65%
- Bulan Juni Capaian Provinsi 81,46%, Capaian Rumah Sakit 93,38%
- Bulan Juli Capaian Provinsi 82,58%, Capaian Rumah Sakit 86,13%
- Bulan Agustus Capaian Provinsi 76,56%, Capaian Rumah Sakit 87,41%
- Bulan September Capaian Provinsi 76,76%, Capaian Rumah Sakit 79,79%
- Bulan Oktober Capaian Provinsi 79,25%, Capaian Rumah Sakit 80,6%

8. WAKTU PELAPORAN NILAI KRITIS LABORATORIUM

Benchmark provinsi



Keterangan :

Hasil Benchmark tampak capaian rumah sakit sampai bulan Oktober tahun 2022 adalah 100% sudah mencapai target 100%, dengan rincian sebagai berikut :

- Bulan Januari Capaian Provinsi 98,56%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Februari Capaian Provinsi 98,23%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Maret Capaian Provinsi 78,98%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan April Capaian Provinsi 95,16%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Mei Capaian Provinsi 95,68%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Juni Capaian Provinsi 93,33%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Juli Capaian Provinsi 94,31%, Capaian Rumah Sakit 100%

- Bulan Agustus Capaian Provinsi 95,53%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan September Capaian Provinsi 90,61%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Oktober Capaian Provinsi 93,89%, Capaian Rumah Sakit 100%

9. KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL

Benchmark provinsi



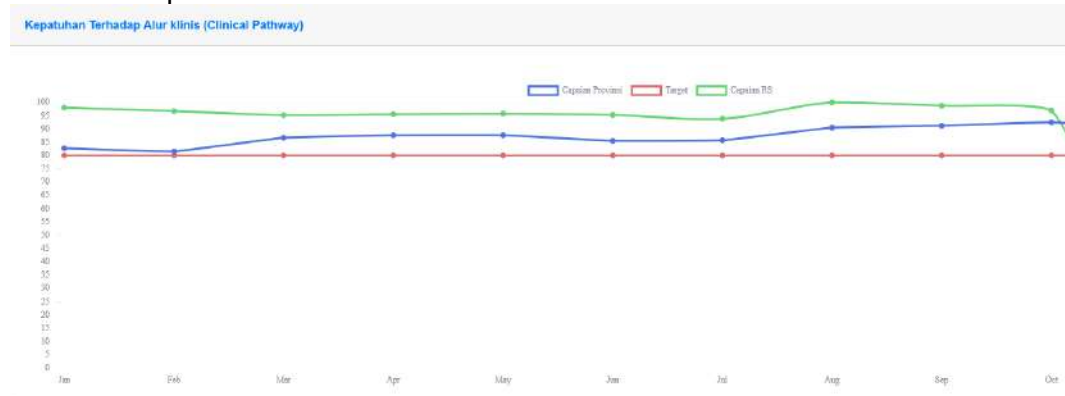
Keterangan :

Hasil Benchmark tampak capaian rumah sakit sampai bulan Oktober tahun 2022 adalah 94,4% sudah mencapai target 80%, dengan rincian sebagai berikut :

- Bulan Januari Capaian Provinsi 86,89%, Capaian Rumah Sakit 92,36%
- Bulan Februari Capaian Provinsi 89,72%, Capaian Rumah Sakit 93,42%
- Bulan Maret Capaian Provinsi 88,37%, Capaian Rumah Sakit 92,11%
- Bulan April Capaian Provinsi 88,28%, Capaian Rumah Sakit 93,15%
- Bulan Mei Capaian Provinsi 88,46%, Capaian Rumah Sakit 93,77%
- Bulan Juni Capaian Provinsi 88,26%, Capaian Rumah Sakit 94,53%
- Bulan Juli Capaian Provinsi 90,07%, Capaian Rumah Sakit 96,63%
- Bulan Agustus Capaian Provinsi 89,24%, Capaian Rumah Sakit 95,91%
- Bulan September Capaian Provinsi 91,48%, Capaian Rumah Sakit 96,08%
- Bulan Oktober Capaian Provinsi 88,48%, Capaian Rumah Sakit 96,09%

10. KEPATUHAN PENGGUNAAN CLINICAL PATHWAY

Benchmark provinsi



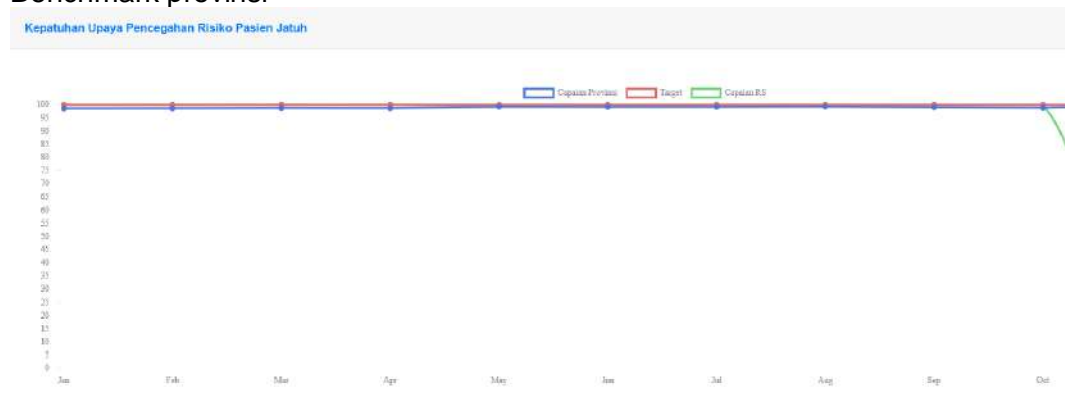
Keterangan :

Hasil Benchmark tampak capaian rumah sakit sampai bulan Oktober tahun 2022 adalah 96,6% sudah mencapai target 80%, dengan rincian sebagai berikut :

- Bulan Januari Capaian Provinsi 82,73%, Capaian Rumah Sakit 98,04%
- Bulan Februari Capaian Provinsi 81,55%, Capaian Rumah Sakit 96,72%
- Bulan Maret Capaian Provinsi 86,66%, Capaian Rumah Sakit 95,22%
- Bulan April Capaian Provinsi 87,61%, Capaian Rumah Sakit 95,52%
- Bulan Mei Capaian Provinsi 87,63%, Capaian Rumah Sakit 95,71%
- Bulan Juni Capaian Provinsi 85,53%, Capaian Rumah Sakit 95,29%
- Bulan Juli Capaian Provinsi 85,73%, Capaian Rumah Sakit 93,78%
- Bulan Agustus Capaian Provinsi 90,46%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan September Capaian Provinsi 91,23%, Capaian Rumah Sakit 98,75%
- Bulan Oktober Capaian Provinsi 92,48%, Capaian Rumah Sakit 97,01%

11. PENCEGAHAN CIDERA AKIBAT PASIEN JATUH

Benchmark provinsi



Keterangan :

Hasil Benchmark tampak capaian rumah sakit sampai bulan Oktober tahun 2022 adalah 100% sudah mencapai target 100%, dengan rincian sebagai berikut :

- Bulan Januari Capaian Provinsi 98,58%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Februari Capaian Provinsi 98,65%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Maret Capaian Provinsi 98,78%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan April Capaian Provinsi 98,74%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Mei Capaian Provinsi 99,23%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Juni Capaian Provinsi 99,19%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Juli Capaian Provinsi 99,2%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Agustus Capaian Provinsi 99,29%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan September Capaian Provinsi 99,05%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Oktober Capaian Provinsi 98,89%, Capaian Rumah Sakit 100%

12. KETEPATAN WAKTU TANGGAP KOMPLAIN

Benchmark provinsi



Keterangan :

Hasil Benchmark tampak capaian rumah sakit sampai bulan Oktober tahun 2022 adalah 100% sudah mencapai target 80%, dengan rincian sebagai berikut :

- Bulan Januari Capaian Provinsi 92,33%, Capaian Rumah Sakit 0%
- Bulan Februari Capaian Provinsi 95,11%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Maret Capaian Provinsi 97%, Capaian Rumah Sakit 0%
- Bulan April Capaian Provinsi 93,81%, Capaian Rumah Sakit 0%
- Bulan Mei Capaian Provinsi 96,35%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Juni Capaian Provinsi 95,36%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Juli Capaian Provinsi 94,62%, Capaian Rumah Sakit 100%

- Bulan Agustus Capaian Provinsi 98,5%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan September Capaian Provinsi 99,58%, Capaian Rumah Sakit 100%
- Bulan Oktober Capaian Provinsi 100%, Capaian Rumah Sakit 100%

13. KEPUASAN PASIEN

Benchmark provinsi



Keterangan :

Hasil Benchmark tampak capaian rumah sakit sampai bulan Oktober tahun 2022 adalah 99,4% sudah mencapai target 76,6%, dengan rincian sebagai berikut :

- Bulan Januari Capaian Provinsi 53,24%, Capaian Rumah Sakit 0%
- Bulan Februari Capaian Provinsi 55,47%, Capaian Rumah Sakit 98,8%
- Bulan Maret Capaian Provinsi 51,68%, Capaian Rumah Sakit 99,6%
- Bulan April Capaian Provinsi 49,03%, Capaian Rumah Sakit 99,6%
- Bulan Mei Capaian Provinsi 48,19%, Capaian Rumah Sakit 85,53%
- Bulan Juni Capaian Provinsi 48,9%, Capaian Rumah Sakit 91,21%
- Bulan Juli Capaian Provinsi 2,77%, Capaian Rumah Sakit 99,8%
- Bulan Agustus Capaian Provinsi 2,69%, Capaian Rumah Sakit 99,4%
- Bulan September Capaian Provinsi 2,85%, Capaian Rumah Sakit 99,6%
- Bulan Oktober Capaian Provinsi 3,83%, Capaian Rumah Sakit 99,6%

BAB V

PENUTUP

Komite Mutu RSUD Dr. Muhammad Zein Painan pada triwulan IV Tahun 2022 selalu berupaya melaksanakan tugas dan fungsi dalam upaya peningkatan mutu keselamatan pasien dan manajemen risiko rumah sakit. Dukungan seluruh staf dan manajemen dalam proses menjadi penyemangat Komite Mutu dalam meningkatkan kinerja. Keberhasilan atas pencapaian kinerja pada triwulan IV Tahun 2022 hendaknya dapat dipertahankan dan ditingkatkan serta dapat menjadi parameter untuk pencapaian kinerja selanjutnya. Hal-hal yang menjadi kendala dan permasalahan untuk mencapai target dan rencana kinerja diharapkan diselesaikan melalui proses *continouos quality improvement* dengan cara memperbaiki, mencari solusi dan alternative penyelesaiannya.

REKAPITULASI LAPORAN INDIKATOR MUTU TRIWULAN IV
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TAHUN 2022

1. INDIKATOR MUTU NASIONAL

NO	NAMA INDIKATOR	KODE	STANDAR	CAPAIAN									RATA-RATA		
				OKT		NOV		DES		OKT	NOV	DES			
				N	D	N	D	N	D				N	D	%
1	Kepatuhan kebersihan tangan	PPI	85%	1366	1615	1406	1615	1443	1615	84.6	87.1	89.3	4215	4845	87.0
2	Kepatuhan Penggunaan APD	PPI	100%	840	999	835	988	871	989	84.1	84.5	88.1	2546	2976	85.6
3	Kepatuhan identifikasi pasien	VIP	100%	416	416	363	363	350	350	100	100	100	1129	1129	100
		BEDAH		93	93	90	90	93	93	100	100	100	276	276	100
	RANAP	ICU		62	62	61	61	52	52	100	100	100	175	175	100
		KB		93	93	90	90	93	93	100	100	100	276	276	100
		PERI		142	142	174	174	189	189	100	100	100	505	505	100
		INT		132	132	90	90	93	93	100	100	100	315	315	100
		ANAK		130	130	127	127	130	130	100	100	100	387	387	100
		PARU		255	255	66	66	60	60	100	100	100	381	381	100
		NEURO		99	99	81	81	97	97	100	100	100	277	277	100
		KLAS III TERPADU		72	72	72	72	66	66	100	100	100	210	210	100
		RATA-RATA		1494	1494	1214	1214	1223	1223	100	100	100	3931	3931	100
	RAJAL	PD	100%	17	17	29	29	20	20	100	100	100	66	66	100
		THT		4	4	13	13	7	7	100	100	100	24	24	100
		PARU		35	35	20	20	11	11	100	100	100	66	66	100
		MATA		72	72	64	64	63	63	100	100	100	199	199	100
		JIWA		15	15	23	23	341	341	100	100	100	379	379	100
		KB		11	11	45	45	39	39	100	100	100	95	95	100
		JTG		0	0	29	29	20	20	0	100	100	49	49	100
		GIGI		79	79	87	87	78	78	100	100	100	244	244	100
		SRF		0	0	1	1	2	2	0	100	100	3	3	100
		BEDAH		64	64	156	156	202	202	100	100	100	422	422	100
		ANAK		18	18	21	21	22	22	100	100	100	61	61	100
		GERIATRI		6	6	10	10	9	9	100	100	100	25	25	100
		RATA-RATA		321	321	498	498	814	814	100	100	100	1633	1633	100
		IGD		93	93	90	90	93	93	100	100	100	276	276	100
		HD		133	133	130	130	109	109	100	100.0	100.0	372	372	100
		LAB. PA		29	29	23	23	62	62	100	100	100	114	114	100
		LAB. KLINIK		418	418	425	425	437	437	100	100	100	1280	1280	100

		FISIOTERAPI		52	52	37	37	40	40	100	100	100	129	129	100
		RSUD		2540	2540	2417	2417	2778	2778	100	100.0	100	7735	7735	100
4	Waktu Tunggu Operasi Seksio Sesaria Emergensi	OK	≥80%	7	10	7	8	6	7	70.0	87.5	85.7	20	25	80.0
5	Waktu Tunggu Rawat Jalan	PD	≥80%	0	238	41	252	13	238	0.0	16.3	5.5	54	728	7.4
		THT		1	72	2	146	23	153	1.4	1.4	15.0	26	371	7.0
		PARU		99	210	141	190	179	220	47.1	74.2	81.4	419	620	67.6
		MATA		2	100	0	100	4	108	2.0	0.0	3.7	6	308	1.9
		JIWA		5	25	46	204	130	204	20.0	22.5	63.7	181	433	41.8
		KB		0	100	77	108	56	110	0.0	71.3	50.9	133	318	41.8
		JTG		0	0	11	105	60	128	0.0	10.5	46.9	71	233	30.5
		GIGI		0	105	32	95	38	105	0.0	33.7	36.2	70	305	23.0
		SRF		16	160	70	216	4	306	10.0	32.4	1.3	90	682	13.2
		BEDAH		17	200	4	191	2	202	8.5	2.1	1.0	23	593	3.9
		ANAK		0	136	14	96	16	96	0.0	14.6	16.7	30	328	9.1
		GERIATRI		0	170	37	252	62	238	0.0	14.7	26.1	99	660	15.0
		RSUD		140	1516	475	1955	587	2108	9.2	24.3	27.8	1202	5579	21.5
6	Penundaan Operasi Elektif	OK	<5%	5	75	2	94	2	108	6.7	2.1	1.9	9	277	3.2
7	Ketepatan Waktu Visite Dokter	VIP	≥80%	311	311	125	134	171	177	100.0	93.3	96.6	607	622	97.6
		BEDAH		335	382	300	348	317	358	87.7	86.2	88.5	952	1088	87.5
		ICU		76	94	79	116	79	119	80.9	68.1	66.4	234	329	71.1
		KB		204	297	167	272	216	282	68.7	61.4	76.6	587	851	69.0
		PERI		90	115	109	163	119	139	78.3	66.9	85.6	318	417	76.3
		INT		440	582	412	529	367	496	75.6	77.9	74.0	1219	1607	75.9
		ANAK		363	437	298	404	264	309	83.1	73.8	85.4	925	1150	80.4
		PARU		378	472	314	363	362	423	80.1	86.5	85.6	1054	1258	83.8
		NEURO		136	166	74	98	79	111	81.9	75.5	71.2	289	375	77.1
		KLAS III TERPADU		284	391	333	394	278	330	72.6	84.5	84.2	895	1115	80.3
		RSUD		2617	3247	2211	2821	2252	2744	80.6	78.4	82.1	7080	8812	80.3
8	Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium	LABOR	100%	19	19	29	29	21	21	100	100	100	69	69	100
9	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	FARMASI	≥80%	86869	90405	77871	83225	76248	81489	96.1	93.6	93.6	240988	255119	94.5
10	Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway	VIP	≥80%	31	34	50	50	31	31	91	100	100	112	115	97
		BEDAH		27	41	38	38	21	21	66	100	100	86	100	86.0
		ICU		94	94	6	8	45	45	100	75	100	145	147	99

		KB		66	69	41	43	43	46	96	95	93	150	158	95
		PERI		15	15	20	20	31	31	100	100	100	66	66	100
		INT		81	81	62	75	55	55	100	83	100	198	211	94
		ANAK		31	31	42	42	27	27	100	100	100	100	100	100
		PARU		472	472	57	57	77	77	100	100	100	606	606	100
		NEURO		14	21	6	9	8	12	66.7	66.7	66.7	28	42	66.7
		KLAS III TERPADU		45	45	47	47	45	45	100	100	100.0	137	137	100
		RSUD		876	903	369	389	383	390	97.0	94.9	98.2	1628	1682	96.8
11	Pencegahan Cidera Akibat Pasien Jatuh	VIP	100%	117	117	151	151	137	137	100	100	100	405	405	100
		BEDAH		25	25	11	11	93	93	100	100	100	129	129	100
		ICU		94	94	42	42	119	119	100	100	100	255	255	100
		KB		55	55	36	36	53	53	100	100	100	144	144	100
		PERI		115	115	163	163	139	139	100	100	100	417	417	100
		INT		132	132	119	119	109	109	100	100	100	360	360	100
		ANAK		260	260	244	244	175	175	100	100	100	679	679	100
		PARU		472	472	57	57	77	77	100	100	100	606	606	100
		NEURO		166	166	26	26	30	30	100	100	100	222	222	100
		KLAS III TERPADU		43	43	47	47	45	45	100	100	100	135	135	100
		RSUD		1479	1479	896	896	977	977	100	100	100	3352	3352	100
12	Ketepatan Waktu Tanggap Komplain	UNIT KOMPLAIN	≥80%	2	2	0	0	1	1	100	0	100	3	3	100.0
13	Kepuasan Pasien	Terhadap SDM	>76.60%	676	676	708	708	656	656	100	100	100.0	2040	2040	100
		Terhadap Sistem/ Prosedur		675	676	708	708	655	656	99.9	100.0	99.8	2038	2040	100
		Terhadap Sarana/ Prasarana		668	676	703	708	654	656	98.8	99.3	99.7	2025	2040	99.3
		Terhadap Kebersihan Lingkungan/ Ruang		673	676	708	708	656	656	99.6	100.0	100.0	2037	2040	99.9
		RSUD		2692	2704	2827	2832	2621	2624	99.6	99.8	99.9	8140	8160	99.8

2. INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT

NO	NAMA INDIKATOR	KODE	STANDAR										RATA-RATA		
				OKT		NOV		DES		OKT	NOV	DES			
				N	D	N	D	N	D						
INDIKATOR SASARAN KESELAMATAN PASIEN															
1	Kepatuhan	VIP	100%	416	416	363	363	350	350	100	100	100	1129	1129	100
	identifikasi pasien	BEDAH		93	93	90	90	93	93	100	100	100	276	276	100
	RANAP	ICU		62	62	61	61	52	52	100	100	100	175	175	100
		KB		93	93	90	90	93	93	100	100	100	276	276	100
		PERI		142	142	174	174	189	189	100	100	100	505	505	100
		INT		132	132	90	90	93	93	100	100	100	315	315	100
		ANAK		130	130	127	127	130	130	100	100	100	387	387	100
		PARU		255	255	66	66	60	60	100	100	100	381	381	100
		NEURO		99	99	81	81	97	97	100	100	100	277	277	100
		KLAS III TERPADU		72	72	72	72	66	66	100	100	100	210	210	100
		RATA-RATA		1494	1494	1214	1214	1223	1223	100	100	100	3931	3931	100
2	Komunikasi SBAR saat	VIP	100%	50	50	80	80	120	120	100	100	100	250	250	100
	serah terima antar	BEDAH		70	70	171	171	93	93	100	100	100	334	334	100
	shift	ICU		94	94	116	116	118	118	100	100	100	328	328	100
		KB		32	32	24	24	24	24	100	100	100	80	80	100
		PERI		111	111	144	144	110	110	100	100	100	365	365	100
		INT		157	157	166	166	109	109	100	100	100	432	432	100
		ANAK		114	114	86	86	81	81	100	100	100	281	281	100
		PARU		8	8	3	3	11	11	100	100	100	22	22	100
		NEURO		167	167	36	36	87	87	100	100	100	290	290	100
		KLAS III TERPADU		43	43	55	55	33	33	100	100	100	131	131	100
		RSUD		846	846	881	881	786	786	100	100	100	2513	2513	100
3	Kepatuhan Pelaksanaan Penyimpanan Obat yang perlu diwaspadai di ruangan	Farmasi	100%	25	25	27	27	20	20	100	100	100	72	72	100
4	Kelengkapan pengisian format surgical safety check list	OK	100%	214	219	184	188	183	187	97.7	97.9	97.9	581	594	97.8
5	Kepatuhan kebersihan tangan	PPI	85%	1380	1615	1478	1615	1509	1615	85.4	91.5	93.4	4367	4845	90.1

6	Pencegahan Cidera Akibat Pasien Jatuh	VIP	100%	117	117	151	151	137	137	100	100	100	405	405	100
		BEDAH		25	25	11	11	93	93	100	100	100	129	129	100
		ICU		94	94	42	42	119	119	100	100	100	255	255	100
		KB		55	55	36	36	53	53	100	100	100	144	144	100
		PERI		115	115	163	163	139	139	100	100	100	417	417	100
		INT		132	132	119	119	109	109	100	100	100	360	360	100
		ANAK		260	260	244	244	175	175	100	100	100	679	679	100
		PARU		472	472	57	57	77	77	100	100	100	606	606	100
		NEURO		166	166	26	26	30	30	100	100	100	222	222	100
		KLAS III TERPADU		43	43	47	47	45	45	100	100	100	135	135	100
		RSUD		1479	1479	896	896	977	977	100	100	100	3352	3352	100.0
INDIKATOR KLINIS PELAYANAN PRIORITAS															
1	Kelengkapan asesmen awal medis rawat inap 1x24 jam	VIP	100%	83	83	147	147	127	127	100	100	100	357	357	100
		BEDAH		103	103	124	124	97	97	100	100	100	324	324	100
		ICU		94	94	116	116	38	38	100	100	100	248	248	100
		KB		119	119	102	102	115	115	100	100	100	336	336	100
		PERI		24	24	37	37	36	36	100	100	100	97	97	100
		INT		132	132	119	119	109	109	100	100	100	360	360	100
		ANAK		115	115	109	109	79	79	100	100	100	303	303	100
		PARU		85	85	57	57	77	77	100	100	100	219	219	100
		NEURO		46	46	26	26	30	30	100	100	100	102	102	100
		KLAS III TERPADU		92	92	100	100	75	75	100	100	100	267	267	100
		RSUD		893	893	937	937	783	783	100	100	100	2613	2613	100
2	Kelengkapan asesmen awal medis IGD 120 menit	IGD	100%	179	186	171	180	177	186	96.2	95.0	95.2	527	552	95.5
3	Kelengkapan asesmen awal keperawatan Rawat Inap 1X24 Jam	VIP	100%	83	83	147	147	127	127	100	100	100	357	357	100
		BEDAH		103	103	124	124	97	97	100	100	100	324	324	100
		ICU		94	94	116	116	38	38	100	100	100	248	248	100
		KB		119	119	102	102	115	115	100	100	100	336	336	100
		PERI		24	24	37	37	36	36	100	100	100	97	97	100
		INT		132	132	119	119	109	109	100	100	100	360	360	100
		ANAK		115	115	109	109	79	79	100	100	100	303	303	100
		PARU		85	85	57	57	77	77	100	100	100	219	219	100
		NEURO		46	46	26	26	30	30	100	100	100	102	102	100
		KLAS III TERPADU		92	92	100	100	75	75	100	100	100	267	267	100
		RSUD		893	893	937	937	783	783	100	100	100.0	2613	2613	100

[illegible]

INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT

NO	NAMA INDIKATOR	KODE	STANDAR										RATA-RATA		
				OKT		NOV		DES		OKT	NOV	DES	N	D	%
				N	D	N	D	N	D						
1	Emergency Respon	IGD	100%	1133	1133	1080	1080	1022	1022	100	100	100	3235	3235	100
2	Kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi	OK	0%	13	67	16	57	12	78	19.4	28.1	15.4	41	202	20.3
3	Kesalahan diagnosa pre dan post operasi	OK	0%	0	219	0	188	0	187	0	0	0	0	594	0
4	Kepatuhan Pelaksanaan asesmen pra bedah	OK	100%	87	219	84	188	123	187	39.7	44.7	65.8	294	594	49.5
5	Kelengkapan asesment pra anestesi dan pra sedasi	ANESTESI	100%	46	178	85	169	126	180	25.8	50.3	70	257	527	48.8
6	Ketidaklengkapan monitoring status fisiologis selama anestesi	ANESTESI	0%	0	178	0	169	0	180	0.0	0.0	0.0	0	527	0.0
7	Ketidaklengkapan monitoring proses pemulihan pasca anestesi dan sedasi	ANESTESI	0%	0	178	0	169	8	180	0.0	0.0	4.4	8	527	1.52
8	Ketidaklengkapan Monitoring dan Evaluasi Ulang Bila terjadi Konversi Tindakan dari Lokal/Regional ke General	ANESTESI	0%	0	178	0	169	0	180	0	0.0	0	0	527	0.0
9	Jumlah pasien kembali ke ICU dalam waktu <24 jam	ICU	<3%	0	94	1	116	0	45	0	0.9	0	1	255	0.4

10	Kelengkapan asesmen awal keperawatan 1x24 jam	KB	100%	119	119	102	102	115	115	100	100	100	336	336	100
11	Kejadian Tidak Dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) pada bayi baru lahir (BBL)	Perinatologi	0,5%	0	38	0	22	0	39	0	0	0	0	99	0
12	Kelengkapan asesmen awal keperawatan 1x24 jam	BEDAH	100%	103	103	124	124	97	97	100	100	100	324	324	100
13	Pasien stroke iskemik yang tidak mendapatkan terapi trombolitik pada saat KRS	NEURO	0%	0	17	0	7	0	11	0	0	0	0	35	0
14	Pasien stroke yang tidak mendapatkan edukasi selama Perawatan di RS	NEURO	0%	0	28	0	15	0	25	0	0	0	0	68	0
15	Kelengkapan asesmen awal keperawatan 1x24 jam	Anak	100%	115	115	109	109	79	79	100	100	100	303	303	100
16	Kelengkapan asesmen awal keperawatan 1x24 jam	Interne	100%	132	132	119	119	109	109	100	100	100	360	360	100
17	Keterlambatan pemberian resume medis	VIP, Kelas 1 dan Kelas 2 Terpadu	0%	4	110	0	92	5	131	3.6	0.0	3.8	9	333	2.7
18	Penanganan TB yang Tidak Sesuai dengan Strategi DOTS	PARU	0%	0	26	0	19	0	31	0	0	0	0	76	0
19	Kelengkapan asesmen awal keperawatan 1x24 jam	Kelas 3 Terpadu	100%	92	92	100	100	75	75	100	100	100	267	267	100
20	Kelengkapan Asesmen	PD	100%	54	54	37	37	39	39	100	100	100	130	130	100

	Awal Medis Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit	THT		36	36	53	53	58	58	100	100	100	147	147	100
		PARU		35	35	19	19	27	27	100	100	100	81	81	100
		MATA		60	60	47	47	62	62	100	100	100	169	169	100
		JIWA		24	24	23	23	36	36	100	100	100	83	83	100
		KB		20	20	43	43	39	39	100	100	100	102	102	100
		JTG		0	0	7	7	10	10	0	100	100	17	17	100
		GIGI		33	33	46	46	43	43	100	100	100	122	122	100
		SRF		30	30	50	50	49	49	100	100	100	129	129	100
		BEDAH		67	67	76	76	83	83	100	100	100	226	226	100
		ANAK		35	35	33	33	23	23	100	100	100	91	91	100
		GERIATRI		5	5	10	10	9	9	100	100	100	24	24	100
		RSUD		399	399	444	444	478	478	100	100	100	1321	1321	100
21	Kelengkapan Asesmen	PD	100%	54	54	37	37	39	39	100	100	100	130	130	100
	Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit	THT		36	36	53	53	58	58	100	100	100	147	147	100
		PARU		35	35	19	19	27	27	100	100	100	81	81	100
		MATA		60	60	47	47	62	62	100	100	100	169	169	100
		JIWA		24	24	23	23	36	36	100	100	100	83	83	100
		KB		20	20	43	43	39	39	100	100	100	102	102	100
		JTG		0	0	7	7	10	10	0	100	100	17	17	100
		GIGI		33	33	46	46	43	43	100	100	100	122	122	100
		SRF		30	30	50	50	49	49	100	100	100	129	129	100
		BEDAH		67	67	76	76	83	83	100	100	100	226	226	100
		ANAK		35	35	33	33	23	23	100	100	100	91	91	100
		GERIATRI		5	5	10	10	9	9	100	100	100	24	24	100
		RSUD		399	399	444	444	478	478	100	100	100	1321	1321	100
22	Kepatuhan Apoteker dalam Melakukan Asuhan Kefarmasian ≤48 Jam di CPPT	Farmasi	100%	885	970	860	955	930	973	91.2	90.1	95.6	2675	2898	92.3
23	Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium Rawat Jalan <120 menit	Laboratorium	<120 menit	78545	951	80865	953	92442	1068	82.6	84.9	86.6	251852	2972	84.7
24	Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium IGD <60 Menit	Laboratorium	<60 Menit	42660	711	41280	702	43902	738	60.0	58.8	59.5	127842	2151	59.4
25	Angka Kerusakan Film Radiologi (Reject Film)	RADIOLOGI	2%	14	790	13	701	12	727	1.8	1.9	1.7	39	2218	1.8

26	Kepatuhan Ahli Gizi dalam Memberikan Asuhan kepada Pasien Beresiko Malnutrisi (MST >2 atau Skor Strong Kids 4-5) dalam Waktu 2x24 Jam	GIZI	100%	58	58	50	50	82	82	100	100	100	190	190	100
27	Ketepatan cita rasa makanan pasien rawat inap	GIZI	≥80 %	429	437	307	310	467	472	98.2	99.0	98.9	1203	1219	98.7
28	Sisa makanan yang tidak termakan pasien	GIZI	≤20	67	437	48	310	78	472	15.3	15.5	16.5	193	1219	15.8
29	Kesalahan Diet Pasien	GIZI	0%	0	437	0	310	0	472	0	0	0	0	1219	0
30	Kecepatan waktu kunjungan tenaga IPLRS terhadap laporan perbaikan ruangan dan gangguan jaringan air bersih dalam Waktu <24 jam	IPLRS	80%	17	17	11	12	12	13	100	91.7	92.3	40	42	95.2
31	Kecepatan Waktu Kunjungan Teknisi Terhadap Laporan Pemeriksaan Kerusakan Gangguan Sarana Dalam Waktu <24 jam	IPSRS	80%	130	146	101	101	92	92	89.0	100	100	323	339	95.3
32	Kualitas Produk Sterilisasi dengan Tape Indikator Steril	CSSD	100%	6849	6849	5610	5610	6204	6204	100	100	100	18663	18663	100
33	Kesalahan proses packing dan labeling alat steril	CSSD	0%	0	6849	0	5610	0	6204	0	0	0	0	18663	0
34	Linen yang Dicuci Ulang	Laundry	≤1%	273	7359	205	7640	101	7739	3.7	2.7	1.3	579	22738	2.5

35	Waktu tunggu Fisioterapi	FISIOTERAPI	30 menit	2252	52	1235	37	1627	40	43.3	33.4	40.7	5114	129	39.6
36	Kepatuhan pasien dengan jadwal HD	HD	100%	191	193	192	197	223	227	99.0	97.5	98.2	606	617	98.2
37	Permintaan produk darah yang tidak terpakai	UTDRS	10%	10	290	7	251	9	251	3.4	2.8	3.6	26	792	3.3
38	Ketersedian Darah dalam waktu 60 Menit	UTDRS	100%	22	35	36	49	36	45	62.9	73.5	80	94	129	72.9
39	Pelaksanaan Penyuluhan Kesehatan	PKRS	80%	8	8	1	1	2	2	100	100	100	11	11	100
40	Kehilangan Rekam Medis	PENYIMPANAN	0%	8	8406	4	8468	6	8891	0.10	0.05	0.07	18	25765	0.07
41	Ketepatan Pengembalian	VIP	>80%	10	34	18	28	15	29	29.4	64.3	51.7	43	91	47.3
		BEDAH		87	107	99	112	81	97	81.3	88.4	83.5	267	316	84.5
		ICU		9	10	17	17	24	24	90.0	100.0	100.0	50	51	98.0
		KB		102	128	89	111	80	94	79.7	80.2	85.1	271	333	81.4
		PERI		14	104	28	65	14	74	13.5	43.1	18.9	56	243	23.0
	case mix	INT		87	111	83	106	74	93	78.4	78.3	79.6	244	310	78.7
		ANAK		107	115	101	109	68	80	93.0	92.7	85.0	276	304	90.8
		PARU		72	79	61	77	65	74	91.1	79.2	87.8	198	230	86.1
		NEURO		35	47	28	31	29	33	74.5	90.3	87.9	92	111	82.9
		KLAS I TERPADU		20	32	24	43	10	27	62.5	55.8	37.0	54	102	52.9
		KLAS III TERPADU		64	77	92	111	51	62	83.1	82.9	82.3	207	250	82.8
		RSUD		607	844	640	810	511	687	71.9	79.0	74.4	1758	2341	75.1
42	Angka Respon Time Penanganan Trouble Hardware ≤30 menit	IT	100%	42	42	49	49	45	45	100	100	100	136	136	100
43	Ketepatan Waktu proses naik pangkat	Umum & Kepegawaian	85%	32			33			97.0			32	33	97.0
44	Rerata waktu pendistribusian surat tepat sasaran < 8 jam	Umum & Kepegawaian	100%	149	149	232	232	178	178	100	100	100	559	559	100

45	Persentase Kebersihan Ruang Terhadap Kinerja Cleaning Service Di Unit Kerja	CS	≥85 %	67	80	73	80	66	80	83.75	91.25	82.5	206	240	85.8
46	Angka Kejadian Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	IMPU PPI 01	≤5,8%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
47	Angka Kejadian Hospital Acquired Pneumonia (HAP)	IMPU PPI 02	≤1%	0	215	0	218	0	262	0	0	0	0	695	0
48	Angka kejadian infeksi aliran darah primer (IADP)	IMPU PPI 03	3,5%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
49	Infeksi daerah operasi (IDO)	IMPU PPI 04	2%	0	153	0	146	0	156	0.0	0	0	0	455	0.0
50	Angka kejadian infeksi saluran kemih (ISK)	IMPU PPI 05	≤4,7%	0	649	0	692	0	764	0	0	0.0	0	2105	0.0
51	Angka kejadian infeksi Luka infus (ILI)/ Phlebitis	IMPU PPI 06	≤1%	0	3569	0	3551	0	3549	0	0.0	0	0	10669	0.0
52	Ketepatan waktu penyampaian laporan unit ke komite mutu	IMPU MUTU	80%	26	35	29	35	30	35	74.3	82.9	85.7	85	105	81.0
53	Angka Kredensial dan Re Kredensial Perawat dan Bidan	IMPU KOMKEP	100%	31			31			100			31	31	100
54	Kelengkapan Data Peserta Didik	IMPU KORDIK	100%	91	91	54	55	3	3	100	98.2	100	148	149	99.3