

LAPORAN

PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP) TRIWULAN I

TAHUN 2020



Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611

Phone : (0756) 21428-21518, Fax. 0756- 21398

KATA PENGANTAR

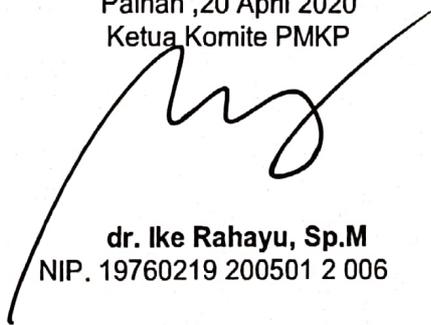
Puji dan syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan **Laporan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Triwulan I Tahun 2020.**

Laporan memuat data, analisis, dan rekomendasi terhadap pelaksanaan tindak lanjut kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Dr. Muhammad Zein Painan selama Triwulan I Tahun 2020.

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

Pada akhirnya kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Laporan Triwulan I Tahun 2020 RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.


Direktor
dr. H. Sutarman, MM
NIP. 19690709/200112 1 001

Painan ,20 April 2020
Ketua Komite PMKP

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

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
BAB I PENDAHULUAN	
A. <u>Latar Belakang.....</u>	1
B. <u>Tujuan.....</u>	2
1. <u>Tujuan Umum.....</u>	2
2. <u>Tujuan Khusus.....</u>	2
BAB II HASIL KEGIATAN DAN ANALISA DATA	
A. <u>Indikator Mutu.....</u>	3
B. <u>Capaian Indikator Mutu Triwulan I 2020 (Data Januari-Maret)</u>	6
C. <u>Analisa Data Indikator Mutu Triwulan I Tahun 2020</u>	
1. <u>Kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien.....</u>	9
2. <u>Emergency Respon Time</u>	10
3. <u>Waktu Tunggu Rawat Jalan.....</u>	11
4. <u>Penundaan Operasi Elektif.....</u>	12
5. <u>Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis.....</u>	13
6. <u>Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium.....</u>	14
7. <u>Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional</u>	15
8. <u>Kepatuhan Cuci Tangan.....</u>	15
9. <u>Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cidera Akibat Pasien Jatuh Pada Pasien Ranap</u>	16
10. <u>Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway.....</u>	18
11. <u>Kepuasan Pasien.....</u>	19
12. <u>Pelaksanaan Inisiasi Menyusui Dini pada BBL.....</u>	20
13. <u>Keterlambatan Operasi Sectio Secaria (SC) dalam Waktu 30 Menit.....</u>	20
14. <u>Keterlambatan Penyediaan Darah.....</u>	21
15. <u>Pemberian Obat MgSO4 pada Pasien dengan Pre Eklamsia dan Eklamsi.....</u>	22
16. <u>Kepatuhan Pemasangan Gelang Identitas Pasien Pada Pasien Ponek di IGD</u>	23
17. <u>Konfirmasi Instruksi Verbal Per Telepon ≤24 Jam Pada Pasien PONEK....</u>	24
18. <u>Pelaksanaan Double Chek Saat Pemberian Obat Higt Alert.....</u>	25
19. <u>Kejadian Tidak Dilakukan Penandaan Lokasi Operasi</u>	26
20. <u>Kepatuhan Petugas Cuci Tangan.....</u>	26
21. <u>Kelengkapan Pengisian Format Surgical Safety Check List.....</u>	27

22. Kejadian Tidak Dilakukam Penandaan Lokasi Operasi.....	28
23. Kepatuhan Pelaksanaan Asesmen Pra Bedah.....	29
24. Diskrepansi Diagnose Pre dan Post Operasi.....	30
25. Ketidak Lengkapan Pelaksanaan Asesmen Pra Anastesi Dan Pra Sedasi.	30
26. KetidakLengkapan Monitoring Dan Evaluasi Pasca	31
27. Pemulihan Pasca Anastesi dan Sedasi.....	32
28. KetidakLengkapan Monitoring Dan Evaluasi Konversi Tindakan Dari Lokal/ Regional Ke General Anastesi.....	32
29. KetidakLengkapan Monitoring an Evaluasi Status Fisiologis Selama Anastesi Dan Sedasi	33
30. Komunikasi SBAR Saat Serah Terima Antar Shift.....	34
31. Ketepatan Dalam Pemberian Diet Pasien.....	35
32. Ketepatan Jadwal Penyajian Makanan Di Ruang Rawat Inap.....	36
33. Ketepatan Cita Rasa Makanan Pasien Rawat Jalan.....	36
34. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Pasien.....	37
35. Kepatuhan Ahli Gizi Dalam Memberikan Asuhan Gizi.....	38
36. Ketidak patuhan pasien dengan jadwal HD.....	39
37. Penanganan Pasien TB Yang Tidak Sesuai Dengan Strategi DOTS.....	40
38. Permintaan Produk Darah Yang Tidak Terpakai.....	40
39. Ketepatan Pengembalian RM Rawat Inap.....	41
40. Penomoran Rekam Medis Ganda.....	42
41. Kehilangan Dokument RM Pasien Rawat Inap.....	42
42. Kelengkapan Assesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan.....	43
43. Kelengkapan Assesmen Awal Medis Pasien Rawat Jalan.....	44
44. Angka Kejadian Plebitis.....	46
45. Angka Kejadian ISK.....	47
46. Angka Kejadian IDO.....	47
47. Angka Kejadian VAP.....	48
48. Angka Kejadian IADP.....	48
49. Angka Kejadian Dekubitus.....	49

BAB III PENUTUP	50
------------------------------	-----------

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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

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

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

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

manajemen tersebut difokuskan pada keselamatan pasien dan upaya peningkatan mutu pelayanan.

B. Tujuan

1. TujuanUmum

Terdokumentasinya pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan Triwulan I Tahun 2020.

2. TujuanKhusus

Terdokumentasinya peningkatkan mutu pelayanan melalui standarisasi dan monitoring indikator di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan Triwulan I Tahun 2020.

BAB II HASIL KEGIATAN DAN ANALISA

A. INDIKATOR MUTU

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

- a. Indikator Mutu Nasional sebanyak 12 Indikator
- b. Indikator Mutu Prioritas sebanyak 11 Indikator
- c. Indikator yang dipersyaratkan BAB 10 Indikator
- d. Indikator mutu Unit 13 Indikator
- e. Indikator Mutu Kinerja PPA

Berikut ini indikator mutu rumah sakit sesuai dengan SK Direktur Nomor 800/09. /RSUD-SK/I/2020 tentang Penetapan Indikator Mutu dan Kamus Indikator RSUD Dr Muhammad Zein Painan, telah ditetapkan untuk dilaksanakan dan dievaluasi indikator mutu rumah sakit, sebagai berikut:

Tabel 2.1
Daftar Indikator Mutu Rumah Sakit

NO	KODE	INDIKATOR MUTU
A	IMN	INDIKATOR MUTU NASIONAL
1	IMN01	Kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien
2	IMN02	Emergency Respon Time
3	IMN03	Waktu tunggu rawat jalan
4	IMN04	Penundaan operasi elektif
5	IMN05	Ketepatan jam visite dokter spesialis
6	IMN06	Waktu pelaporan nilai kritis laboratorium
7	IMN07	Kepatuhan penggunaan formularium nasional
8	IMN08	Kepatuhan cuci tangan
9	IMN09	Pencegahan cedera akibat pasien jatuh
10	IMN10	Kepatuhan penggunaan clinical pathway
11	IMN11	Kepuasan pasien
12	IMN12	Kecepatan respon terhadap komplain (KRK)
B	IMP	INDIKATOR MUTU PRIORITAS
13	IMP-PONEK03	Pelaksanaan inisiasi menyusu dini (IMD) pada bayi baru lahir (BBL)
14	IMP-PONEK04	Pelaksanaan operasi sectio secaria (SC) dalam waktu 30 menit
15	IMP-PONEK05	Ketersediaan darah dalam waktu 60 menit
16	IMPP-IAM01	Pemberian obat MgSO4 pada pasien dengan Pre Eklamsi dan Eklamsi
17	IMPP-IMN02	Kepuasan Pelanggan (KP)
18	IMP-ISKP01	Kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien pada pasien PONEK di IGD
19	IMP-SKP02	Konfirmasi instruksi verbal per telepon ≤24 jam pada PONEK
20	IMP-SKP03	Pelaksanaan Double Chek saat pemberian obat Higt Alert
21	IMP-ISKP04	Penandaan lokasi operasi pada pasien PONEK
22	IMP-IMN08	Kepatuhan cuci tangan
23	IMP-ISKP06	Kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat kejadian pasien jatuh

C	IYDB	INDIKATOR YANG DIPERSYARATKAN BAB
26	IYDB-PAB01	Kelengkapan pengisian format surgical safety check list
27	IYDB-PAB02	Kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi
28	IYDB-PAB03	Kepatuhan pelaksanaan asesmen pra bedah
29	IYDB-PAB04	Diskrepansi diagnose pre dan post operasi
30	IYDB-PAB05	Ketidaklengkapan pelaksanaan asesmen pra anastesi dan pra sedasi
31	IYDB-PAB06	Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi pasca pemulihan pasca anastesi dan sedasi
32	IYDB-PAB07	Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi konversi tindakan dari lokal/regional kegeneral anastesi
33	IYDB-PAB08	Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi status fisiologis selama anastesi dan sedasi
34	IYDB09	Waktu tunggu pelayanan radiologi
35	IYDB-SKP02	Konfirmasi SBAR saat serah terima antar shift
36	IYDB10	Permintaan produk darah yang tidak terpakai
D	IMPU	INDIKATOR MUTU UNIT
37	IMPU-GIZI01	Ketepatan dalam pemberian diet pasien
38	IMPU-GIZI02	Ketepatan jadwal penyajian makanan di ruang rawat inap
39	IMPU-GIZI03	Ketepatan cita rasa makanan pasien rawat inap
40	IMPU-GIZI04	Sisa makanan yang tidak termaskan pasien
41	IMPU-GIZI05	Kepatuhan ahli gizi dalam memberikan asuhan gizi (Pengisian form asuhan gizi) di ruang rawat inap
42	IMPU-RM 1	Ketepatan pengembalian RM rawat inap dalam waktu $\leq 2 \times 24$ jam
43	IMPU-RM 2	Pemomoran RM ganda
44	IMPU-RM 3	Kehilangan dokumen RM pasien ranap
45	IMPU-HD	Ketidakpatuhan pasien dengan jadwal HD
46	IMPU VIP	Keterlambatan Pemberian resume medis
47	IMPU-LAB	Waktu Tunggu Hasil pemeriksaan Laboratorium
48	IMPU-PARU	Penanganan pasien TB yang tidak sesuai dengan strategi DOTS
49	IYDB10	Permintaan produk darah yang tidak terpakai

**REKAPITULASI LAPORAN INDIKATOR MUTU
RSUD dr. M ZEIN PAINAN
TAHUN 2020**

1. INDIKATOR MUTU NASIONAL

NO	NAMA INDIKATOR	KODE	STANDAR	CAPAIAN			KET
				JAN	FEB	MAR	
1	Kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien	IMN01	100%	81.9	92.4	97.2	
2	Emergency Respon Time	IMN02	100%	100	100	100	
3	Waktu tunggu rawat jalan	IMN03	≤60menit	129	125	102	
4	Penundaan operasi elektif	IMN04	<5%	0	0	0	
5	Ketepatan jam visite dokter spesialis	IMN05	≥80%	82.5	92.4	83.9	
6	Waktu pelaporan nilai kritis laboratorium	IMN06	100%	92.3	100	100	
7	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	IMN07	≥80%	91.4	90.7	90,8	
8	Kepatuhan cuci tangan	IMN08	≥85%	91.0	92.0	100.0	
9	Pencegahan cedera akibat pasien jatuh	IMN09	100%	89.7	94.0	89.7	
10	Kepatuhan penggunaan clinical pathway	IMN10	80%	43.7	47.6	49.6	
11	Kepuasan pasien	IMN11					
		SDM	≥80%	100	100	100	
		SISTEM/ PROSEDUR	≥80%	100	100	100	
		SAPRAS	≥80%	97.7	97.7	97.7	
		LINGKUNGAN	≥80%	99.0	99.0	98.9	
12	Kecepatan respon terhadap komplain (KRK)	IMN12	>75%	100	100	100	

3. INDIKATOR MUTU PRIORITAS

NO	NAMA INDIKATOR	KODE	STANDAR	CAPAIAN			KET
				JAN	FEB	MAR	
13	Kejadian tinisiasi Tidak Dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada bayi baru lahir (BBL)	IMP-PONEK03	0.5%	0	0	0	
14	Angka Keterlambatan operasi sectio secaria (SC) dalam waktu 30 menit	IMP-PONEK04	0%	18.2	33.3	45.7	
15	Keterlambatan Penyediaan Darah ≤60 menit	IMP-PONEK05	0%	0	0	0	
16	Pemberian obat MgSO4 pada pasien dengan Pre Eklamsi dan Eklamsi	IMPP-IAM01	100%	100	100	100	

NO	NAMA INDIKATOR	KODE	STANDAR	CAPAIAN	KET
----	----------------	------	---------	---------	-----

				JAN	FEB	MAR	
17	Kepuasan Pelanggan (KP)	IMP-IMN02	80%				
		SDM	≥80%	100	100	100	
		SISTEM/ PROSEDUR	≥80%	100	100	100	
		SAPRAS	≥80%	97.7	97.7	97.7	
		LINGKUNGAN	≥80%	99.0	99.0	98.9	
18	Kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien pada pasien PONEK di IGD	IMP-ISKP01	100%	100	100	100	
19	Konfirmasi instruksi verbal per telepon ≤24 jam pada PONEK	IMP-SKP02	100%	79.2	76.5	100	
20	Pelaksanaan Double Chek saat pemberian obat Higt Alert	IMP-SKP03	100%	100	100	100	
21	Kejadian Tidak Dilakukan Penandaan lokasi operasi pada pasien PONEK	IMP-ISKP04	2%	6.1	33.3	23.7	
22	Kepatuhan cuci tangan	IMP-IMN08	≥85%	91	92	100	
23	Kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat kejadian pasien jatuh	IMP-ISKP06	100%	100	100	100	

4. INDIKATOR MUTU UNIT

NO	NAMA INDIKATOR	KODE	STANDAR	CAPAIAN			KET
				JAN	FEB	MAR	
24	Ketepatan dalam pemberian diet pasien	IMPU-GIZI01	≥85%	100	100	100	
25	Ketepatan jadwal penyajian makanan di ruang rawat inap	IMPU-GIZI02	100	100	100	100	
26	Ketepatan cita rasa makanan pasien rawat inap	IMPU-GIZI03	80	81	83	78	
27	Sisa makanan yang tidak termaskan pasien	IMPU-GIZI04	≤20	56.5	57.1	60.0	
28	Kepatuhan ahli gizi dalam memberikan asuhan gizi (Pengisian form asuhan gizi) di ruang rawat inap	IMPU-GIZI05	≥80	84.0	84.4	85.7	
30	Penanganan pasien TB yang tidak sesuai dengan strategi DOTS	IMPU-PARU	0	0	0	0	
31	Permintaan produk darah yang tidak terpakai	IYDB10	1%	37.8	57.4	5.6	
32	Ketepatan pengembalian RM rawat inap dalam waktu ≤2x24 jam	IMPU-RM 1	80	61.5	59.3	62.5	
33	Pemomoran RM ganda	IMPU-RM 2	0	0.04	0.02	0	
34	Kehilangan dokumen RM pasien ranap	IMPU-RM 3	0	0.03	0.04	0	

NO	NAMA INDIKATOR	KODE	STANDAR	CAPAIAN			KET
				JAN	FEB	MAR	

35	Kelengkapan asesmen awal keperawatan pasien rawat jalan ≤ 60 Menit	K-Perawat-03	100%	91.8	97.8	97.1
36	Kelengkapan asesmen awal medis pasien rawat jalan ≤ 60 Menit	K-Dokter-03	100%	85.3	97.8	97.9
37	Angka kejadian infeksi Luka infus (ILI)/ Phlebitis	IMPU-PPI6	1,5%	0.1	0.07	0.13
38	Angka kejadian infeksi saluran kemih (ISK)	IMPU-PPI5	1,5%	0	0	0
39	Infeksi daerah operasi (IDO)	IMPU-PPI4	1,5%	0	0	0
40	Angka kejadian Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	IMPU-PPI1	1,5%	0	0	0
41	Angka kejadian infeksi aliran darah primer (IADP)	IMPU-PPI2	1,5%	0	0	0
42	Angka kejadian hospital acquired pneumonia (HAP)	IMPU-PPI3	1,5%	0	0	0
43	Angka kejadian infeksi dekubitus	IMPU-PPI7	1,5%	0	0	0
44	Ketidakpatuhan pasien dengan jadwal HD	IMPU-HD	0	1.9	2.0	6.8
45	Keterlambatan Pemberian resume medis	IMPU VIP	0	0	0	0
46	Waktu Tunggu Hasil pemeriksaan Laboratorium	IMPU-LAB	≤120 Menit	44	45	53

2. INDIKATOR MUTU DIPERSYARATKAN BAB

NO	NAMA INDIKATOR	KODE	STANDAR	CAPAIAN			KET
				JAN	FEB	MAR	
46	Kelengkapan pengisian format surgical safety check list	IYDB-PAB01	100%	89.8	94.3	94.5	
47	Kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi	IYDB-PAB02	0%	6.1	25.5	23.7	
48	Pelaksanaan asesmen pra bedah	IYDB-PAB03	100%	74.6	43.7	23.3	
49	Diskrepasi diagnose pre dan post operasi	IYDB-PAB04	0%	0	0	0	
50	Ketidakkelengkapan pelaksanaan asesmen pra anastesi dan pra sedasi	IYDB-PAB05	0%	12.1	0	18,9	
51	Ketidakkelengkapan monitoring dan evaluasi pasca pemulihan pasca anastesi dan sedasi	IYDB-PAB06	0%	6.6	2.1	5.7	
52	Ketidakkelengkapan monitoring dan evaluasi konversi tindakan dari lokal/regional kegeneral anastesi	IYDB-PAB07	0%	0	0	0	
53	Ketidakkelengkapan monitoring dan evaluasi status fisiologis selama anastesi dan sedasi	IYDB-PAB08	0%	3.5	3.4	5.7	
54	Keterlambatan hasil foto rawat jalan lebih dari 30 menit	IYDB09				18	
55	Konfirmasi SBAR saat serah terima antar shift	IYDB-SKP02	100%	43.7	47.6	49.6	

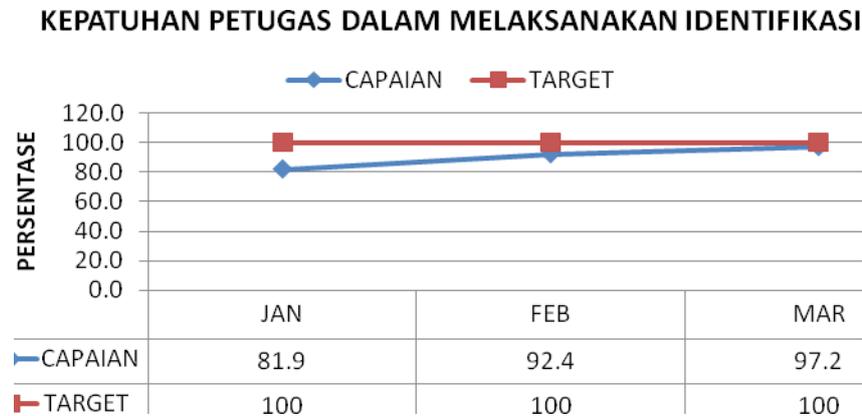
6. INDIKATOR MUTU KINERJA PPA

NO	NAMA INDIKATOR	KODE	STANDAR	CAPAIAN			KET
				JAN	FEB	APR	
56	Kelengkapan asesmen awal keperawatan pasien rawat jalan ≤60 menit	K-PERAWAT1	100%	91.8	97.8	97.1	

ANALISA DATA INDIKATOR MUTU TRIWULAN I TAHUN 2020

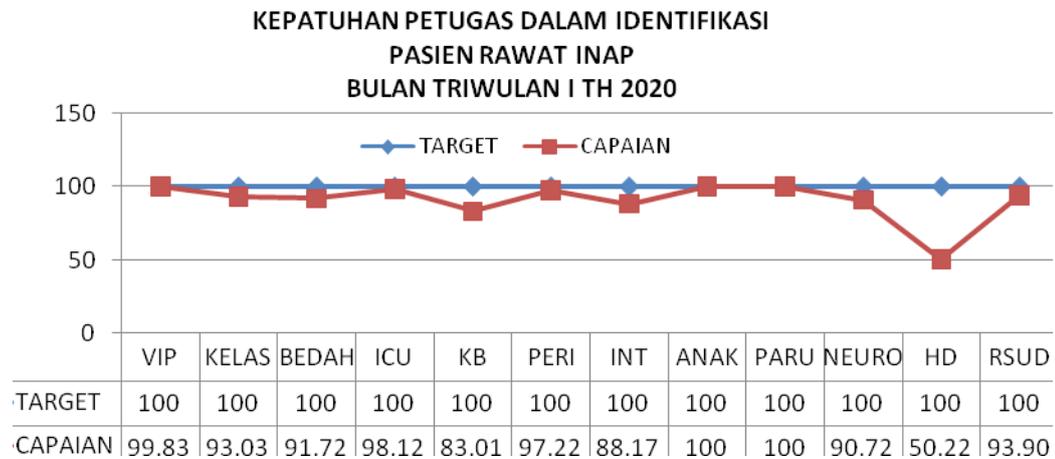
1. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN IDENTIFIKASI PASIEN

Kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien pada rawat inap pada Bulan Januari sd. Maret 2020 dapat dilihat pada grafik berikut :



Grafik 2.1 Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien Triwulan I Tahun 2020

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



Grafik 2.2 Kepatuhan Petugas Dalam Identifikasi Petugas Pasien per Unit Rawat Inap

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung meningkat mendekati standar. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 81,9%. Capaian yang hampir mendekati standart adalah pada bulan maret yaitu 97.2%, Namun kalau

dilihat pencapaian indikator tiap ruangan trennya bervariasi, ruangan yang telah

mencapai target terdapat pada ruangan paru dan anak, sedangkan ruangan yang jauh dari target terdapat pada ruangan HD. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

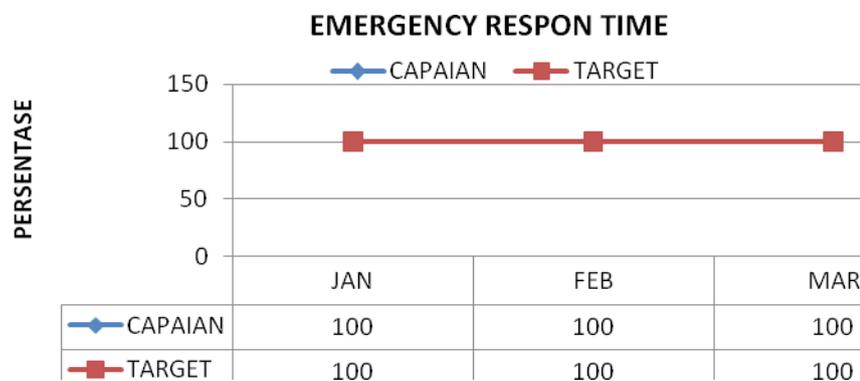
1. Kepatuhan melaksanakan identifikasi pasien belum menjadi budaya dalam memberikan pelayanan kepada pasien
2. Kurangnya kesadaran petugas tentang pentingnya identifikasi pasien
3. Pemahaman terhadap kamus indikator kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien masih kurang
4. Supervisi kepala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

Rekomendasi :

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

5. EMERGENCY RESPON TIME

Capaian Emergency Respon Time pada bulan Januari sd. Maret tahun 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini



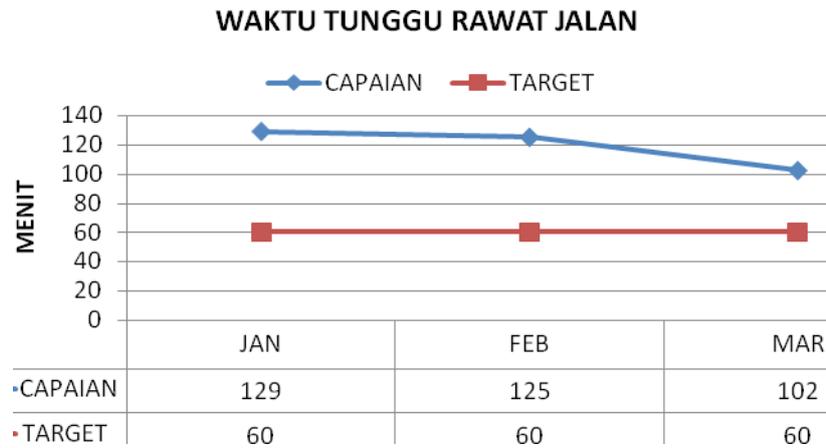
Grafik 2.3 Emergency Respon Time Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu emergency respon time pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indikator mutu ini adalah 100%, rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 100%. Capaian indikator ini sudah mencapai standart.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indikator yang telah ada

6. WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN

Capaian waktu tunggu rawat jalan pada bulan Januari sd. Maret 2020 dapat dilihat pada grafik berikut ini:



Grafik 2.4 Waktu Tunggu Rawat Jalan Triwulan I Tahun 2020

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



Grafik 2.5 Waktu Tunggu Rawat Jalan Triwulan I tahun 2020

Grafik diatas adalah capaian indicator mutu waktu tunggu rawat jalan pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung mendekati standar. Standart indicator mutu ini adalah 60 menit, rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 118.6 menit.

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

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

Rekomendasi :

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

5. PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF

Penundaan Operasi elektif pada bulan Januari sd. Maret 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



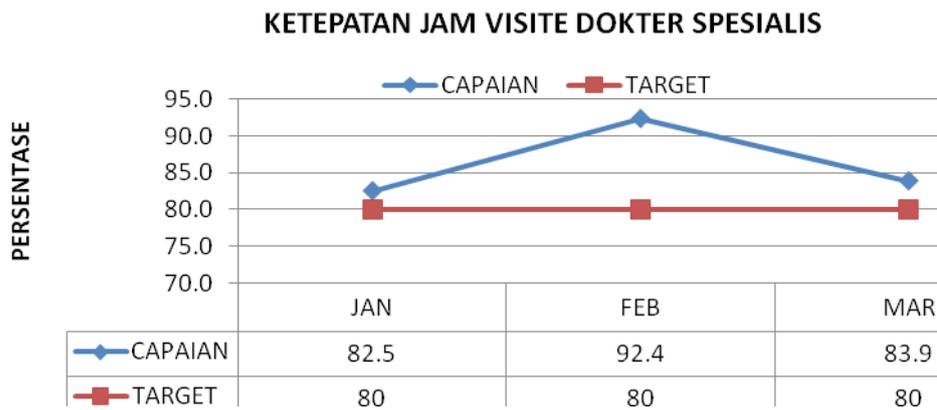
Grafik 2.6 Penundaan Operasi Elektif Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu penundaan operasi elektif pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah <5%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian indicator ini sudah dibawah standart yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

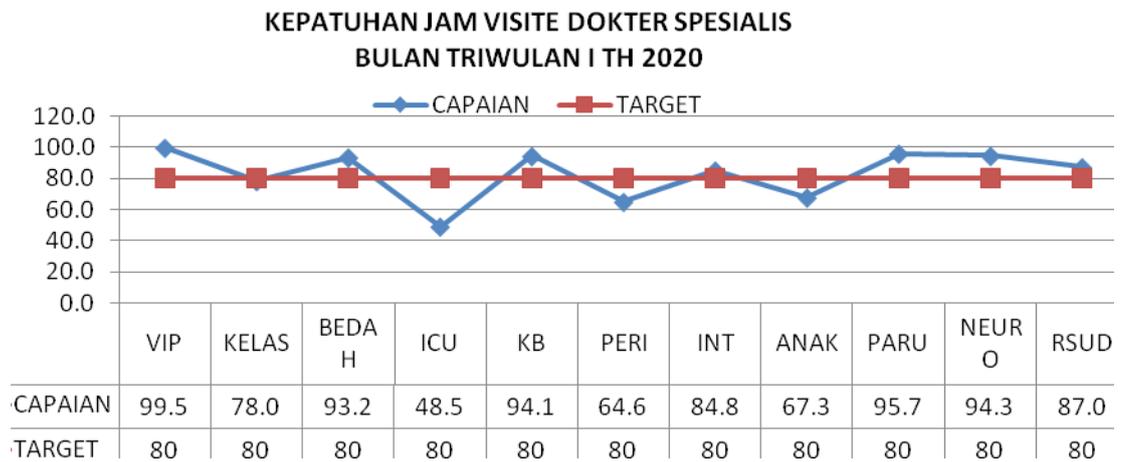
6. KETEPATAN JAM VISITE DOKTER SPESIALIS

Capaian jam visite dokter spesialis pada Bulan Januari sd. Maret 2020 dapat ditunjukkan pada grafik dibawah ini:



Grafik 2.7 Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis Per Triwulan I Tahun 2020

Capaian jam visite dokter spesialis bervariasi untuk setiap unit, grafik capaian kepatuhan jam visite dokter spesialis dapat ditunjukkan pada grafik dibawah ini :



Grafik 2.8 Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan jam visite dokter spesialis pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah $\geq 80\%$, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 87.0%. Pencapaian indikator ini sudah mencapai target yang diharapkan. Namun dilihat dari tiap ruangan trennya bervariasi. Ruangan yang memenuhi standar terdapat pada ruangan Vip, Paru, Neuro, Kb, Bedah, Interne dan Kelas. Ruangan yang belum memenuhi standar indikator terdapat pada ruangan Perinatologi, Anak, ICU.

Belum tercapainya target indicator ini disebabkan:

1. Belum semua dokter spesialis visite sebelum jam 14.00 wib karena dokter tersebut melaksanakan pelayanan poliklinik pada pagi hari
2. Belum terbiasanya dokter spesialis visite di hari minggu dan hari libur nasional

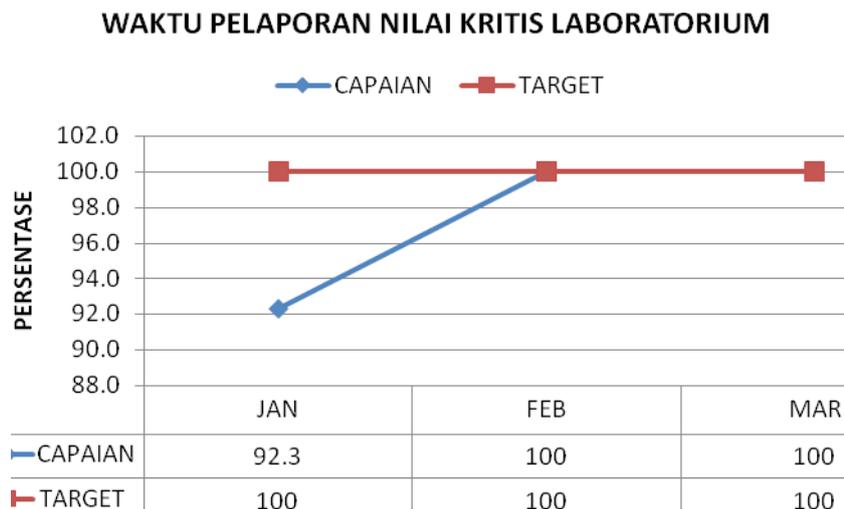
3. Pemahaman terhadap kamus indikator kepatuhan visite dokter spesialis masih kurang

Rekomendasi:

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

7. WAKTU PELAPORAN NILAI KRITIS LABORATORIUM

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



Grafik 2.9 Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium Triwulan I 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu waktu pelaporan nilai kritis laboratorium pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 97,4%. Capaian indikator ini sudah mencapai target yang diharapkan

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

8. KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL

Capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional triwulan I tahun 2020 ditunjukkan pada grafik dibawah:

KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL



Grafik 2.10 Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung menurun. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 90,96%. Capaian indikator belum mencapai standart yang telah ditetapkan

Belum tercapainya target indicator ini disebabkan:

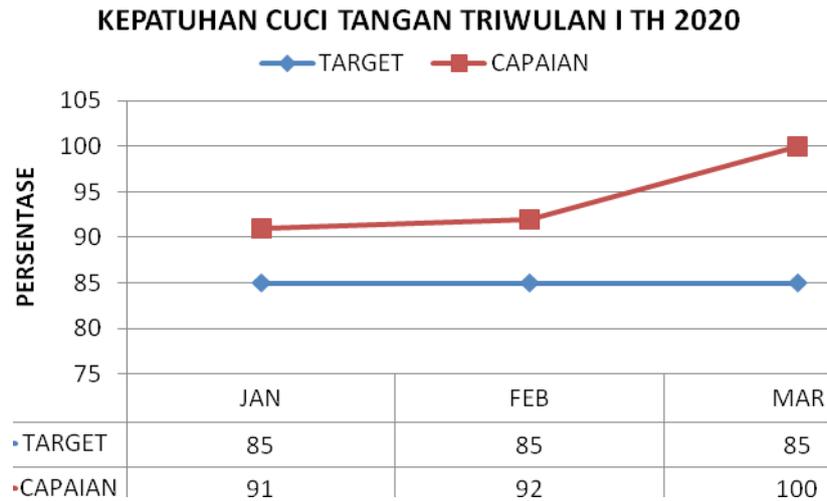
1. Kurangnya kesadaran petugas tentang pentingnya kepatuhan penggunaan formalarium
2. Pemahaman terhadap kamus kepatuhan penggunaan formalarium masih kurang

Rekomendasi:

1. Lakukan resosialisasi secara berkesinambungan tentang kamus indikator kepatuhan penggunaan formalarium
2. Lakukan monitoring dan evaluasi rutin tentang kepatuhan penggunaan formalarium
3. Lakukan resosialisasi formularium nasional

9. KEPATUHAN CUCI TANGAN

Capaian kepatuhan cuci tangan triwulan I Tahun 2020 ditunjukkan pada grafik dibawah:



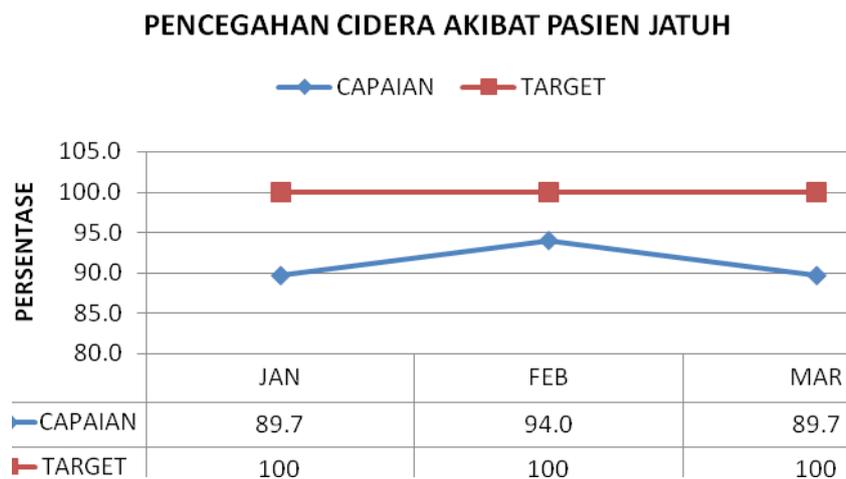
Grafik 2.11 Kepatuhan Cuci Tangan Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan cuci tangan pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 85%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 94,3%. pencapaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

10. KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RESIKO CIDERA AKIBAT PASIEN JATUH

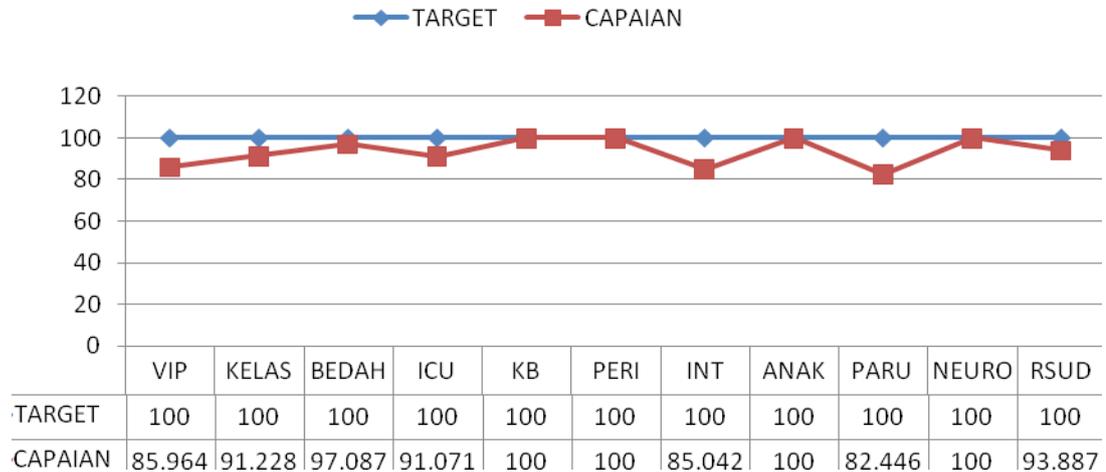
Capaian pencegahan resiko cidera akibat pasien jatuh ditunjukkan pada grafik dibawah ini :



Grafik 2.12 Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cidera Akibat Pasien Jatuh Triwulan I Tahun 2020

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

KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RESIKO CIDERA AKIBAT PASIEN JATUH PADA PASIEN RAWAT INAP BULAN TRIWULAN I TH 2020



Grafik 2.13 Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 93.8%. Capaian yang sudah mencapai standart adalah ruang rawat inap perinatologi, Kb, Anak dan neorologi yaitu 100%, sedangkan capaian yang jauh dari standart adalah ruang Paru, yaitu 82,4%.

Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

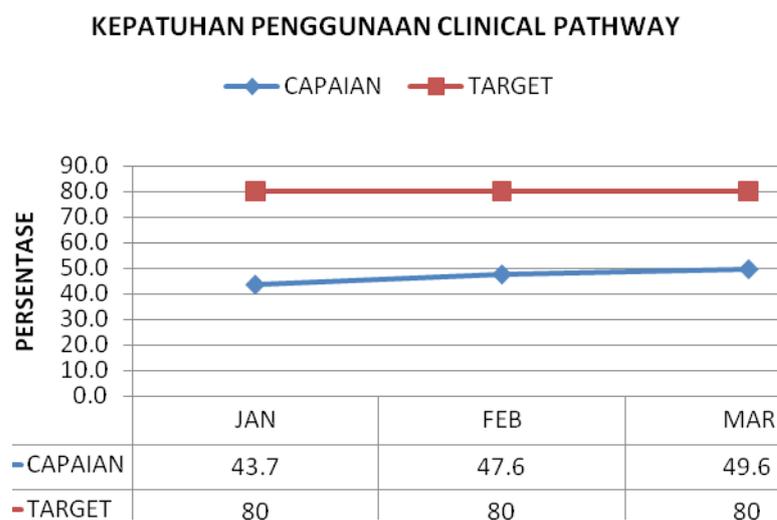
1. Pelaksanaan skrining resiko jatuh pada rawat inap belum optimal
2. Belum terlaksananya asesmen ulang resiko jatuh karena belum tersosialisasinya form asesmen ulang resiko jatuh
3. Sarana dan prasarana untuk penandaan resiko jatuh masih kurang, karena gelang/stiker resiko jatuh kadang-kadang tidak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

Rekomendasi :

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

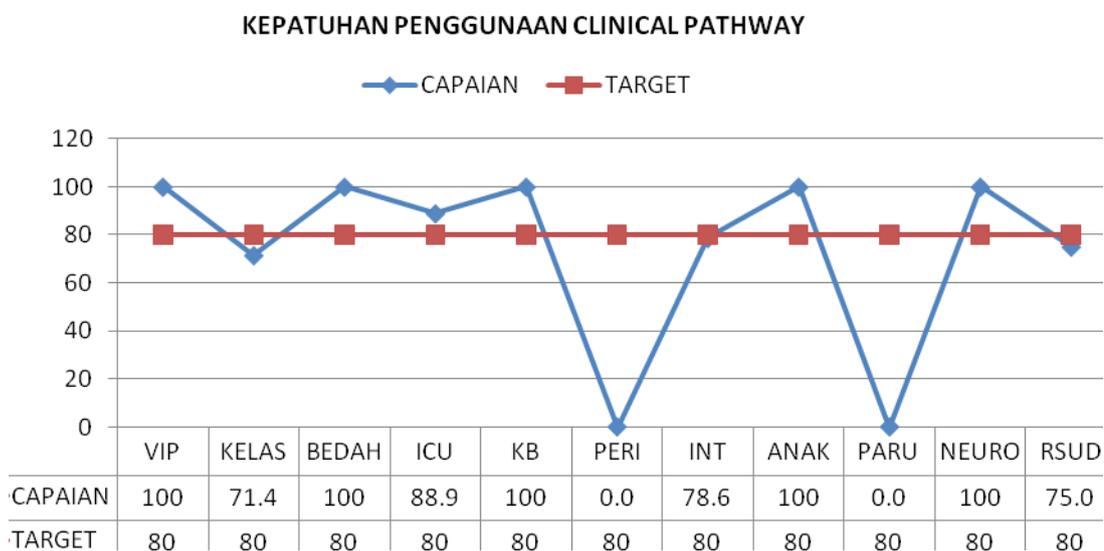
11. KEPATUHAN PENGGUNAAN CLINICAL PATHWAY

Capaian kepatuhan penggunaan clinical pathway bulan Januari sd. Maret 2020 ditunjukkan pada grafik dibawah:



Grafik 2.14 Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway Triwulan I Tahun 2020

Capaian untuk masing-masing ruangan dapat dilihat pada grafik dibawah ini dimana ada beberapa unit yang belum melaksanakan indicator ini sehingga mempengaruhi capaian RSUD.



Grafik 2.14 Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan penggunaan clinical pathway pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah

93,9%. Capaian yang sudah mencapai standart adalah ruang rawat inap kebidanan, vip, bedah, anak, neuro yaitu 100%, sedangkan capaian yang jauh dari standart adalah ruang rawat inap kelas mandeh rubiah yaitu 71,4%. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

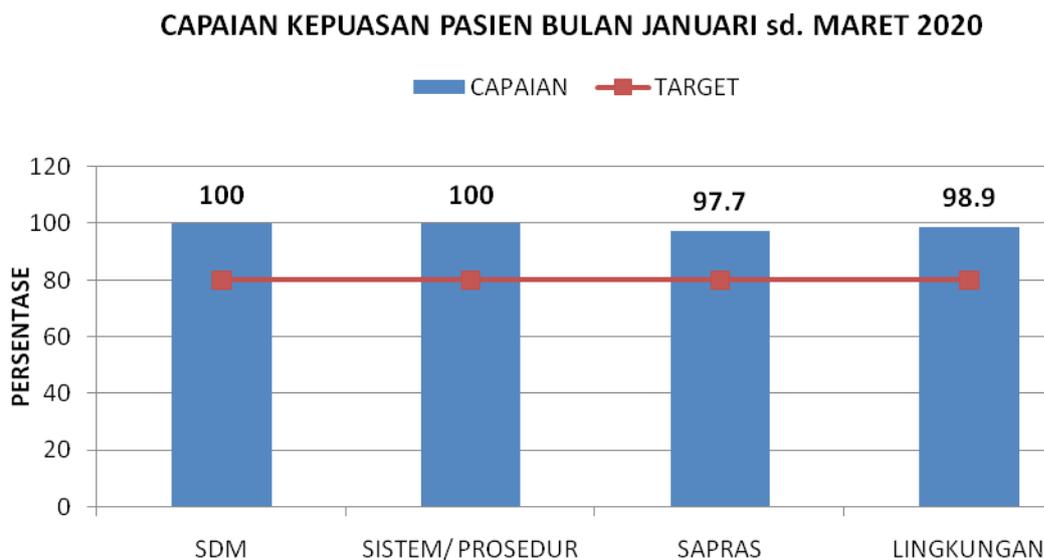
1. Belum tersosialisasinya dengan baik cara pengisian blangko clinical pathway
2. Banyaknya variasi blangko clinical pathway, sehingga ada wacana untuk revisi blangko clinical pathway. Akan tetapi revisi belum selesai, blanko lama tidak di jalankan.

Rekomendasi :

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

12. KEPUASAN PASIEN

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



Grafik 2.15 Tingkat kepuasan pelanggan triwulan I tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu Tingkat kepuasan pelanggan pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 99,15%. Pencapaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

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

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

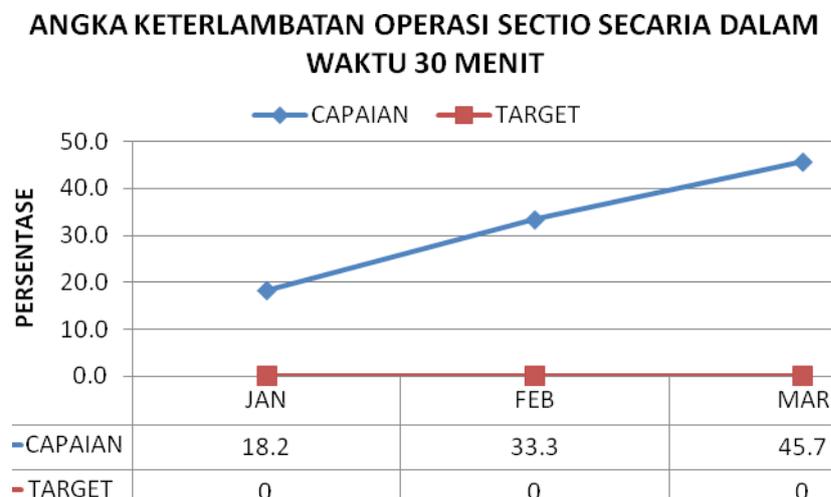


Grafik 2.16 Kejadian Tidak Dilaksanakan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) Pada Bayi Baru Lahir Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kejadian tidak dilaksanakan inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 0.5%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%. Pencapaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

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



Grafik 2.17 Keterlambatan Operasi Sectio Secaria (SC) Dalam Waktu 30 Menit Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu keterlambatan operasi sectio secaria (SC) pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 32,4%.

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

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

Rekomendasi :

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

15. KETERLAMBATAN PENYEDIAAN DARAH

Capaian keterlambatan penyediaan darah pada bulan Januari sd. Maret 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah:

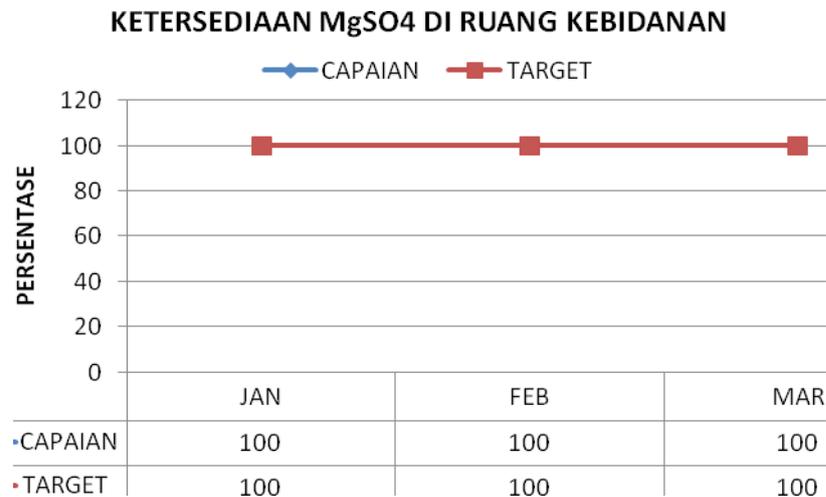


Grafik 2.18 Keterlambatan Ketersediaan Darah Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu keterlambatan ketersediaan darah dalam waktu 60 menit pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 0%, capaian indicator mutu ini sudah mencapai target.

16. KETERSEDIAAN MgSO₄ DI RUANG KEBIDANAN

Ketersediaan MgSO₄ di ruang kebidanan pada bulan Januari sd. Maret 2020 dapat dilihat dibawah ini:

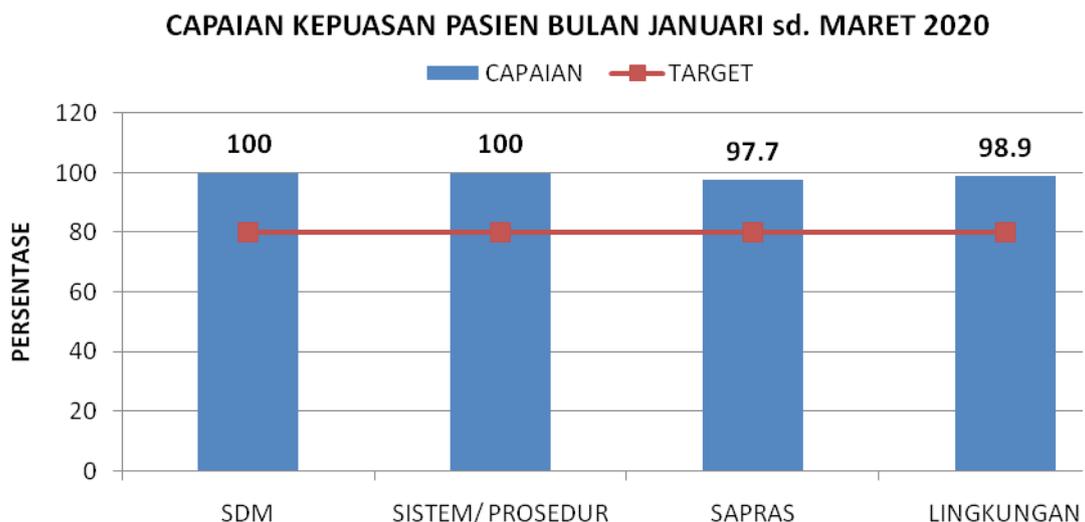


Grafik 2.19 Ketersediaan MgSO₄ Diruang Kebidanan Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketersediaan MgSO₄ di ruang kebidanan pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian sudah mencapai standart yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

17. KEPUASAN PELANGGAN (KP)



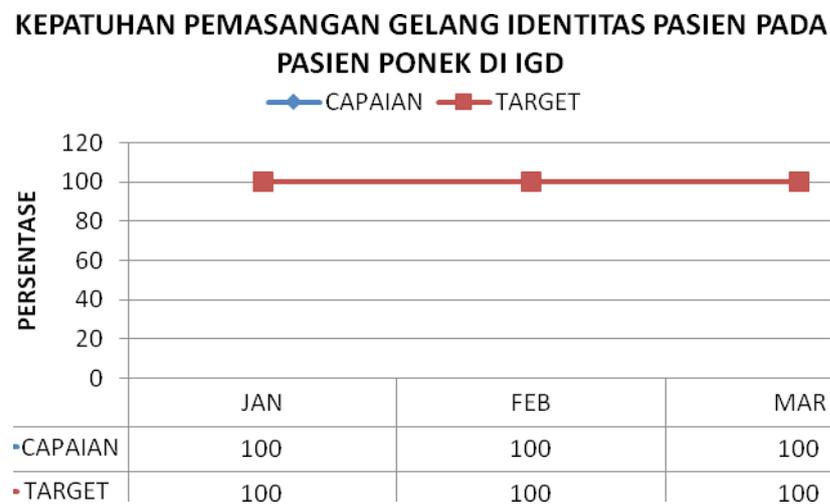
Grafik 2.20 Tingkat Kepuasan Pelanggan Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu Tingkat kepuasan pelanggan pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Standart indikator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 99,15%. Pencapaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indikator yang telah ada

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

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



Grafik 2.21 Kepatuhan Pemasangan Gelang Identitas Pasien Pada Pasien PONEK Di IGD Triwulan I Tahun 2020

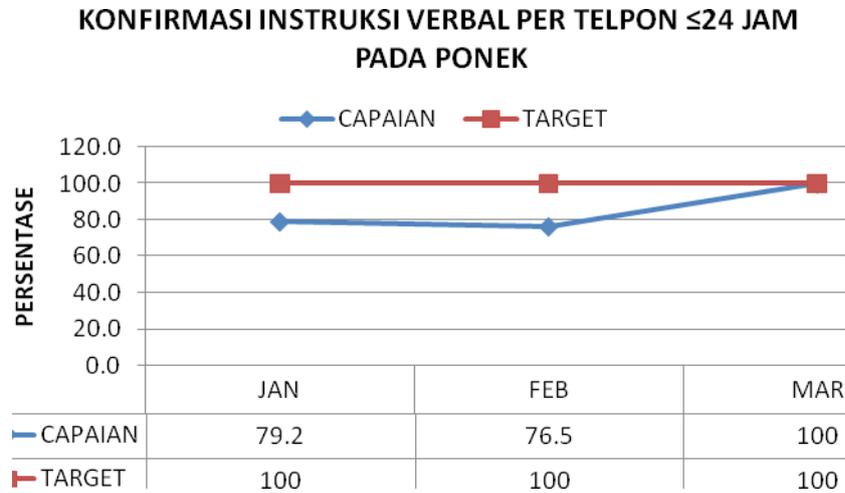
Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien pada pasien PONEK di IGD pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indikator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 100%.

Capaian sudah mencapai standart yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

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

Capaian konfirmasi intruksi verbal per telepon ≤ 24 jam pada ponek ditunjukkan pada grafik dibawah ini:



Grafik 2.22 Konfirmasi Instruksi Verbal Per Telepon ≤24 Jam Pada Pasien PONEK Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu konfirmasi instruksi verbal per telepon ≤24 jam pada pasien PONEK pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 85,2%. Capaian belum mencapai standart yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indukator mutu ini disebabkan oleh:

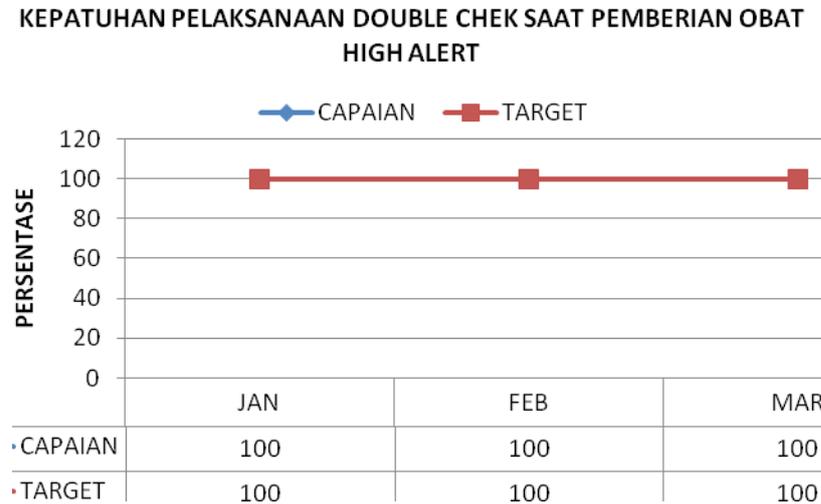
- Kurangnya pemahaman tentang kamus indicator mutu konfirmasi instruksi verbal per telepon ≤24 jam pada pasien PONEK

Rekomendasi :

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

20. KEPATUHAN PELAKSANAAN DOUBLE CHEK SAAT PEMBERIAN OBAT HIGH ALERT

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



Grafik 2.23 Kepatuhan Pelaksanaan Double Chek Saat Pemberian Obat Higt Alert Triwulan I Tahun 2020

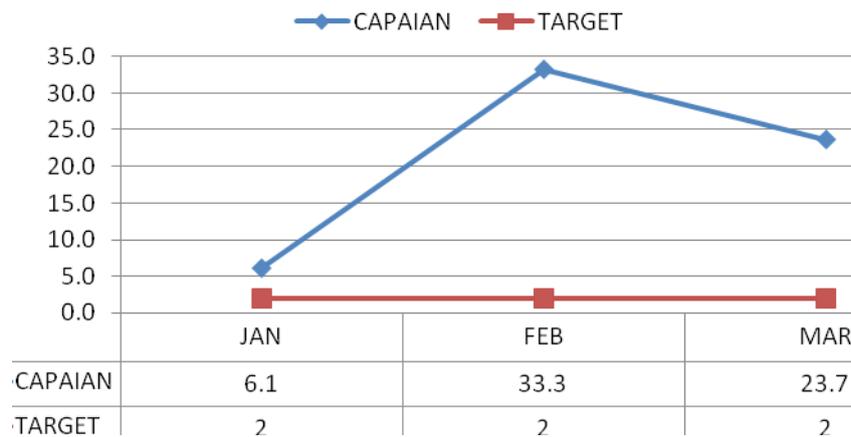
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan pelaksanaan double chek saat pemberian obat higt alert pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian sudah mencapai standart yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

21. KEJADIAN TIDAK DILAKUKAN PENANDAAN LOKASI OPERASI PASIEN PONEK

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

**KEJADIAN TIDAK DILAKUKAN PENANDAAN LOKASI OPERASI
PADA PASIEN PONEK**



Grafik 2.24 Penandaan Lokasi Operasi Pasien Ponek Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu penandaan lokasi operasi pasien ponek pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 2%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 12,7%.

Capaian pada Triwulan I tahun 2020 belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh :

1. Belum menjadi budaya melakukan penandaan lokasi operasi dalam memberikan pelayanan kepada pasien
2. Belum tersosialisasinya SPO penandaan lokasi

Rekomendasi :

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

22. KEPATUHAN CUCI TANGAN

Capaian pelaksanaan kepatuhan cuci tangan pada bulan Januari sd. April 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

KEPATUHAN CUCI TANGAN TRIWULAN I TH 2020



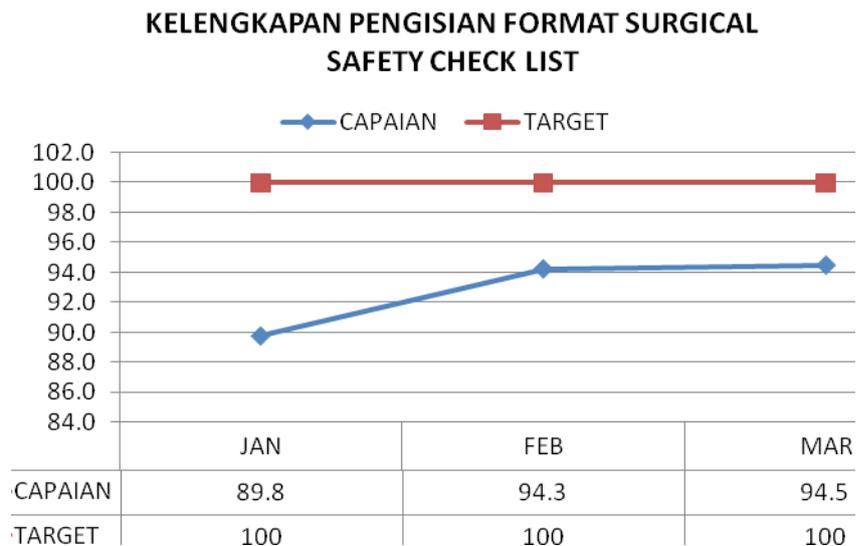
Grafik 2.25 Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Hand Hygiene Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan cuci tangan pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 85%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 94,3%. Pencapaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

23. KELENGKAPAN PENGISIAN FORMAT SURGICAL SAFETY CHECK LIST

Capaian pelaksanaan pengisian format surgical safety chek list pada bulan Januari sd. April 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 2.26 Kelengkapan Pengisian Format Surgical Safety Check List Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator Kelengkapan pengisian format surgical safety check list pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 92,8%.

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

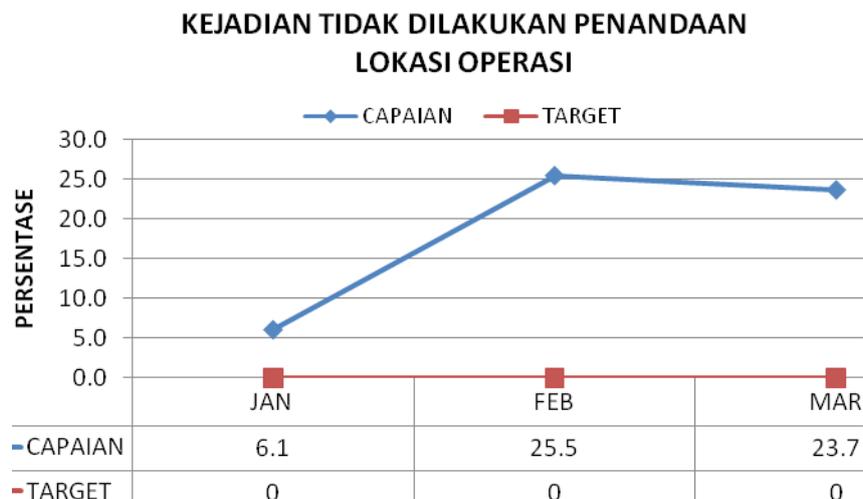
1. Sikap petugas yang belum merasa penting pelaksanaan kelengkapan pengisian surgical safety check list.
2. Padatnya jadwal operasi dan terbatasnya jumlah tenaga yang dinas

Rekomendasi :

1. Lakukan resosialisasi tentang pentingnya kelengkapan pengisian surgical safety check list.
2. Evaluasi kebutuhan tenaga dan beban kerja petugas

24. KEJADIAN TIDAK DILAKUKAN PENANDAAN LOKASI OPERASI

Capaian pelaksanaan pengisian penandaan lokasi operasi pada bulan Januari sd. April 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 2.27 Kejadian Tidak Dilakukan Penandaan Lokasi Operasi Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung menurun. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 18,4%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh:

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

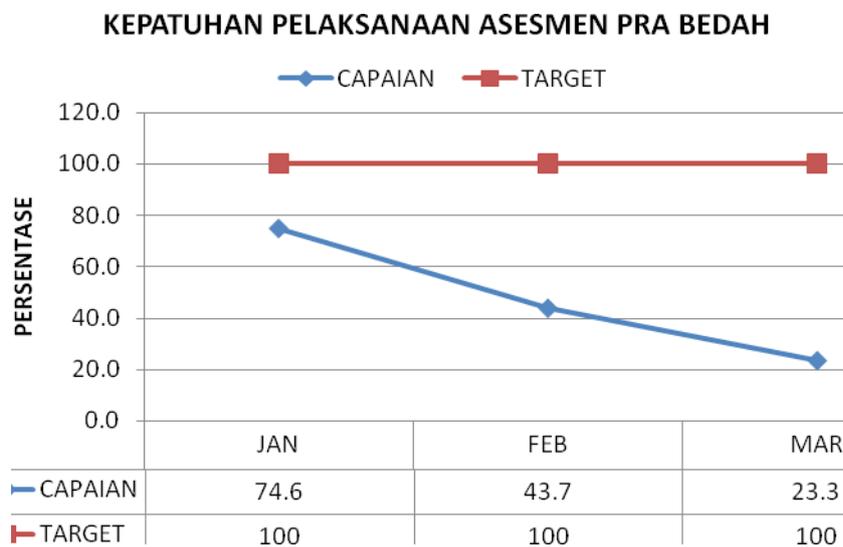
Rekomendasi :

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

Untuk selanjutnya akan dilakukan PDSA

25. KEPATUHAN PELAKSANAAN ASESMEN PRA BEDAH

Capaian pelaksanaan pelaksanaan asesmen pra bedah pada bulan Januari sd. April 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 2.28 Kepatuhan Pelaksanaan Asesmen Pra Bedah Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan pelaksanaan asesmen pra bedah pada triwulan I tahun 2020 trendnya cenderung menurun. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 47,2%.

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

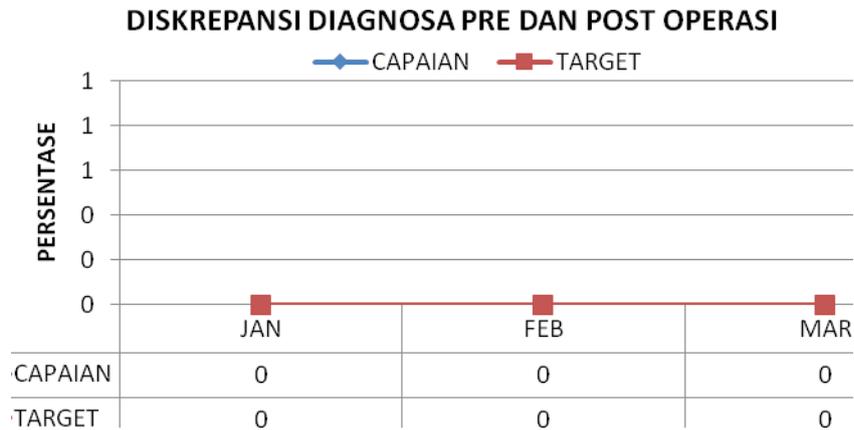
1. Komitmen yang belum adekuat dari DPJP untuk melengkapi asesmen pra bedah

Rekomendasi :

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

26. DISKREPANSI DIAGNOSE PRE DAN POST OPERASI

Capaian pelaksanaan diskrepansi diagnose pre dan post operasi pada bulan Januari sd. April 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



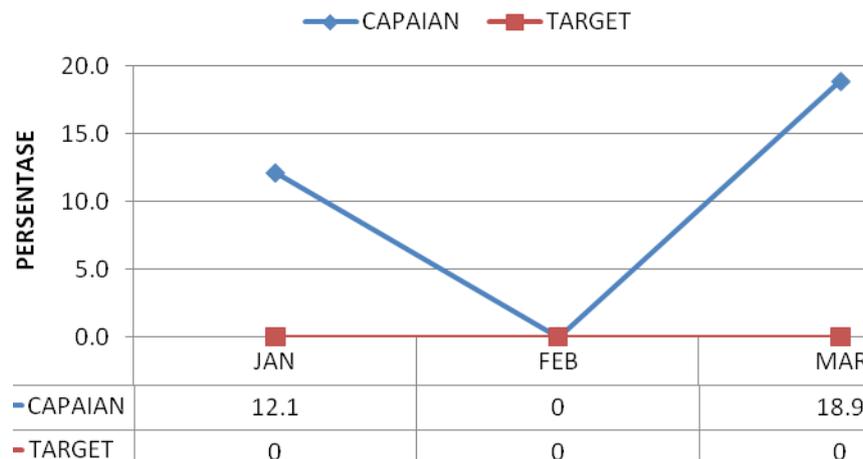
Grafik 2.29 Diskrepansi Diagnose Pre Dan Post Operasi Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu diskrepansi diagnose pre dan post operasi pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.
Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

27. KETIDAKLENGKAPAN PELAKSANAAN ASESMEN PRA ANESTESI DAN PRA SEDASI

Capaian pelaksanaan pelaksanaan asesmen pra anestesi dan pra sedasi pada bulan Januari sd. April 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

**KETIDAKLENGKAPAN PELAKSANAAN ASESMEN PRA ANESTESI
DAN PRA SEDASI**



Grafik 2.30 Ketidaklengkapan Pelaksanaan Asesmen Pra Anastesi Dan Pra Sedasi Triwulan I Tahun 2020

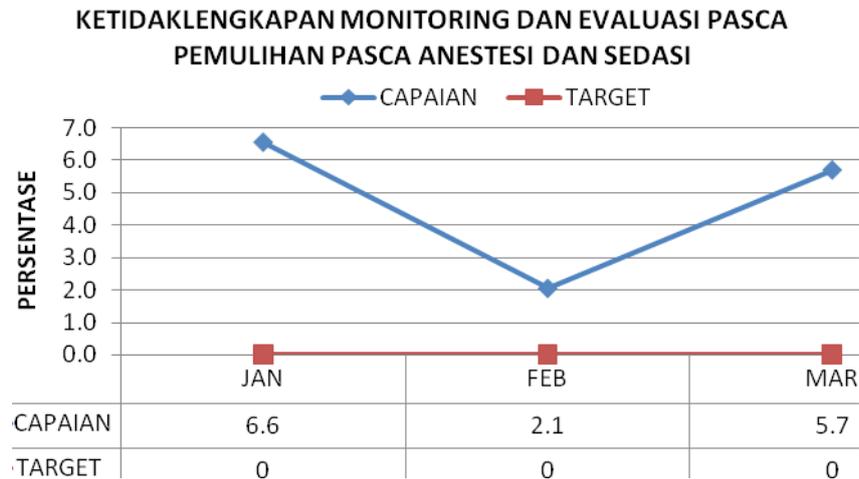
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketidaklengkapan pelaksanaan asesmen pra anastesi dan pra sedasi pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 10,3%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan.

Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh beberapa hal:

1. Komitmen yang belum adekuat dari seluruh staf medis dalam melengkapi asesmen Rekomendasi :
 1. Resosialisasi tentang pentingnya pelaksanaan asesmen pra anastesi/pra sedasi dan minta komitmen dari DPJP
 2. Lakukan evaluasi tentang pelaksanaan dilapangan

28. KETIDAKLENGKAPAN MONITORING DAN EVALUASI PASCA PEMULIHAN PASCA ANASTESI DAN SEDASI

Capaian pelaksanaan ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi pasca pemulihan pasca anastesi dan sedasi pada bulan Januari sd. April 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 2.31 Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Proses Pemulihan Pasca Anastesi Dan Sedasi Triwulan I Tahun 2020

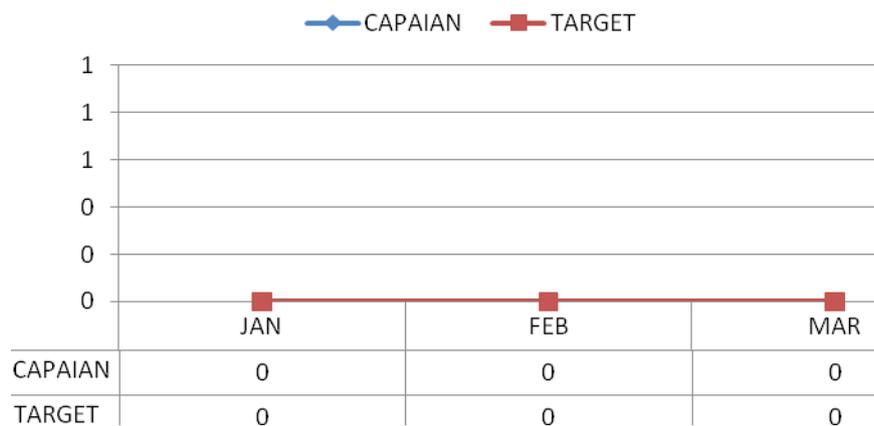
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi proses pemulihan pasca anastesi dan sedasi pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 4,8%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh kurangnya tenaga anastesi

Rekomendasi : Evaluasi ketenagaan dan beban kerja petugas

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

Capaian pelaksanaan ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi konversi tindakan dari local/ regional ke general anastesi pada bulan Januari sd. April 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

**KETIDAKLENGKAPAN MONITORING DAN EVALUASI KONVERSI TINDAKAN
DARI LOKAL/ REGIONAL KE GENERAL ANASTESI**



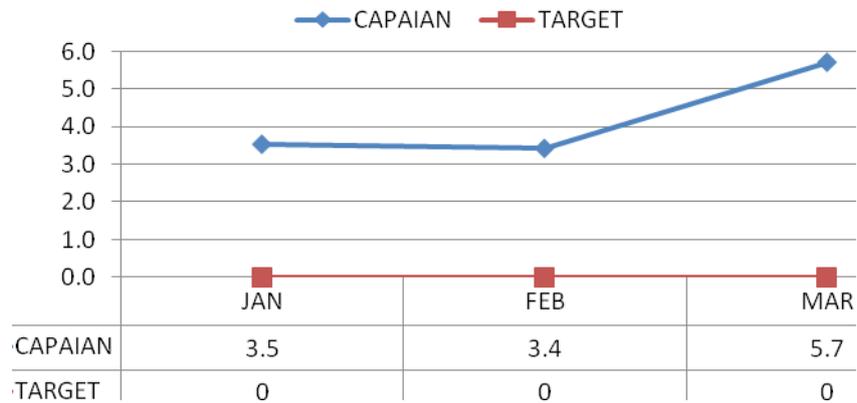
Grafik 2.32 Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Konversi Tindakan Dari Local/Regional Ke general Anastesi Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi konversi tindakan dari local/regional kegeneral anastesi pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung stabil telah mencapai standar. Standar indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.
Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

30. KETIDAKLENGKAPAN MONITORING DAN EVALUASI STATUS FSIOLOGIS SELAMA ANASTESI DAN SEDASI

Persentase ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi status fisiologis selama anastesi dan sedasi pada bulan Januari sd. April 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

**KETIDAKLENGKAPAN MONITORING DAN EVALUASI STATUS FISILOGIS
SELAMA ANASTESI DAN SEDASI**



**Grafik 2.33 Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Status Fisiologis
Selama Anastesi Dan Sedasi Triwulan I Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi status fisiologis selama anastesi dan sedasi pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Standar indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 4,2%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan.

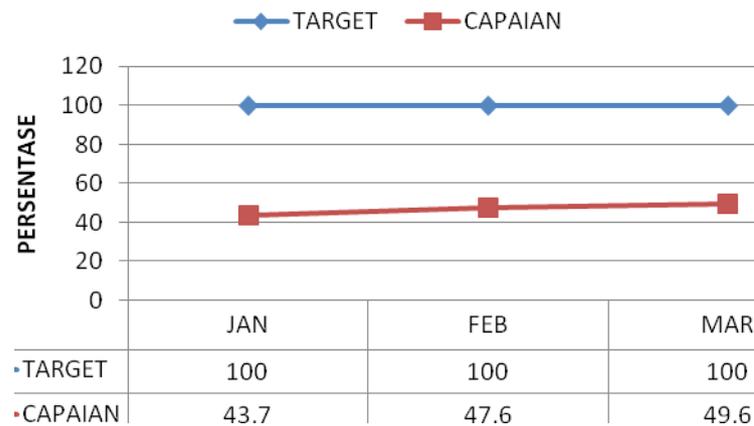
Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh beberapa faktor

Rekomendasi : lakukan evaluasi dengan pihak terkait tentang indicator mutu ini

31. KOMUNIKASI SBAR SAAT SERAH TERIMA ANTAR SHIFT

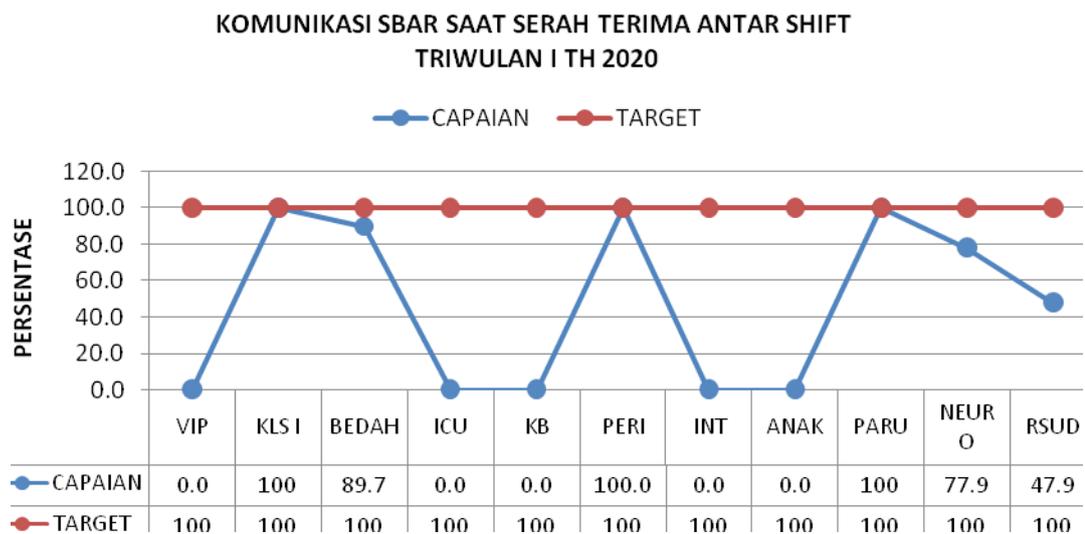
Persentase komunikasi SBAR serah terima antar shift pada bulan Januari sd. April 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

**KOMUNIKASI SBAR SAAT SERAH TERIMA ANTAR SHIFT
TRIWULAN I TH 2020**



Grafik 2.34 Komunikasi SBAR Saat Serah Terima Antar Shif Triwulan I Tahun 2020

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



Grafik 2.35 Komunikasi SBAR Saat Serah Terima Antar Shif Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator Komunikasi Sbar saat Serah Terima Antar Shif pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Standart indikator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini pada bulan jan adalah 89,2% dan pada bulan feb 96,0%.

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

1. Belum tersosialisasinya form dan cara pengisian form sbar dengan baik

2. Komitmen yang belum kuat dari petugas dalam pengisian form sbar
3. Belum menjadikan indikator ini sebagai budaya kerja karena belum memahami pentingnya komunikasi sbar saat serah terima antar shif
4. Kurangnya sosialisasi akan cara komunikasi sbar saat serah terima antar shift keseluruh petugas ruangan

Rekomendasi

1. Resosialisasi cara pengisian form SBAR
2. Resosialisasi tentang pentingnya pelaksanaan komunikasi sbar saat serah terima antar shift keseluruh petugas ruangan
3. Lakukan evaluasi tentang pelaksanaan dilapangan

32. KETEPATAN DALAM PEMBERIAN DIET PASIEN

Capaian ketepatan dalam pemberian diet pasien pada bulan Januari sd. Maret 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 2.36 Ketepatan Dalam Pemberian Diit Pasien Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Ketepatan dalam pemberian Diit Pasien pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 100%, dan pencapaian rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

33. KETEPATAN JADWAL PENYAJIAN MAKANAN DI RUANG RAWAT INAP

Capaian ketepatan jadwal penyajian makanan di ruang rawat inap pada bulan Januari sd. Maret 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

KETEPATAN JADWAL PENYAJIAN MAKANAN DI RUANG RAWAT INAP



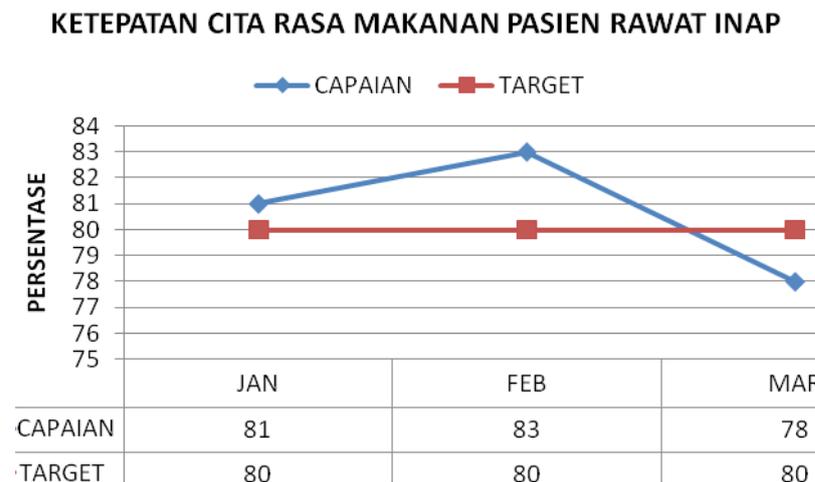
Grafik 2.37 Ketepatan Jadwal Penyajian Makanan Di Ruang Rawat Inap Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Ketepatan jadwal penyajian makanan di ruang rawat inap pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 100%, dan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

34. KETEPATAN CITA RASA MAKANAN PASIEN RAWAT INAP

Capaian cita rasa makanan pasien pada bulan Januari sd. Maret 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 2.38 Ketepatan Cita Rasa Makanan Pasien rawat inap triwulan I tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Ketepatan Cita Rasa Makanan Pasien rawat inap pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung menurun. Standart indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 80,6%.

Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan, namun pada bulan maret tidak mencapai standart.

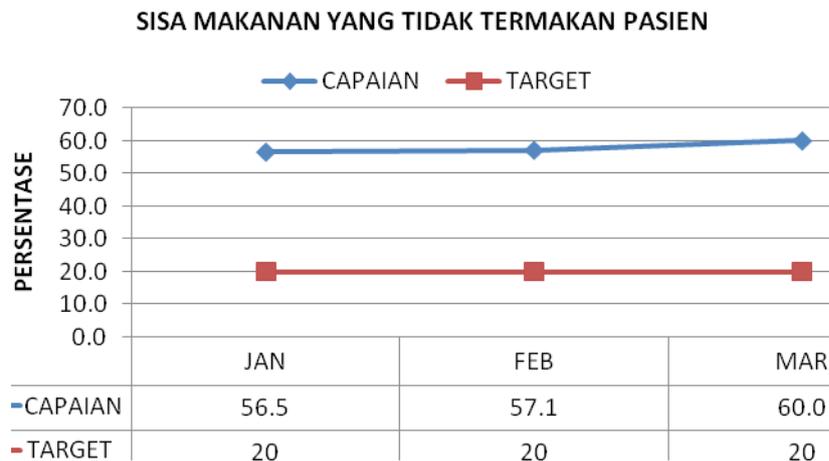
1. Penyebab belum tercapainya indikator mutu ini di sebabkan oleh karena pasien yang di rawat memiliki diet
2. Faktor diit pasien sesuai diagnosa penyakit yang di derita sehingga tidak sesuai selera pasien

Rekomendasi :

1. Lakukan edukasi pada pasien tentang pentingnya asupan diit sesuai diagnosa yang di berikan serta tambahkan variasi dan cita rasa pada diit pasien

35. SISA MAKANAN YANG TIDAK TERMAKAN PASIEN

Capaian sisa makanan yang tidak termakan pasien pada bulan Januari sd. Maret 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 2.39 Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Pasien Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Sisa Makanan yang tidak termakan pasien pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 20%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 57,8%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan.

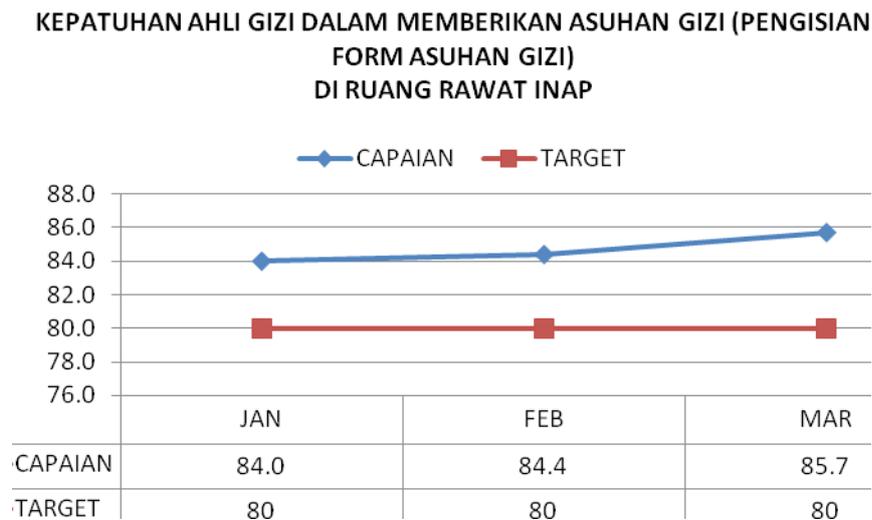
Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan :

Faktor diit pasien sesuai diagnosa penyakit yang di derita sehingga tidak sesuai selera pasien

Rekomendasi : lakukan edukasi pada pasien tentang pentingnya asupan diit sesuai diagnosa yang di berikan serta tambahkan variasi dan cita rasa pada diit pasien

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

Persentase kepatuhan ahli gizi dalam memberikan asuhan gizi (pengisian form asuhan gizi) pada bulan Januari sd. Maret 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 2.40 Kepatuhan Ahli Gizi Dalam Memberikan Asuhan Gizi (Pengisian Form Asuhan Gizi) Triwulan I Tahun 2020

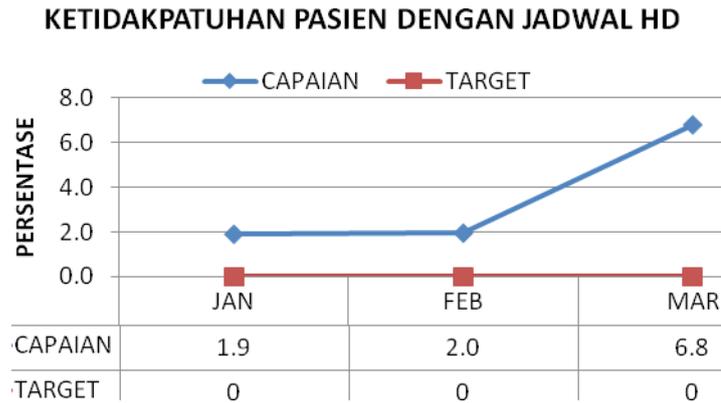
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Kepatuhan ahli gizi dalam memberikan asuhan gizi (pengisian form asuhan gizi) pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 84,7%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

37. KETIDAKPATUHAN PASIEN DENGAN JADWAL HD

Capaian ketidakpatuhan pasien degan jadwal HD pada bulan Januari sd. Maret

2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 2.41 Ketidapatuhan Pasien Dengan Jadwal HD Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Ketidapatuhan pasien dengan jadwal HD pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 23.6%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh beberapa hal:

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

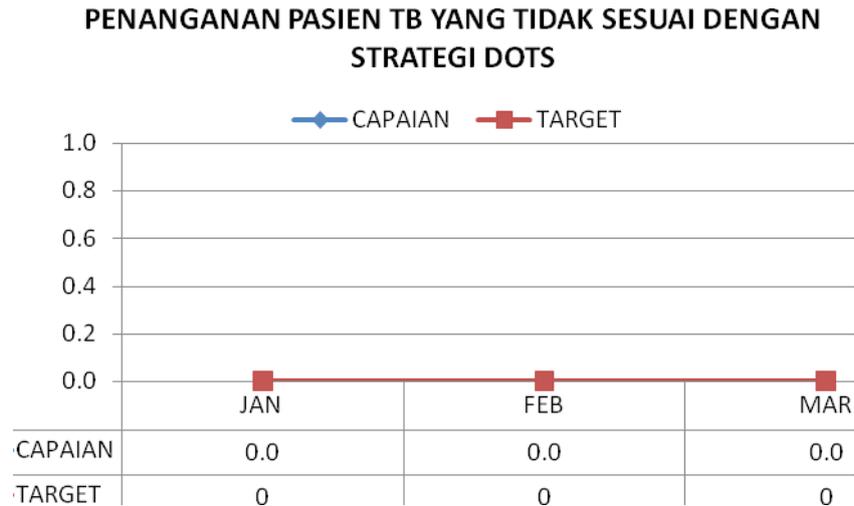
Rekomendasi :

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

38. PENANGANAN PASIEN TB YANG TIDAK SESUAI DENGAN STRATEGI DOTS

Capaian penanganan pasien TB yang tidak sesuai dengan strategi DOTS pada

bulan Januari sd. Maret 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



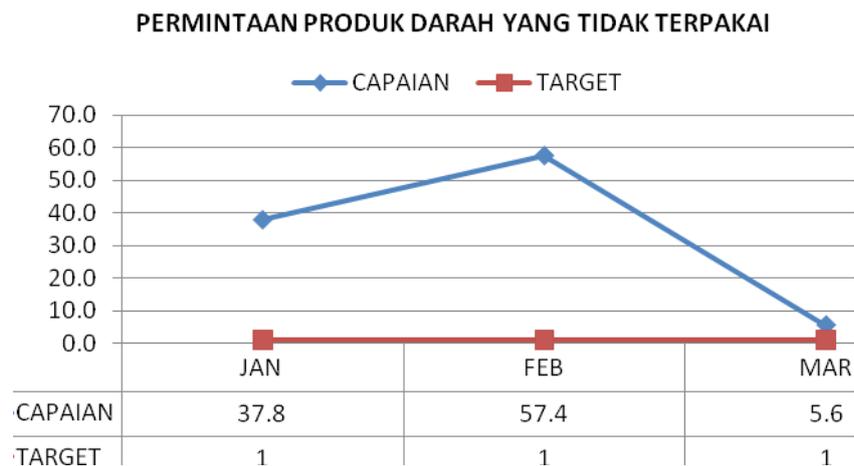
Grafik 2.42 Penaganan Pasien TB Yang Tidak Sesuai Dengan Strategi Dots Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Penaganan pasien TB yang tidak sesuai dengan Strategi Dots pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 0%, dan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

39. PERMINTAAN PRODUK DARAH YANG TIDAK TERPAKAI

Capaian permintaan produk darah yang tidak terpakai pada bulan Januari sd. Maret 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 2.43 Permintaan Produk Darah Yang Tidak Terpakai Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu permintaan produk darah yang tidak terpakai pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Standart

indicator mutu ini adalah 1%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 33,6%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan.

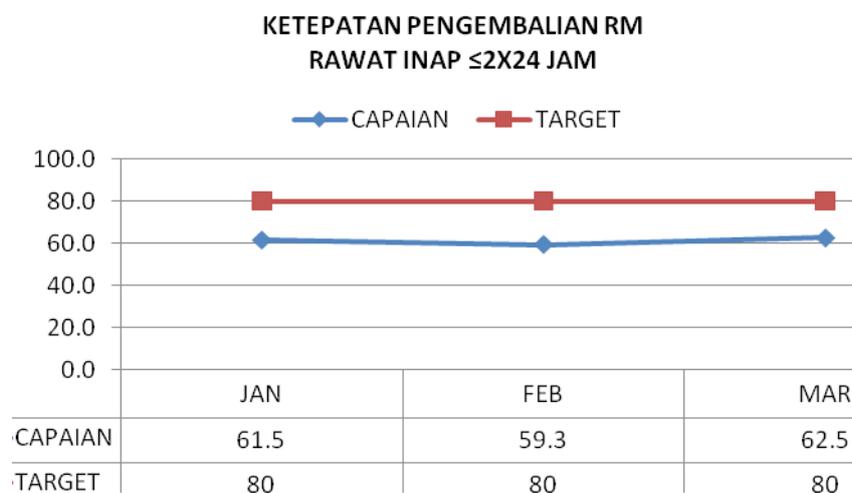
Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh beberapa hal diantaranya prosedur dari tindakan operasi yang mengharuskan persediaan darah sebelum dilaksanakan tindakan operasi

Rekomendasi :

Lakukan evaluasi tentang pelaksanaan dilapangan

40. KETEPATAN PENGEMBALIAN RM RAWAT INAP

Capaian ketepatan pengembalian RM Rawat Inap pada bulan Januari sd. Maret 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 2.44 Ketepatan Pengembalian RM Rawat Inap Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketepatan pengembalian RM rawat inap pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 61,1%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan.

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

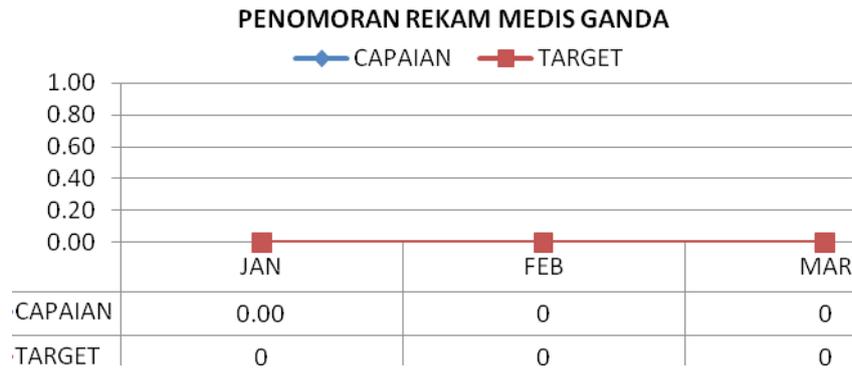
Rekomendasi :

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

41. PENOMORAN REKAM MEDIS GANDA

Capaian penomoran Rekam Medis Ganda pada bulan Januari sd. Maret 2020

dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



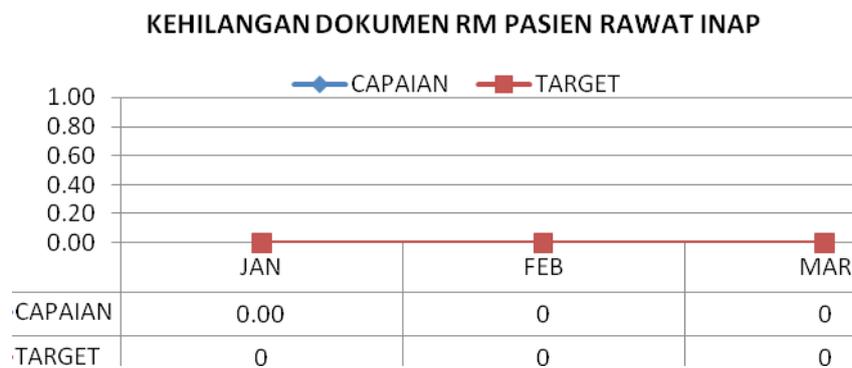
Grafik 2.45 Penomoran Rekam Medis Ganda triwulan I tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu penomoran Rekam Medis Ganda pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 0%, dan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

42. KEHILANGAN DOKUMEN RM PASIEN RAWAT INAP

Capaian kehilangan dokumen RM pasien Rawat Inap pada bulan Januari sd. Maret 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 2.46 Kehilangan Dokumen RM Rawat Inap Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kehilangan dokumen RM rawat inap pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 0%, dan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

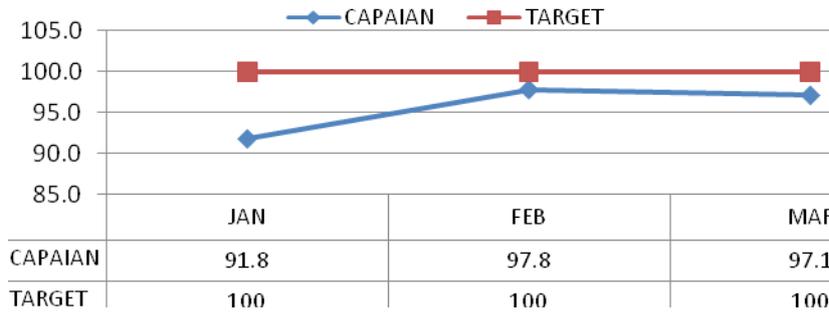
Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

43. KELENGKAPAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN PASIEN RAWAT JALAN

Capaian kelengkapan asesmen awal keperawatan pasien rawat jalan pada

bulan Januari sd. Maret 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

KELENGKAPAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN PASIEN RAWAT JALAN ≤60 MENIT



Grafik 2.47 Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan triwulan I tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 95,5%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh beberapa hal:

1. Banyaknya angka kunjungan pada rawat jalan tiap hari
2. Belum menjadi budaya kerja petugas dalam membiasakan pengisian form kelengkapan asesmen awal keperawatan

Rekomendasi :

1. Resosialisasikan tentang pentingnya pelaksanaan kelengkapan assesmen awal keperawatan dan minta komitmen petugas dalam pengisian form kelengkapan awal assesmen awal keperawatan
2. Lakukan evaluasi tentang pelaksanaan dilapangan

Sedangkan capaian kelengkapan asesmen awal keperawatan rawat jalan Inap pada masing-masing ruangan di bulan Januari sd. Maret 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

KELENGKAPAN ASSESMENT AWAL KEPERAWATAN PASIEN RAWAT JALAN TRIWULAN I



Grafik 2.48 Kelengkapan Assesment Awal Keperawatan pada Ruang Rawat Jalan

Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kelengkapan assesmen awal keperawatan rawat jalan pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 91,7%.

Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh beberapa hal:

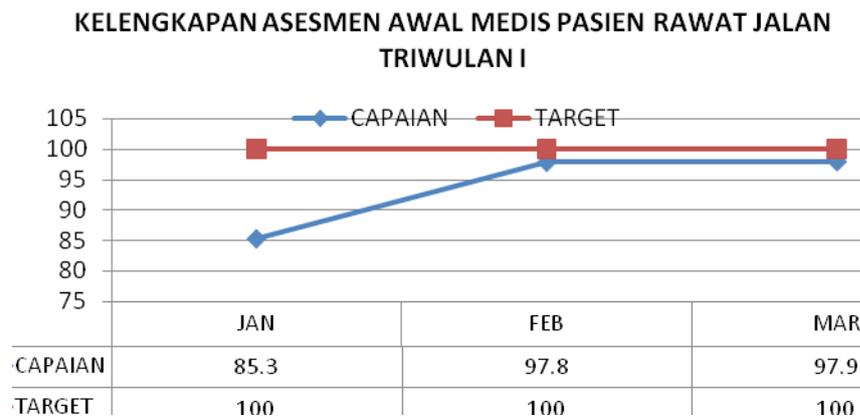
1. Banyaknya angka kunjungan pada rawat jalan tiap hari
2. Belum menjadi Budaya kerja petugas dalam membiasakan kelengkapan assesmen awal keperawatan

Rekomendasi :

1. Resosialisasi tentang pentingnya pelaksanaan kelengkapan asesmen awal keperawatan dan minta komitmen dari petugas dalam kelengkapan assesmen awal keperawatan
2. Lakukan evaluasi tentang pelaksanaan dilapangan

44. KELENGKAPAN ASESMEN AWAL MEDIS RAWAT JALAN

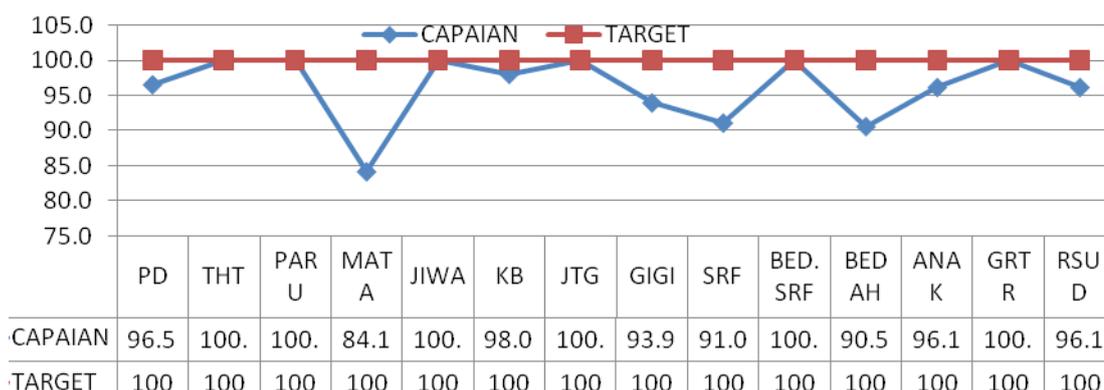
Capaian kelengkapan asesmen awal medis rawat jalan pada bulan Januari sd. Maret 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 2.49 Kelengkapan Assesment Medis Rawat Jalan Triwulan I Tahun 2020

Sedangkan capaian kelengkapan asesmen awal medis rawat jalan pada masing-masing ruangan di bulan Januari sd. Maret 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

**KELENGKAPAN ASSESMENT AWAL MEDIS
RAWAT JALAN TRIWULAN I**



Grafik 2.50 Kelengkapan Assesment Medis pada Ruang Rawat Jalan Triwulan I Tahun 2020

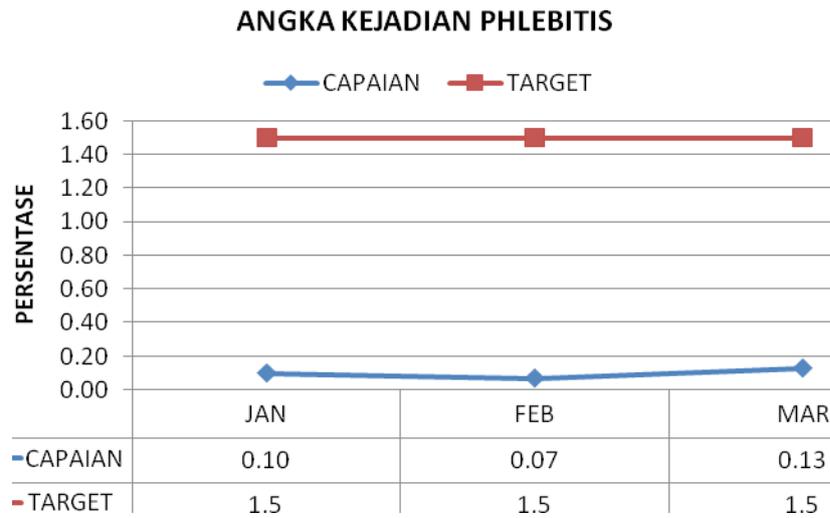
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kelengkapan assesmen awal medis rawat jalan pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 85,3%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh beberapa hal:

1. Banyaknya angka kunjungan pada rawat jalan tiap hari
2. Belum menjadi Budaya kerja petugas dalam membiasakan kelengkapan assesmen awal medis rawat jalan

Rekomendasi :

1. Resosialisasi tentang pentingnya pelaksanaan kelengkapan asesmen awal medis dan minta komitmen dari petugas dalam kelengkapan assesmen awal medis rawat jalan
2. Lakukan evaluasi tentang pelaksanaan dilapang

Capaian kejadian plebitis pada bulan Januari sd. Maret 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 2.51 Angka Kejadian Plebitis Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian Plebitis pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 1,5%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0,1%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh beberapa hal:

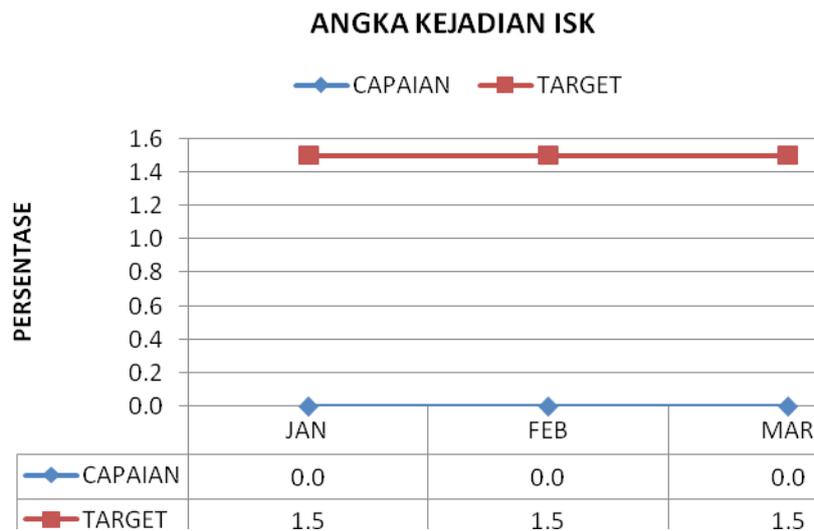
1. Belum terlaksananya supervisi tentang implementasi bludles plebitis yang harus dilaksanakan secara benar.
2. Belum terlaksananya teknik pemasangan infuse sesuai SPO

Rekomendasi

1. Komitmen kepala ruangan dalam melakukan supervisi sesuai jadwal
2. Budayakan teknik pemasangan infuse sesuai SPO
3. Lakukan evaluasi tentang pelaksanaan dilapangan

46. ANGKA KEJADIAN ISK

Capaian kejadian ISK pada bulan Januari sd. Maret 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 2.52 Angka Kejadian Plebitis Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian Plebitis pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 0%, capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar

47. ANGKA KEJADIAN IDO

Capaian kejadian IDO pada bulan Januari sd. Maret 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

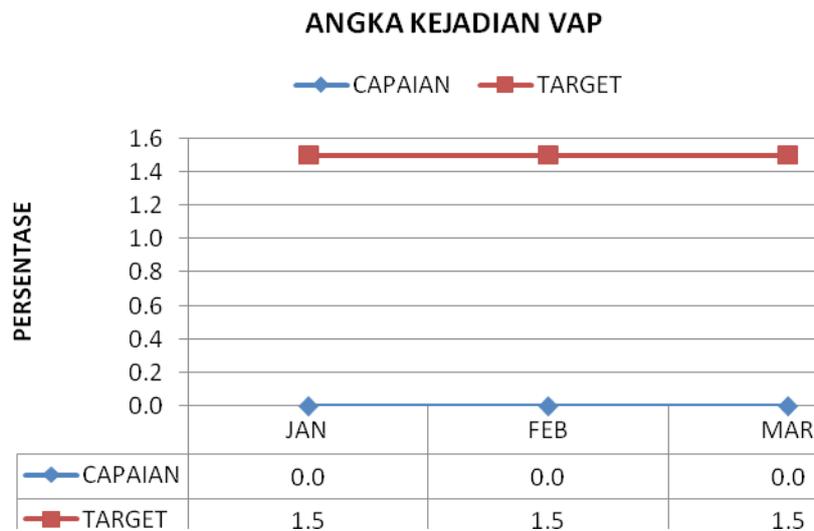


Grafik 2.53 Angka Kejadian Plebitis Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian IDO pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 0%, capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar.

48. ANGKA KEJADIAN VAP

Capaian kejadian VAP pada bulan Januari sd. Maret 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 2.54. Angka Kejadian Plebitis Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian VAP pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 0%, capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar.

49. ANGKA KEJADIAN IADP

Capaian kejadian IADP pada bulan Januari sd. Maret 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 2.55 Angka Kejadian Plebitis Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian IADP

pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 0%, capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar.

50. ANGKA KEJADIAN DEKUBITUS

Capaian kejadian dekubitus pada bulan Januari sd. Maret 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 2.56 Angka Kejadian Plebitis Triwulan I Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian dekubitus pada triwulan I tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 0%, capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar.

PENUTUP

Kegiatan pemantauan indikator mutu dan validasi data mutu yang sesuai Standar Akreditasi sejak awal Januari 2020 sampai saat laporan ini dibuat secara garis besar kegiatan ini masih belum optimal dengan berbagai kekurangan. Upaya perbaikan akan dilakukan sesuai dengan rekomendasi dan rencana tindak lanjut yang diberikan saat acara Pemaparan Hasil Pemantauan Indikator Mutu. Diharapkan dengan adanya aksi tindak lanjut dari instalasi/unit kerja terkait upaya perbaikan dapat berjalan dengan maksimal

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

