

# LAPORAN

---

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

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 III Tahun 2020.

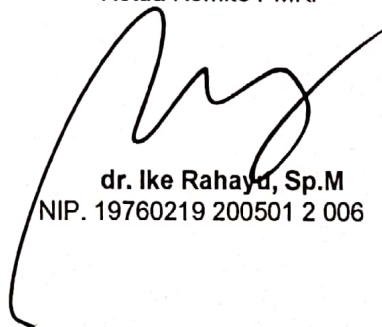
Laporan memuat data, analisis, dan rekomendasi terhadap pelaksanaan tindak lanjut kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Dr. Muhammad Zein Painan selama Triwulan III Tahun 2020.

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 III Tahun 2020 RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

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

Painan, September 2020  
Ketua Komite PMKP

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

# DAFTAR ISI

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

24. Diskrepansi Diagnose Pre dan Post Operasi.....	25
25. Ketidak Lengkapan Pelaksanaan Asesmen Pra Anastesi Dan Pra Sedasi.....	26
26. KetidakLengkapan Monitoring Dan Evaluasi Pasca Pemulihan Pasca Anastesi dan Sedasi.....	26
27. KetidakLengkapan Monitoring Dan Evaluasi Konversi Tindakan Dari Lokal/ Regional Ke General Anastesi.....	27
28. KetidakLengkapan Monitoring an Evaluasi Status Fisiologis Selama Anastesi Dan Sedasi .....	28
29. Komunikasi SBAR Saat Serah Terima Antar Shift.....	28
30. Ketepatan Dalam Pemberian Diet Pasien.....	30
31. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Pasien.....	30
32. Kepatuhan Ahli Gizi Dalam Memberikan Asuhan Gizi.....	31
33. Penanganan Pasien TB Yang Tidak Sesuai Dengan Strategi DOTS.....	31
34. Permintaan Produk Darah Yang Tidak Terpakai.....	32
35. Ketepatan Pengembalian RM Rawat Inap.....	32
36. Penomoran Rekam Medis Ganda.....	34
37. Kehilangan Dokument RM Pasien Rawat Inap.....	34
38. Capaian Indikator Mutu Komite PPI.....	34
39. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan ≤ 60 Menit.....	37
40. Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Jalan ≤ 60 Menit.....	38
41. Linen yang Dicuci Ulang.....	39
42. Waktu Tunngu Hasil Pemeriksaan Laboratorium.....	40
43. Kualitas Produk Strerilisasi dengan Tape Indikator Steril.....	42
44. Kesalahan Produk Strerilisasi dengan Tape Indikator Steril.....	42
45. Angka Respon Time Penanganan Trouble Hardware.....	43

### **BAB III PENUTUP ..... 44**

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

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

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

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

Organisasi dengan fungsi manajemennya di rumah sakit memiliki peran penting dalam program keselamatan pasien. Hal ini dikarenakan organisasi dan manajemen berada di daerah kemungkinan terjadinya kesalahan medis pada pasien. Oleh karena itu diperlukan



eksplorasi yang lebih intensif untuk dapat mengetahui peran organisasi dalam menciptakan manajemen keselamatan pasien yang baik. Pelaksanaan fungsi dan kewajiban rumah sakit untuk menyediakan sarana dan prasarana yang dikelola dengan baik melalui fungsi manajemen tersebut difokuskan pada keselamatan pasien dan upaya peningkatan mutu pelayanan.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

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

### **2. Tujuan Khusus**

Terdokumentasinya peningkatkan mutu pelayanan melalui standarisasi dan monitoring indikator di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan Triwulan III 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
<b>A</b>	<b>IMN</b>	<b>INDIKATOR MUTU NASIONAL</b>
1	IMN01	Kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien
2	IMN02	Emergency Respon Time
3	IMN03	Waktu tunggu rawat jalan
4	IMN04	Penundaan operasi elektif
5	IMN05	Ketepatan jam visite dokter spesialis
6	IMN06	Waktu pelaporan nilai kritis laboratorium
7	IMN07	Kepatuhan penggunaan formularium nasional
8	IMN08	Kepatuhan cuci tangan
9	IMN09	Pencegahan cedera akibat pasien jatuh
10	IMN10	Kepatuhan penggunaan clinical pathway
11	IMN11	Kepuasan pasien
12	IMN12	Kecepatan respon terhadap keluhan (KRK)
<b>B</b>	<b>IMP</b>	<b>INDIKATOR MUTU PRIORITAS</b>
13	IMP-PONEK03	Pelaksanaan inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir (BBL)
14	IMP-PONEK04	Pelaksanaan operasi sectio secaria (SC) dalam waktu 30 menit
15	IMP-PONEK05	Ketersediaan darah dalam waktu 60 menit
16	IMPP-IAM01	Pemberian obat MgSO <sub>4</sub> 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 High 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

<b>C</b>	<b>IYDB</b>	<b>INDIKATOR YANG DIPERSYARATKAN BAB</b>
26	IYDB-PAB01	Kelengkapan pengisian format surgical safety check list
27	IYDB-PAB02	Kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi
28	IYDB-PAB03	Kepatuhan pelaksanaan asesmen pra bedah
29	IYDB-PAB04	Diskrepasi diagnose pre dan post operasi
30	IYDB-PAB05	Ketidaklengkapan pelaksanaan asesmen pra anastesi dan pra sedasi
31	IYDB-PAB06	Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi pasca pemulihan pasca anastesi dan sedasi
32	IYDB-PAB07	Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi konversi tindakan dari lokal/regional kegeneral anastesi
33	IYDB-PAB08	Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi status fisiologis selama anastesi dan sedasi
34	IYDB09	Waktu tunggu pelayanan radiologi
35	IYDB-SKP02	Konfirmasi SBAR saat serah terima antar shift
36	IYDB10	Permintaan produk darah yang tidak terpakai
<b>D</b>	<b>IMPU</b>	<b>INDIKATOR MUTU UNIT</b>
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

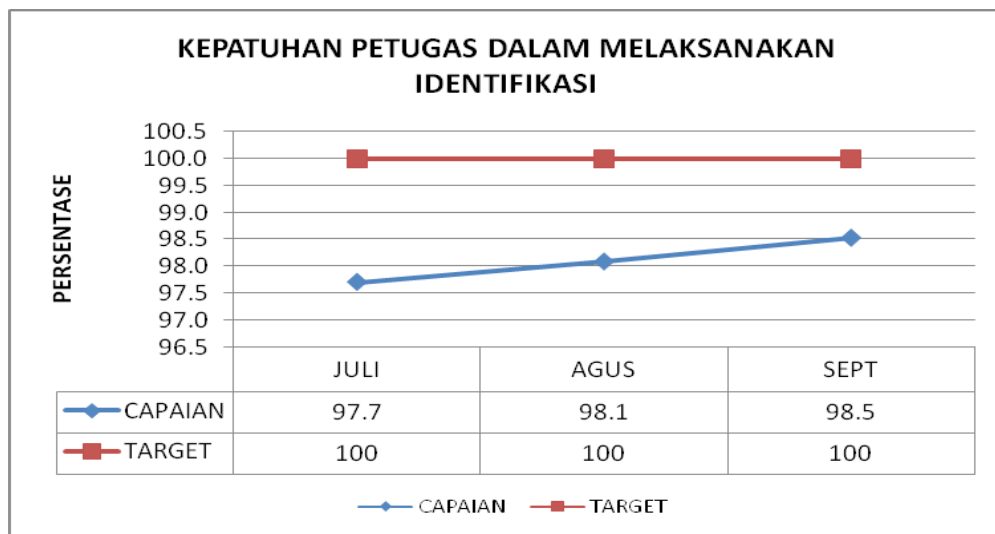


## B. ANALISA DATA INDIKATOR MUTU TRIWULAN III TAHUN 2020

### 1. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN IDENTIFIKASI PASIEN

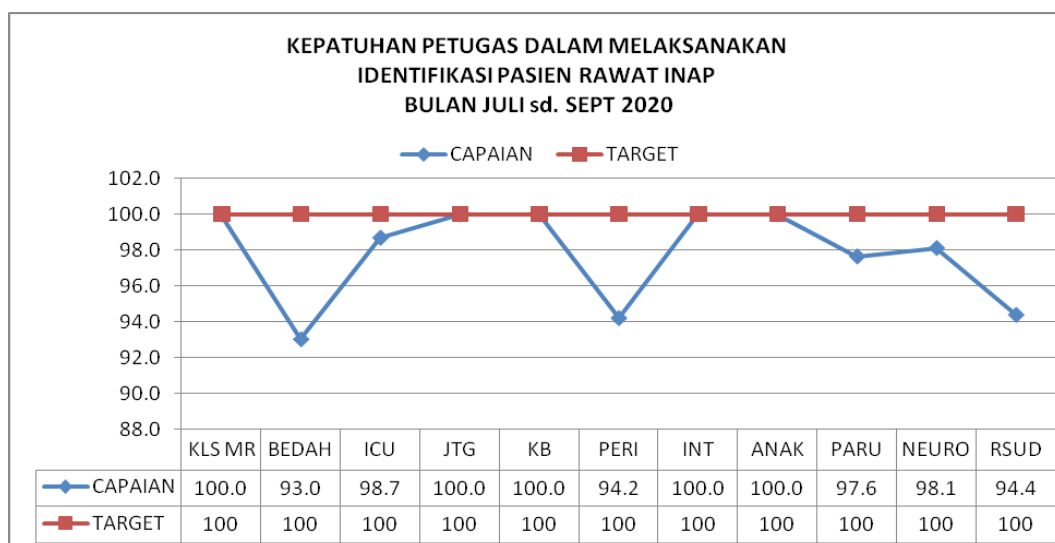
#### 1.1. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN IDENTIFIKASI PASIEN DI UNIT RAWAT INAP

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



**Grafik 1. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien Triwulan III Tahun 2020**

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



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

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien pada Triwulan III tahun 2020, trendnya

cenderung meningkat mendekati target. Target indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 98,1%. Capaian yang hampir mendekati target adalah pada bulan September yaitu 98,5%, Namun kalau dilihat pencapaian indikator tiap ruangan trennya bervariasi, ruangan yang telah mencapai target terdapat pada ruangan kelas mande rubiah, jantung, kebidanan, interne, dan anak, sedangkan ruangan yang jauh dari target terdapat pada ruangan Bedah yaitu 93,0%. 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. Supervisi kepala ruangan belum optimal

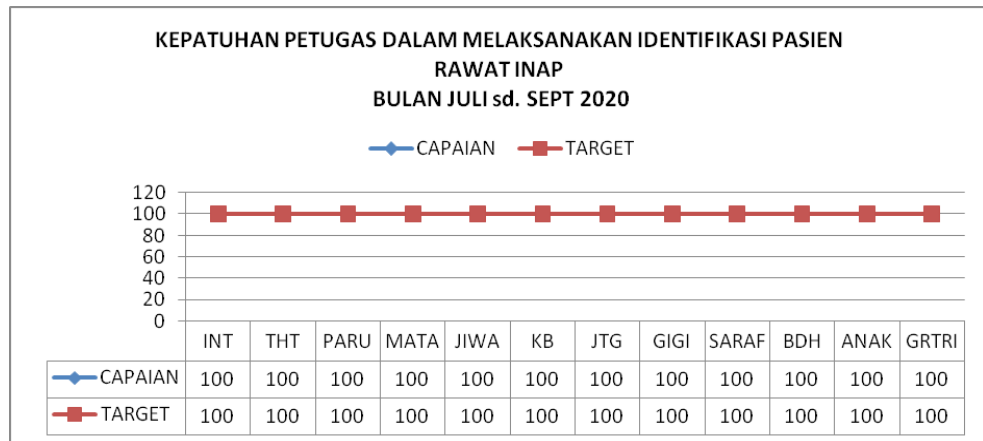
## 1.2. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN IDENTIFIKASI PASIEN DI UNIT RAWAT JALAN

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



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

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa pada bulan Juli sd. September 2020 capaian kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien di unit Rawat jalan sudah mencapai target 100%



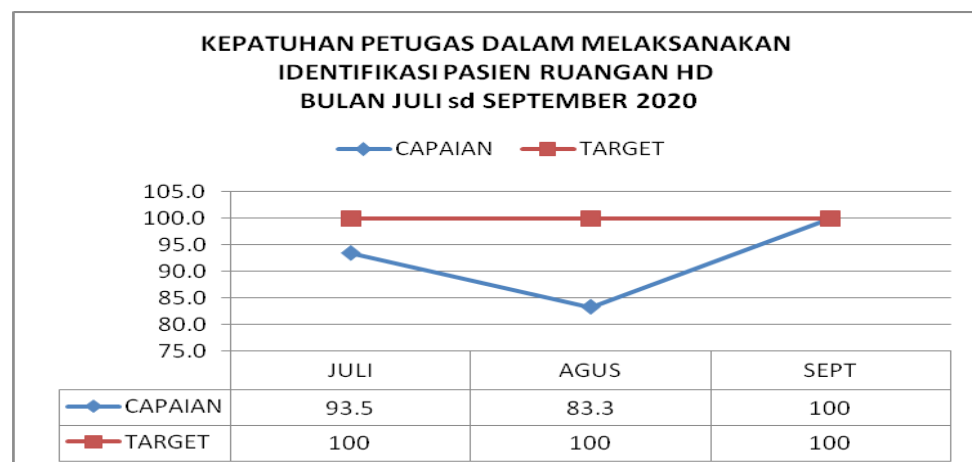
**Grafik 4. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien per Unit Rawat Jalan**

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

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

### 1.3. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN IDENTIFIKASI PASIEN DI RUANGAN HEMODIALISA

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



**Grafik 5. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien Di ruangan Hemodialisa**

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pada pasien di ruangan hemodialisa cenderung meningkat dari bulan Juli ke bulan September dimana pada bulan September sudah mencapai target (100%).

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

#### 1.4. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN IDENTIFIKASI PASIEN DI RUANGAN FISIOTERAPI

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



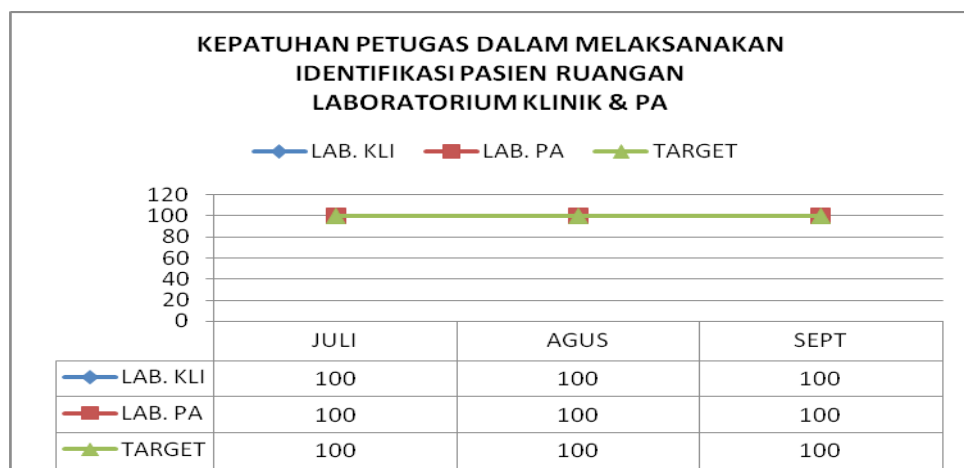
**Grafik 6. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien Di ruang Fisioterapi**

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pada pasien di ruangan Fisioterapi cenderung meningkat dari bulan Juli ke bulan September dimana pada bulan September sudah mencapai target (100%).

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

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

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



**Grafik 7. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien Diruang laboratorium klinik & PA**

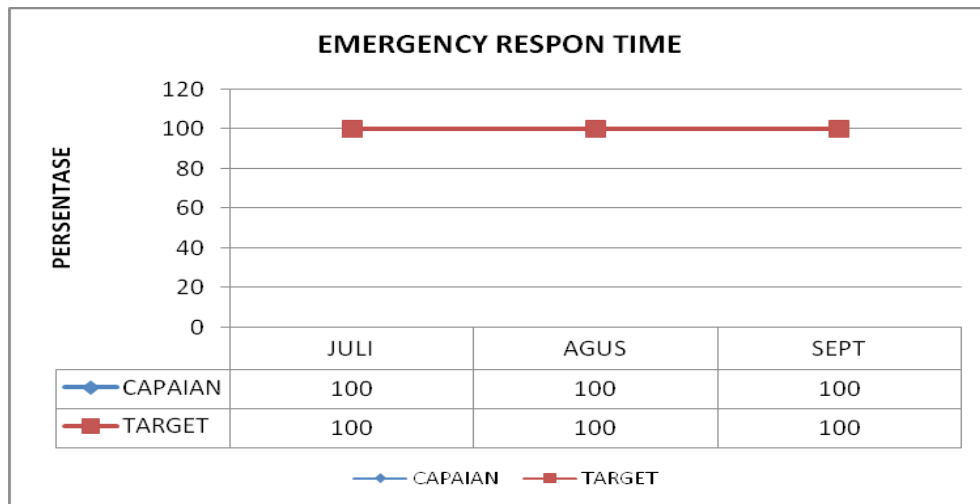
Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian kepatuhan

petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien di ruangan laboratorium klinik dan PA sudah mencapai target (100%).

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

## 2. EMERGENCY RESPON TIME

Capaian Emergency Respon Time pada bulan Juli sd. September tahun 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini



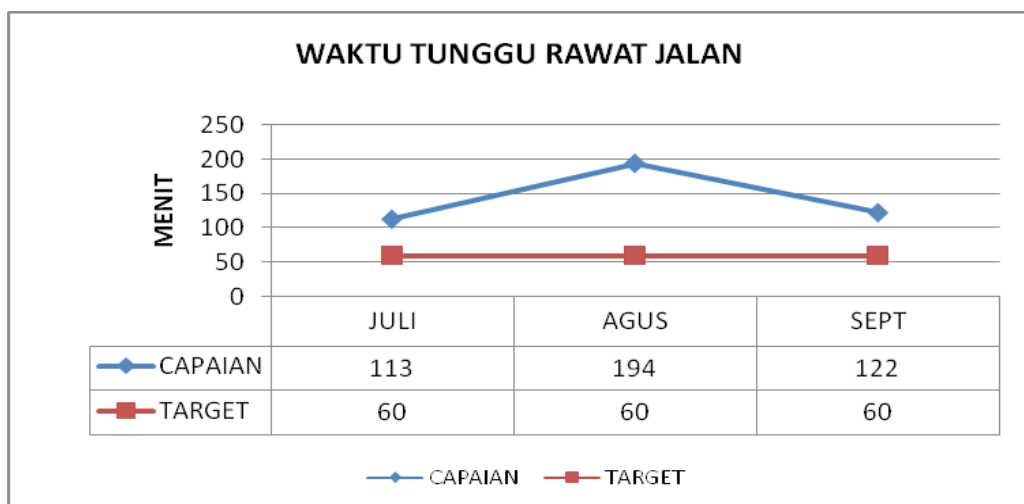
Grafik 8. Emergency Respon Time Triwulan III Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu emergency respon time pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung stabil. target indicator mutu ini adalah 100%, rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian indikator ini sudah mencapai target.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

## 3. WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN

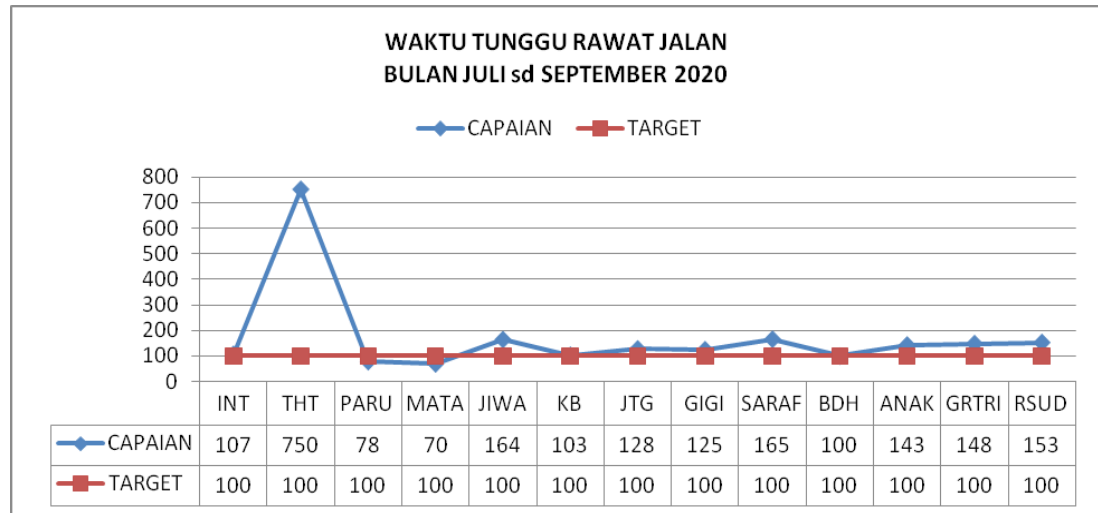
Capaian waktu tunggu rawat jalan pada bulan Juli sd. September 2020 dapat dilihat pada grafik berikut ini:



Grafik 9. Waktu Tunggu Rawat Jalan Triwulan III Tahun 2020

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa waktu tunggu pasien di rawat jalan belum mencapai target yakni 113 sd. 194 menit. Paling tinggi pada bulan agustus mencapai 194 menit. Capaian untuk indikator ini masih jauh dari target dimana target untuk waktu tunggu rawat jalan ini adalah 60 menit.

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



**Grafik 10. Waktu Tunggu Rawat Jalan Triwulan III tahun 2020**

Grafik diatas adalah capaian indicator mutu waktu tunggu rawat jalan pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Target indicator mutu ini adalah 60 menit, rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 153 menit. Capaian indicator belum mencapai target yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh:

1. Belum semua DPJP datang tepat waktu ke rawat jalan

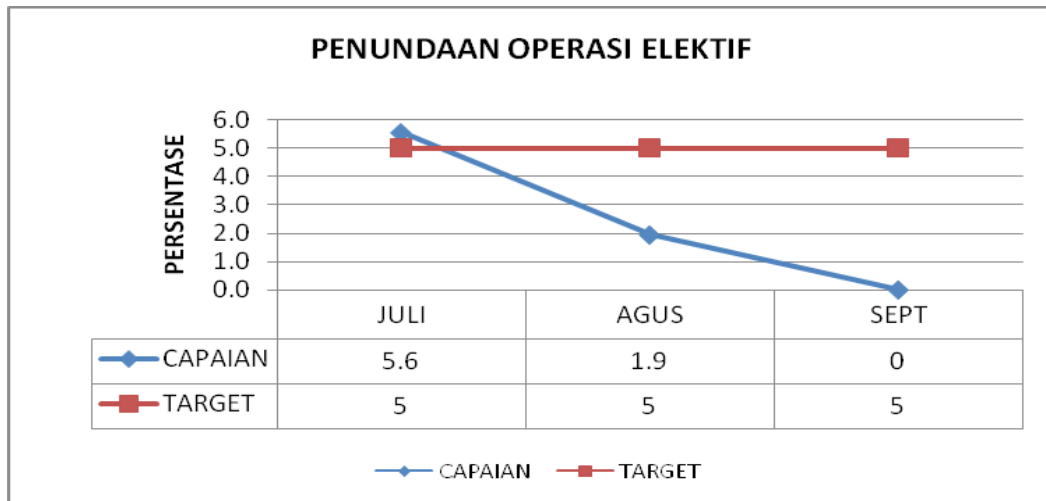
Rekomendasi :

1. Resosialisasi kepada DPJP tentang waktu pelayanan rawat jalan
2. Untuk selanjutnya akan dilakukan PDSA

#### **4. PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF**

Penundaan Operasi elektif pada bulan Juli sd. September 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



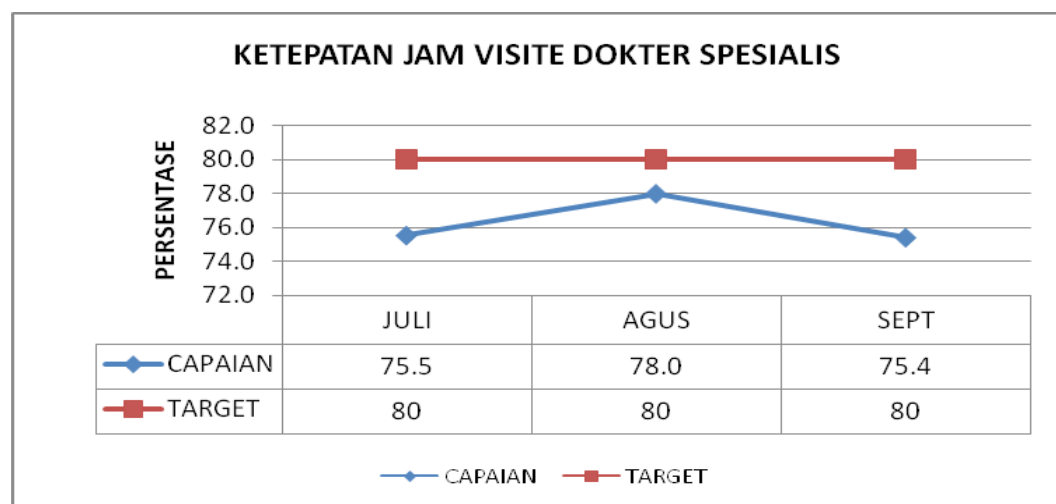


**Grafik 11. Penundaan Operasi Elektif Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu penundaan operasi elektif pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung menurun. Target indicator mutu ini adalah <5%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 2,5%. Capaian indicator ini sudah mencapai target yang telah ditetapkan. Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

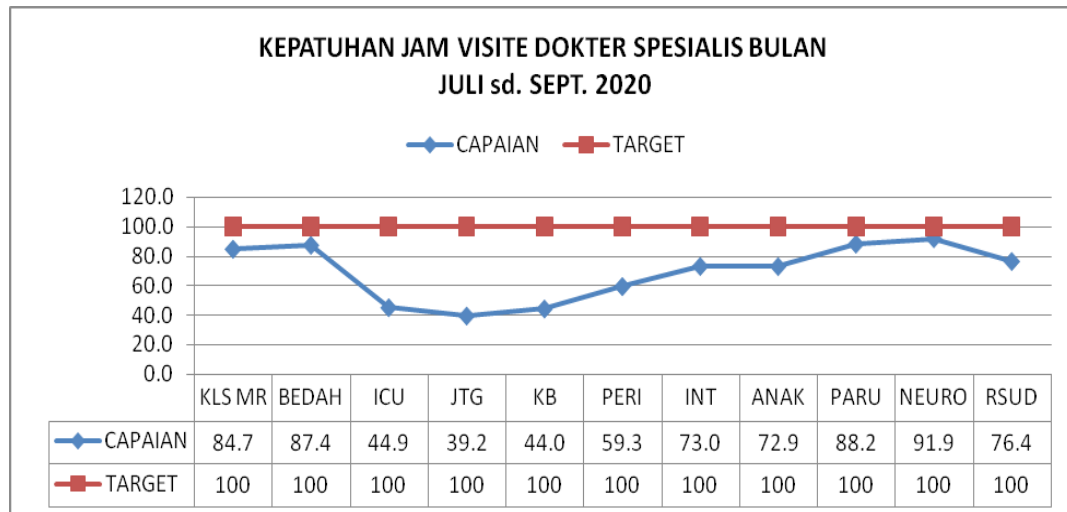
## 5. KETEPATAN JAM VISITE DOKTER SPESIALIS

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



**Grafik 12. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis Per Triwulan III 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 13. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan jam visite dokter spesialis pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. target indicator mutu ini adalah  $\geq 80\%$ , sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 76,4%. pencapaian indikator ini belum mencapai target yang diharapkan. Namun dilihat dari tiap ruangan trennya bervariasi. Ruangan yang memenuhi target terdapat pada ruangan kelas mandeh rubiah, bedah, Neuro, dan paru. Ruangan yang belum memenuhi target indikator terdapat pada ruangan Perinatologi, Anak, ICU, jantung, KB dan interne. Rata-rata semua ruangan belum mencapai standart yang telah ditetapkan.

Belum tercapainya target indicator ini disebabkan:

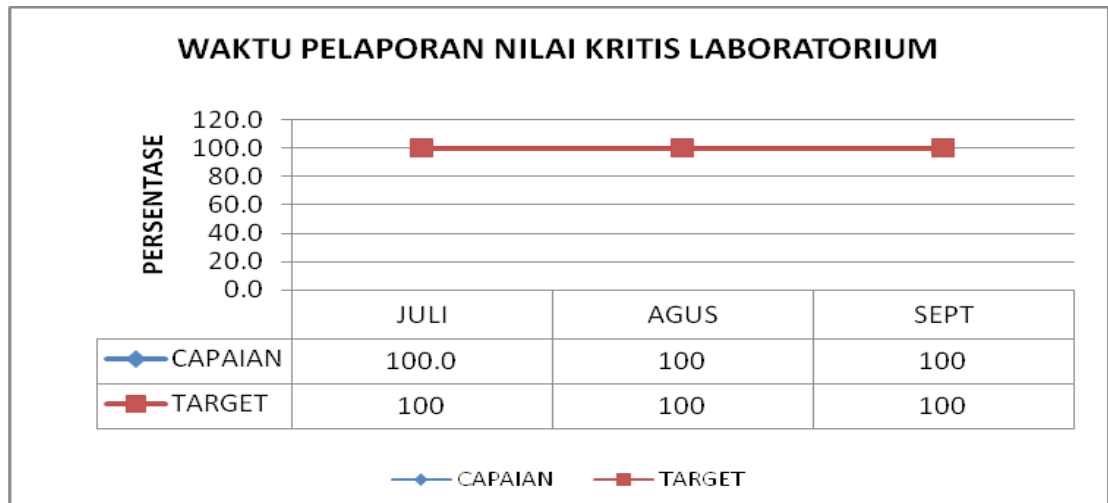
1. Belum semua dokter spesialis visite sebelum jam 14.00 wib karena dokter tersebut melaksanakan pelayanan poliklinik pada pagi hari
2. Belum terbiasanya dokter spesialis visite di hari minggu dan hari libur nasional

Rekomendasi:

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

## **6. WAKTU PELAPORAN NILAI KRITIS LABORATORIUM**

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



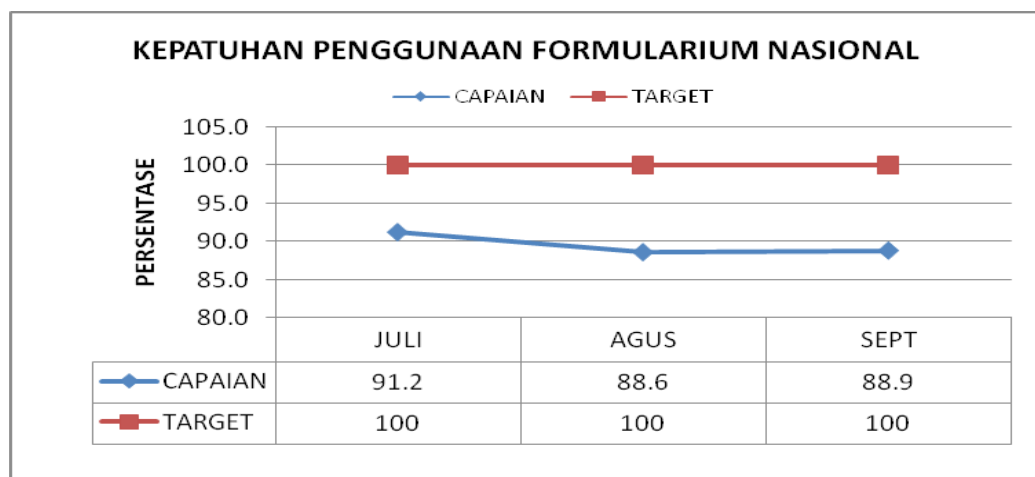
**Grafik 14. Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium Triwulan III 2020**

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

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

## 7. KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL

Capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional Triwulan III tahun 2020 ditunjukan pada grafik dibawah:



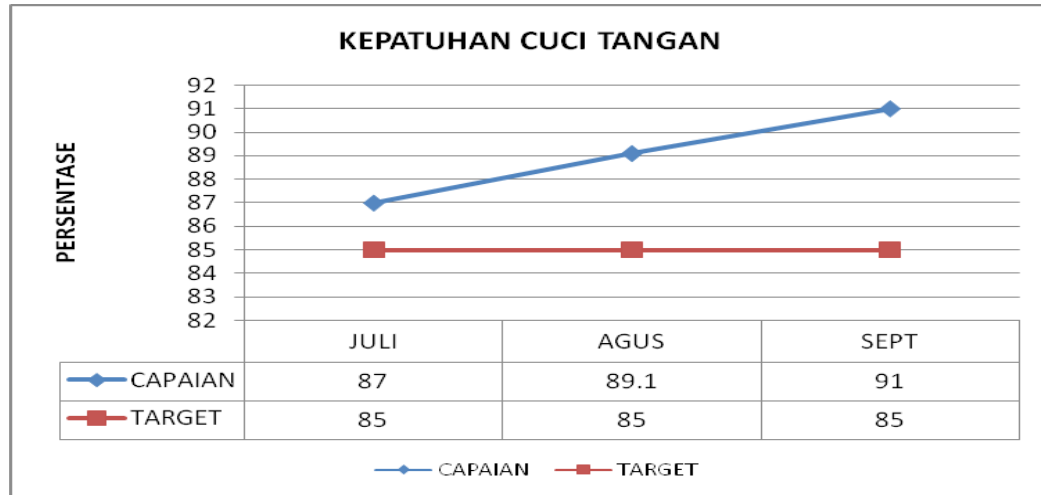
**Grafik 15. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung menurun. Standart indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 88.9%. Capaian indikator sudah mencapai standart yang telah ditetapkan

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

## 8. KEPATUHAN CUCI TANGAN

Capaian kepatuhan cuci tangan Triwulan III Tahun 2020 ditunjukkan pada grafik dibawah:



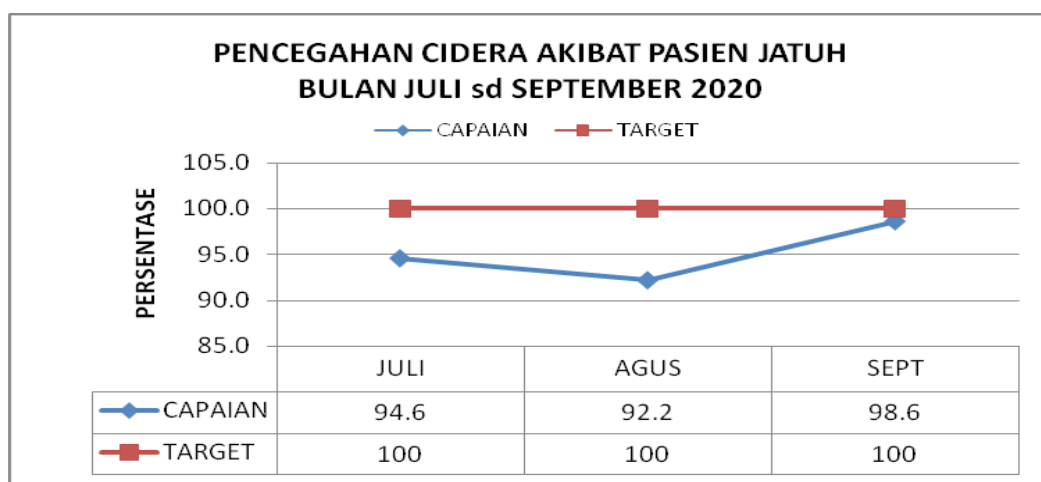
**Grafik 16. Kepatuhan Cuci Tangan Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan cuci tangan pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Target indicator mutu ini adalah 85%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 91%. Capaian sudah mencapai target yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

## 9. PENCEGAHAN CIDERA AKIBAT PASIEN JATUH

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

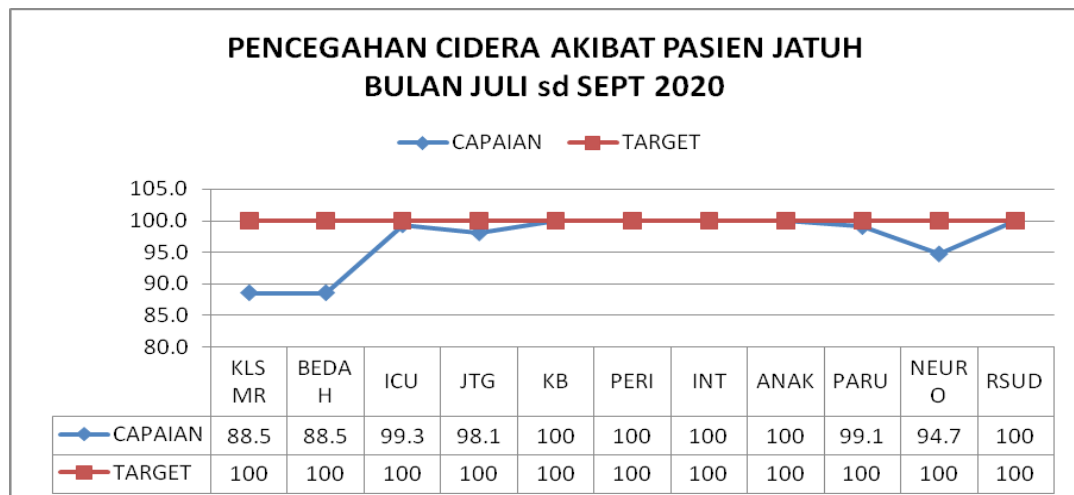


**Grafik 17. Pencegahan Cedera Akibat Pasien Jatuh Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu pencegahan cedera

akibat pasien jatuh pada Triwulan III tahun 2020. Trennya cenderung bervariasi, target indikator ini adalah 100%. Rata-rata capaian indikator ini adalah 94,6% pada bulan Juli, 92,2% pada bulan Agustus dan 98,6% pada bulan September. Capaian belum mencapai target yang telah ditetapkan. Dari grafik dapat dilihat bahwa kecenderungan capaian mengalami peningkatan setiap bulannya.

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



**Grafik 18. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh  
Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu pencegahan cedera akibat pasien jatuh pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Target indikator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 93.8%. Capaian yang sudah mencapai target adalah ruang rawat inap kebidanan, perinatologi, interne dan anak yaitu 100%, sedangkan capaian yang jauh dari target adalah ruang kelas madeh rubiah dan bedah, yaitu 88.5%. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

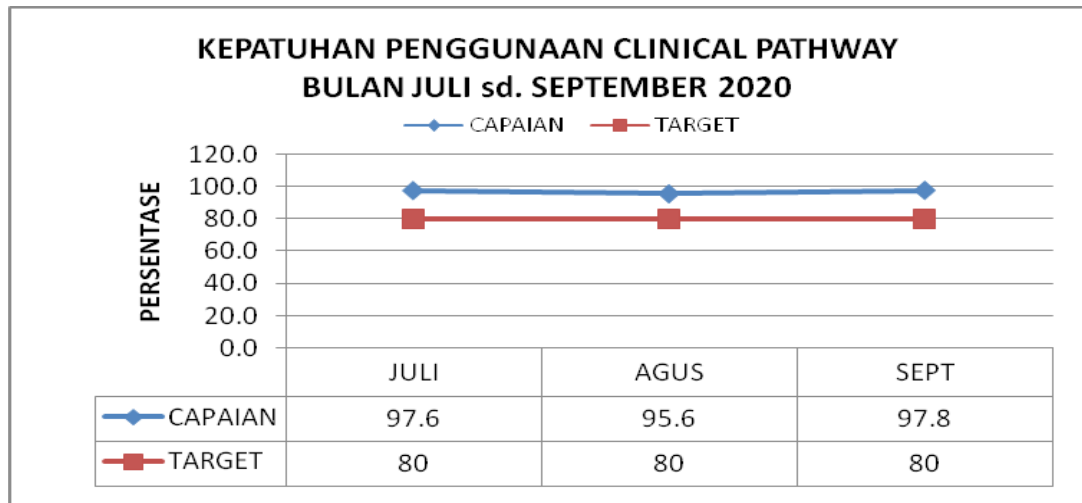
1. Sarana dan prasarana untuk penandaan resiko jatuh masih kurang, karena gelang/stiker resiko jatuh kadang-kadang tidak tersedia

Rekomendasi :

1. Evaluasi ketersediaan gelang/stiker resiko jatuh
2. Tingkatkan supervisi kepala ruangan

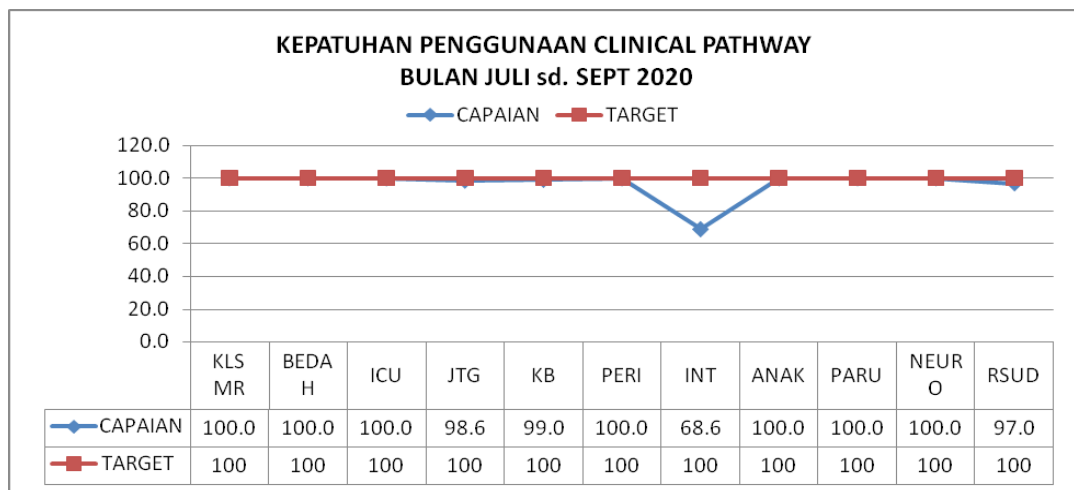
## **10. KEPATUHAN PENGGUNAAN CLINICAL PATHWAY**

Capaian kepatuhan penggunaan clinical pathway bulan Juli sd. September 2020 ditunjukkan pada grafik dibawah:



**Grafik 19. Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway Triwulan III 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 20. Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan penggunaan clinical pathway pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Target indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 93,9%. Capaian yang sudah mencapai target adalah ruang rawat inap Kelas mande rubiah, Bedah, ICU, Perinatologi, Anak, Paru dan Neurologi yaitu 100%, sedangkan capaian yang jauh dari target adalah ruang rawat inap jantung, kebidanan dan interne yaitu 68.8%. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

1. Belum dilakukan revisi PPK dan CP
2. Kurangnya komitmen dari PPA untuk mengisi CP

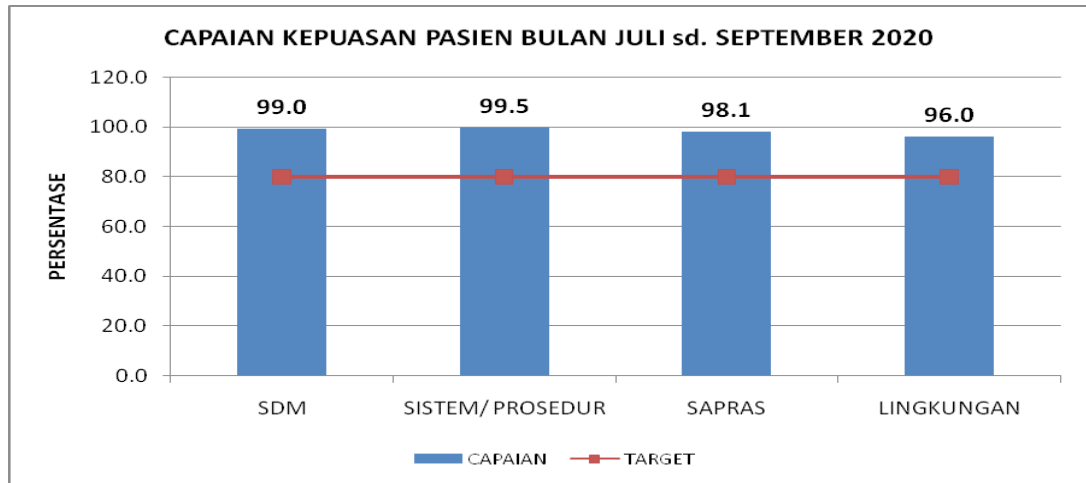
Rekomendasi :

1. Lakukan revisi blangko clinical pathway
2. Lakukan monitoring dan evaluasi



## 11. KEPUASAN PASIEN

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



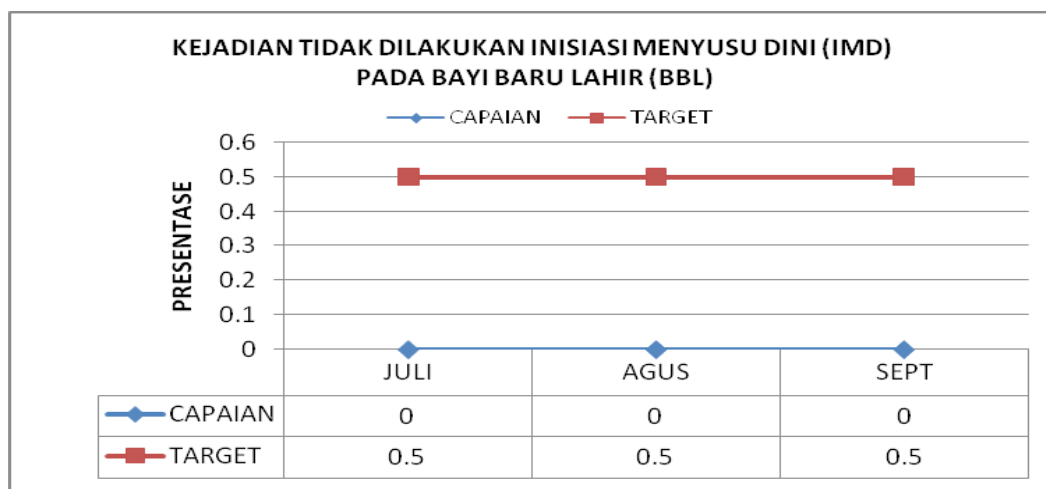
**Grafik 21. Tingkat kepuasan pelanggan Triwulan III tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu Tingkat kepuasan pelanggan pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Target indikator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 98,15%. Pencapaian sudah mencapai target yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indikator yang telah ada

## 12. 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 :



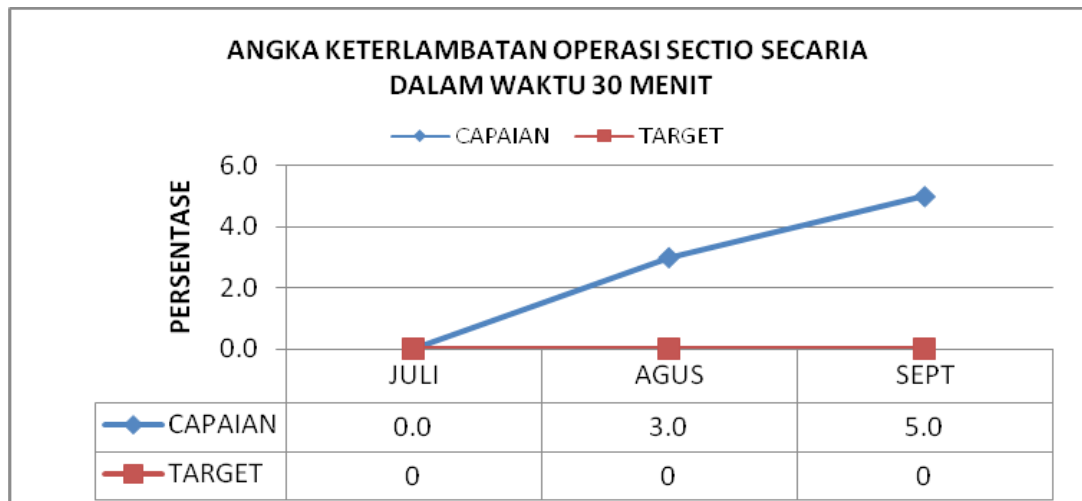
**Grafik 22. Kejadian Tidak Dilaksanakan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) Pada Bayi Baru Lahir Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu kejadian tidak

dilaksanakan inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung menetap. Target indikator mutu ini adalah 0.5%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 0%. Pencapaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indikator yang telah ada

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



**Grafik 23. Keterlambatan Operasi Sectio Secaria (SC) Dalam Waktu 30 Menit  
Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu keterlambatan operasi sectio secaria (SC) pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung menjauhi target yang telah ditetapkan. Target indikator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 2.6%.

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

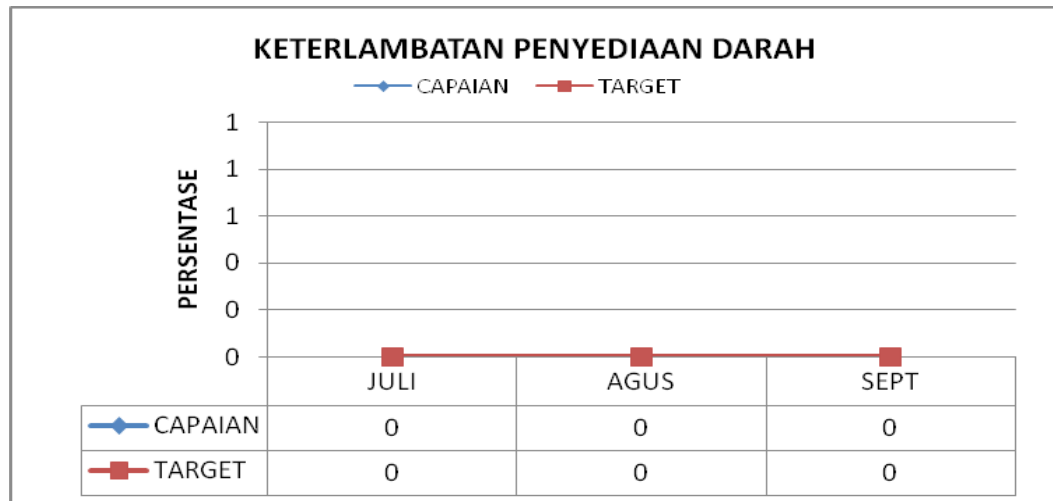
1. Instruksi sectio secaria dikeluarkan sebelum hasil laboratorium keluar, sehingga membutuhkan waktu 30 mnt untuk menunggu hasil labor keluar
2. Persiapan untuk sectio secaria membutuhkan waktu lama

Rekomendasi :

1. Evaluasi tentang kebijakan indikator keterlambatan operasi sectio secaria dalam waktu 30 menit dengan teams PONEK

### 14. KETERLAMBATAN PENYEDIAAN DARAH

Capaian keterlambatan penyediaan darah pada bulan Juli sd. September 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah:



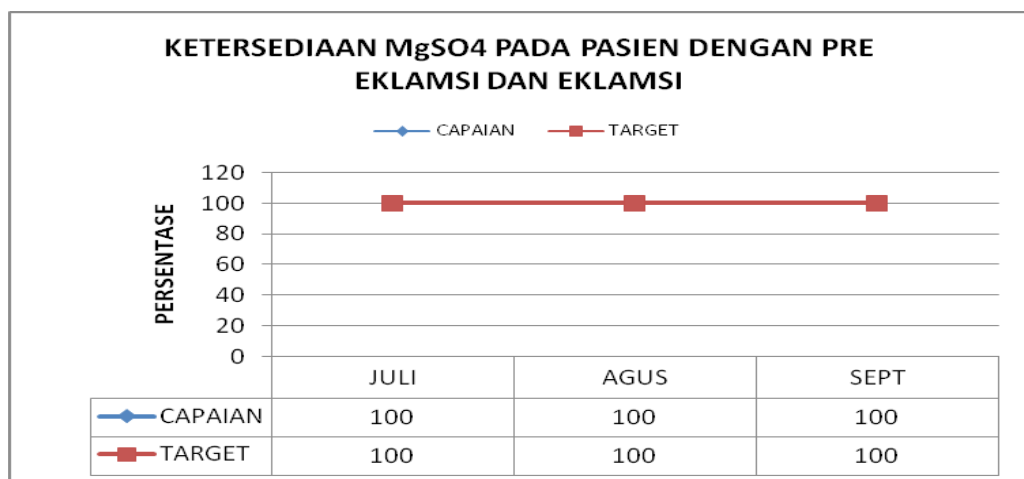
**Grafik 24. Keterlambatan Ketersediaan Darah Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu keterlambatan ketersediaan darah dalam waktu 60 menit pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Target indicator mutu ini adalah 0%, capaian indicator mutu ini sudah mencapai target.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

## 15. KETERSEDIAAN MgSO<sub>4</sub> DI RUANG KEBIDANAN

Ketersediaan MgSO<sub>4</sub> di ruang kebidanan pada bulan Juli sd. September 2020 dapat dilihat dibawah ini:



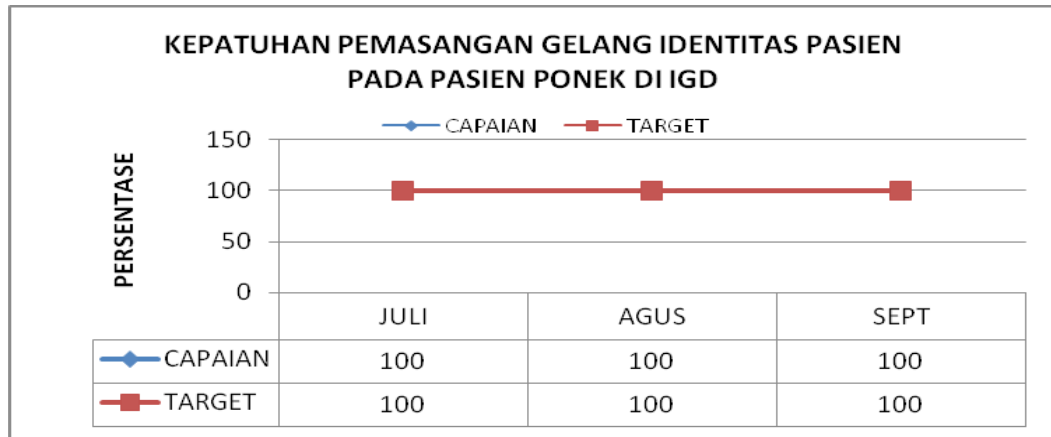
**Grafik 25. Ketersediaan MgSO<sub>4</sub> Diruang Kebidanan Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketersediaan MgSO<sub>4</sub> di ruang kebidanan pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Target indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian sudah mencapai target yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

## 16. 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:



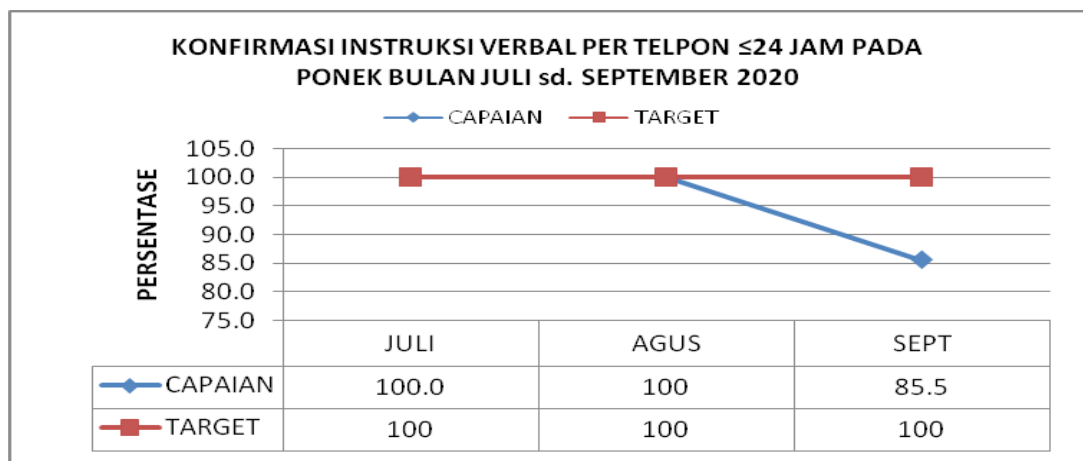
**Grafik 26. Kepatuhan Pemasangan Gelang Identitas Pasien Pada Pasien PONEK Di IGD Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien pada pasien PONEK di IGD pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Target indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian sudah mencapai target yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

## 17. 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 27. Konfirmasi Instruksi Verbal Per Telepon ≤24 Jam Pada Pasien PONEK Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu konfirmasi instruksi verbal per telepon ≤24 jam pada pasien PONEK pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung menurun. Target indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan

rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 95,1%. Capaian belum mencapai target yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

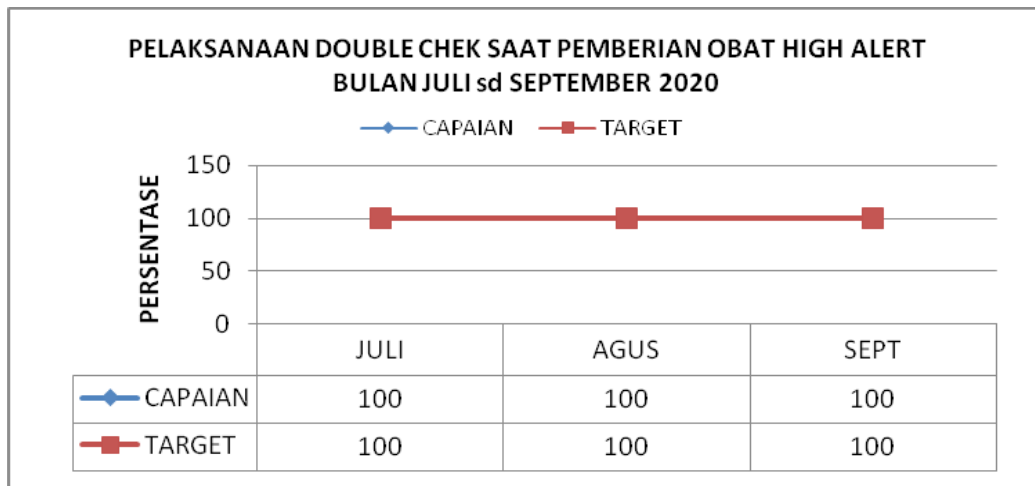
- Kurangnya kepedulian terhadap keselamatan pasien

Rekomendasi :

- Tingkatkan supervisi dan evaluasi

#### 18. KEPATUHAN PELAKSANAAN DOUBLE CHEK SAAT PEMBERIAN OBAT HIGH ALERT

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



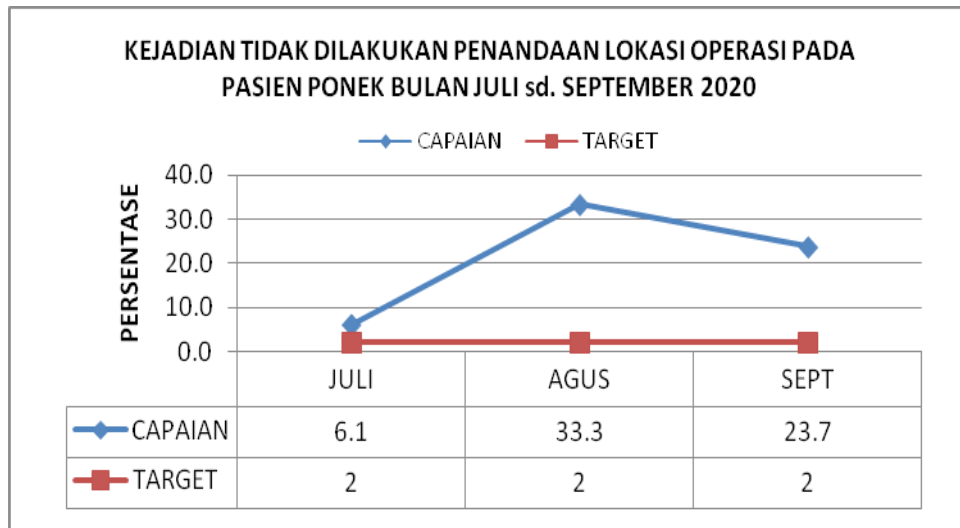
**Grafik 28. Kepatuhan Pelaksanaan Double Chek Saat Pemberian Obat Higt Alert Triwulan III Tahun 2020**

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

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

#### 19. KEJADIAN TIDAK DILAKUKAN PENANDAAN LOKASI OPERASI PASIEN PONEK

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



**Grafik 29. Penandaan Lokasi Operasi Pasien Ponek Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu penandaan lokasi operasi pasien ponek pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Target indicator mutu ini adalah 2%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 47.3%.

Capaian pada Triwulan III tahun 2020 belum mencapai target 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

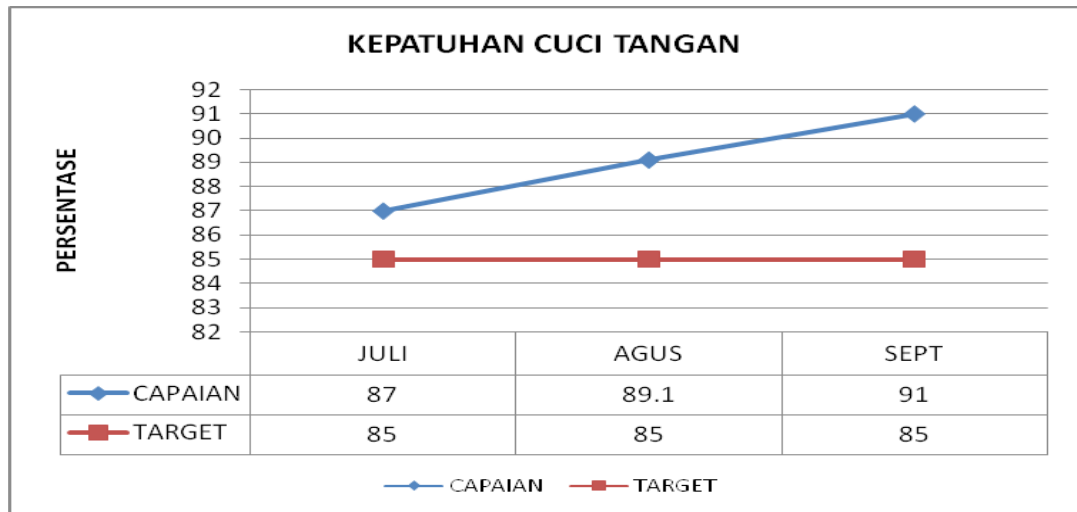
Rekomendasi :

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

## **20. KEPATUHAN CUCI TANGAN**

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



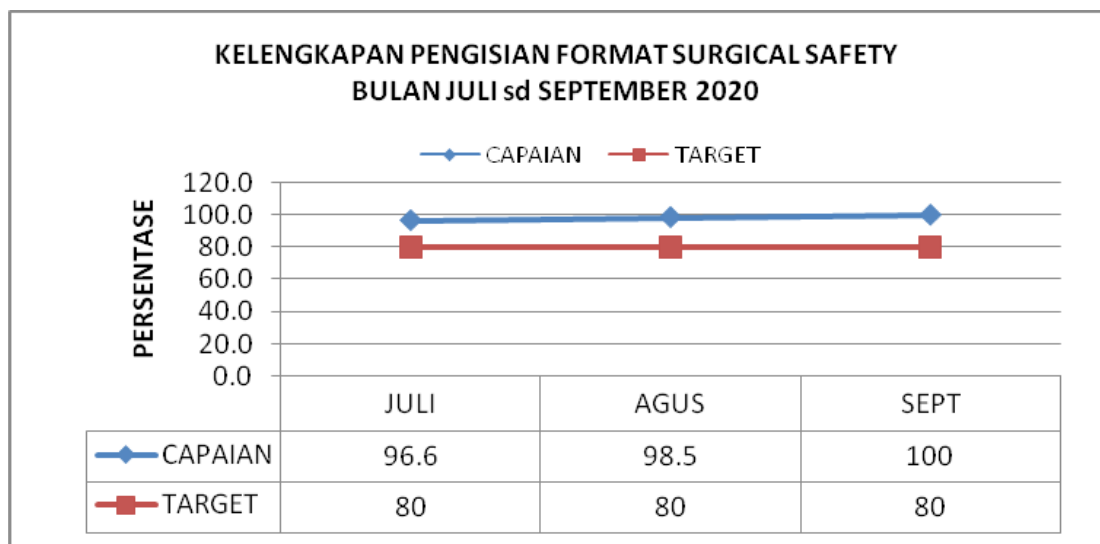


**Grafik 30. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Hand Hygiene Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan cuci tangan pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Target indicator mutu ini adalah 85%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 89.03%. Pencapaian sudah mencapai target yang telah ditetapkan.  
Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

## 21. KELENGKAPAN PENGISIAN FORMAT SURGICAL SAFETY CHECK LIST

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

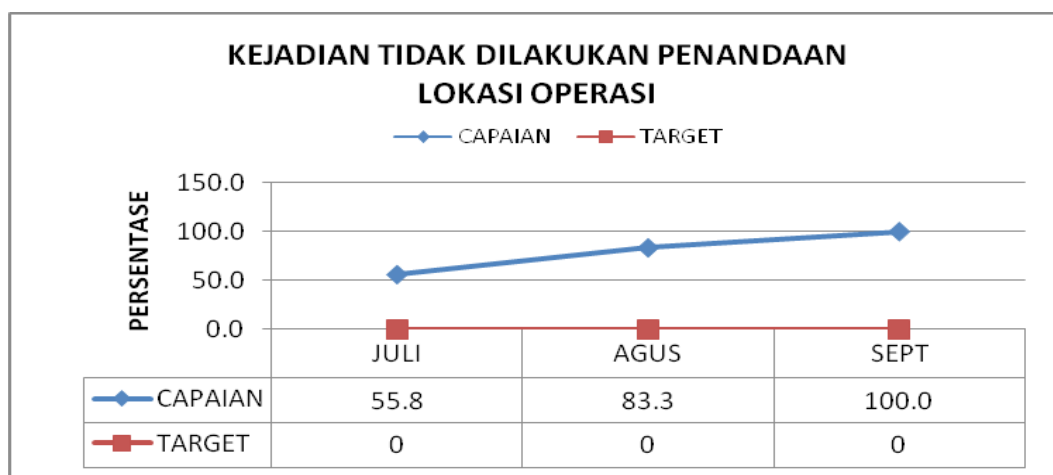


**Grafik 31. Kelengkapan Pengisian Format Surgical Safety Check List Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator Kelengkapan pengisian format surgical safety check list pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Target indicator mutu ini adalah 100%, capaian indicator mutu ini pada bulan september sudah mencapai target 100%.

## 22. KEJADIAN TIDAK DILAKUKAN PENANDAAN LOKASI OPERASI

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



**Grafik 32. Kejadian Tidak Dilakukan Penandaan Lokasi Operasi  
Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Target indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 79.9%. Capaian belum mencapai target 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

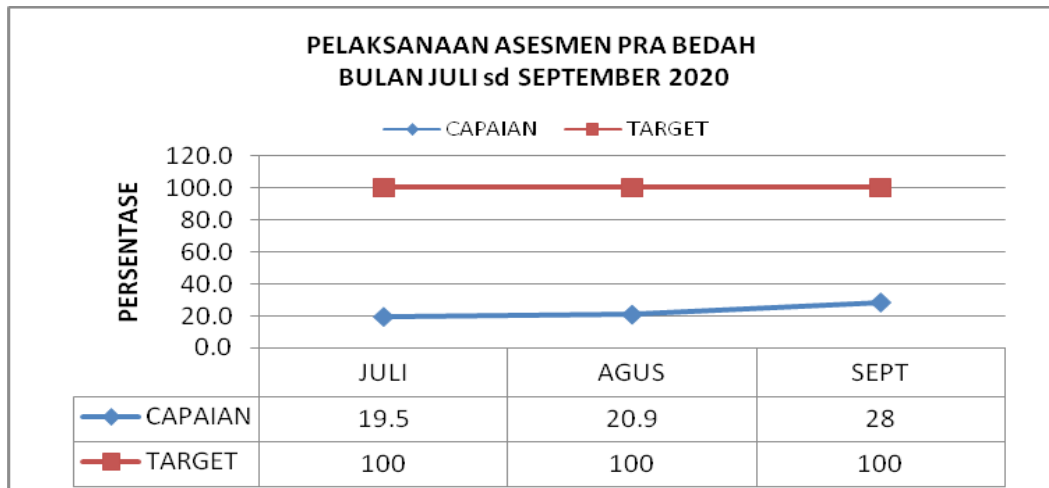
Rekomendasi :

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

Untuk selanjutnya akan dilakukan PDSA

## 23. KEPATUHAN PELAKSANAAN ASESMEN PRA BEDAH

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



**Grafik 33. Kepatuhan Pelaksanaan Asesmen Pra Bedah Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan pelaksanaan asesmen pra bedah pada Triwulan III tahun 2020 trendnya cenderung meningkat, tapi masih jauh dibawah target. Target indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 22.8%.

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

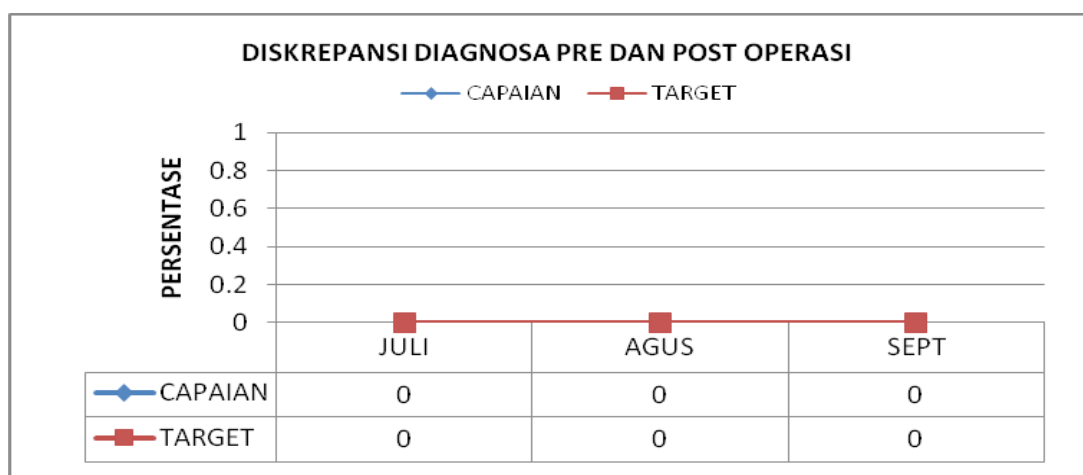
1. Komitmen yang belum adekuat dari DPJP untuk melengkapi asesmen pra bedah

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

## **24. DISKREPANSI DIAGNOSA PRE DAN POST OPERASI**

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

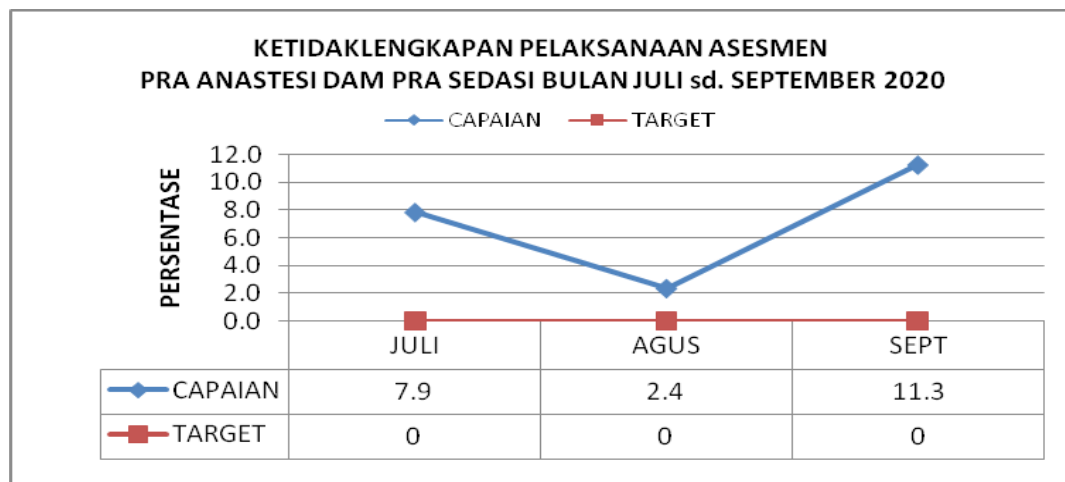


**Grafik 34. Diskrepansi Diagnose Pre Dan Post Operasi Triwulan III Tahun 2020**

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

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

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



**Grafik 35. Ketidaklengkapan Pelaksanaan Asesmen Pra Anestesi Dan Pra Sedasi Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketidaklengkapan pelaksanaan asesmen pra anestesi dan pra sedasi pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Target indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 10,3%. Capaian belum mencapai target yang telah ditetapkan.

Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh beberapa hal:

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

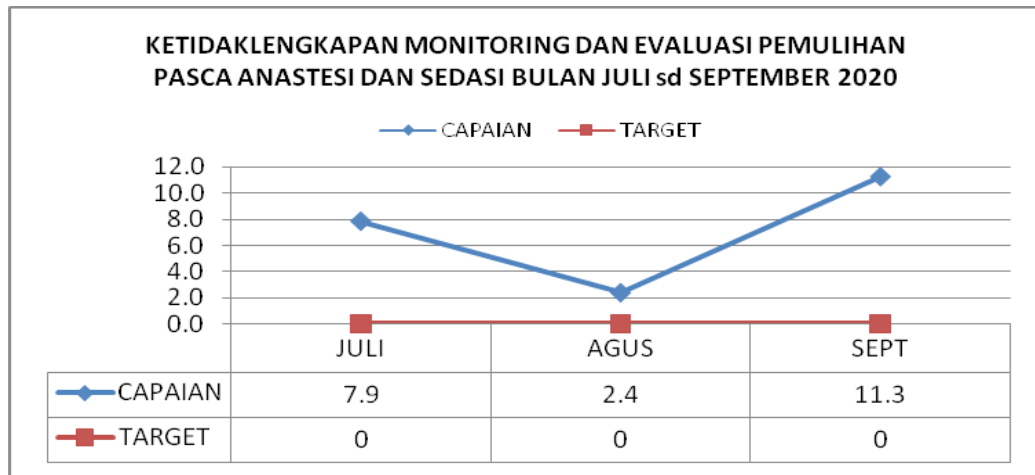
Rekomendasi :

1. Resosialisasi tentang pentingnya pelaksanaan asesmen pra anestesi/pra sedasi dan minta komitmen dari DPJP
2. Lakukan evaluasi tentang pelaksanaan dilapangan

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

Capaian pelaksanaan ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi pasca pemulihan pasca anestesi dan sedasi pada bulan Juli sd. Juli 2020 dapat dilihat

pada grafik dibawah ini:



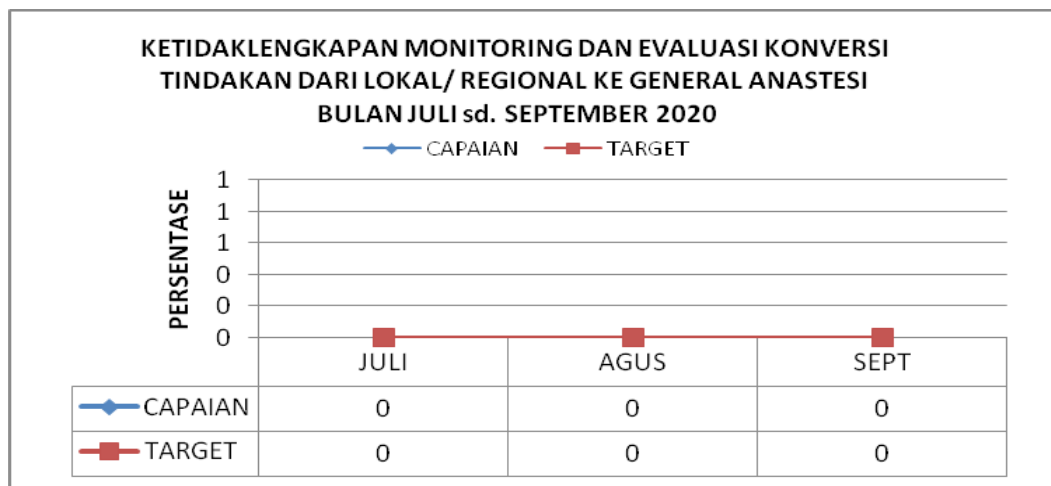
**Grafik 36. Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Proses Pemulihan Pasca Anastesi Dan Sedasi Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi proses pemulihan pasca anastesi dan sedasi pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Target indikator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 7.2%. Capaian belum mencapai target yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh kurangnya tenaga anastesi

Rekomendasi : Evaluasi ketenagaan dan beban kerja petugas

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

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



**Grafik 37. Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Konversi Tindakan Dari Local/Regional Kegeneral Anastesi Triwulan III Tahun 2020**

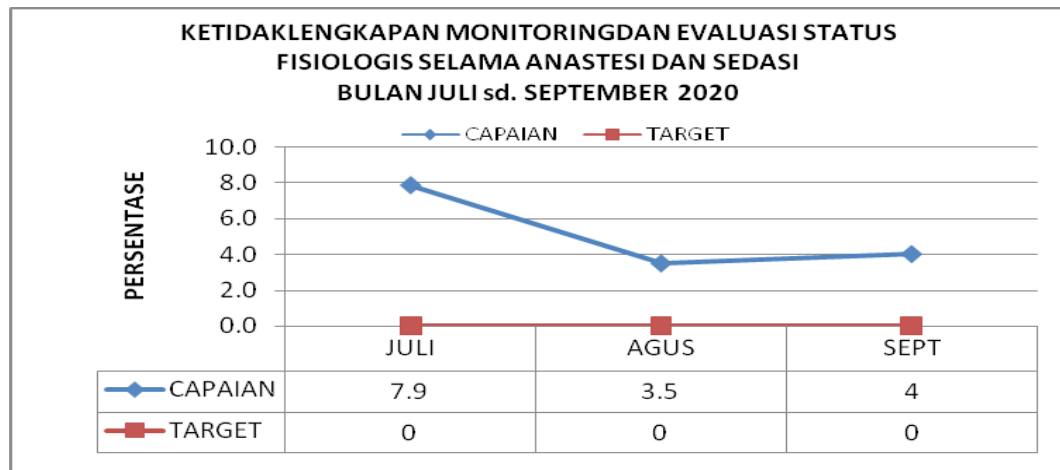
Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu ketidaklengkapan

monitoring dan evaluasi konversi dari lokak/regional ke general anestesi pada triwulan III tahun 2020. Trennya cenderung stabil, target indikator mutu ini adalah 0%. Capaian indikator mutu ini adalah 0% dan telah mencapai target.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

## 28. KETIDAKLENGKAPAN MONITORING DAN EVALUASI STATUS FISILOGIS SELAMA ANASTESI DAN SEDASI

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



**Grafik 38. Ketidakhengkapan Monitoring Dan Evaluasi Status Fisiologis Selama Anestesi Dan Sedasi Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi status fisiologis selama anestesi dan sedasi pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Target indikator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 5,2%. Capaian belum mencapai target yang telah ditetapkan.

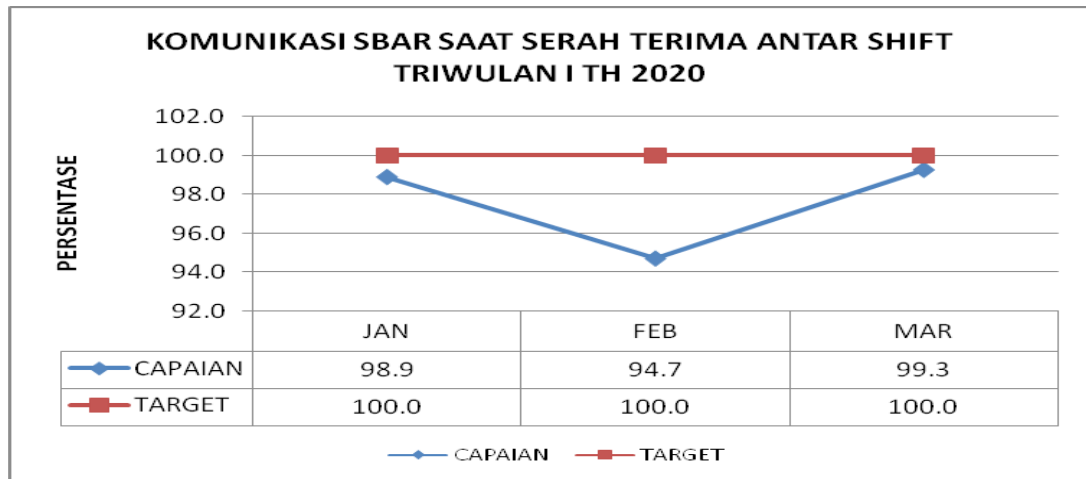
Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh beberapa faktor

Rekomendasi : lakukan evaluasi dengan pihak terkait tentang indikator mutu ini

## 29. KOMUNIKASI SBAR SAAT SERAH TERIMA ANTAR SHIFT

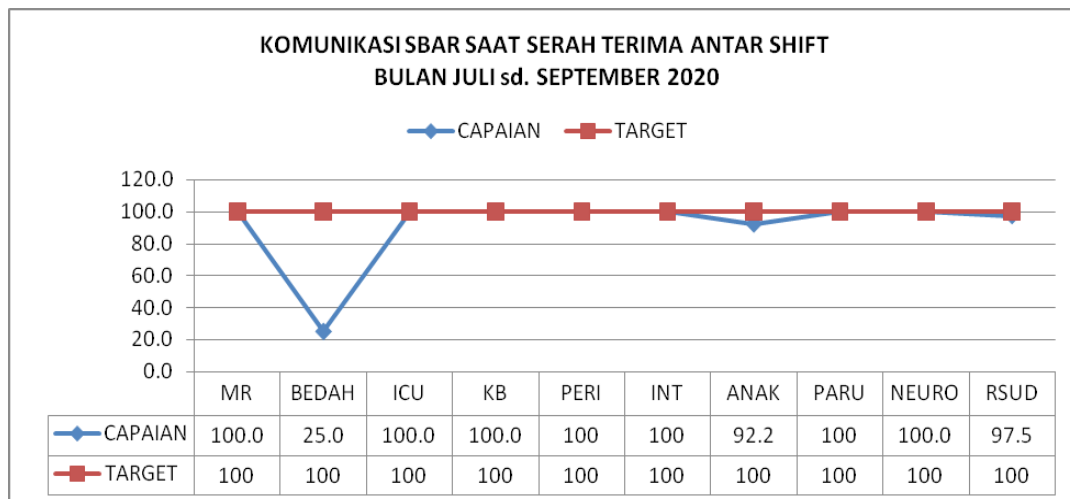
Persentase komunikasi SBAR serah terima antar shift pada bulan Juli sd. Juli 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:





**Grafik 39. Komunikasi SBAR Saat Serah Terima Antar Shift Triwulan III 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 40. Komunikasi SBAR Saat Serah Terima Antar Shift Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator Komunikasi SBAR saat Serah Terima Antar Shift pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Target indikator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 97.5%. Capaian belum mencapai target yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh

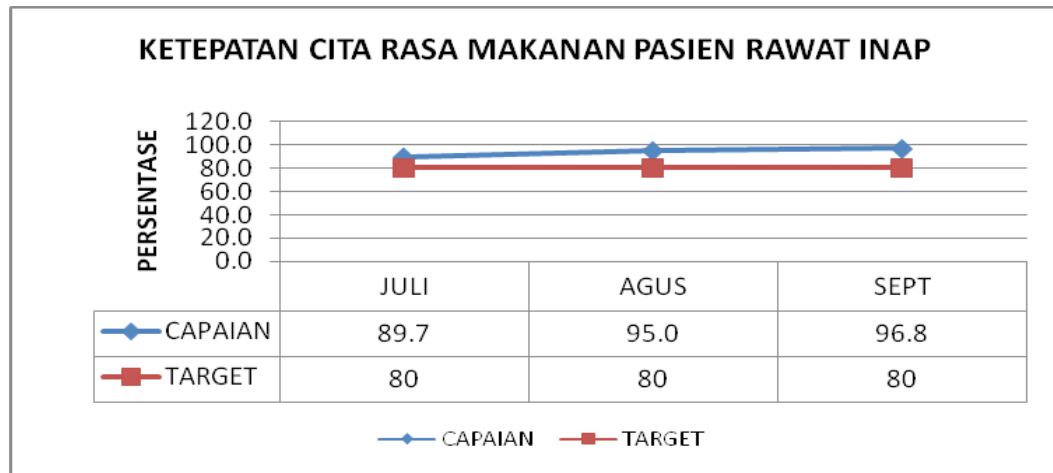
1. Komitmen yang belum kuat dari petugas dalam pengisian form sbar
2. Belum menjadikan indikator ini sebagai budaya kerja karena belum memahami pentingnya komunikasi sbar saat serah terima antar shift

Rekomendasi

1. Resosialisasi tentang pentingnya pelaksanaan komunikasi sbar saat serah terima antar shift keseluruhan petugas ruangan
2. Lakukan evaluasi tentang pelaksanaan dilapangan

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

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



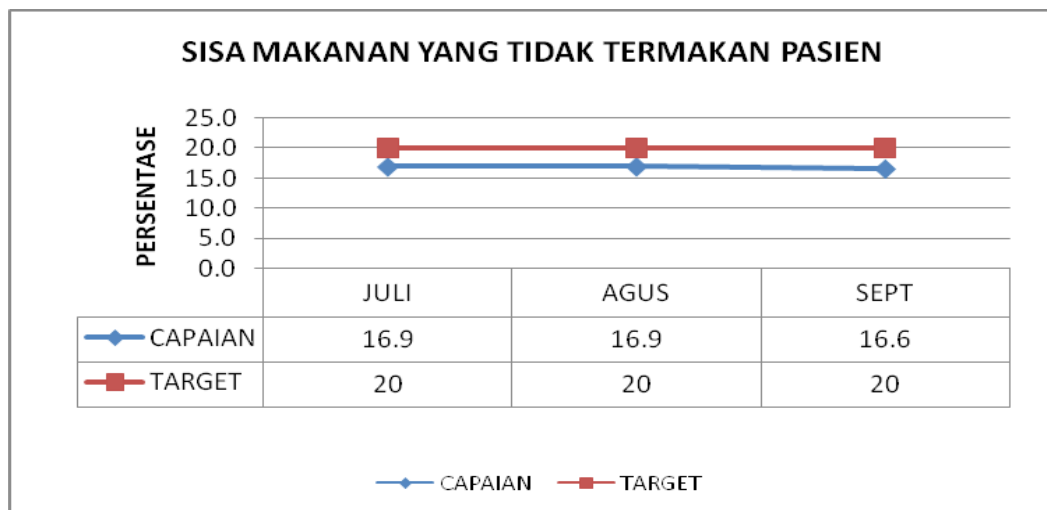
**Grafik 41. Ketepatan Cita Rasa Makanan Pasien rawat inap Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Ketepatan Cita Rasa Makanan Pasien rawat inap pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Target indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 93.8%.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

### 31. SISA MAKANAN YANG TIDAK TERMAKAN PASIEN

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



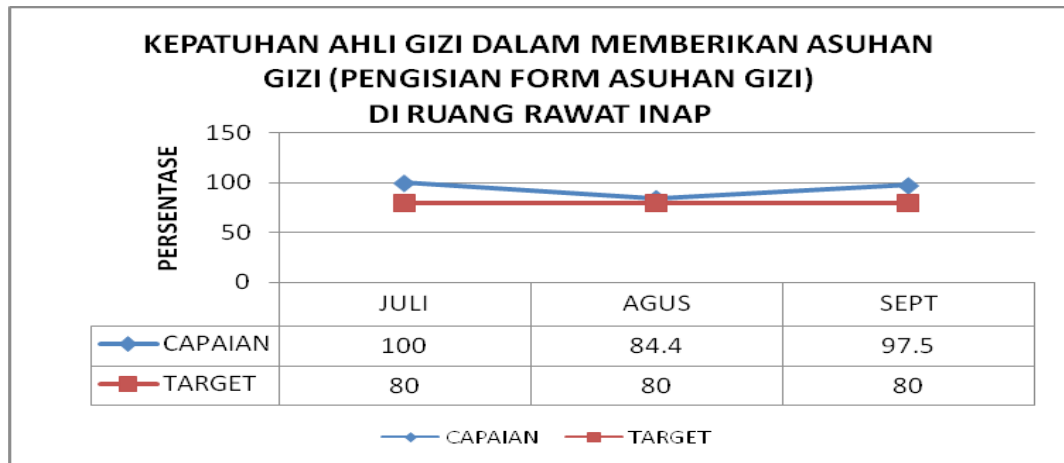
**Grafik 42. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Pasien Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Sisa Makanan yang tidak termakan pasien pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Target indicator mutu ini adalah 20%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu

ini adalah 16,8%. Capaian sudah mencapai target yang telah ditetapkan.

### 32. 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 Juli sd. September 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



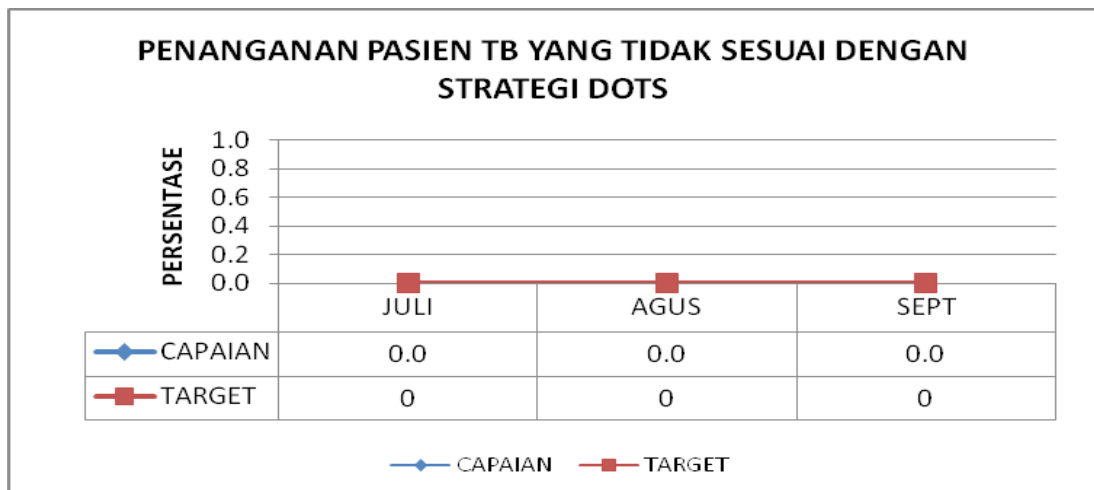
**Grafik 43. Kepatuhan Ahli Gizi Dalam Memberikan Asuhan Gizi (Pengisian Form Asuhan Gizi) Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Kepatuhan ahli gizi dalam memberikan asuhan gizi (pengisian form asuhan gizi) pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Target indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 94%. Capaian sudah mencapai target yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

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

Capaian penanganan pasien TB yang tidak sesuai dengan strategi DOTS pada bulan Juli sd. September 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



**Grafik 45. Penanganan Pasien TB Yang Tidak Sesuai Dengan Strategi Dots**

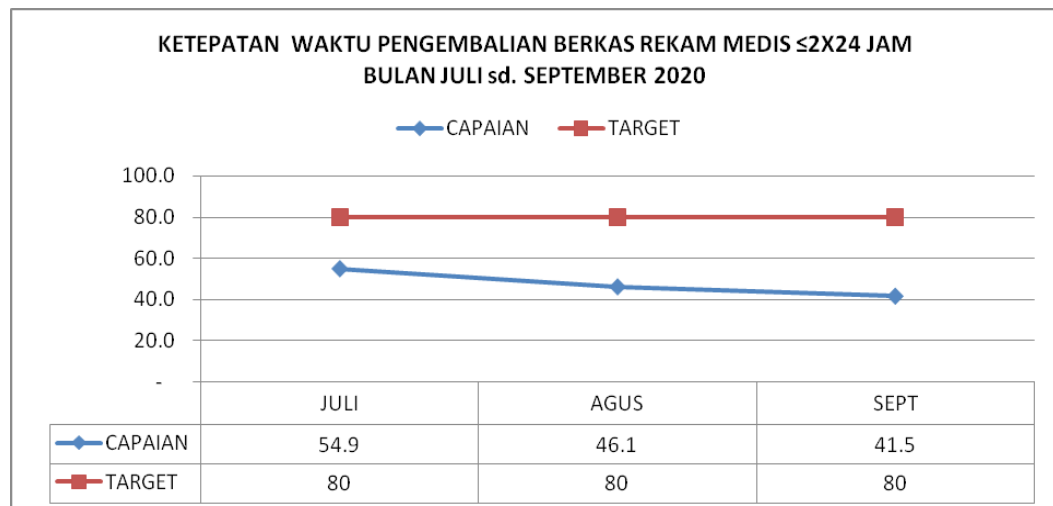
### Triwulan III Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Penanganan pasien TB yang tidak sesuai dengan Strategi Dots pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Target indicator mutu ini adalah 0%, dan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai target yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

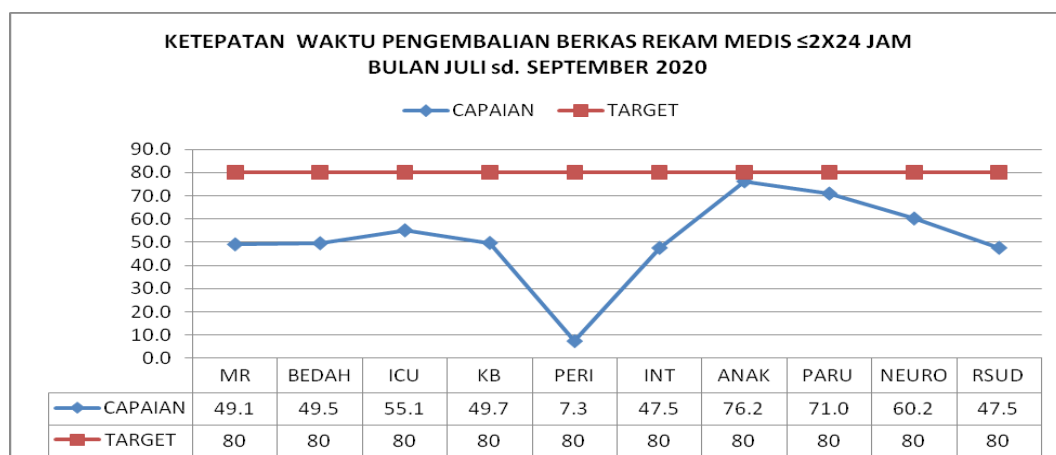
### 35. KETEPATAN WAKTU PENGEMBALIAN REKAM MEDIS (RM) $\leq 2 \times 24$ JAM RAWAT INAP

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



**Grafik 47. Ketepatan Pengembalian RM Rawat Inap Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketepatan pengembalian RM rawat inap pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung menurun. Target indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 47.5%. Capaian masih jauh mencapai target, Capaian dari masing-masing ruangan untuk indicator ini adalah:



**Grafik 48. Ketepatan Waktu Pengembalian berkas Rekam Medik Inap**

### Bulan Juli sd. September 2020

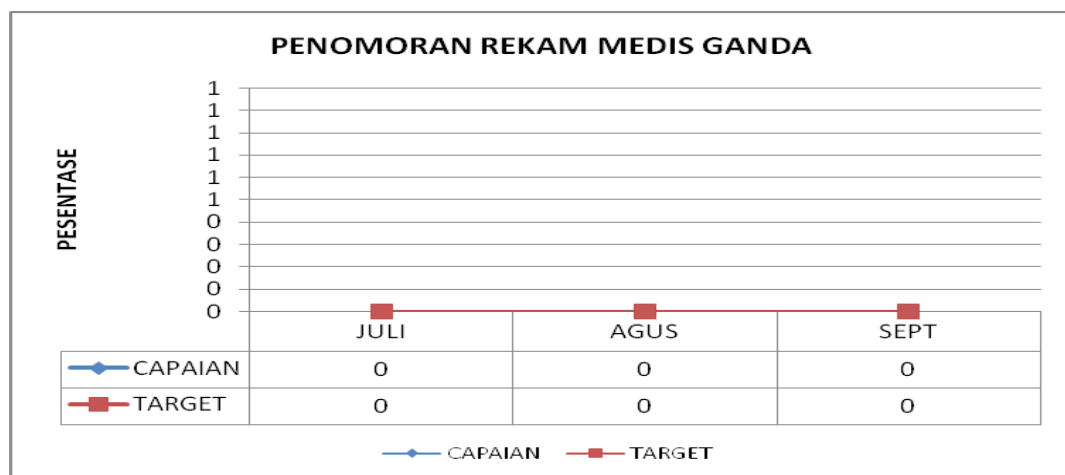
Dari gravik di atas dapat dilihat bahwa ruangan yang capaian indikator nya hampir mendekati target adalah ruangan anak (76,2%) dan ruangan yang sangat jauh dari target adalah ruangan perinatologi (7.3%). Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh, Komitmen yang belum adekuat dari seluruh staf 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

### 36. PENOMORAN REKAM MEDIS GANDA

Capaian penomoran Rekam Medis Ganda pada bulan Juli sd. September 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



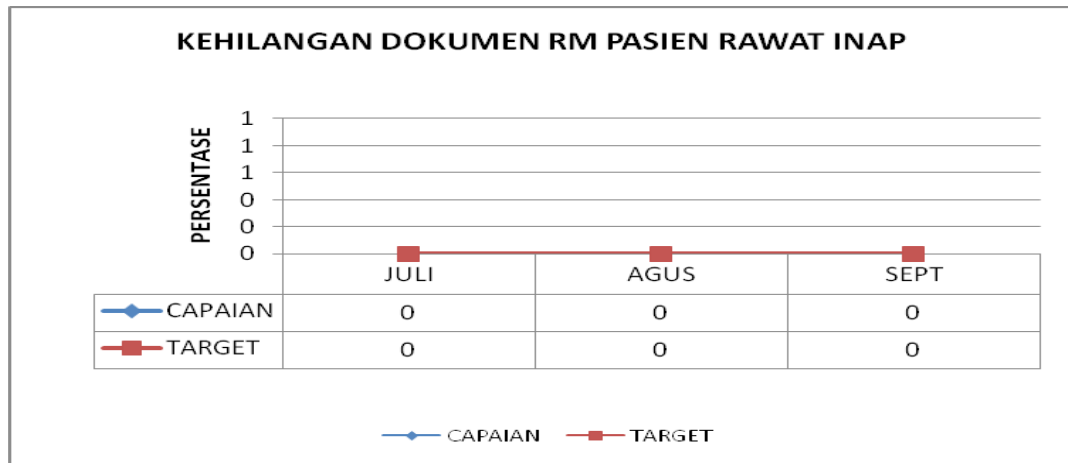
**Grafik 49. Penomoran Rekam Medis Ganda Triwulan III tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu penomoran Rekam Medis Ganda pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Target indicator mutu ini adalah 0%, dan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai target yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

### 37. KEHILANGAN DOKUMEN RM PASIEN RAWAT INAP

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



**Grafik 50. Kehilangan Dokumen RM Rawat Inap Triwulan III Tahun 2020**

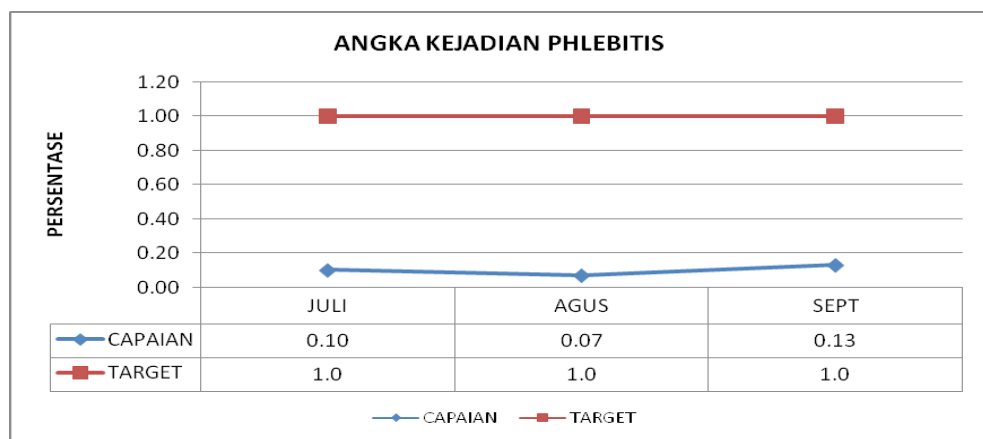
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kehilangan dokumen RM rawat inap pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Target indicator mutu ini adalah 0%, dan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai target yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

### 38. CAPAIAN INDIKATOR MUTU KOMITE PPI

#### 38.1. ANGKA KEJADIAN PLEBITIS

Capaian kejadian plebitis pada bulan Juli sd. September 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



**Grafik 51. Angka Kejadian Plebitis Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian Plebitis pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Target indicator mutu ini adalah 1%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0,1%. Capaian belum mencapai target 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

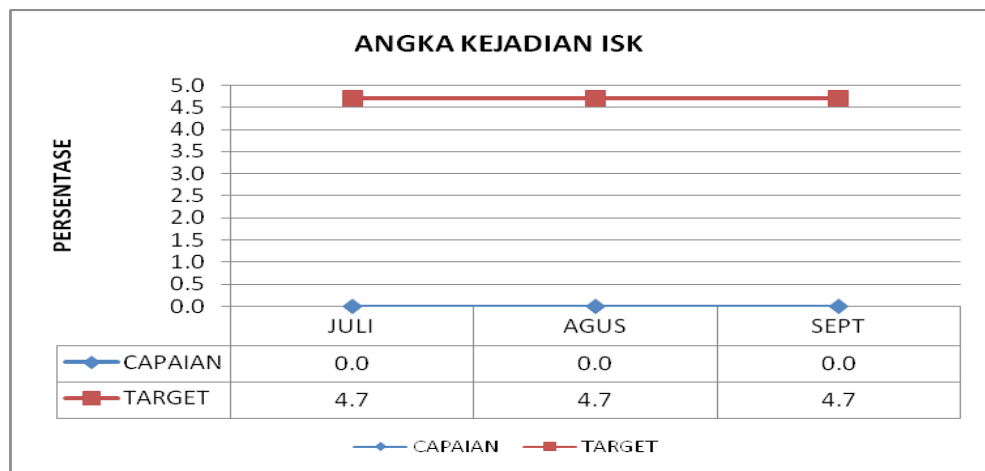
1. Komitmen kepala ruangan dalam melakukan supervisi sesuai jadwal

2. Budayakan teknik pemasangan infuse sesuai SPO

3. Lakukan evaluasi tentang pelaksanaan dilapangan

### 38.2. ANGKA KEJADIAN ISK

Capaian kejadian ISK pada bulan Juli sd. September 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

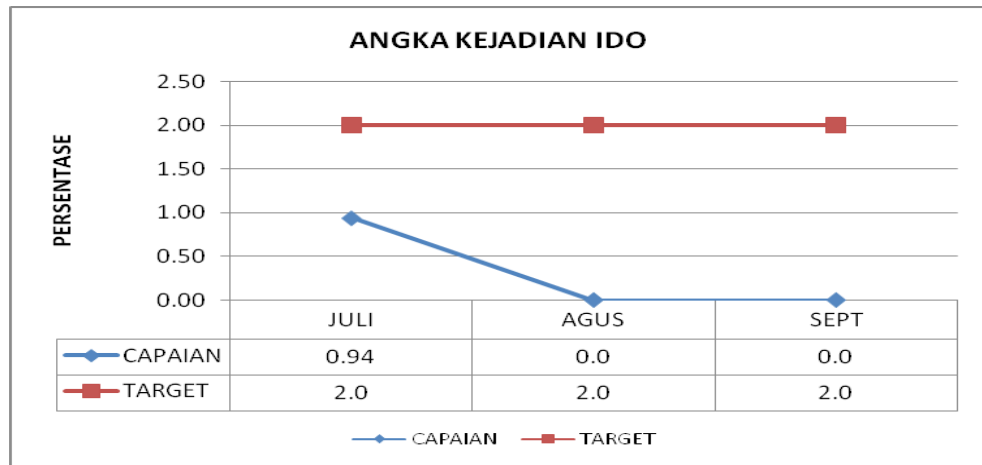


**Grafik 52. Angka Kejadian Plebitis Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian Plebitis pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Target indicator mutu ini adalah 4,7%, capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai target yang telah ditetapkan.

### 38.3. ANGKA KEJADIAN IDO

Capaian kejadian IDO pada bulan Juli sd. September 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

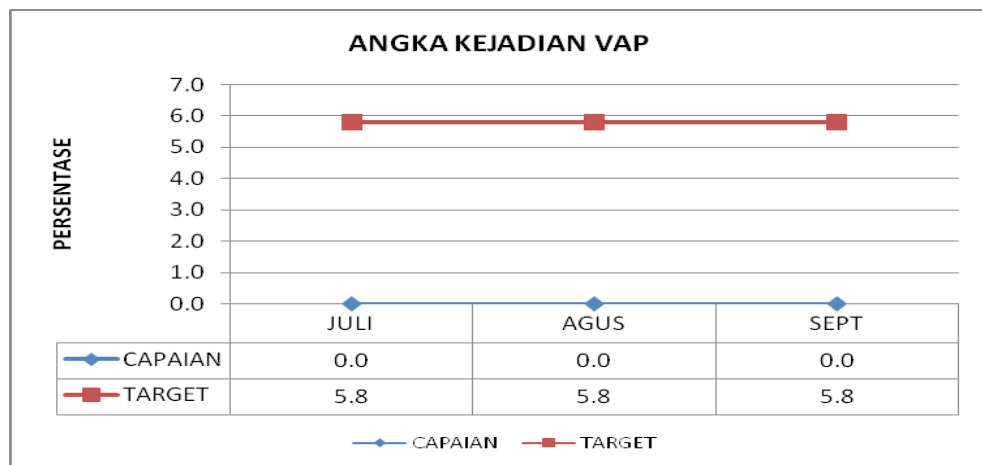


**Grafik 53. Angka Kejadian Plebitis Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian IDO pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Target indicator mutu ini adalah 2%, capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai target yang telah ditetapkan.

#### 38.4. ANGKA KEJADIAN VAP

Capaian kejadian VAP pada bulan Juli sd. September 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



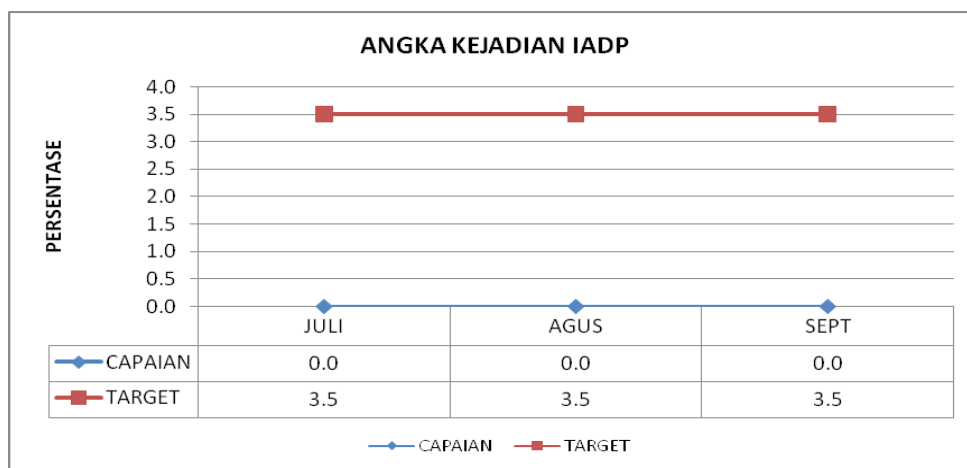
**Grafik 54. Angka Kejadian Plebitis Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian VAP pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Target indicator mutu ini adalah 5,8%, capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai target yang telah ditetapkan.

#### 38.5. ANGKA KEJADIAN IADP

Capaian kejadian IADP pada bulan Juli sd. September 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



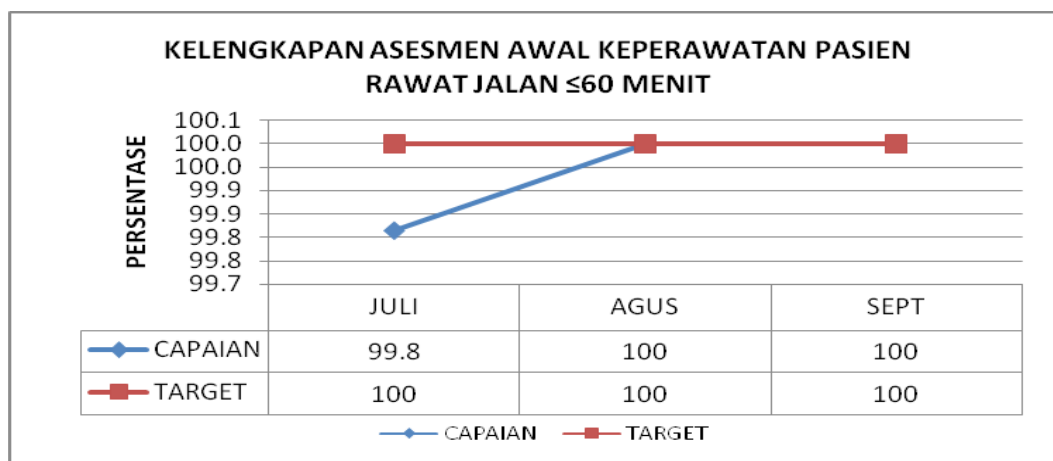


**Grafik 55. Angka Kejadian Plebitis Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian IADP pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Target indicator mutu ini adalah 3,5%, capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai target yang telah ditetapkan.

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

Capaian kelengkapan asesmen awal keperawatan pasien rawat jalan pada bulan Juli sd. September 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



**Grafik 56. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan Triwulan III tahun 2020**

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

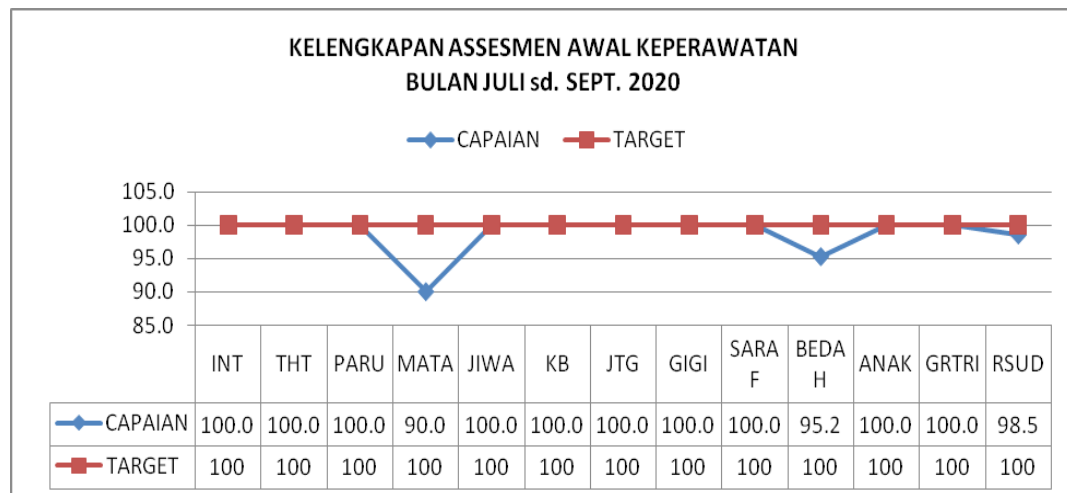
1. Banyaknya angka kunjungan pada rawat jalan tiap hari
2. Belum menjadi budaya kerja petugas dalam membiasakan pengisian form

kelengkapan asesmen awal keperawatan

Rekomendasi :

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

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

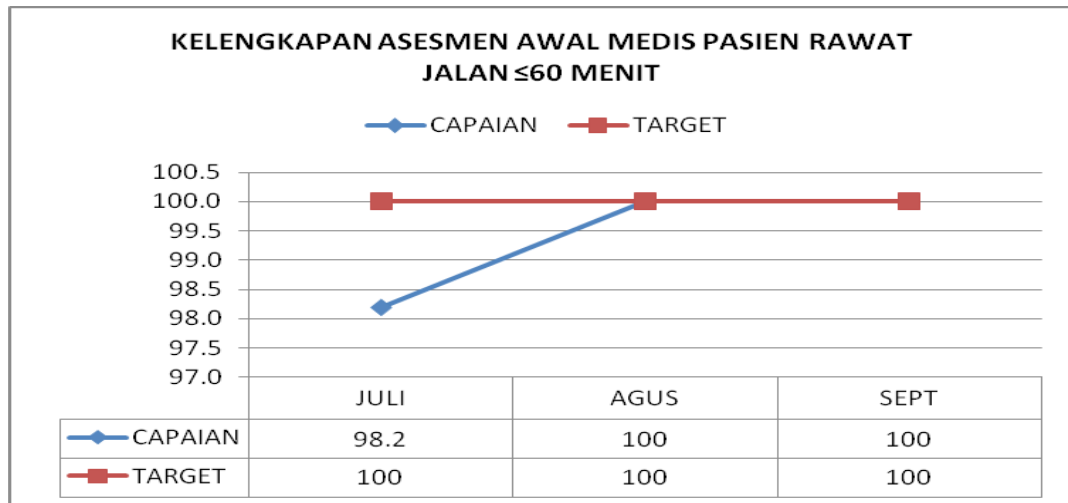


**Grafik 57. Kelengkapan Asesment Awal Keperawatan pada Ruang Rawat Jalan Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kelengkapan asesmen awal keperawatan rawat jalan pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Target indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 98.5%. Poliklinik rawat jalan yang belum mencapai target adalah poliklinik mata (90 %)

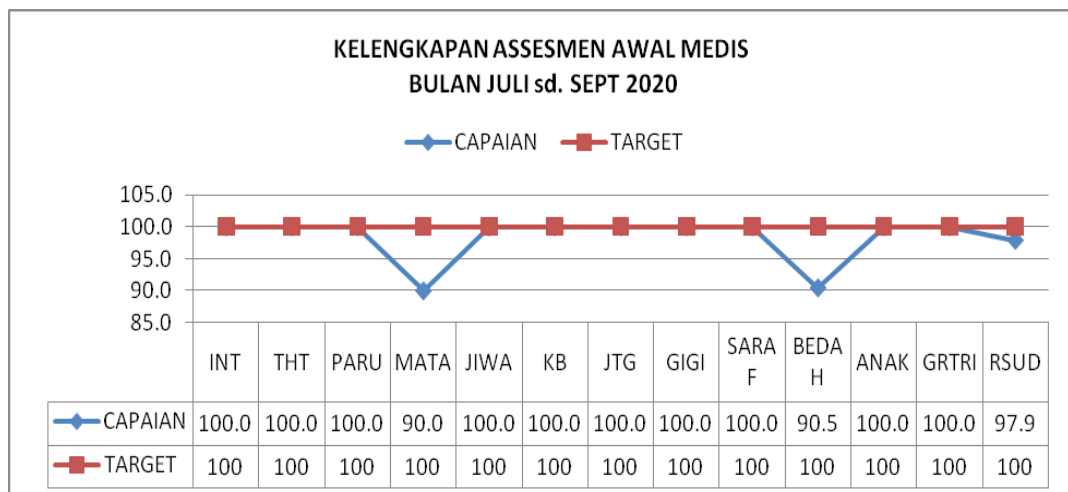
#### **40. KELENGKAPAN ASESMEN AWAL MEDIS RAWAT JALAN ≤ 60 MENIT**

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



**Grafik 58. Kelengkapan Assesment Medis Rawat Jalan Triwulan III Tahun 2020**

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



**Grafik 59. Kelengkapan Assesment Medis pada Ruangan Rawat Jalan Triwulan III Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kelengkapan asesmen awal medis rawat jalan pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Target indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 85,3%. Capaian belum mencapai target 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 asesmen awal medis rawat jalan

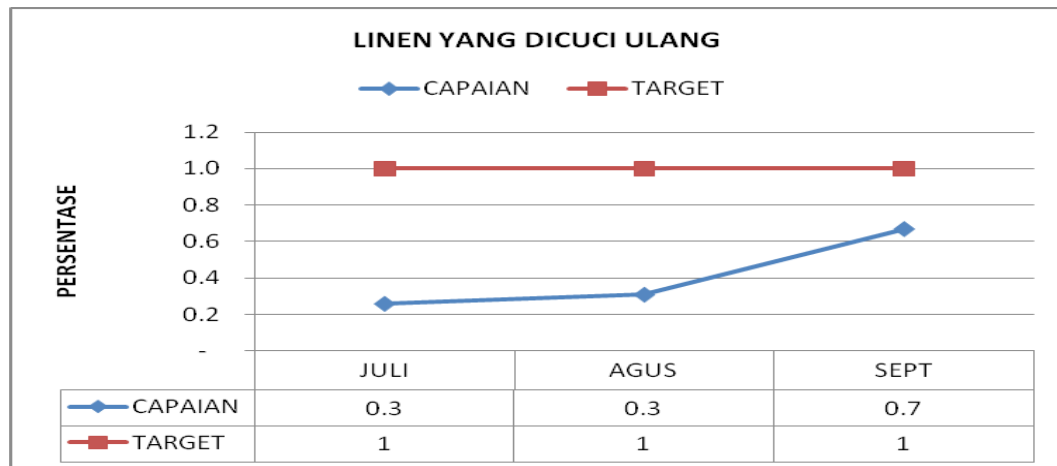
Rekomendasi :

1. Resosialisasi tentang pentingnya pelaksanaan kelengkapan asesmen awal medis dan minta komitmen dari petugas dalam kelengkapan asesmen awal medis rawat jalan

2. Lakukan evaluasi tentang pelaksanaan dilapang

#### 41. LINEN YANG DICUCI ULANG

Pemantauan untuk indicator unit laundry dimulai pada bulan Juli 2020, dengan capaian sebagai berikut:



**Grafik 60. Linen yang Dicuci Ulang Triwulan III Tahun 2020**

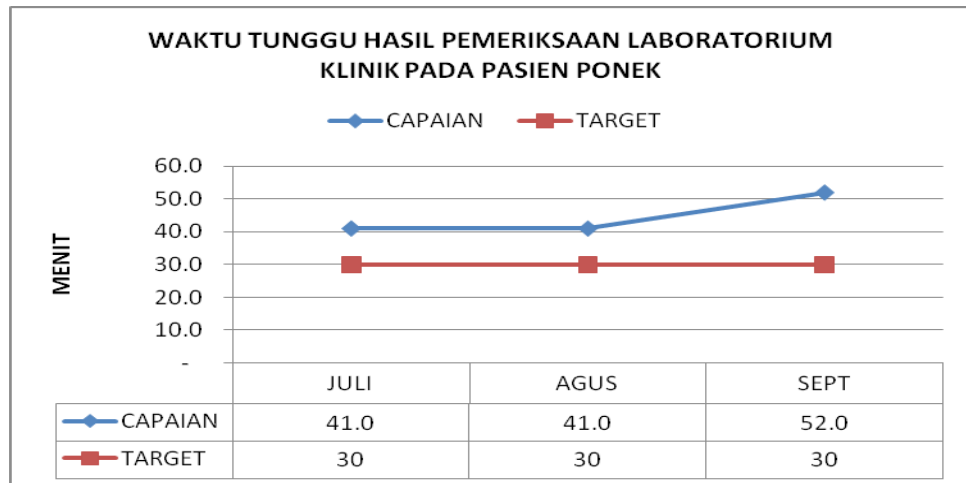
Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian untuk linen yang dicuci ulang mengalami peningkatan pada bulan September 2020 dimana pada bulan Juli dan Agustus persentase untuk linen yang dicuci ulang hanya mencapai 0,3% linen. Namun angka ini masih dibawah target (1%)

#### 42. WAKTU TUNGGU HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Pada triwulan III ini waktu tunggu hasil pemeriksaan dibedakan antara pasien Ponek, poliklinik dan IGD. Adapun angka waktu tunggu pada masing-masing ruangan tersebut adalah:

##### 42.1. WAKTU TUNGGU HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM PADA PASIEN PONEK

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

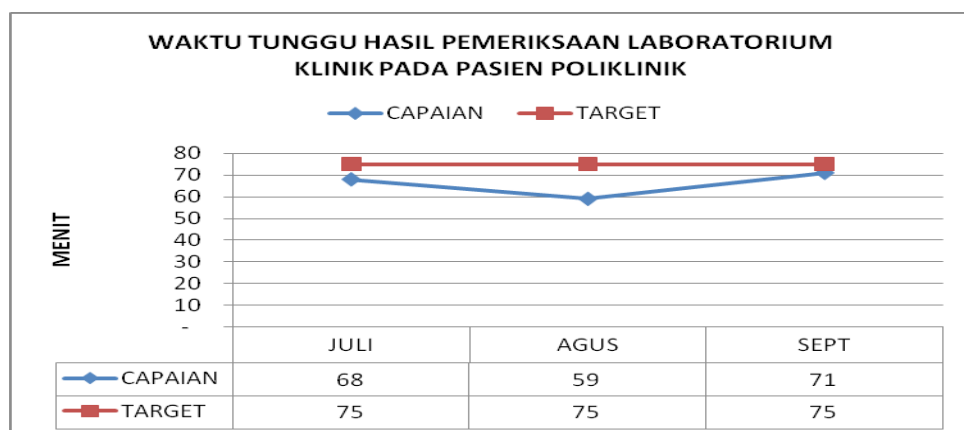


**Grafik 61. Grafik Waktu Hasil Tunggu Pemeriksaan Laboratorium  
pada Pasien Ponek**

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa angka waktu tunggu laboratorium pada pasien ponek belum mencapai target. Dimana target untuk indikator ini adalah 30 menit sementara capaiannya masih diatas 30 menit. Pada bulan Juli dan Agustus angka waktu tunggu pada pasien ponek mencapai 41 menit kemudian terjadi peningkatan pada bulan September menjadi 52%.

#### **42.2. WAKTU TUNGGU HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM PADA PASIEN POLIKLINIK**

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



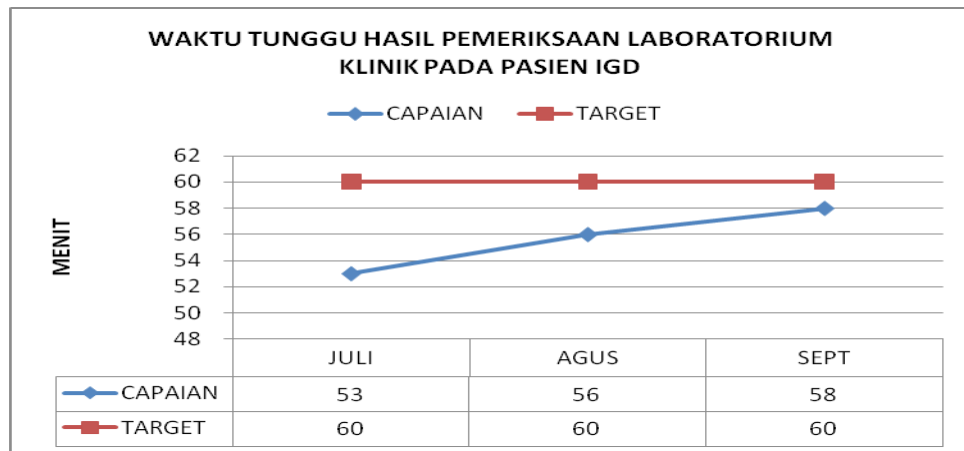
**Grafik 62. Grafik Waktu Hasil Tunggu Pemeriksaan Laboratorium  
pada Pasien Poliklinik**

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa angka waktu tunggu pasien poliklinik cenderung bervariasi namun sudah dibawah target dimana target dari indikator ini adalah dibawah 75 menit. Capaian paling tinggi terjadi pada bulan September yakni mencapai 71 menit.

#### **42.3. WAKTU TUNGGU HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM PADA**

## PASIEN IGD

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

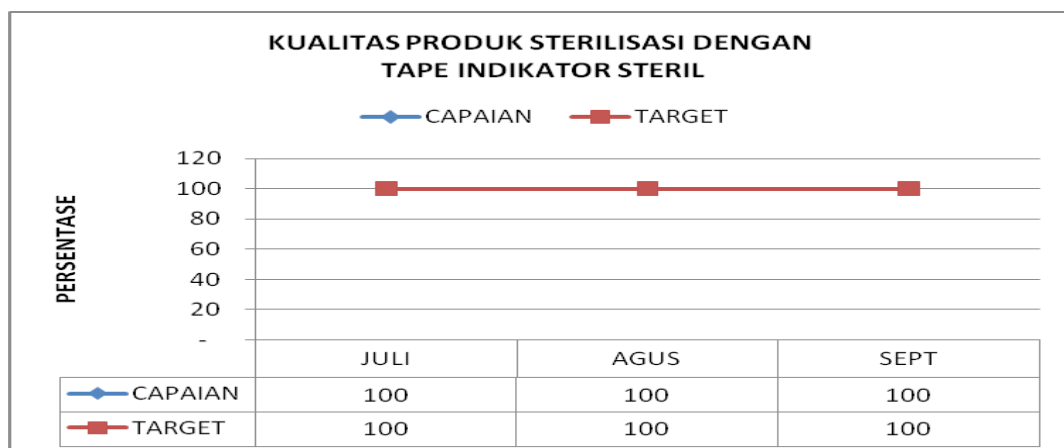


**Grafik 63. Grafik Waktu Hasil Tunggu Pemeriksaan Laboratorium pada Pasien IGD**

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa angka waktu tunggu pasien poliklinik cenderung meningkat namun sudah dibawah target dimana target dari indicator ini adalah dibawah 60 menit. Capaian paling tinggi terjadi pada bulan September yakni mencapai 58 menit.

## 43. KUALITAS PRODUK STERILISASI DENGAN TAPE INDIKATOR STERIL

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

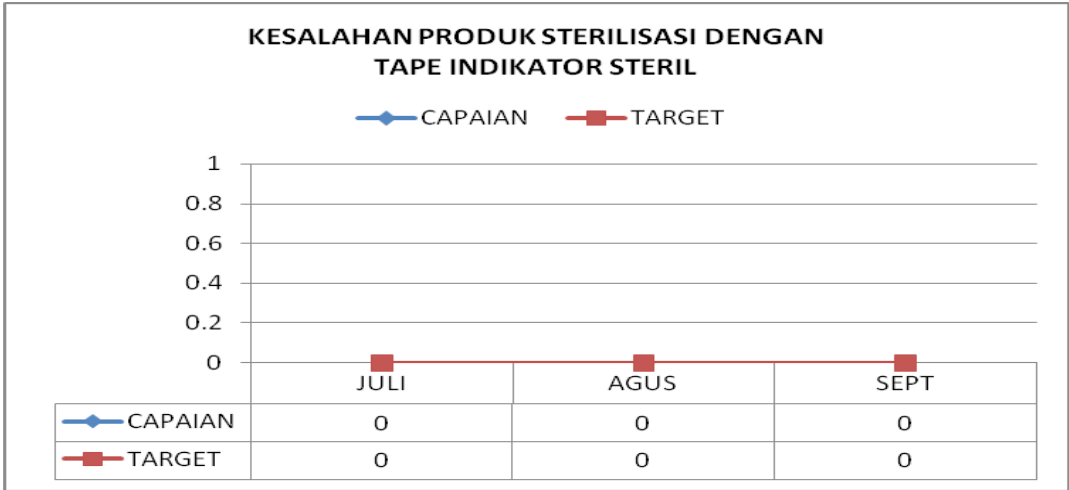


**Grafik 64. Grafik Waktu Hasil Tunggu Pemeriksaan Laboratorium pada Pasien Poliklinik**

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

## 44. KESALAHAN PRODUK STERILISASI DENGAN TAPE INDIKATOR STERIL

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

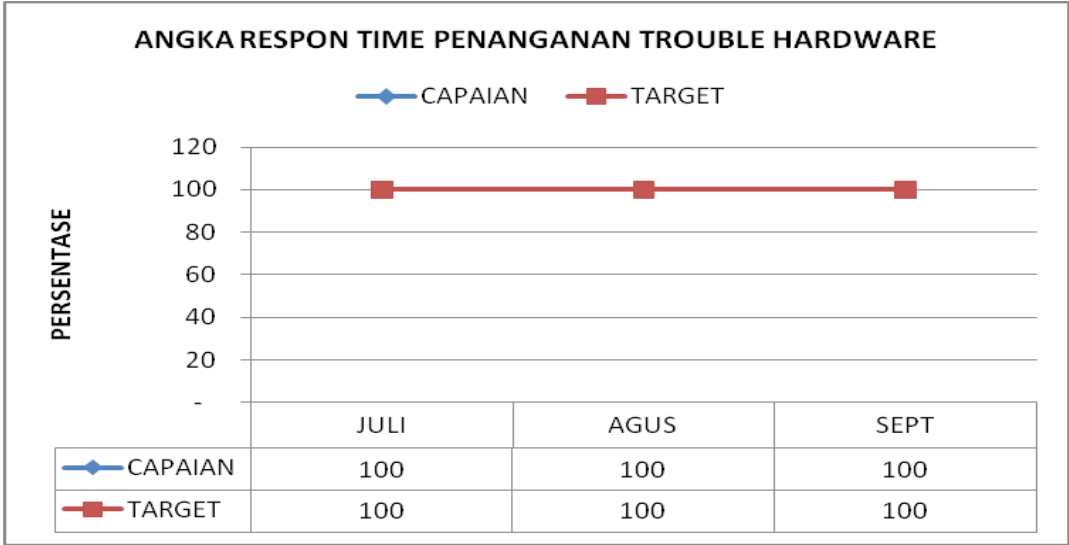


**Grafik 65. Kesalahan Produk Sterilisasi dengan Tape Indikator Steril**

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

**45. ANGKA RESPON TIME PENANGANAN TROUBLE HARDWARE**

Angka repon time penanganan troble hardware menupakan indicator mutu IT. Capaian indicator ini untuk triwulan III adalah:



**Grafik 66. Angka Respon Time Penanganan Trouble Hardware**

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

### **BAB III**

### **PENUTUP**

Kegiatan pemantauan indikator mutu dan validasi data mutu yang sesuai Standar Akreditasi sejak awal Juli 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.



**LAMPIRAN**

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

**BULAN : TRIWULAN III**

**1. INDIKATOR MUTU NASIONAL**

NO	NAMA INDIKATOR	RUANGAN	STANDAR	CAPAIAN			
				JULI	AGUS	SEPT.	RATA"
1	Kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien	MR	100	100.0	0.0	100.0	100.0
		BEDAH		94.4	92.5	92.2	93.0
		ICU		100.0	98.9	97.8	98.8
		KB		100.0	100.0	100.0	100.0
		PERI		100.0	100.0	100.0	100.0
		INT		88.2	95.7	98.9	94.2
		ANAK		100.0	100.0	100.0	100.0
		PARU		100.0	100.0	100.0	100.0
		NEURO		97.0	98.1	98.0	97.6
		JANTUNG		97.8	98.9	97.6	98.1
		HD		93.5	90.0	97.6	94.4
		RSUD		97.7	98.1	98.5	98.1
		PD		100.0	100.0	100.0	100.0
		THT		100.0	100.0	100.0	100.0
		PARU		100.0	100.0	100.0	100.0
		MATA		100.0	100.0	100.0	100.0
		JIWA		100.0	100.0	100.0	100.0
		KB		100.0	100.0	100.0	100.0

		JTG		100.0	100.0	100.0	100.0
		GIGI		100.0	100.0	100.0	100.0
		SRF		100.0	100.0	100.0	100.0
		BEDAH		100.0	100.0	100.0	100.0
		ANAK		100.0	100.0	100.0	100.0
		GERIATRI		100.0	100.0	100.0	100.0
		HD		93.5	90.0	97.6	94.4
		LAB. PAT.		83.3	100.0	90.5	90.4
		LAB. KLINIK		100.0	100.0	100.0	100.0
		FISIOTERAPI		100.0	100.0	100.0	100.0
2	Emergency Respon Time	IGD	100	100.0	100.0	100.0	100.0
3	Waktu tunggu rawat jalan	PD	120 MENIT	83.1	120.0	124.4	106.9
		THT		162.8	1632.2	174.8	750.0
		PARU		70.9	72.3	93.0	78.4
		MATA		68.1	74.0	66.0	69.7
		JIWA		209.3	80.2	88.4	164.4
		KB		113.8	89.0	107.2	103.1
		JTG		127.7	116.9	140.6	128.0
		GIGI		270.0	149.1	182.7	186.3
		SRF		185.8	158.5	150.4	165.5
		BEDAH		98.8	97.1	104.1	99.9
		ANAK		191.9	124.9	148.1	143.2
		GERIATRI		108.7	130.5	222.2	148.4
		FISIOTERAPI	30 MENIT	14	24	20	19
4	Penundaan operasi elektif	OK	<5%	5.6	1.9	0.0	2.5
5	Ketepatan jam visite dokter spesialis	MR	≥80%	89.5		84.1	84.7
		BEDAH		86.0	85.9	91.1	87.4
		ICU		34.4	34.6	73.5	39.5
		JTG		43.8	34.6		39.2
		KB		0.0	66.7	65.4	44.0
		PERI		60.9	49.3	68.5	59.3
		INT		88.8	77.3	11.2	73.0
		ANAK		72.4	75.2	70.0	72.9
		PARU		83.0	100.0	85.9	88.2
		NEURO		86.5	97.7	89.2	91.9

NO	NAMA INDIKATOR	RUANGAN	STANDAR	CAPAIAN			
				JULI	AGUS	SEPT.	RATA-RATA
6	Waktu pelaporan nilai kritis laboratorium	LABOR	100%	100.0	100.0	100.0	100.0
7	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	FARMASI	≥80%	91.2	88.6	88.9	89.6
8	Kepatuhan cuci tangan	LAB. KLINIK	≥85%	100.0	100.0	100.0	100.0
		LAB. PAT.		100.0	100.0	100.0	100.0
9	Pencegahan cedera akibat pasien jatuh	MR	100%	100.0		100.0	88.5
		BEDAH		85.7	86.2	92.3	88.5
		ICU		100.0	94.7	98.1	97.6
		JTG		98.3	97.8		98.1

		KB		100.0	100.0	100.0	100.0
		PERI		100.0	100.0	100.0	100.0
		INT		37.5	25.2	69.6	35.0
		ANAK		100.0	100.0	100.0	100.0
		PARU		100.0	100.0	100.0	100.0
		NEURO		100.0	97.7	100.0	99.1
10	Kepatuhan penggunaan clinical pathway	MR	80%	100.0		100.0	100.0
		BEDAH		100.0	100.0	100.0	100.0
		ICU		100.0	100.0	100.0	100.0
		JTG		98.0	100.0		98.6
		KB		100.0	100.0	95.7	99.0
		PERI		100.0	100.0	100.0	100.0
		INT		95.6	98.6	93.1	96.5
		ANAK		100.0	100.0	100.0	100.0
		PARU		100.0	100.0	100.0	100.0
		NEURO		100.0	100.0	100.0	100.0
11	Kepuasan Pelanggan (KP)	SDM	95%	99.5	100.0	96.9	99.0
		Sistem/ Prosedur		99.5	99.2	100.0	99.5
		Sarana/ Prasarana		99.0	96.8	98.8	98.1
		Kebersihan Lingkungan/ Ruangan		98.1	91.8	99.7	96.0
12	Kecepatan respon terhadap complain (KRK)	UPM	>75%	100.0	100.0	100.0	100.0
13	Kelengkapan pengisian format surgical safety check list	OK	1%	96.6	98.5	100.0	98.2
14	Kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi		0	55.8	41.9	29.4	43.2
15	Pelaksanaan asesmen pra bedah		1%	19.5	20.9	28.3	22.2
16	Diskrepasi diagnose pre dan post operasi		0	0.0	0.0	0.0	0.0
17	Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi proses pemulihan pasca anestesi dan sedasi	ANESTESI	0	7.9	2.4	11.3	6.7
18	Angka monitoring dan evaluasi pelaksanaan pra anestesi dan pra sedasi		0	100.0	100.0	100.0	100.0
19	Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi konversi tindakan dari lokal/regional kegeneral anestesi		0	0.0	0.0	0.0	0.0
20	Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi status fisiologis selama anestesi dan sedasi		0	7.9	3.5	4.0	5.1

21	Keterlambatan hasil foto rawat jalan lebih dari 30 menit	RADIOLOGI					0.0
22	Konfirmasi SBAR saat serah terima antar shift	MR	100	100.0		100.0	100.0
		BEDAH		33.3	0.0	0.0	25.0
		ICU		100.0	100.0	100.0	100.0
		KB		100.0	100.0	100.0	100.0
		PERI		100.0	100.0	100.0	100.0
		INT		98.3	86.0	93.1	92.2
		ANAK		100.0	100.0	100.0	100.0
		PARU		100.0	100.0	100.0	100.0
		NEURO		100.0	100.0	100.0	100.0

### 3. INDIKATOR MUTU PRIORITAS (PONEK)

NO	NAMA INDIKATOR	RUANGAN	STANDAR	CAPAIAN			
				JULI	AGUS	SEPT.	RATA-RATA
23	Kejadian tinisiasi Tidak Dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada bayi baru lahir (BBL)	KB	0.01%	0.0	0.0	0.0	0.0
24	Angka Keterlambatan operasi sectio secaria (SC) dalam waktu 30 menit		0%	4.3	3.0	5.0	10.3
25	Ketersedian Darah dalam waktu 60 Menit	UTDRS	0%	100.0	100.0	100.0	100.0
26	Pemberian obat MgSO4 pada pasien dengan Pre Eklamsi dan Eklamsi	FARMASI	1%	0.0	7.7	4.3	97.1
27	Kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien pada pasien PONEK di IGD	PARU	1%	100.0	100.0	100.0	100.0
28	Pelaksanaan Double Chek saat pemberian obat Higt Alert	FARMASI	1%	55.8	100.0	90.0	72.6
29	Kejadian Tidak Dilakukan Penandaan lokasi operasi pada pasien PONEK	OK	0.02%	55.8	41.9	29.4	43.2
30	Kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat kejadian pasien jatuh (Unit Kebidanan)	KB	1%	100.0	100.0	100.0	100.0
		PERI		100.0	100.0	100.0	
31	Waktu Tunggu Hasil pemeriksaan Laboratorium pasien Ponek	lab- ponek	30%	40.8	41.4	52.0	44.5

### 3. INDIKATOR MUTU UNIT (IMUT)

NO	NAMA INDIKATOR	RUANGAN	STANDAR	CAPAIAN			
				JULI	AGUS	SEPT.	RATA-RATA
	Waktu Tunggu Hasil pemeriksaan Laboratorium	lab- poli	75%	68.2	59.4	71.3	64.9
	Waktu Tunggu Hasil pemeriksaan Laboratorium	lab- igd	60%	53.0	55.8	58.1	55.6
32	Ketepatan Waktu input data e-monev	PERENCANAAN	100%				90.0
33	Ketepatan waktu dokumen kertas kerja RKA	KEPEG	≤ 1mgg				
34	Ketepatan waktu proses naik pangkat	KEPEG	≥85 %				
35	Kelengkapan dokumen pertanggungjawaban pada Bid. Keuangan	KUANGAN					
36	Angka Pencapaian Pelaksanaan Pembinaan Pelayanan Keperawatan	KEPERAWATAN				46.7	46.7
37	Persentase Monev Seksi Keperawatan	KEPERAWATAN				84.6	84.6
38	Angka kejadian Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	PPI	5.80%	0	0	0	0
39	Angka kejadian infeksi aliran darah primer (IADP)		3.50%	0	0	0	0
40	Infeksi daerah operasi (IDO)		2%	0	0	0	0
41	Angka kejadian infeksi saluran kemih (ISK)		4.70%	0	0	0	0
42	Angka kejadian infeksi Luka infus (ILI)/ Phlebitis		1%	0.01	0.07	0.13	0.07
43	Kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien	KEBIDANAN	100%	100	100	100	100
44	Ketepatan Pemasangan Gelang Identitas	PARU	100%	100	100	100	100
45	Penanganan TB yang Tidak Sesuai dengan Strategi DOTS		100%	100	100	100	100
46	Pasien stroke iskemik yang tidak mendapatkan terapi trombolitik pada saat KRS	Neuro	100%	100	100	100	100
47	Pasien stroke yang tidak mendapatkan edukasi selama Perawatan di RS		100%	100	100	100	100
48	Linen yang Dicuci Ulang	Laundry	<1%	0.3	0.2	0.2	0.2
49	Ketepatan cita rasa makanan pasien rawat inap	GIZI	80%	89.7	95.0	96.8	93.3
50	Sisa makanan yang tidak termaskan pasien	GIZI	≤20%	83.1	16.9	16.6	43.5
51	Ketepatan pengembalian rekam medik dalam waktu 24 jam (Casemix)	MR	≥80%	100.0	97.4	97.5	98.5
		MR			53.8	44.4	49.1
		BEDAH		61.5	43.4	46.1	49.5

KET

	ICU	100.0	61.3	41.2	55.1
	KB	61.4	53.4	26.1	49.7
	PERI	1.9	7.5	11.3	7.3
	INT	61.3	38.0	38.6	47.5
	ANAK	81.0	91.8	45.2	76.2
	PARU	49.1	79.0	89.5	71.0
	NEURO	53.3	61.8	65.5	60.2

NO	NAMA INDIKATOR	RUANGAN	STANDAR	CAPAIAN			
				JULI	AGUS	SEPT.	RATA-RATA
54	Pemomoran RM ganda	PENDAFTARAN	0%	0	0	0	0
55	Kehilangan dokumen RM pasien ranap	PENYIMP	0%	0.0	0.0	0	0.0
56	Kepatuhan pasien dengan jadwal HD	HD	100%	98.9	95.4	97.0	97.2
57	Respon time teknisi dalam penanganan Alat Hemodialisa yang rusak	HD	100%				0
59	Waktu Tunggu Hasil pemeriksaan Laboratorium DI Poliklinik	POLIKLINIK	120 Menit	68	59	71	66
60	Waktu Tunggu Hasil pemeriksaan Laboratorium pasien IGD	LAB KLI	60 Menit	56	58	57	57
62	Permintaan produk darah yang tidak terpakai	UTDRS	1%	5.4	9.6	6.25	7.1
63	Waktu tunggu pelayanan fisioterapi	FISIOTERAPI	30 Menit	1	1	14	5.3
64	Kualitas Produk Sterilisasi dengan Tape Indikator Steril	CSSD	100%	0	0	0	0
65	Angka Respon Time Peanganan Trouble Hardware	IT	100%	100	100	100	100
68	Persentase penyelesaian Laporan Kerusakan/ Gangguan Sarana RS	IPSRs	0%	72.9	83.1	97.0	85.6
69	Kecepatan Waktu Kunjungan Teknisi thd laporan Pemeriksaan Kerusakan gangguan sarana	IPSRs	80%	78.3	56.5	47.8	58.9

#### 6. INDIKATOR MUTU KINERJA PPA

NO	NAMA INDIKATOR	RUANGAN	STANDAR	CAPAIAN			
				JULI	AGUS	SEPT.	RATA-RATA
1	Kelengkapan asesmen awal keperawatan pasien rawat	PD	100	100	100	100	100
		THT		100	100	100	100

	jalan ≤60 menit	PARU	100	100	100	100
		MATA	100	100	100	90
		JIWA	100	100	100	100
		KB	100	100	100	100
		JTG	95.7	100	100	100
		GIGI	100	100	100	100
		SRF	100	100	100	100
		BEDAH	100	100	100	95.2
		ANAK	100	100	100	100
		GERIATRI	100	100	100	100
2	Kelengkapan asesmen awal medis pasien rawat jalan ≤60 menit	PD	100	100	100	100
		THT	100	100	100	100
		PARU	100	100	100	100
		MATA	100	100	100	90
		JIWA	100	100	100	100
		KB	100	100	100	100
		JTG	87.0	100	100	100
		GIGI	100	100	100	100
		SRF	100	100	100	100
		BEDAH	100	100	100	90.5
		ANAK	100	100	100	100
		GERIATRI	20	100	100	100
3	Kelengkapan asesmen awal medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat jalan	MR	75.0		61.8	97.8
		ICU	100.0	100.0	100.0	100.0
		KB	100.0	100.0	100.0	100.0
		PERI	100.0	32.3	100.0	79.4
		INT	98.0	98.0	69.6	95.1
		ANAK	98.0	93.3	96.7	96.0
		PARU	100.0	100.0	100.0	100.0
		NEURO	97.3	100.0	90.9	97.1
		BEDAH	92.2	90.4	92.9	81.0
		JANTUNG	100.0	100.0	100.0	100.0

NO	NAMA INDIKATOR	RUANGAN	STANDAR	CAPAIAN			
				JULI	AGUS	SEPT.	RATA-RATA
4	Kelengkapan asesmen awal keperawatan dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat jalan	MR	100	100.0		100.0	95.1
		ICU		100.0	100.0	100.0	100.0
		KB		100.0	99.1	100.0	99.6
		PERI		54.3	100.0	100.0	82.2
		INT		98.0	98.0	69.6	95.1
		ANAK		95.9	93.3	97.8	95.7
		PARU		100.0	100.0	100.0	100.0
		NEURO		89.2	100.0	100.0	96.1
		BEDAH		83.2	85.3	80.1	92.9
		JANTUNG		100.0	100.0	100.0	100.0

