

LAPORAN

PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP) TRIWULAN II

TAHUN 2021



Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611

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

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan **Laporan Komite Mutu RSUD Dr. Muhammad Zein Painan Triwulan II Tahun 2021.**

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

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

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



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

Painan, 1 Juli 2021
Ketua Komite MUTU

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

DAFTAR ISI

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

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

59.	Kelengkapan Assesmen Awal Medis Pasien Rawat Inap	51
60.	Kelengkapan Assesmen Awal Medis Pasien Rawat Jalan.....	52
61.	Kelengkapan Assesmen Awal Medis Pasien IGD.....	53
62.	Kelengkapan Assesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap	53
63.	Kelengkapan Assesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan	54
64.	Kelengkapan Assesmen Awal Keperawatan Pasien IGD	55
65.	Kepatuhan Ahli Gizi Dalam Memberikan Asuhan Gizi	56
66.	Angka Kejadian Pasien Yang di Rawat Inap Dengan Covid 19	56
67.	Angka Kejadian Kematian Pasien Covid 19 di Rawat Inap	57
68.	Angka Kesembuhan Pasien Yang di Rawat Inap Dengan Covid 19	57
69.	Angka Kejadian Covid 19 Pada Petugas	58

BAB III PENUTUP	59
------------------------------	-----------

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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

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

Isu tentang keselamatan pasien mendapatkan perhatian pemerintah seperti yang dituangkan dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 dan Undang-Undang Rumah Sakit Nomor 44 Tahun 2009. Rumah sakit wajib melaksanakan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif, dengan mengutamakan kepentingan pasien. Rumah sakit wajib memenuhi hak pasien memperoleh keamanan dan keselamatan selama dalam perawatan di rumah sakit. Acuan bagi rumah sakit untuk pelaksanaan program keselamatan pasien di rumah sakit sesuai standar yang ditetapkan, tertuang dalam Permenkes RI Nomor 11/Menkes/2017. Rangkaian kegiatan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien menurut Berwick dalam *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. Tujuan Umum

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

2. Tujuan Khusus

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

BAB II

HASIL KEGIATAN DAN ANALISA

A. INDIKATOR MUTU

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

- a. Indikator Mutu Nasional sebanyak 12 Indikator
- b. Indikator Mutu Prioritas sebanyak 11 Indikator
- c. Indikator yang dipersyaratkan BAB 9 Indikator
- d. Indikator mutu Unit 28 Indikator
- e. Indikator Mutu Kinerja PPA 7 Indikator
- f. ISQUA 4 Indikator

Berikut ini indikator mutu rumah sakit sesuai dengan SK Direktur Nomor 800/09. /RSUD-SK/I/2021 tentang Penetapan Indikator Mutu dan Kamus Indikator RSUD Dr Muhammad Zein Painan, telah ditetapkan untuk dilaksanakan dan dievaluasi indikator mutu rumah sakit, sebagai berikut:

Tabel 2.1
Daftar Indikator Mutu Rumah Sakit

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

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

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

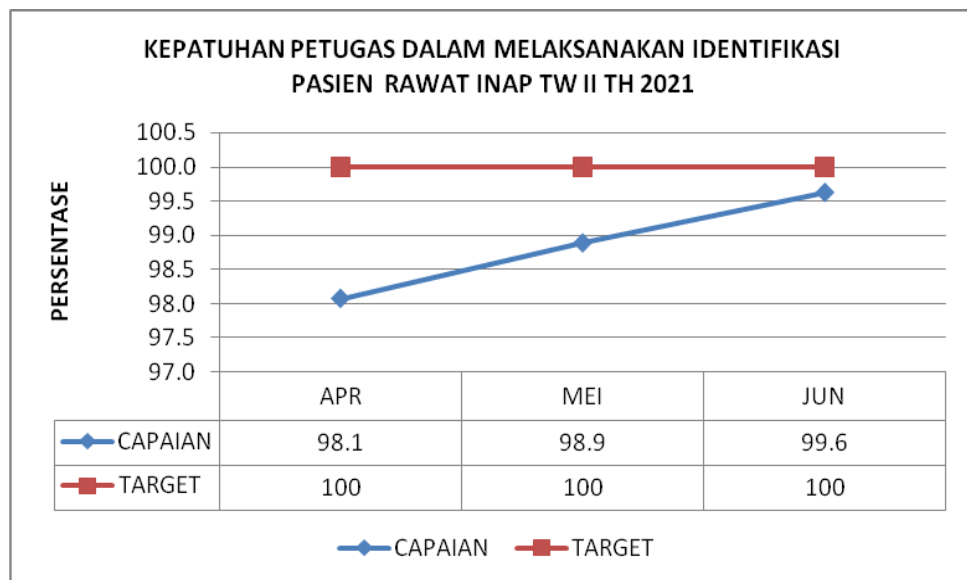
B. ANALISA DATA INDIKATOR MUTU TRIWULAN II TAHUN 2021

I. INDIKATOR MUTU NASIONAL

1. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN IDENTIFIKASI PASIEN

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

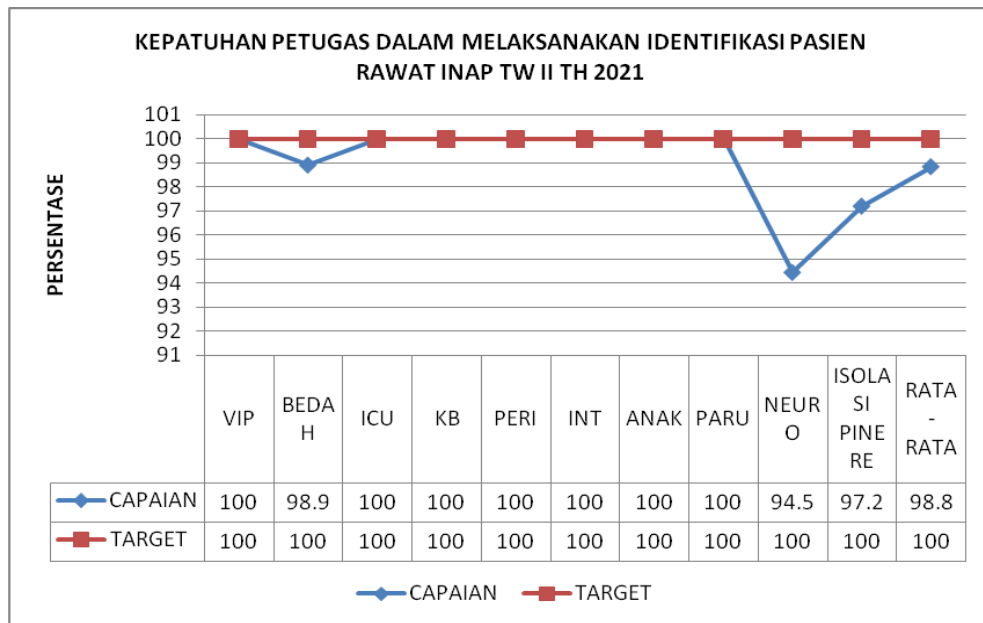
Kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien pada rawat inap pada Bulan April sd. Juni 2021 dapat dilihat pada grafik berikut :



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

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa identifikasi pasien cenderung meningkat dimana capaian yang mendekati target terjadi pada bulan Juni dimana capaian identifikasi pasien pada rawat inap mencapai 99.6% dan yang terendah pada bulan April mencapai 98.1%.

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 II tahun 2021, trendnya cenderung meningkat mendekati standar. Standar indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 98.8%. Namun kalau dilihat pencapaian indikator tiap ruangan trennya bervariasi, ruangan yang telah mencapai target terdapat pada ruangan VIP, ICU, KB, Perinatologi, Internes dan Paru, sedangkan ruangan yang belum mencapai target terdapat pada ruangan Bedah 98,9%, Neuro 94,5% dan Isolasi Pinere 97,2%. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

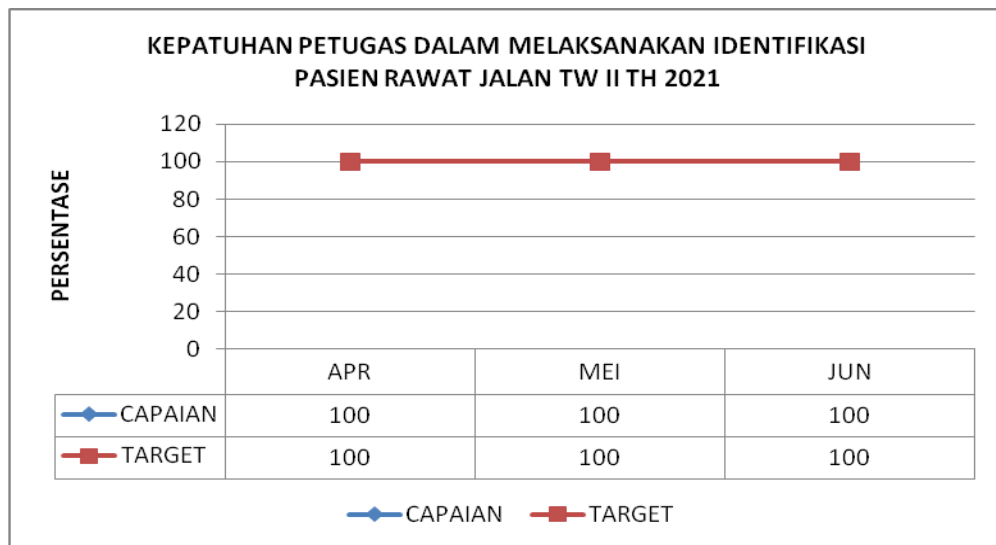
1. Kepatuhan melaksanakan identifikasi pasien belum menjadi budaya dalam memberikan pelayanan kepada pasien
2. Kurangnya kesadaran petugas tentang pentingnya identifikasi pasien
3. Pemahaman terhadap kamus indikator kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien masih kurang
4. Supervisi kepala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

Rekomendasi :

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

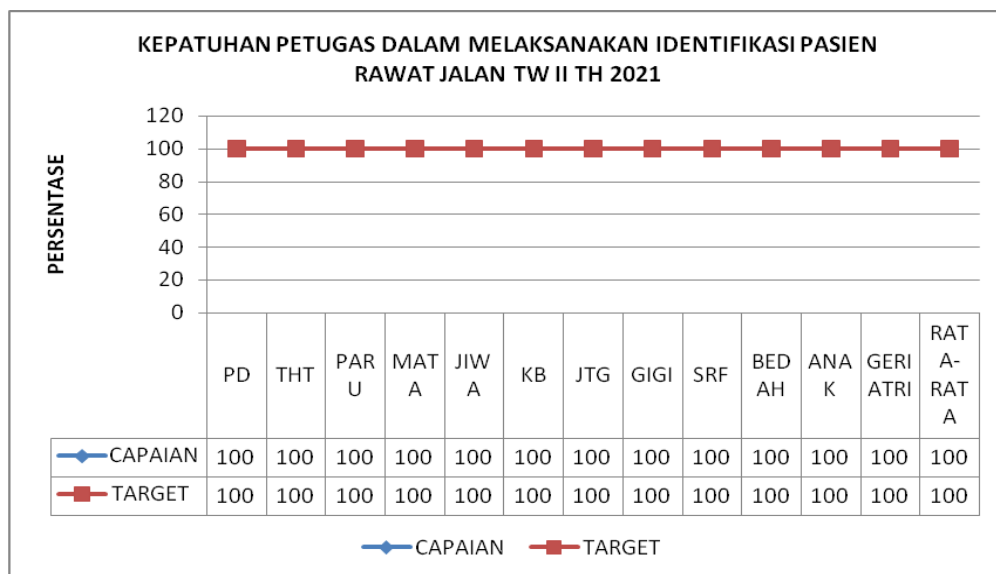
1.2. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN IDENTIFIKASI PASIEN DI UNIT RAWAT JALAN

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



Grafik 3. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien Rawat Jalan

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

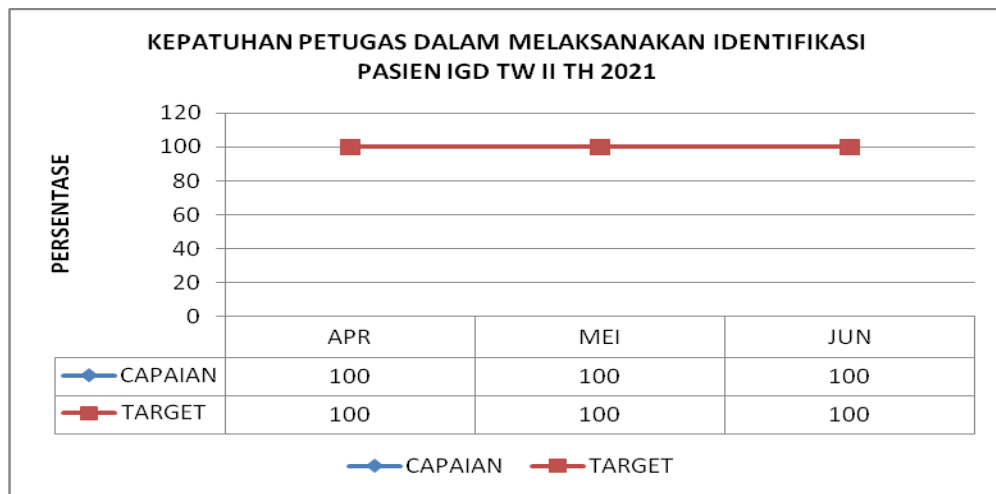


Grafik 4. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien per Unit Rawat Jalan

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

1.3. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN IDENTIFIKASI PASIEN DI IGD

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

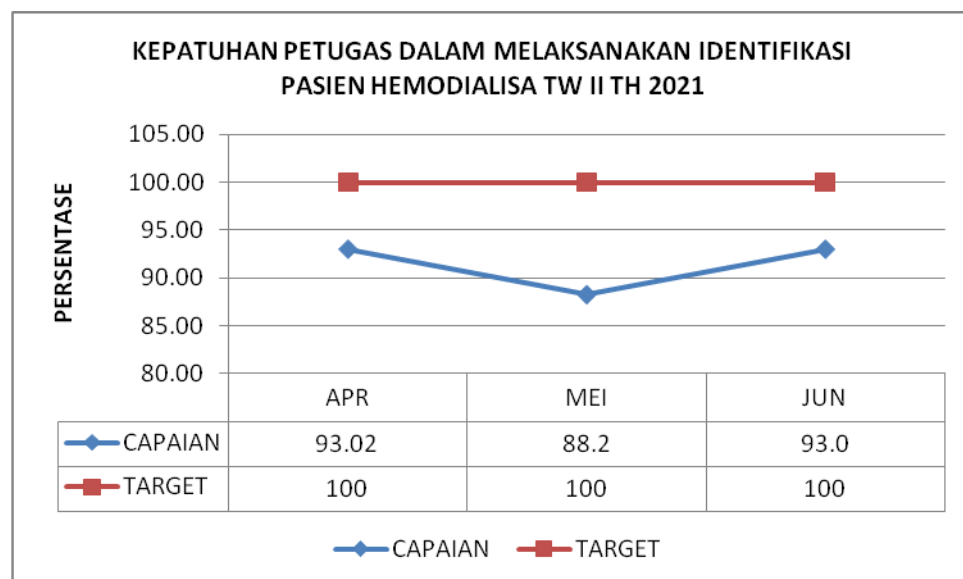


Grafik 5 Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien di IGD

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

1.4. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN PASIEN DI RUANGAN HEMODIALISA

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



Grafik 6. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien Di Hemodialisa

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa di ruangan Hemodialisa

cenderung bervariasi dari bulan April ke bulan Juni dimana pada bulan Mei mengalami penurunan mencapai 88,2%. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh beberapa hal:

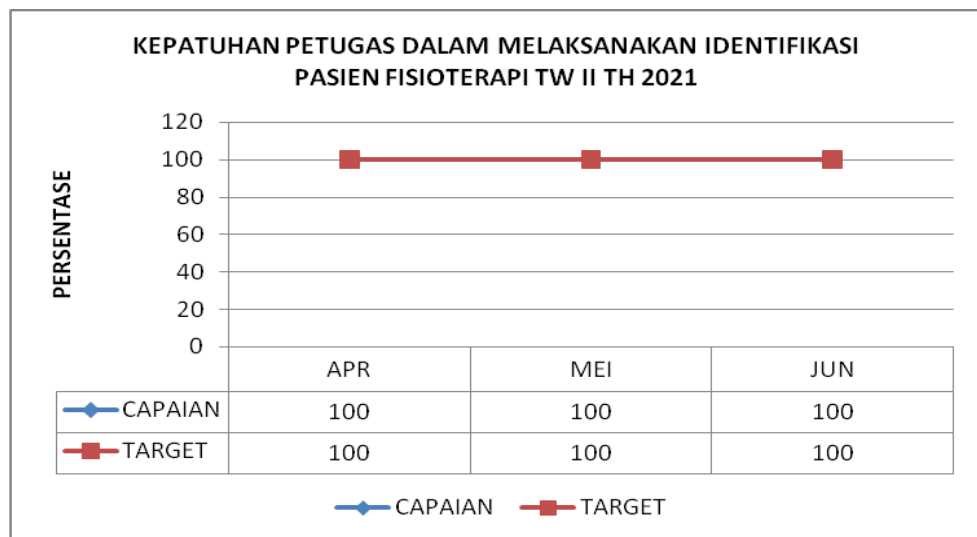
1. Ketidakpedulian pasien dalam mengikuti jadwal yang diberikan petugas
2. Faktor jarak dan ekonomi pasien dalam mengundur jadwal HD tiap minggunya
3. Kurangnya edukasi tentang pentingnya HD sesuai jadwal

Rekomendasi :

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

1.5. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN PASIEN DI RUANGAN FISIOTERAPI

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

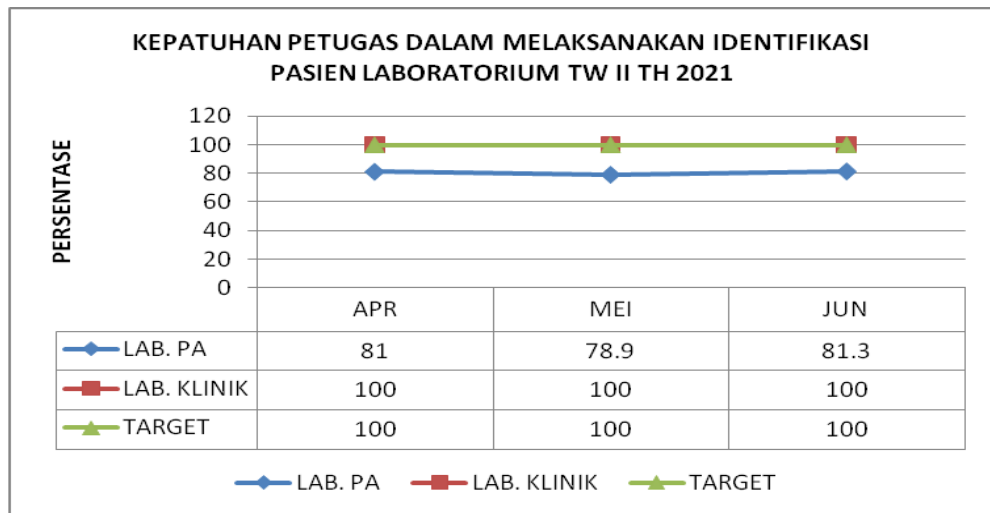


Grafik 7. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien di Fisioterapi

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

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

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

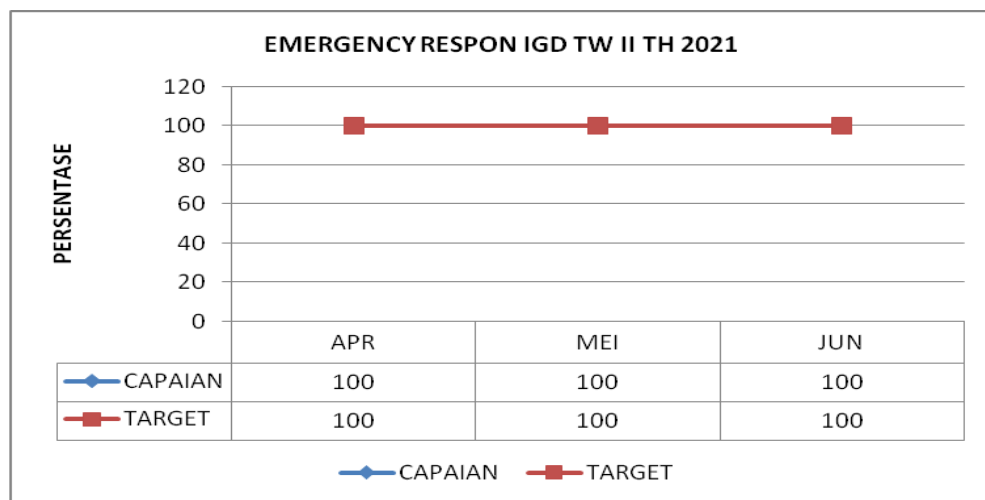


Grafik 8. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien di Laboratorium Klinik & PA

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa kepatuhan petugas melaksanakan identifikasi pasien di ruangan laboratorium klinik sudah mencapai target (100%) sedangkan di ruangan laboratorium PA cenderung menurun dibulan Mei 78,9% namun kembali meningkat dibulan Juni 81,3%

2. EMERGENCY RESPON TIME

Capaian Emergency Respon Time pada bulan April sd. Juni tahun 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini



Grafik 9. Emergency Respon Time Triwulan II Tahun 2021

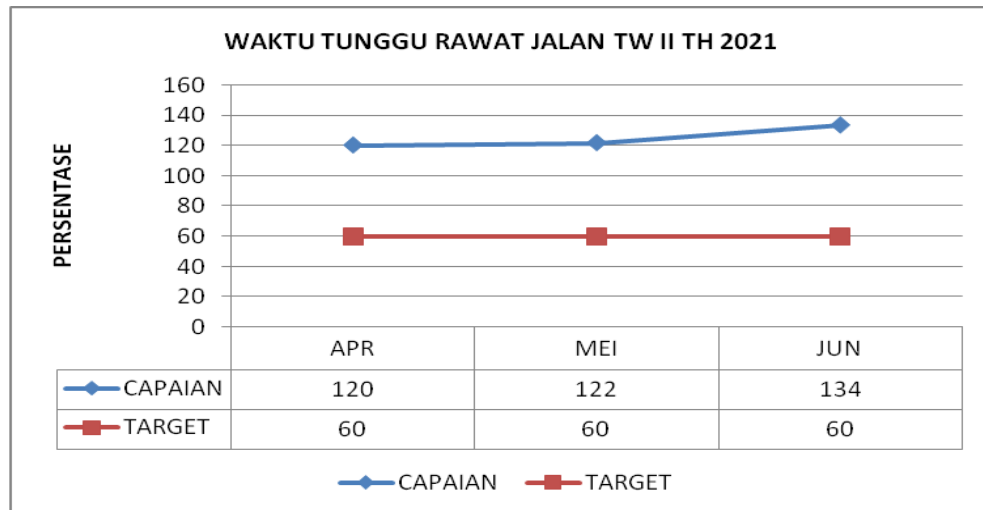
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu emergency respon time pada Triwulan II tahun 2021, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 100%, rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian indikator ini sudah mencapai standart.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indikator yang telah ada

3. WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN

3.1. WAKTU TUNGGU PASIEN RAWAT JALAN

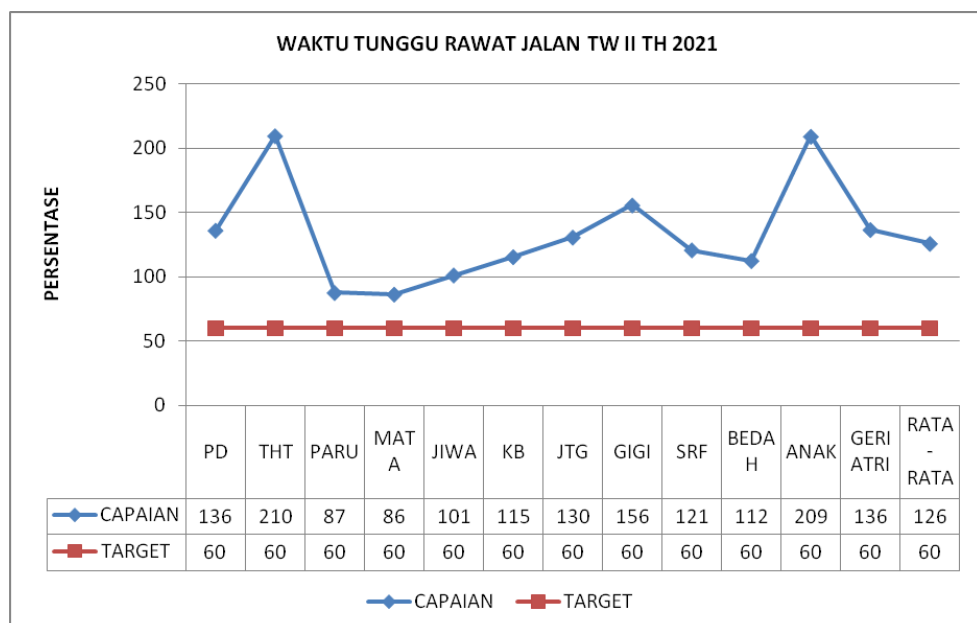
Capaian waktu tunggu rawat jalan pada bulan April sd. Juni 2021 dapat dilihat pada grafik berikut ini:



Grafik 10. Waktu Tunggu Rawat Jalan Triwulan II Tahun 2021

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa waktu tunggu pasien di rawat jalan belum mencapai target, yakni 120 s.d 134 menit. Paling tinggi pada bulan Juni mencapai 134 menit. Capaian untuk indikator ini masih jauh dari target dimana target untuk waktu tunggu rawat jalan ini adalah 60 menit.

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



Grafik 11. Waktu Tunggu Rawat Jalan Triwulan II tahun 2021

Grafik diatas adalah capaian indicator mutu waktu tunggu rawat jalan pada Triwulan II tahun 2021. Standart indicator mutu ini adalah 60 menit, rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 126 menit.

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

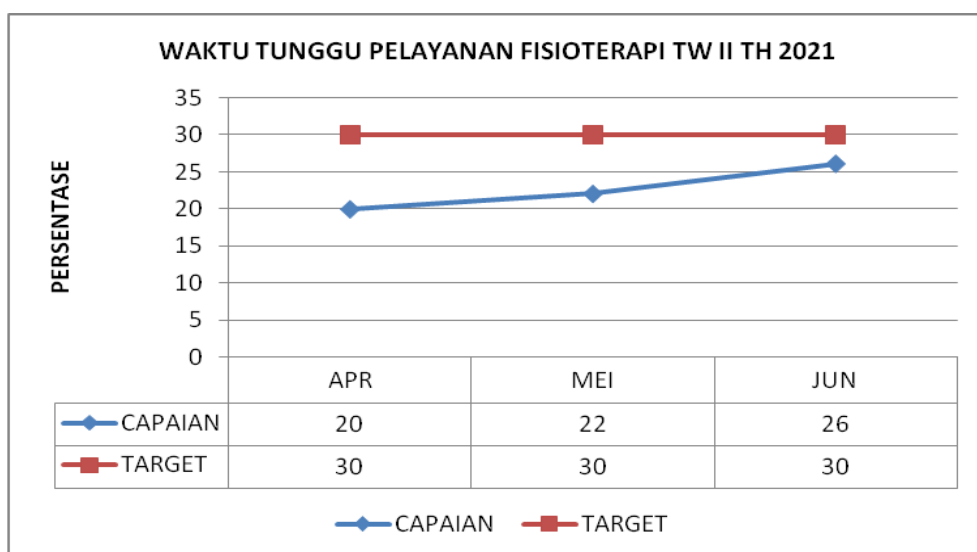
1. Belum semua DPJP datang tepat waktu ke rawat jalan
2. Proses pendaftaran yang memakan waktu lama, karena banyaknya pasien yang berobat ke rawat jalan
3. Pendistribusian status ke poliklinik sering terlambat

Rekomendasi :

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

3.2. WAKTU TUNGGU PASIEN FISIOTERAPI

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

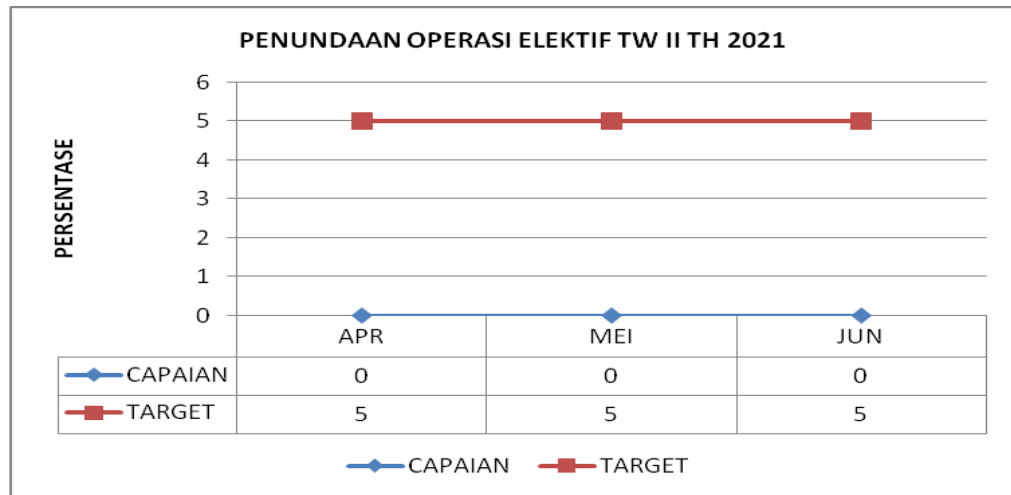


Grafik 12. Waktu Tunggu Pelayanan Fisioterapi Triwulan II Tahun 2021

Pada grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian waktu tunggu pelayanan fisioterapi dari bulan April s.d Juni mengalami pelayanan yang baik. Waktu tunggu pelayanan ini cenderung meningkat capaiannya, dimana waktu tunggu pelayanan paling baik yaitu pada bulan April mencapai 20 menit.

4. PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF

Penundaan Operasi elektif pada bulan April sd. Juni 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



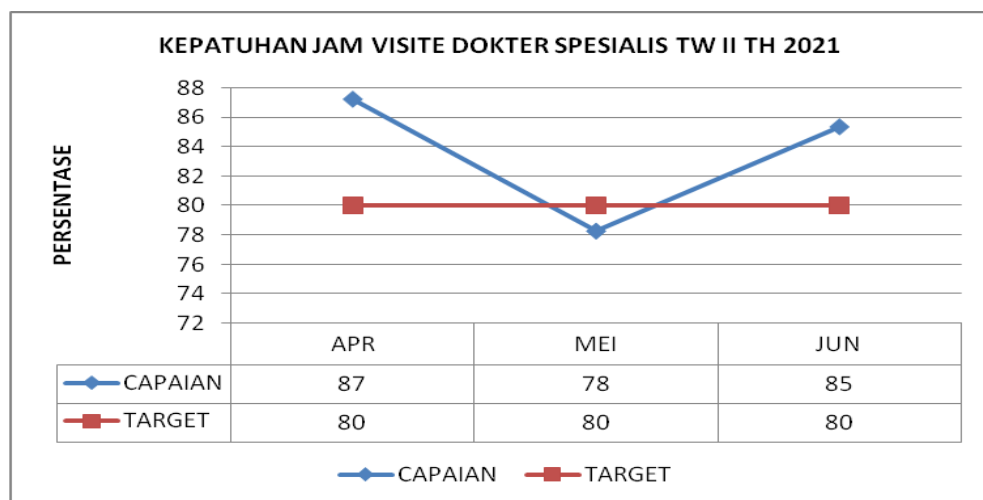
Grafik 13. Penundaan Operasi Elektif Triwulan II Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu penundaan operasi elektif pada Triwulan II tahun 2021, trendnya 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

5. KETEPATAN JAM VISITE DOKTER SPESIALIS

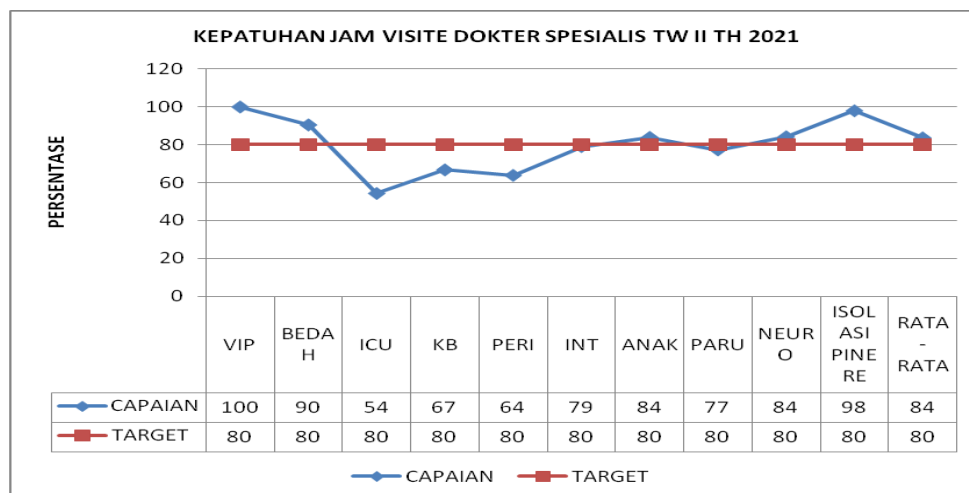
Capaian jam visite dokter spesialis pada Bulan April sd. Juni 2021 dapat ditunjukkan pada grafik dibawah ini:



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

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa jam visite dokter spesialis cenderung bervariasi dimana capaian yang belum mencapai target terjadi pada bulan Mei 78%.

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



Grafik 15. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis Triwulan II Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu kepatuhan jam visite dokter spesialis pada Triwulan II tahun 2021, trendnya cenderung bervariasi. Standar indikator mutu ini adalah $\geq 80\%$, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 84%. Pencapaian indikator ini sudah mencapai target yang diharapkan. Namun dilihat dari tiap ruangan trendnya bervariasi. Ruangan yang memenuhi standar terdapat pada ruangan VIP, Bedah, Anak, Neurologi dan Isolasi Pinere. Ruangan yang belum memenuhi standar indikator terdapat pada ruangan ICU, KB, Perinatologi, Interne dan Paru.

Belum tercapainya target indikator ini disebabkan:

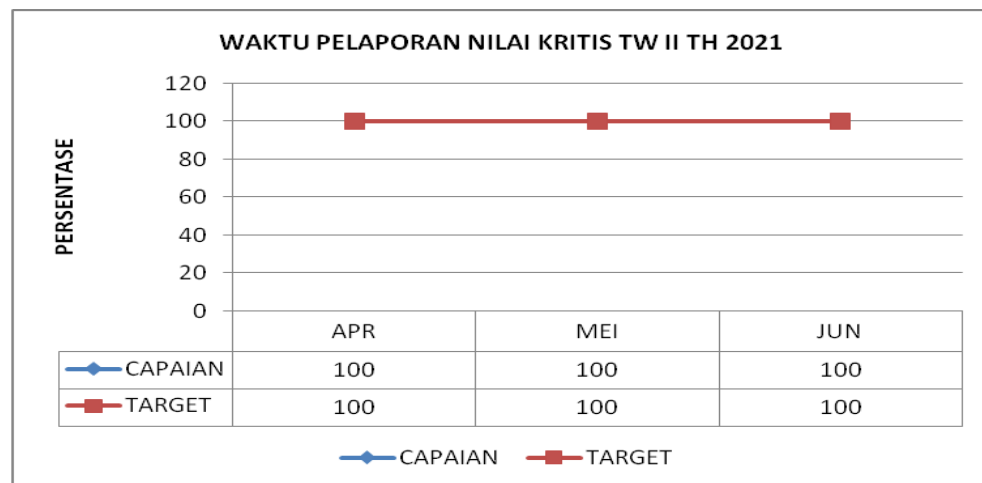
1. Belum semua dokter spesialis visite sebelum jam 14.00 wib karena dokter tersebut melaksanakan pelayanan poliklinik pada pagi hari
2. Belum terbiasanya dokter spesialis visite di hari minggu dan hari libur nasional
3. Pemahaman terhadap kamus indikator kepatuhan visite dokter spesialis masih kurang

Rekomendasi:

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

6. WAKTU PELAPORAN NILAI KRITIS LABORATORIUM

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



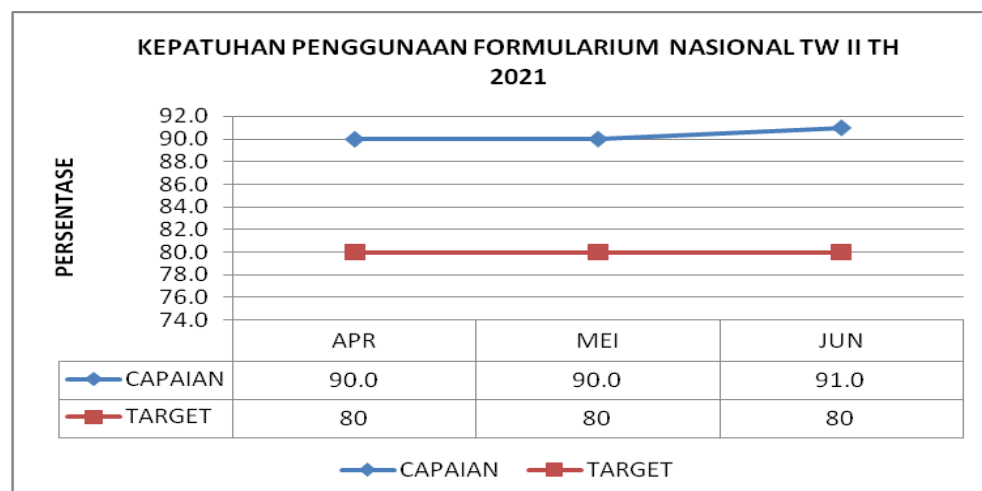
Grafik 16. Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium Triwulan II Tahun 2021

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

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

7. KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL

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



Grafik 17. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Triwulan II Tahun 2021

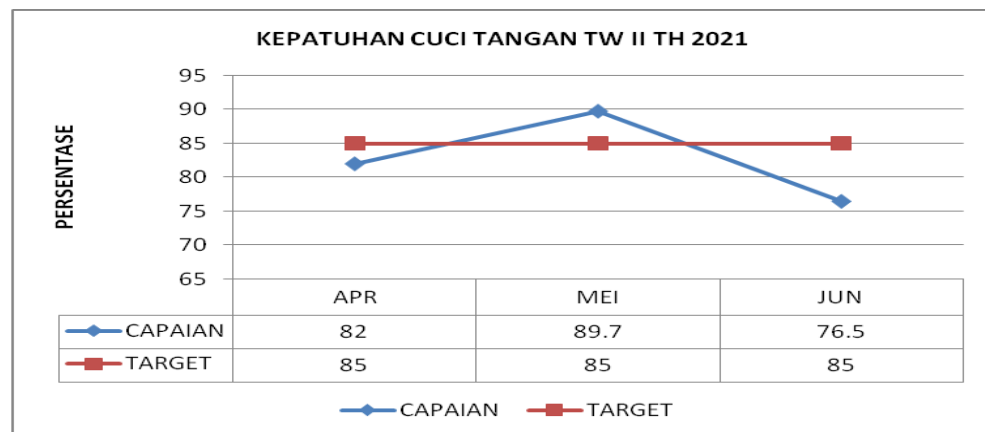
Standart indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian

indicator mutu ini adalah 90,3%. Capaian indikator sudah mencapai standart yang telah ditetapkan

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indikator yang telah ada

8. KEPATUHAN CUCI TANGAN

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



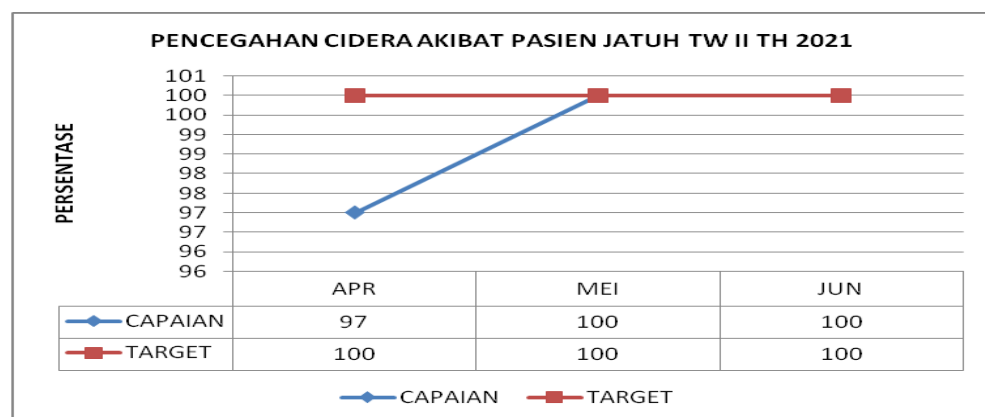
Grafik 18. Kepatuhan Cuci Tangan Triwulan II Tahun 2021

Standart indicator mutu ini adalah 85%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 82,7%. Belum tercapainya indikator dikarenakan masih ditemukan petugas tidak melakukan kebersihan tangan karena menggunakan handscoon.

Rekomendasi : tingkatkan monitoring dan evaluasi IPCN dan IPCLN.

9. KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RESIKO CIDERA AKIBAT PASIEN JATUH

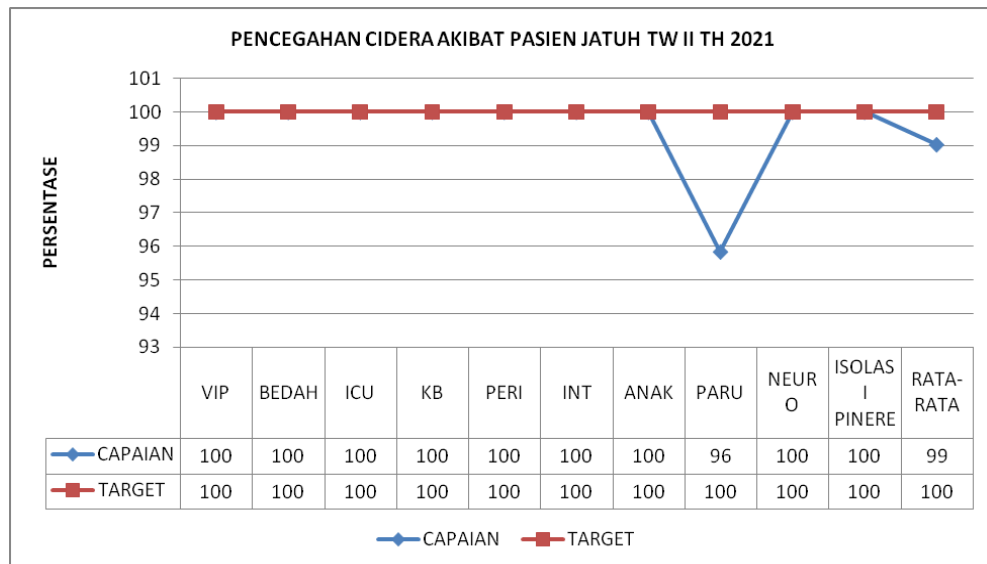
Capaian pencegahan resiko cidera akibat pasien jatuh ditunjukkan pada grafik dibawah ini :



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

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

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



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

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh pada Triwulan II tahun 2021, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 99%. Capaian yang sudah mencapai standart adalah ruang rawat inap VIP, Bedah, ICU, KB, Perinatologi, Interne, Anak, Neurologi dan Isolasi Pinere yaitu 100%, sedangkan capaian di bawah standart adalah ruang Paru 96%.

Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

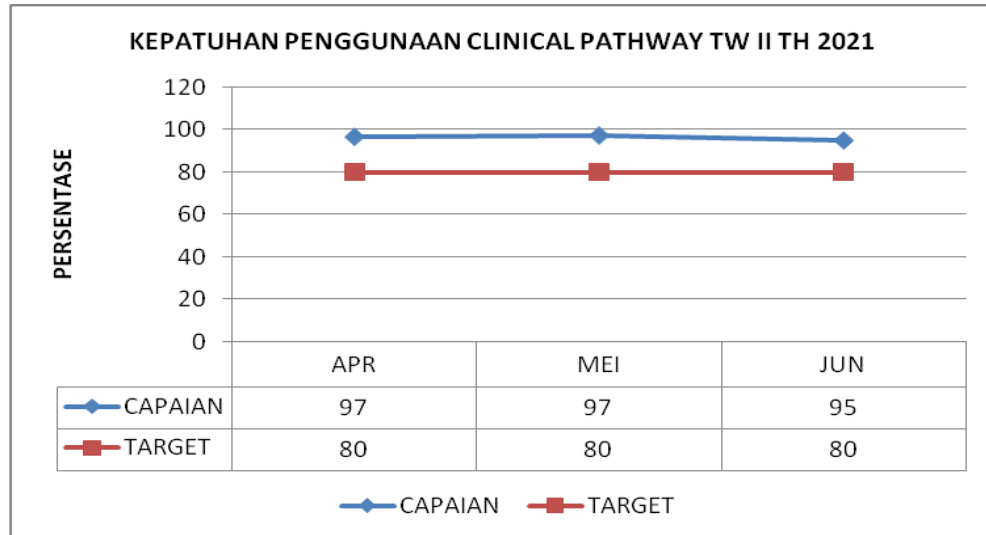
1. Pelaksanaan skrining resiko jatuh pada rawat inap belum optimal
2. Belum terlaksananya asesmen ulang resiko jatuh karena belum tersosialisasinya form asesmen ulang resiko jatuh
3. Sarana dan prasarana untuk penandaan resiko jatuh masih kurang, karena gelang/stiker resiko jatuh kadang-kadang tidak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

Rekomendasi :

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

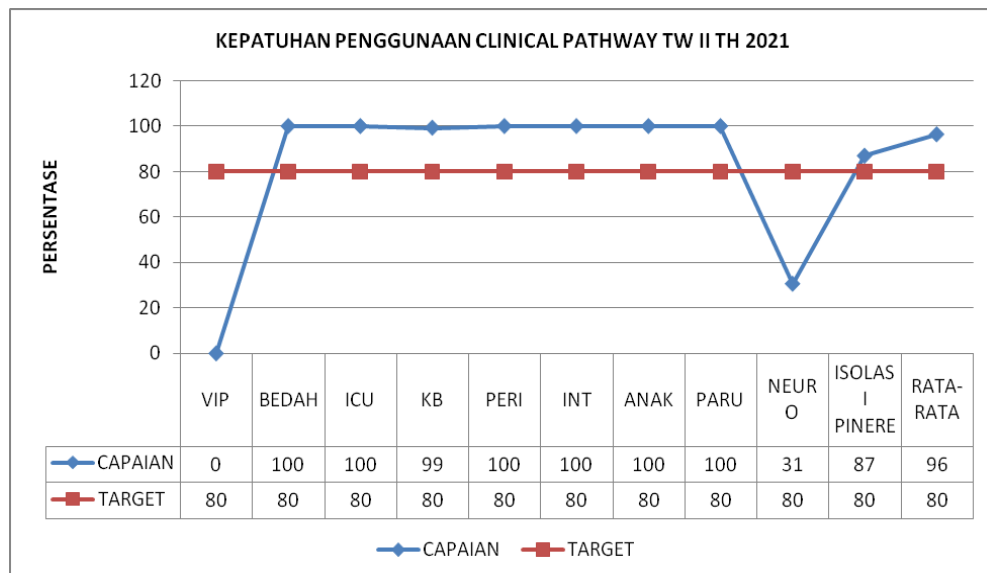
10. KEPATUHAN PENGGUNAAN CLINICAL PATHWAY

Capaian kepatuhan penggunaan clinical pathway bulan April sd. Juni 2021 ditunjukkan pada grafik dibawah:



Grafik 21. Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway Triwulan II Tahun 2021

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



Grafik 22. Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway Triwulan II Tahun 2021

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

capaian indikator mutu ini adalah 96%. semua ruangan sudah mencapai target kecuali VIP, KB, Neurologi dan Isolasi Pinere. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

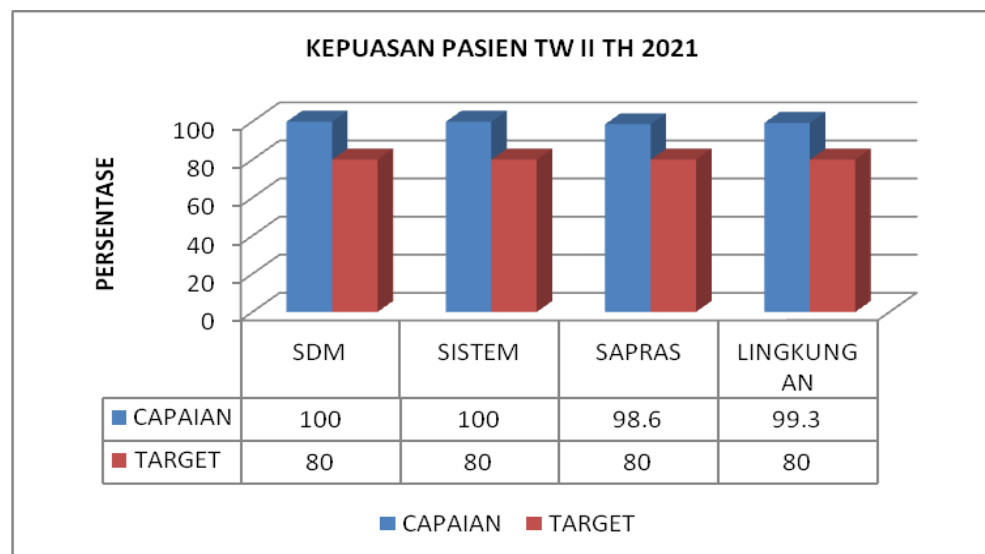
1. Belum tersosialisasinya dengan baik cara pengisian blanko clinical pathway
2. Banyaknya variasi blanko clinical pathway, sehingga ada wacana untuk revisi blanko clinical pathway. Akan tetapi revisi belum selesai, blanko lama tidak di jalankan.

Rekomendasi :

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

11. KEPUASAN PASIEN

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

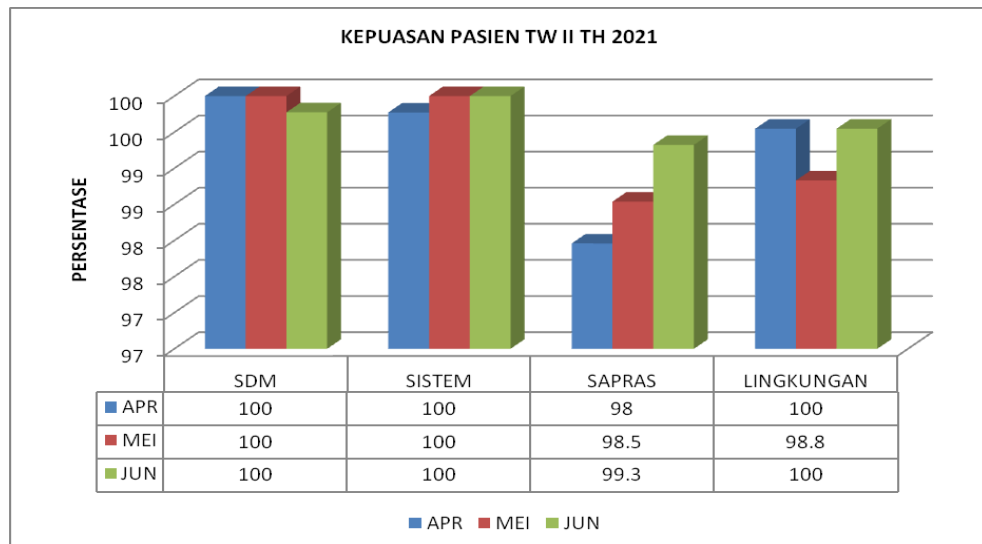


Grafik 23. Tingkat Kepuasan Pelanggan Triwulan II tahun 2021

Grafik diatas adalah rata-rata capaian indikator mutu Tingkat kepuasan pelanggan bervariasi untuk setiap aspek penilaian. Standar indikator mutu ini adalah 80%. Pencapaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan dan yang paling baik kepuasan pelanggan ada pada sumber daya manusia (SDM) dan juga pada system/ prosedur dengan rata-rata capaian 99,4%.

Rekomendasi: Pertahankan hasil capaian indikator yang telah ada

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

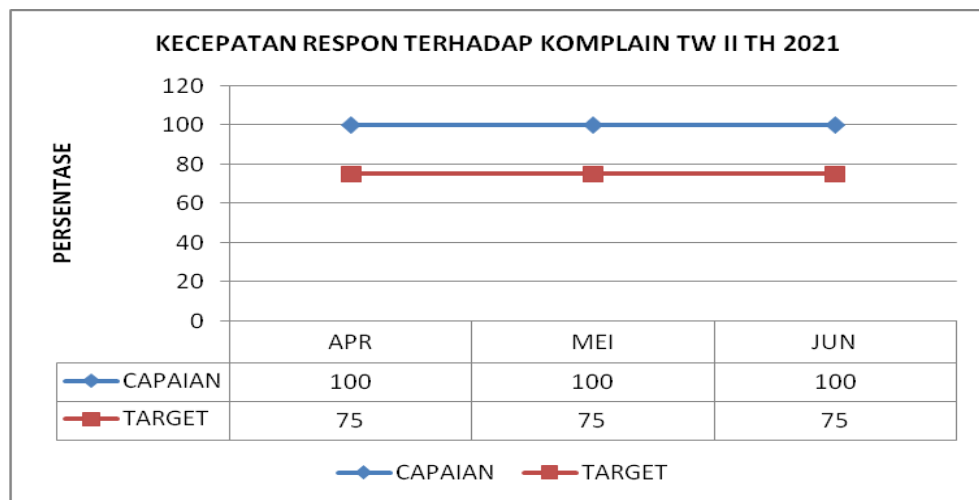


Grafik 24. Tingkat Kepuasan Pelanggan Bulan April sd. Juni Tahun 2021

Grafik diatas menunjukkan bahwa setiap bulannya kepuasan pelanggan sudah mencapai target (80%). Jika digabungkan capaian seluruh aspek penilaian di setiap bulannya maka kepuasaan pasien/ pelanggan untuk bulan April mencapai 99,3%, bulan Mei 99,3% dan bulan Juni 99.7%.

12. KECEPATAN RESPON TERHADAP KOMPLAIN

Capaian kecepatan respon terhadap komplain pada bulan April sd. Juni 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 25. Kecepatan Respon Terhadap Komplain Triwulan II Tahun 2021

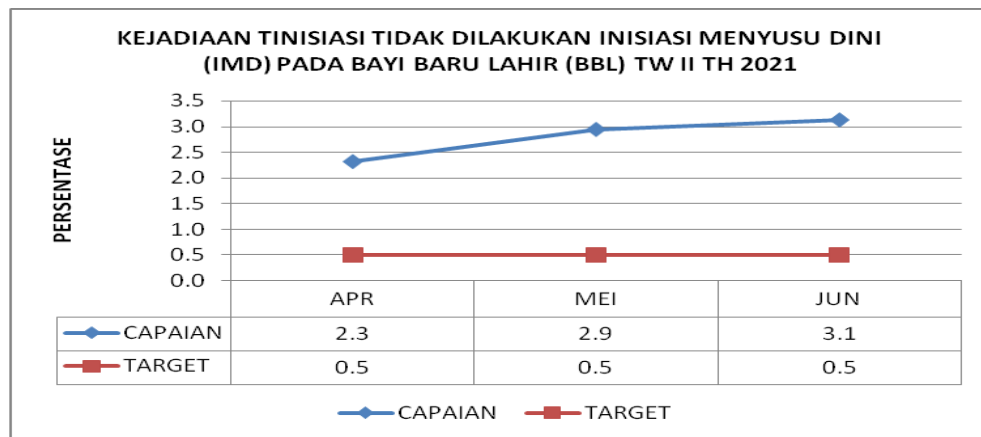
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kecepatan respon terhadap complain 100% dapat diatasi.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

II. INDIKATOR MUTU PRIORITAS

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

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

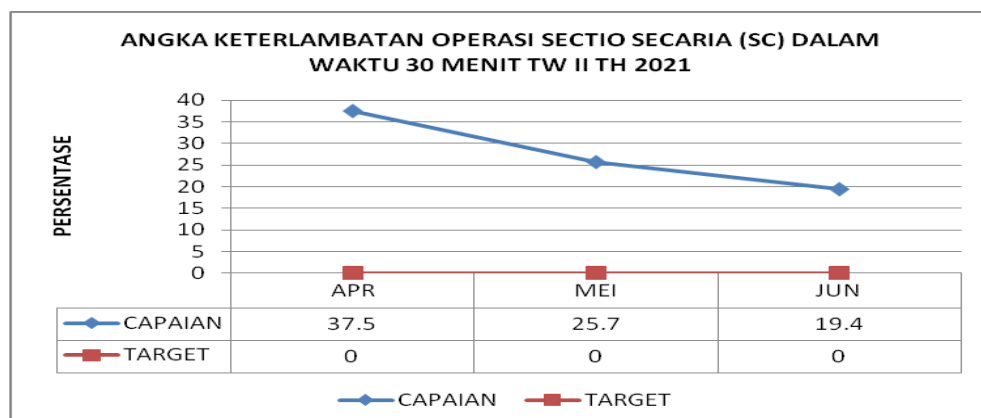


Grafik 26. Kejadian Tidak Dilaksanakan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) Pada Bayi Baru Lahir Triwulan II Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kejadian tidak dilaksanakan inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir pada Triwulan II tahun 2021, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 0.5%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 2,8%. Dimana kejadian paling buruk terjadi pada bulan Juni dimana 3,1% tidak dilaksanakannya IMD pada bayi baru lahir.

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

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



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

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu keterlambatan operasi sectio secaria (SC) pada Triwulan II tahun 2021, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 28,6%. Artinya 28,6% terjadi keterlambatan operasi SC pada bulan April sd. Juni 2021.

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

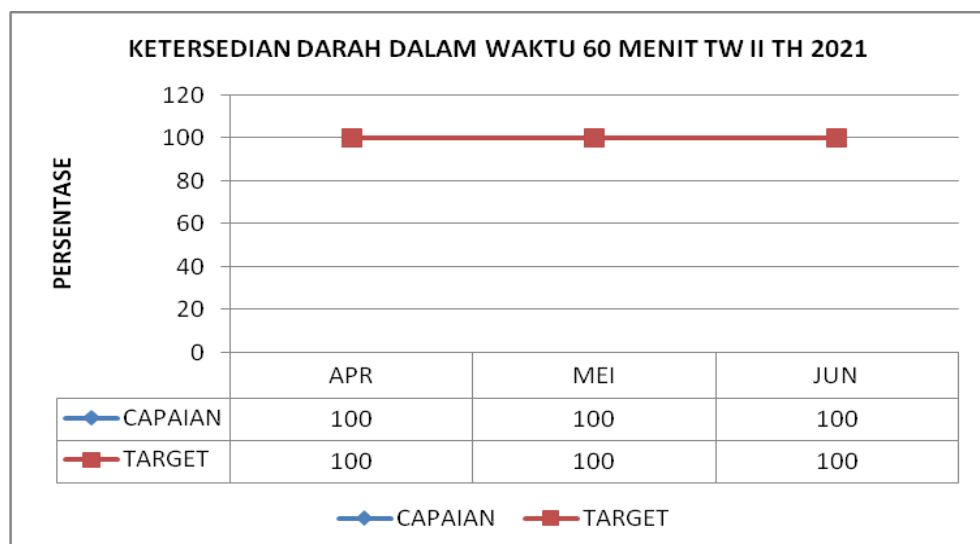
1. Instruksi sectio secaria dikeluarkan sebelum hasil laboratorium keluar, sehingga membutuhkan waktu 30 menit untuk menunggu hasil labor keluar
2. Persiapan untuk sectio secaria membutuhkan waktu lama
3. Kurangnya pemahaman tentang kamus indicator keterlambatan operasi section secaria dalam waktu 30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

Rekomendasi :

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

3. KETERSEDIAAN DARAH DALAM WAKTU 60 MENIT

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

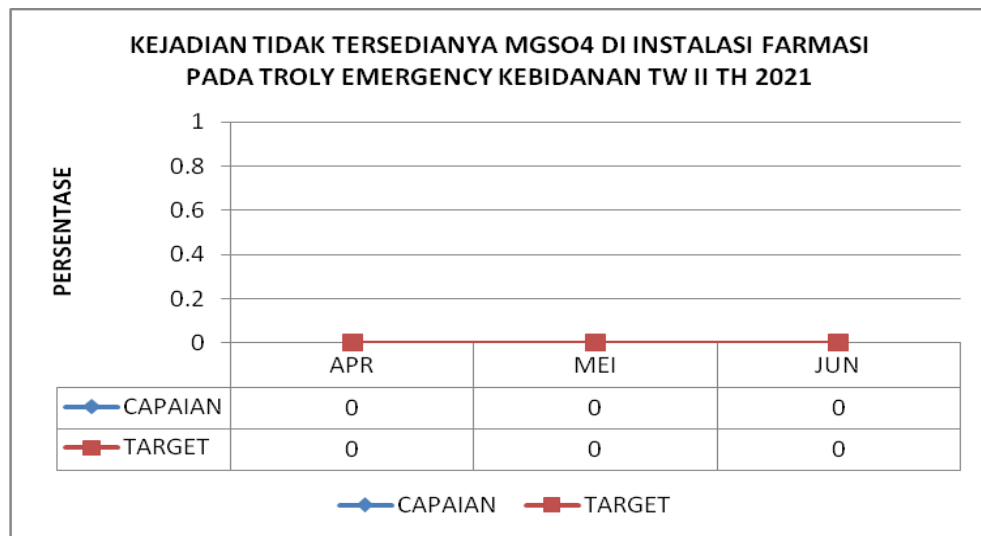


Grafik 28. Keterlambatan Ketersediaan Darah Triwulan II Tahun 2021

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

4. KEJADIAN TIDAK TERSEDIANYA MGSO4 DI INSTALASI FARMASI PADA TROLI EMERGENCY KEBIDANAN

Kejadian tidak tersedianya MgSO₄ di Instalasi Farmasi pada trolley emergency kebidanan pada bulan April sd. Juni 2021 dapat dilihat dibawah ini:



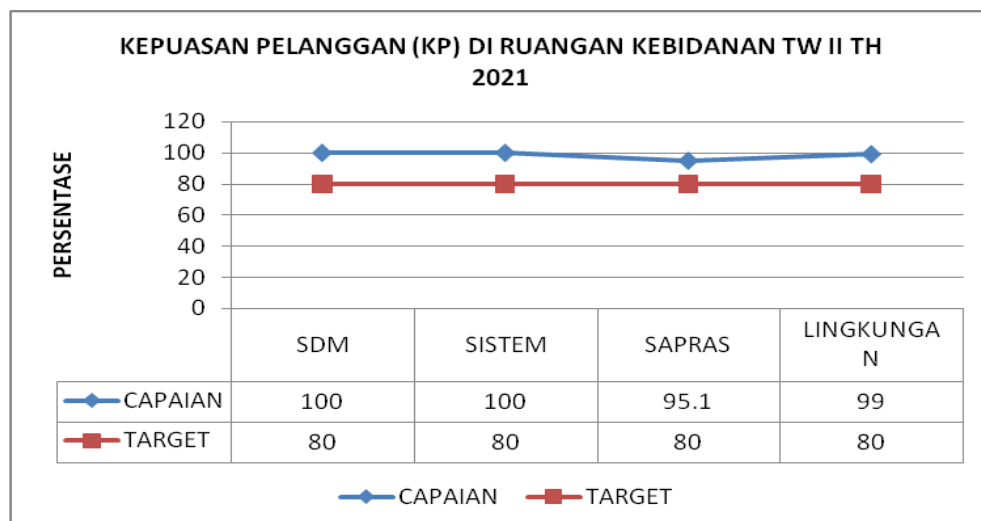
Grafik 29. Kejadian tidak tersedianya MgSO₄ di Instalasi Farmasi pada trolley emergency kebidanan Triwulan II Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Kejadian tidak tersedianya MgSO₄ di Instalasi Farmasi pada trolley emergency kebidanan pada Triwulan II tahun 2021, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standart yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

5. KEPUASAN PELANGGAN (KP) DI KEBIDANAN

Kepuasan pelanggan di ruang Kebidanan pada bulan April sd. Juni 2021 dapat dilihat dibawah ini:



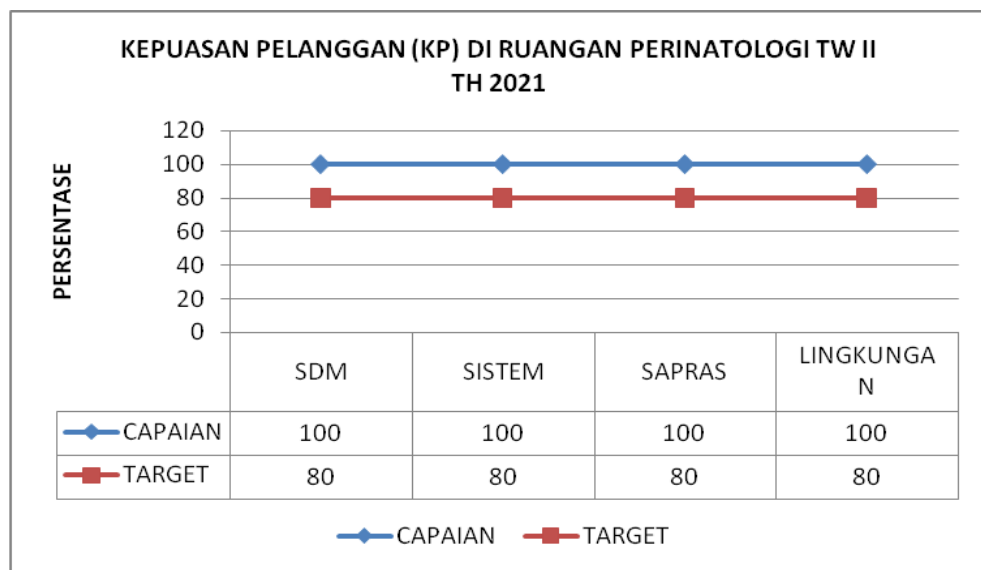
Grafik 30. Kepuasan Pelanggan Di Ruang Kebidanan Triwulan II Tahun 2021

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

Rekomendasi: Pertahankan hasil capaian indikator yang telah ada

6. KEPUASAN PELANGGAN (KP) DI PERINATOLOGI

Kepuasan pelanggan di ruang Perinatologi pada bulan April sd. Juni 2021 dapat dilihat dibawah ini:



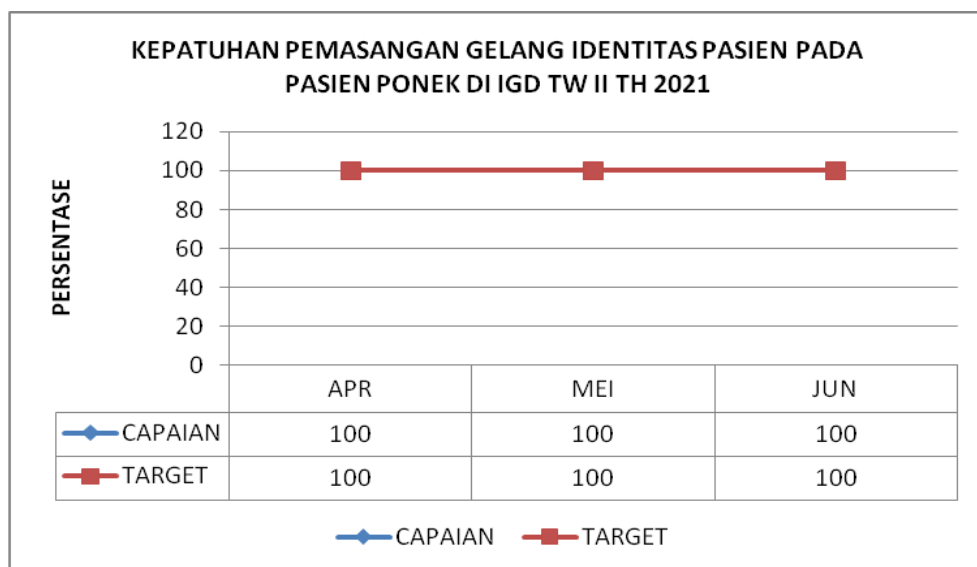
Grafik 31. Kepuasan Pelanggan Di Ruang Perinatologi Triwulan II Tahun 2021

Grafik diatas adalah rata-rata capaian indikator mutu. Tingkat kepuasan pelanggan bervariasi untuk setiap aspek penilaian. Standar indikator mutu ini adalah 80%. Pencapaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan dengan rata-rata capaian 100%.

Rekomendasi: Pertahankan hasil capaian indikator yang telah ada

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

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



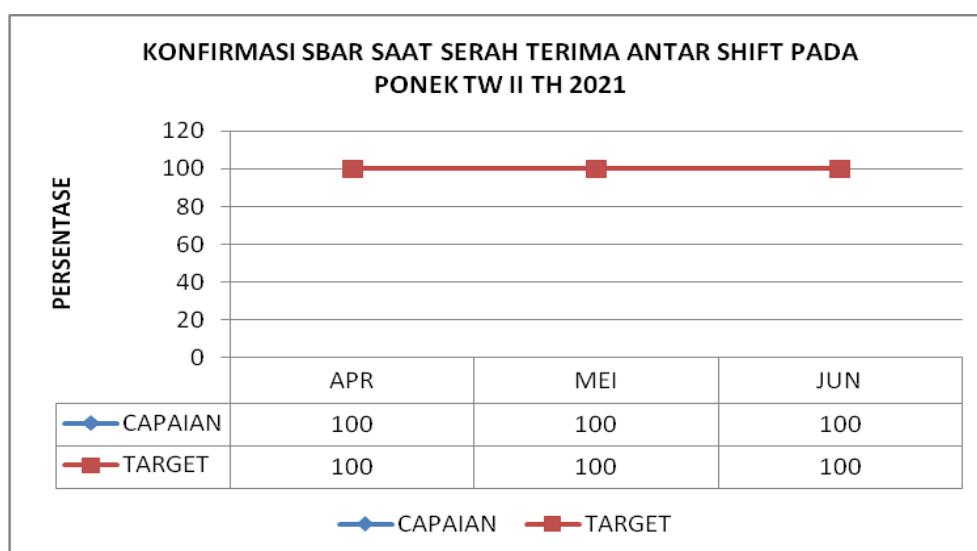
Grafik 32. Kepatuhan Pemasangan Gelang Identitas Pasien Pada Pasien PONEK Di IGD Triwulan II Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien pada pasien PONEK di IGD pada Triwulan II tahun 2021, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian sudah mencapai standart yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

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

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



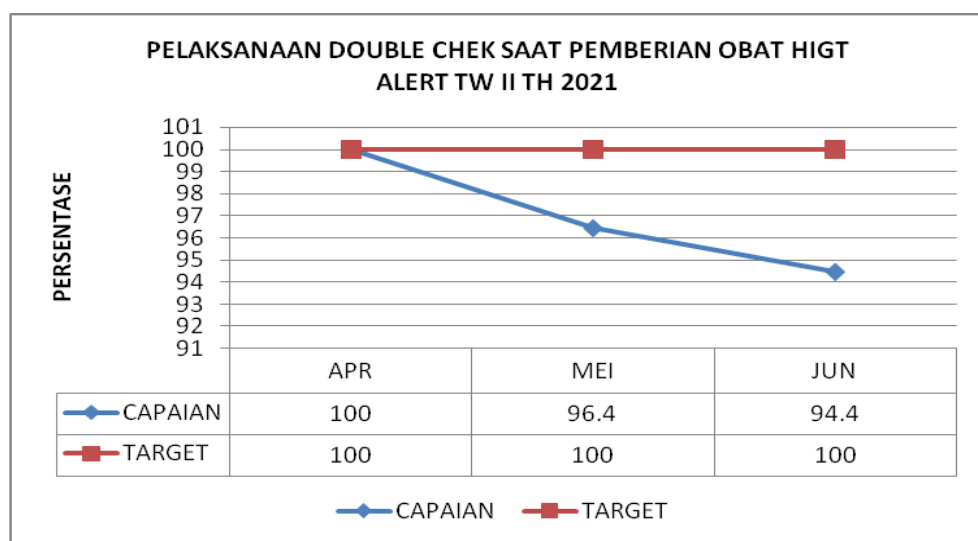
Grafik 33. Konfirmasi SBAR Saat Serah Terima Antar Shift Pada PONEK Triwulan II Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Konfirmasi SBAR saat serah terima antar shift pada PONEK pada Triwulan II tahun 2021, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian sudah mencapai standart yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

9. PELAKSANAAN DOUBLE CHEK SAAT PEMBERIAN OBAT HIGT ALERT

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

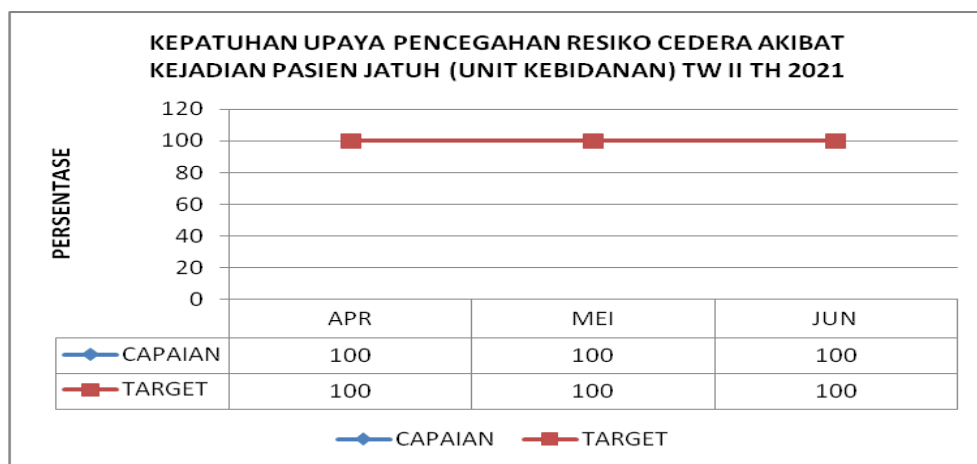


Grafik 34. Kepatuhan Pelaksanaan Double Chek Saat Pemberian Obat Higt Alert Triwulan II Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan pelaksanaan double chek saat pemberian obat higt alert pada Triwulan II tahun 2021, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 97,3%. Capaian belum mencapai standart yang telah ditetapkan.

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

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



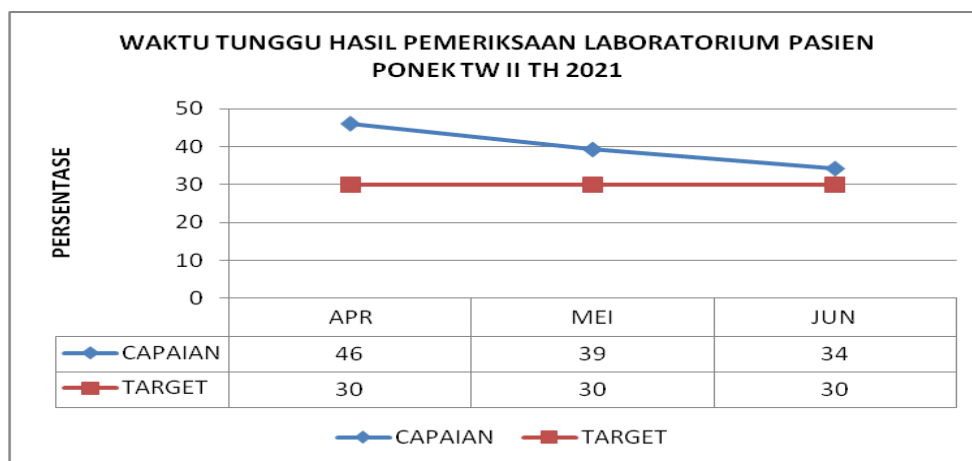
Grafik 35. Kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat kejadian pasien jatuh Triwulan II Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat kejadian pasien jatuh pada Triwulan II tahun 2021, trendnya cenderung stabil. Standar indikator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 100%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

11. WAKTU TUNGGU HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM PASIEN PONEK

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



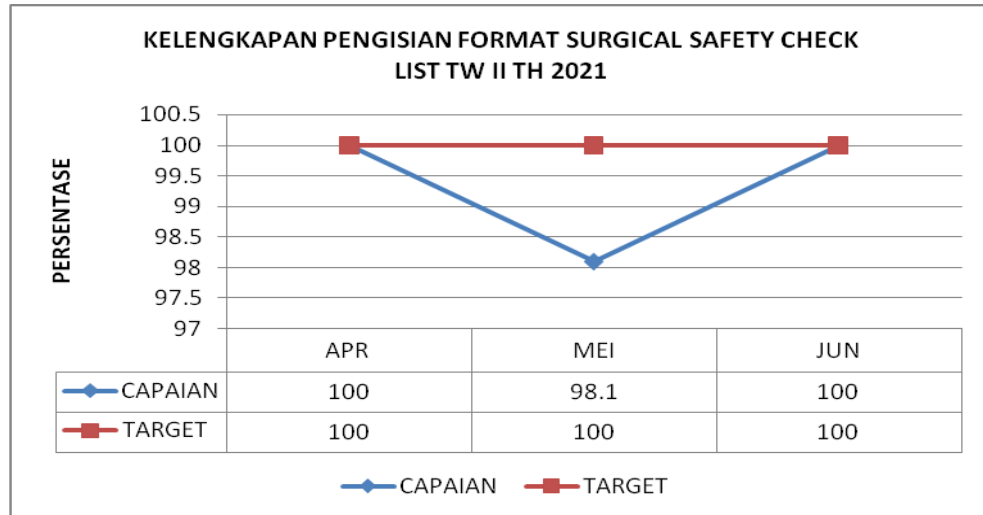
Grafik 36. Waktu Tunggu Hasil pemeriksaan Laboratorium pasien Ponek Triwulan II Tahun 2021

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

III. INDIKATOR YANG DIPERSYARATKAN BAB

1. KELENGKAPAN PENGISIAN FORMAT SURGICAL SAFETY CHECK LIST

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

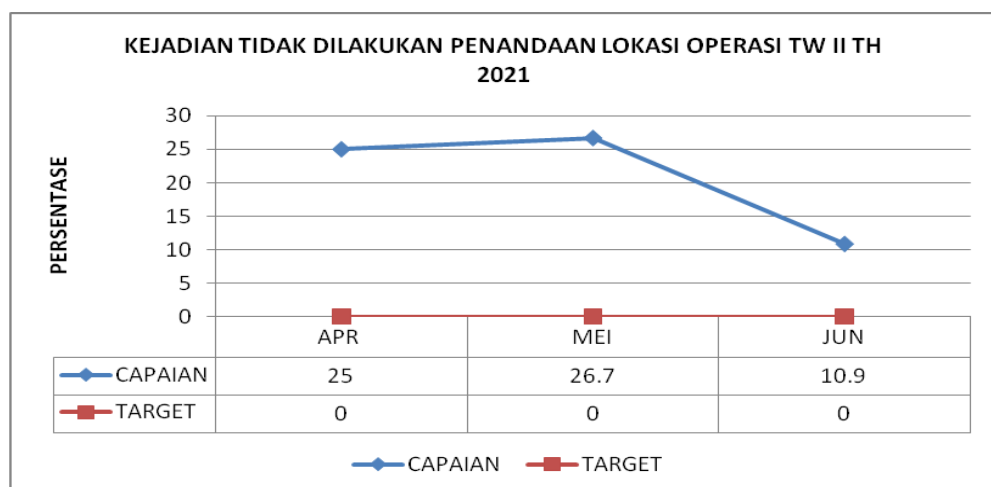


Grafik 37. Kelengkapan Pengisian Format Surgical Safety Check List Triwulan II Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator kelengkapan pengisian format surgical safety check list pada Triwulan II tahun 2021, trendnya cenderung membaik. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 99.6%.

2. KEJADIAN TIDAK DILAKUKAN PENANDAAN LOKASI OPERASI

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



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

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kejadian tidak

dilakukan penandaan lokasi operasi pada Triwulan II tahun 2021, trendnya cenderung bervariasi. Standar indikator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 19,0%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

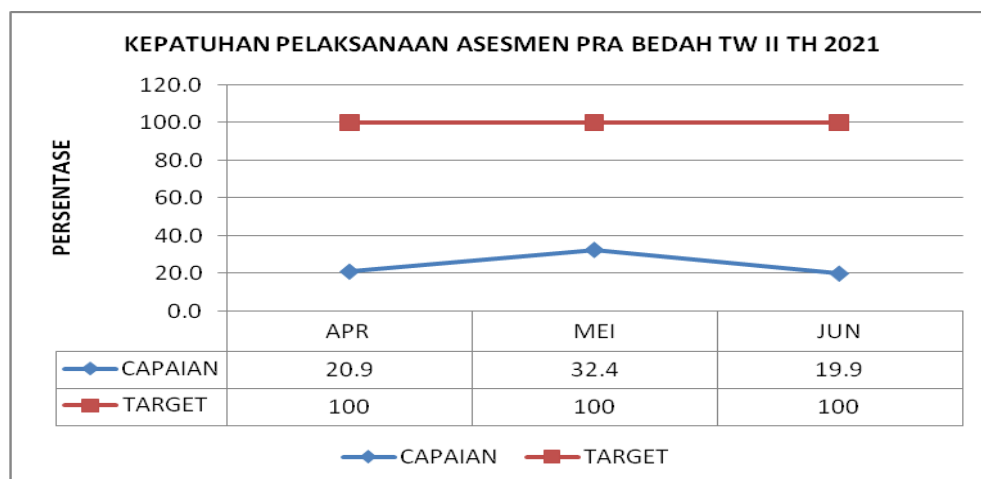
1. Belum menjadi budaya melakukan penandaan lokasi operasi dalam memberikan pelayanan kepada pasien
2. Belum tersosialisasinya SPO penandaan lokasi operasi

Rekomendasi :

1. Resosialisasi SPO penandaan lokasi operasi
2. Lakukan evaluasi terhadap pelaksanaan di lapangan
3. Untuk selanjutnya akan dilakukan PDSA

3. PELAKSANAAN ASESMEN PRA BEDAH

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



Grafik 39. Kepatuhan Pelaksanaan Asesmen Pra Bedah Triwulan II Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu kepatuhan pelaksanaan asesmen pra bedah pada Triwulan II tahun 2021. Standar indikator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 26,4%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

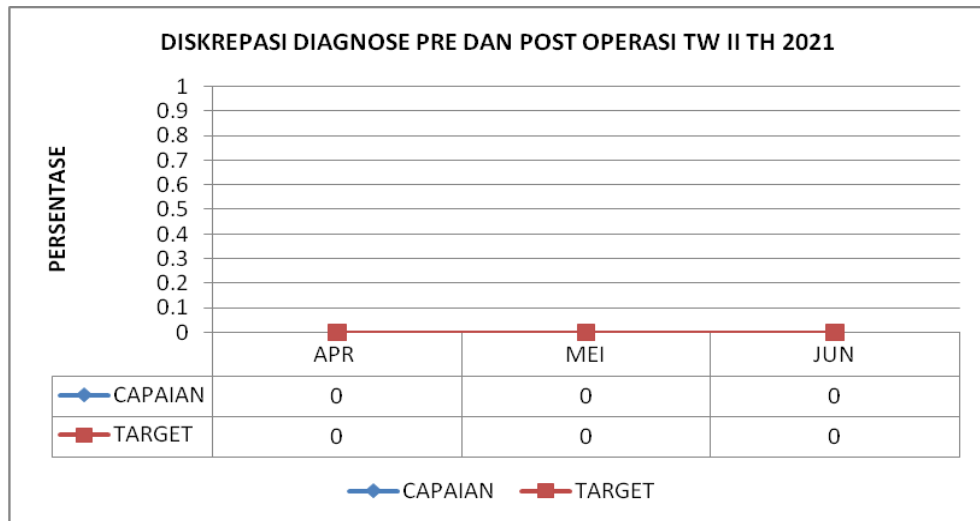
1. Komitmen yang belum adekuat dari DPJP untuk melengkapi asesmen pra bedah

Rekomendasi :

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

4. DISKREPANSI DIAGNOSE PRE DAN POST OPERASI

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



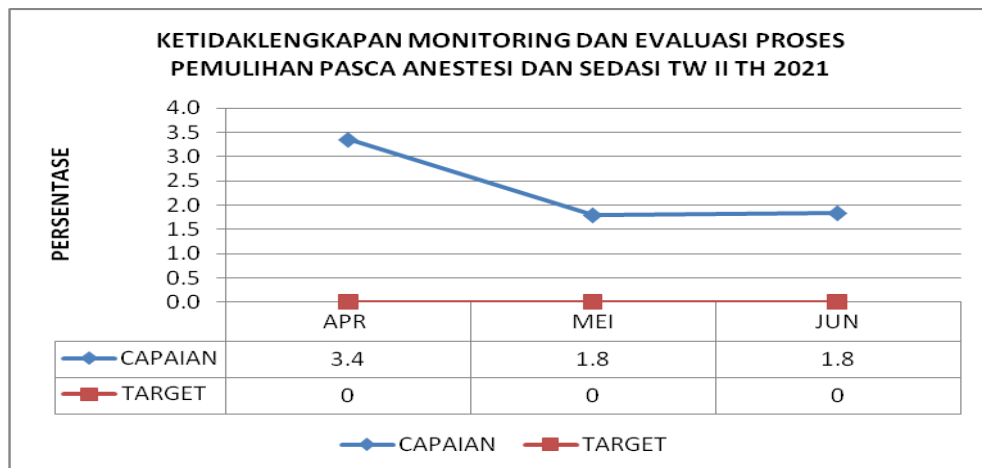
Grafik 40. Diskrepansi Diagnose Pre Dan Post Operasi Triwulan II Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu diskrepansi diagnose pre dan post operasi pada Triwulan II tahun 2021, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

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

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



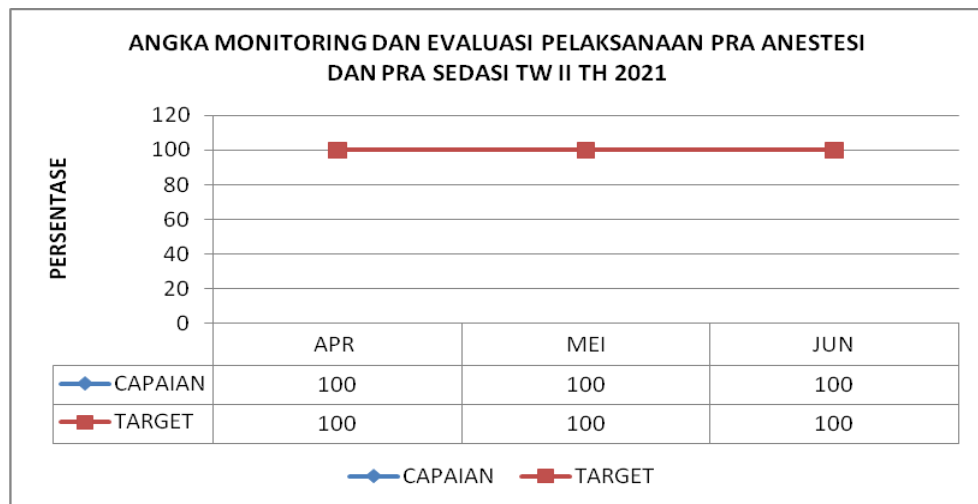
Grafik 41. Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Proses Pemulihan Pasca Anastesi Dan Sedasi Triwulan II Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi proses pemulihan pasca anestesi dan sedasi pada Triwulan II tahun 2021, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 2,4%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh kurangnya tenaga anestesi

Rekomendasi : Evaluasi ketenagaan dan beban kerja petugas

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

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



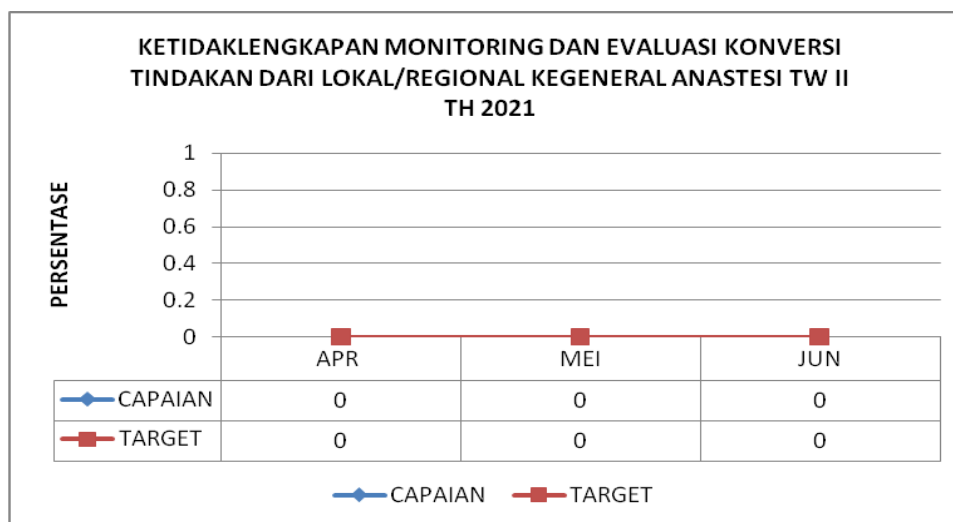
Grafik 42. Angka Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Pra Anestesi dan Pra Sedasi Triwulan II Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu angka monitoring dan evaluasi pelaksanaan asesmen pra anestesi dan pra sedasi pada Triwulan II tahun 2021, trendnya cenderung stabil. Rata – rata capaian indicator mutu ini 100% dan sudah mencapai Standart yang ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah didapat

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

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



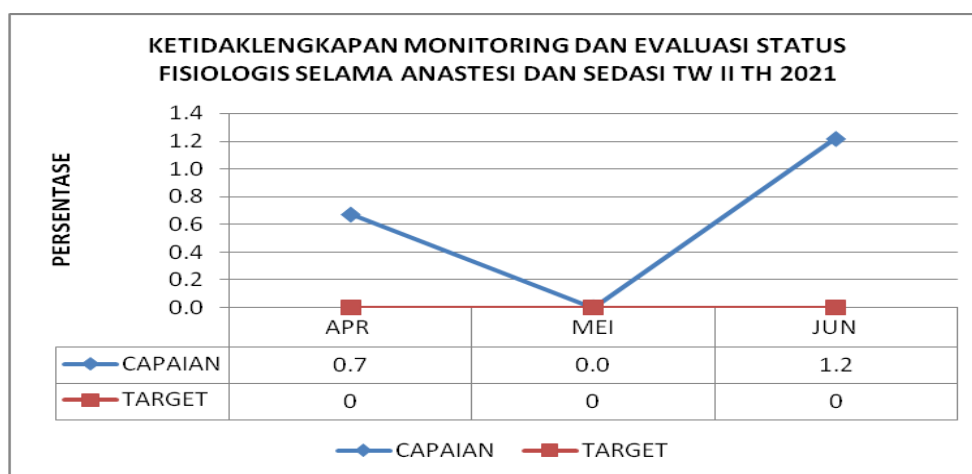
**Grafik 43. Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Konversi Tindakan
Dari Local/Regional Kegeneral Anestesi Triwulan II Tahun 2021**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi konversi tindakan dari local/regional kegeneral anestesi pada Triwulan II tahun 2021, trendnya cenderung stabil telah mencapai standar. Standar indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah didapat

8. KETIDAKLENGKAPAN MONITORING DAN EVALUASI STATUS FISIOLOGI SELAMA ANESTESI DAN SEDASI

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



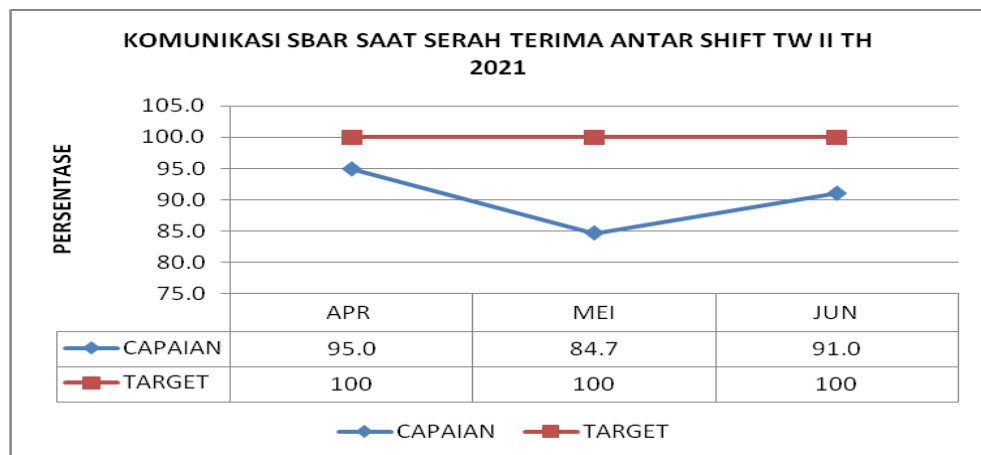
**Grafik 44. Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Status Fisiologi Selama
Anestesi dan Sedasi Triwulan II Tahun 2021**

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian ketidaklengkapan monitoring

dan evaluasi status fisiologis selama anastesi dan sedasi pada bulan April sd. Juni trendnya cenderung bervariasi. Dimana capaian terendah pada bulan Juni dengan capaian mencapai 1,2%. Rata-rata ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi status fisiologis selama anastesi dan sedasi pada Triwulan II mencapai 0,7%.

9. KOMUNIKASI SBAR SAAT SERAH TERIMA ANTAR SHIFT

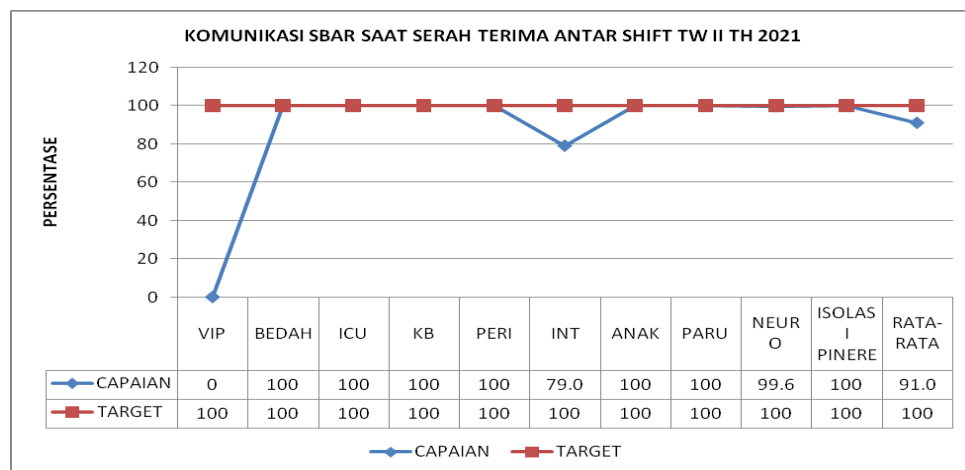
Persentase komunikasi SBAR serah terima antar shift pada bulan April sd. Juni 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



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

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

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 48. Komunikasi SBAR Saat Serah Terima Antar Shift Triwulan II Tahun 2021

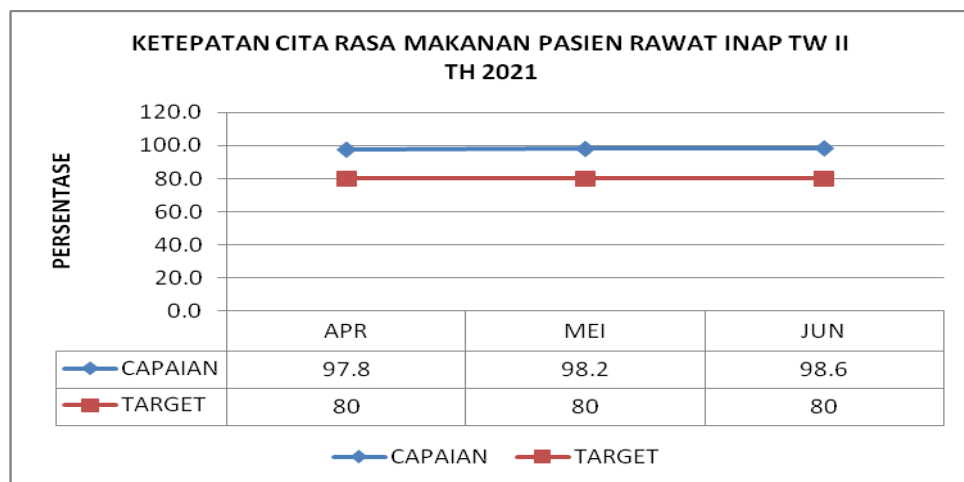
Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator Komunikasi pada ruangan Bedah, ICU, KB, Perinatologi, Anak, Paru, dan Isolasi Pinere sudah mencapai 100%. Ruangan yang belum mencapai target adalah ruangan Interne (79%) dan ruangan Neurologi (99,6%). Sementara rata-rata capaian indicator ini untuk Triwulan II adalah 91%

IV. INDIKATOR MUTU UNIT

1. INDIKATOR RUANGAN GIZI

1.1. KETEPATAN CITA RASA MAKANAN PASIEN RAWAT INAP

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



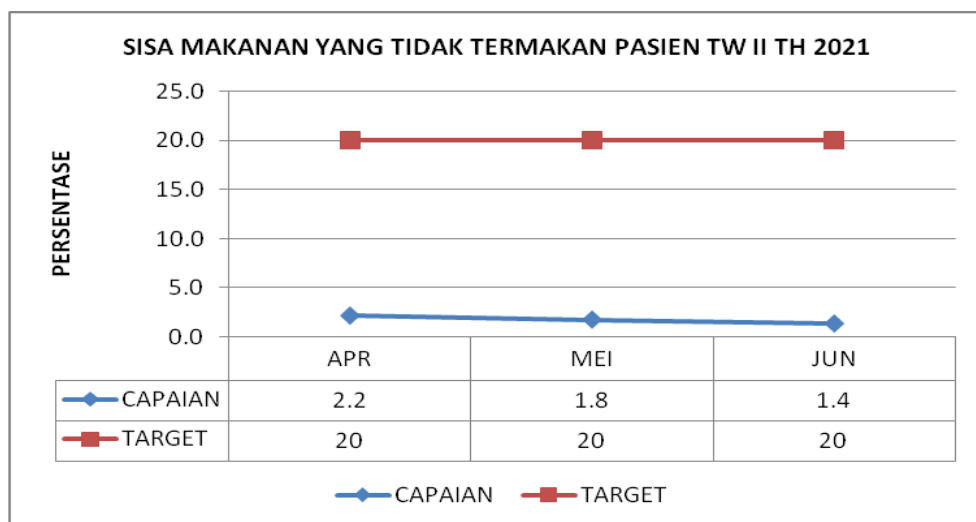
Grafik 49. Ketepatan Cita Rasa Makanan Pasien Rawat Inap Triwulan II tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Ketepatan Cita Rasa Makanan Pasien rawat inap pada Triwulan II tahun 2021, trendnya diatas stabil. Standart indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 98,2%.

Rekomendasi : Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

1.2. SISA MAKANAN YANG TIDAK TERMAKAN PASIEN

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

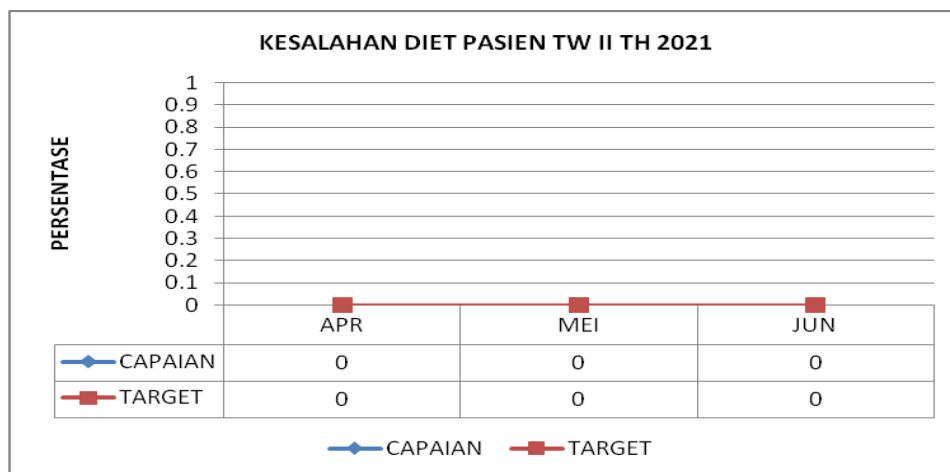


Grafik 50. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Pasien Triwulan II Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu sisa makanan yang tidak termakan pasien pada Triwulan II tahun 2021, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 20%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 1,8%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan :

1.3. KESALAHAN DIET PASIEN

Capaian kesalahan diet pasien pada bulan April sd. Juni 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



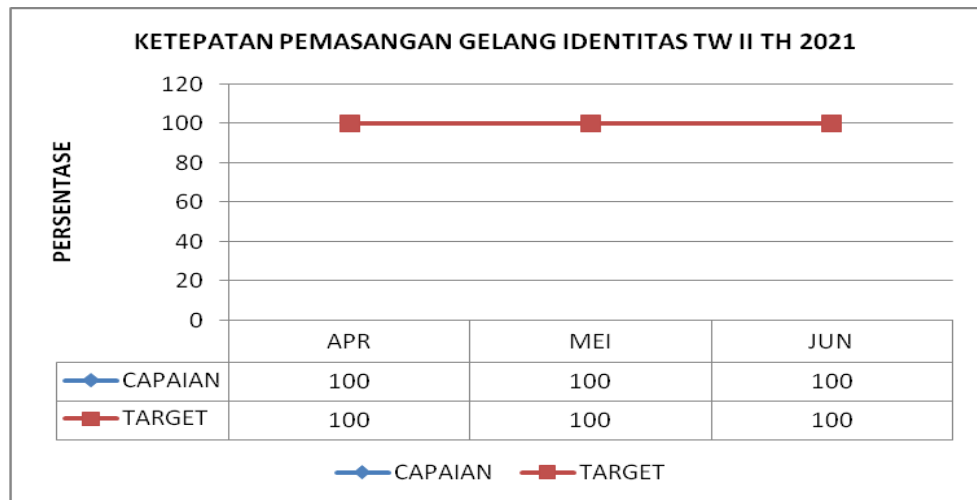
Grafik 51. Kesalahan Diet Pasien Triwulan II Tahun 2021

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

2. INDIKATOR RUANGAN PARU

2.1. KETEPATAN PEMASANGAN GELANG IDENTITAS

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

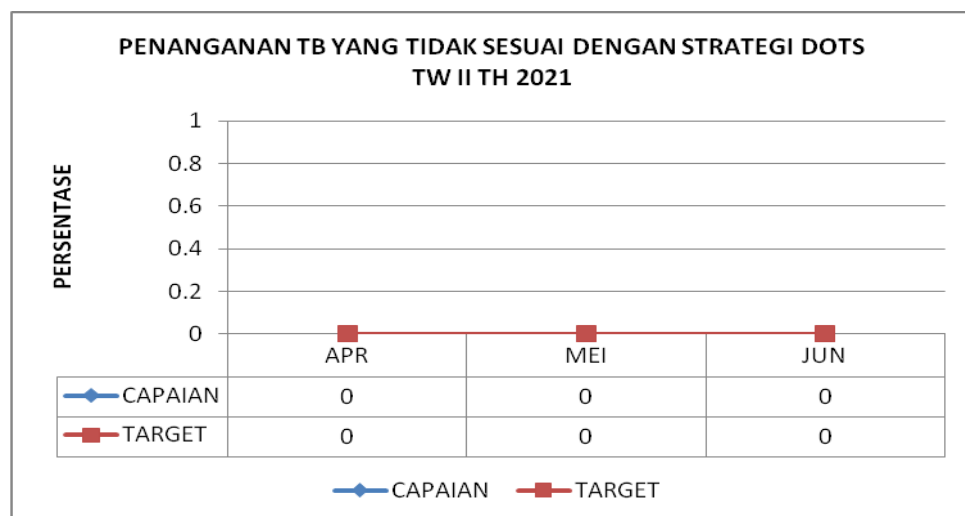


Grafik 52. Ketepatan Pemasangan Gelang Identitas Paru Triwulan II Tahun 2021

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

2.2. PENANGANAN PASIEN TB YANG TIDAK SESUAI DENGAN STRATEGI DOTS

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



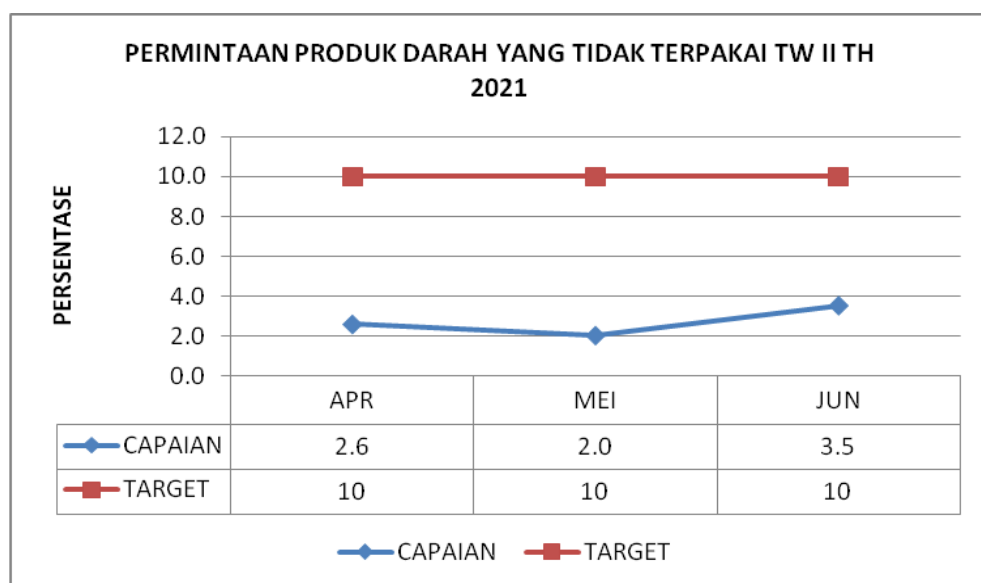
Grafik 53. Penanganan Pasien TB Yang Tidak Sesuai Dengan Strategi DOTS Triwulan II Tahun 2021

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

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

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

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

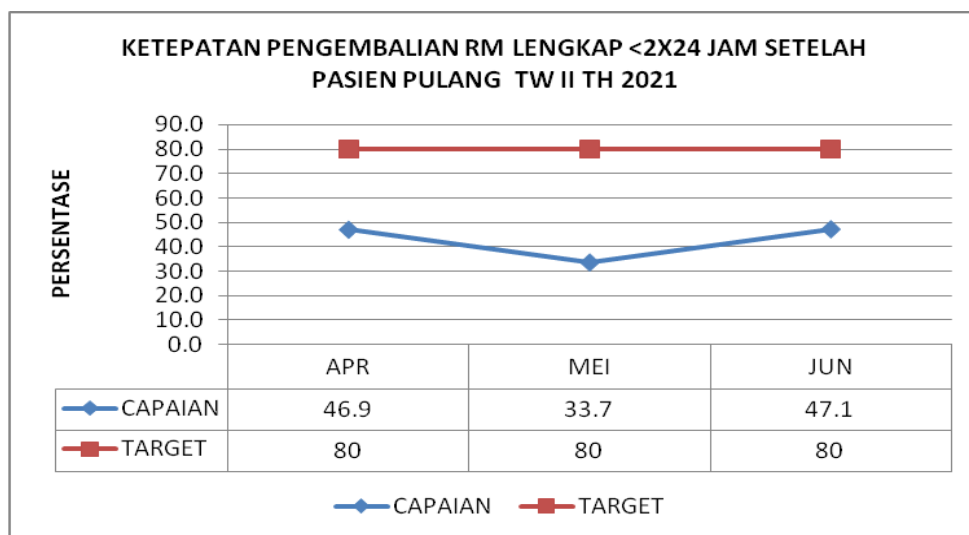


Grafik 54. Permintaan Produk Darah Yang Tidak Terpakai Triwulan II Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu permintaan produk darah yang tidak terpakai pada Triwulan II tahun 2021, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 10%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 2,7%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

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

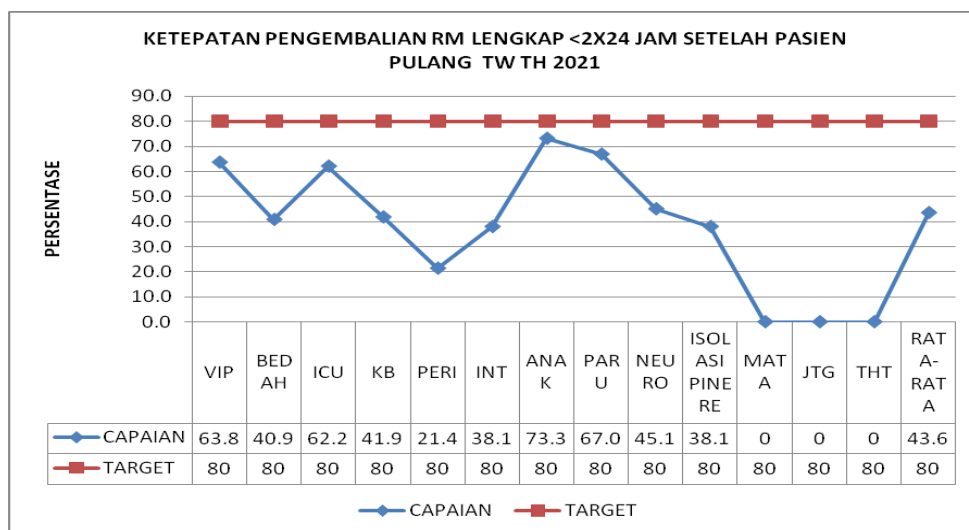
Capaian ketepatan pengembalian Rekam Medis Rawat Inap pada bulan April sd. Juni 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 55. Ketepatan Pengembalian RM Rawat Inap Triwulan II Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketepatan pengembalian Rekam Medis rawat inap pada Triwulan II tahun 2021, trendnya cenderung menurun. Standart indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 43,6%.

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



Grafik 56. Ketepatan Waktu Pengembalian berkas Rekam Medik Inap Bulan April sd. Juni 2021

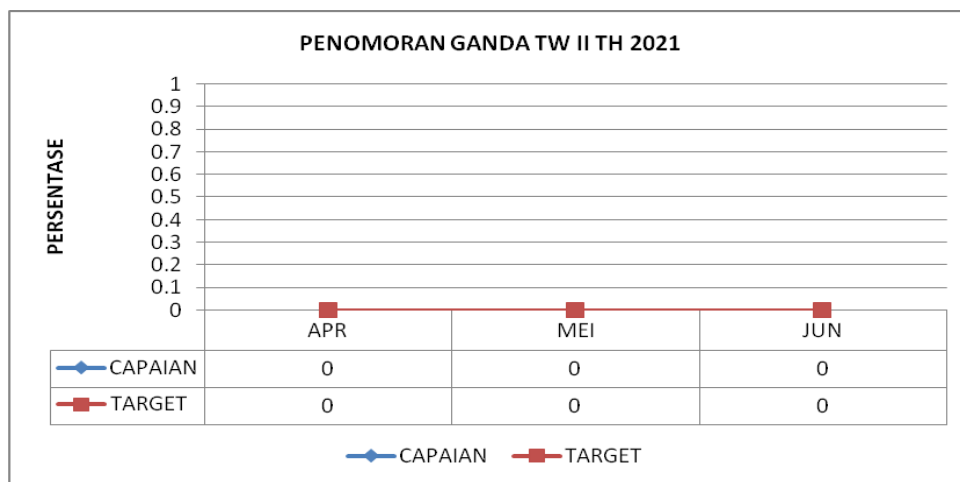
Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh beberapa hal: Komitmen yang belum adekuat dari seluruh staf medis dalam melengkapi rekam medis

Rekomendasi :

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

5. INDIKATOR RUANGAN PENDAFTARAN: PENOMORAN REKAM MEDIS GANDA

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

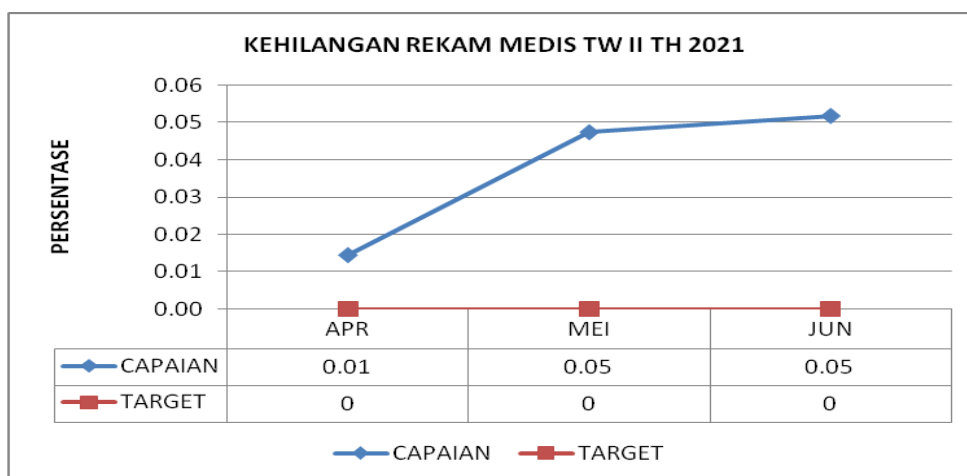


Grafik 57. Penomoran Rekam Medis Ganda Triwulan II tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu penomoran rekam medis ganda pada Triwulan II tahun 2021, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 0%, dan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.
Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

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

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



Grafik 58. Kehilangan Dokumen RM Rawat Inap Triwulan II Tahun 2021

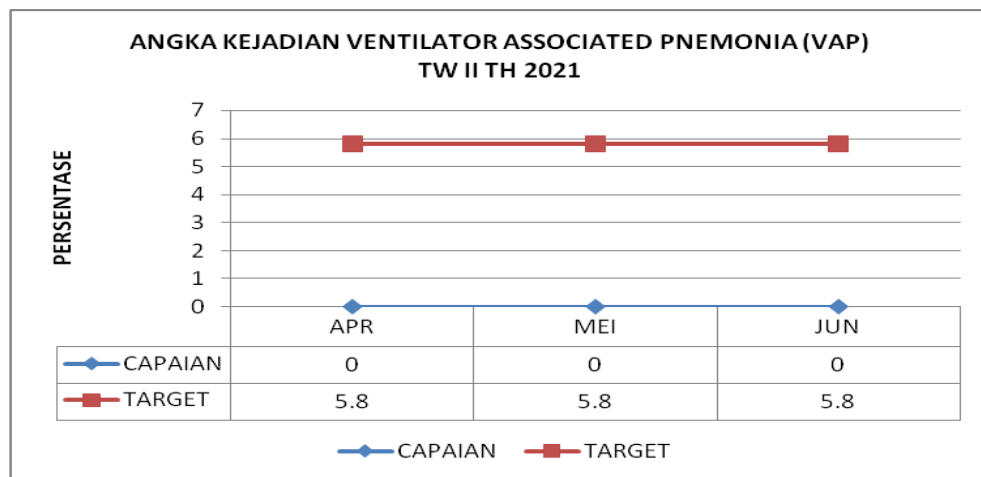
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kehilangan dokumen RM rawat inap pada Triwulan II tahun 2021, trendnya cenderung meningkat.

Standart indicator mutu ini adalah 0%, dan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0,04%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan.

7. INDIKATOR MUTU KOMITE PPI

7.1. ANGKA KEJADIAN VAP

Capaian kejadian VAP pada bulan April sd. Juni 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

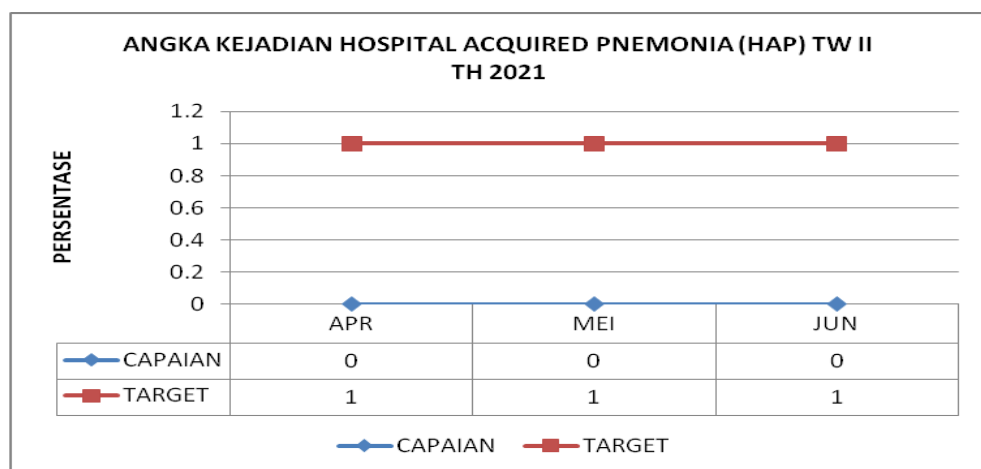


Grafik 59. Angka Kejadian VAP Triwulan II Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian VAP pada Triwulan II tahun 2021 adalah 0% karena tidak ada kejadian infeksi akibat pemasangan ventilator.

7.2. ANGKA KEJADIAN HOSPITAL ACQUIRED PNEMONIA (HAP)

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



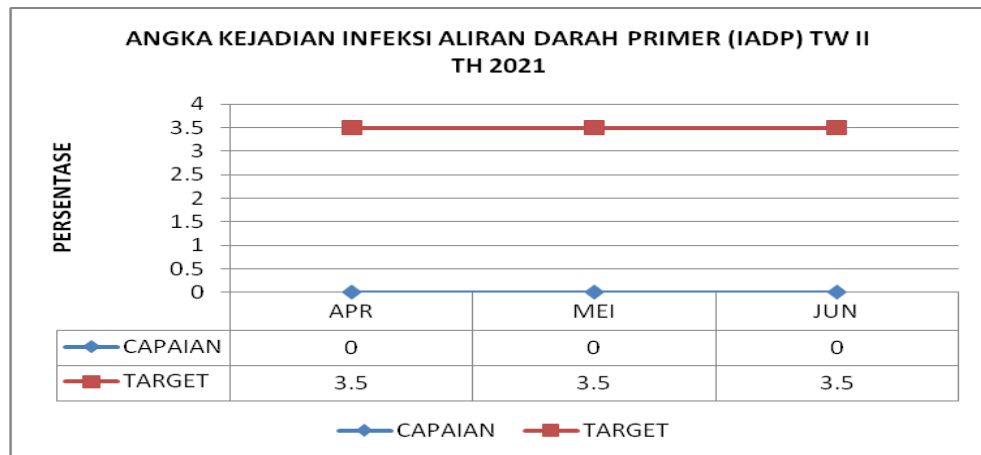
Grafik 60. Angka Kejadian IADP Triwulan II Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu angka kejadian

hospital acquired pneumonia (HAP) pada Triwulan II tahun 2021 tidak terjadi 0%. Ini menunjukkan bahwa petugas kesehatan telah memberikan pelayanan kepada pasien di Rumah Sakit sesuai standart yang diharapkan.

7.3. ANGKA KEJADIAN IADP

Capaian kejadian IADP pada bulan April sd. Juni 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

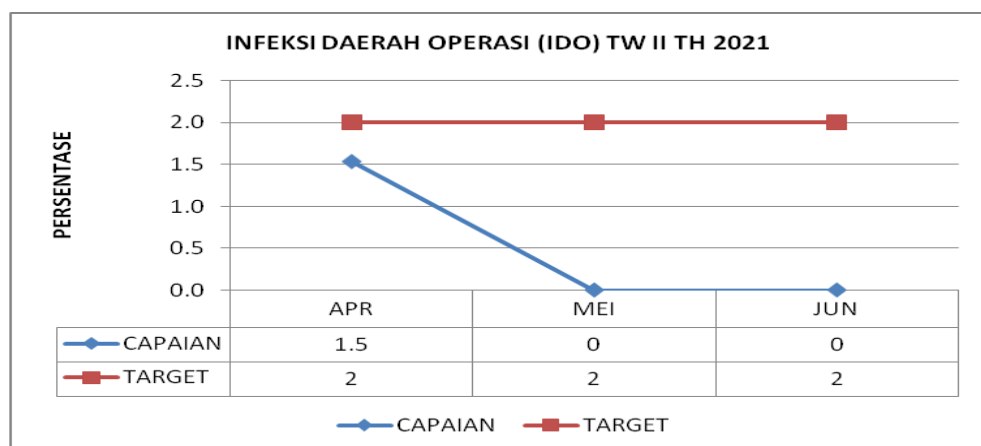


Grafik 61. Angka Kejadian IADP Triwulan II Tahun 2021

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

7.4. ANGKA KEJADIAN IDO

Capaian kejadian IDO pada bulan April sd. Juni 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

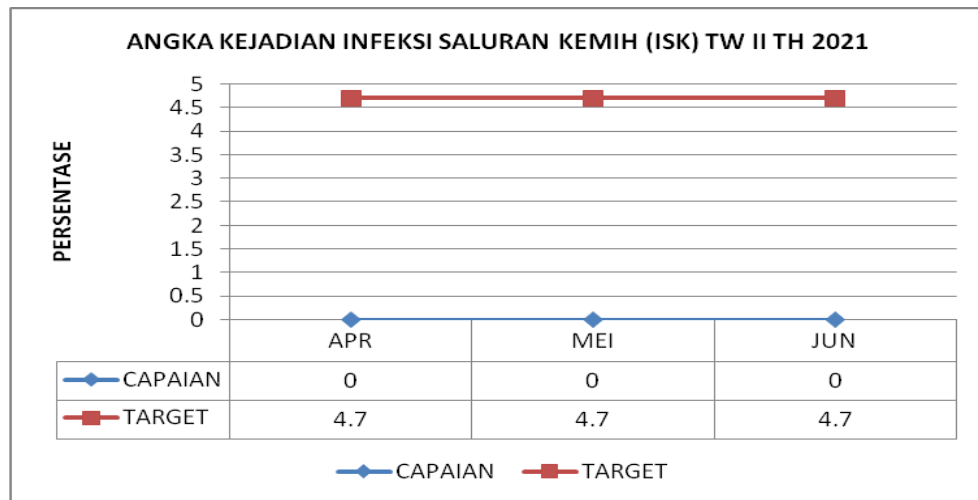


Grafik 62. Angka Kejadian IDO Triwulan II Tahun 2021

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

7.5. ANGKA KEJADIAN ISK

Capaian kejadian ISK pada bulan April sd. Juni 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

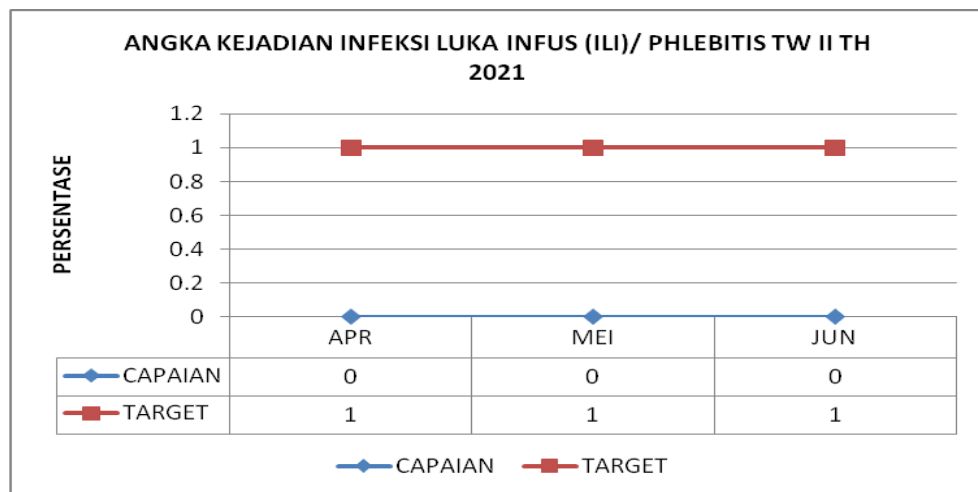


Grafik 63. Angka Kejadian ISK Triwulan II Tahun 2021

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

7.6. ANGKA KEJADIAN PLEBITIS

Capaian kejadian plebitis pada bulan April sd. Juni 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

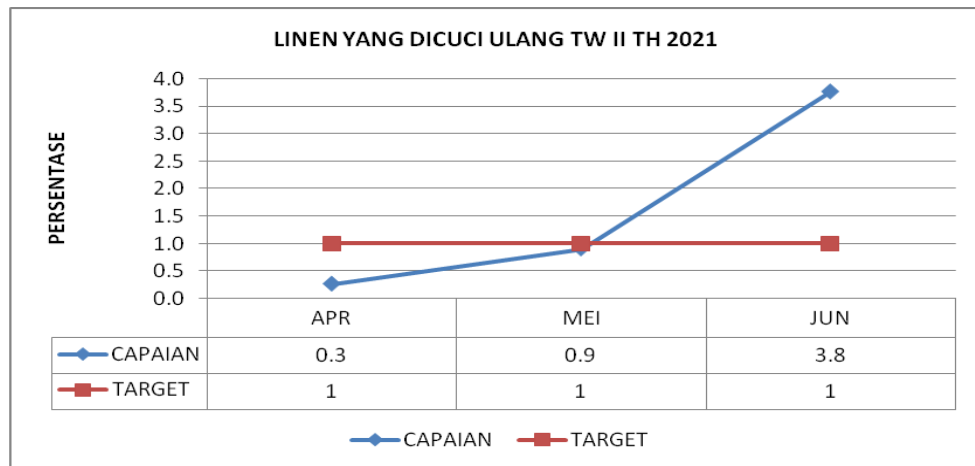


Grafik 64. Angka Kejadian Plebitis Triwulan II Tahun 2021

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

8. INDICATOR LOUNDRY : LINEN YANG DICUCI ULANG

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



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

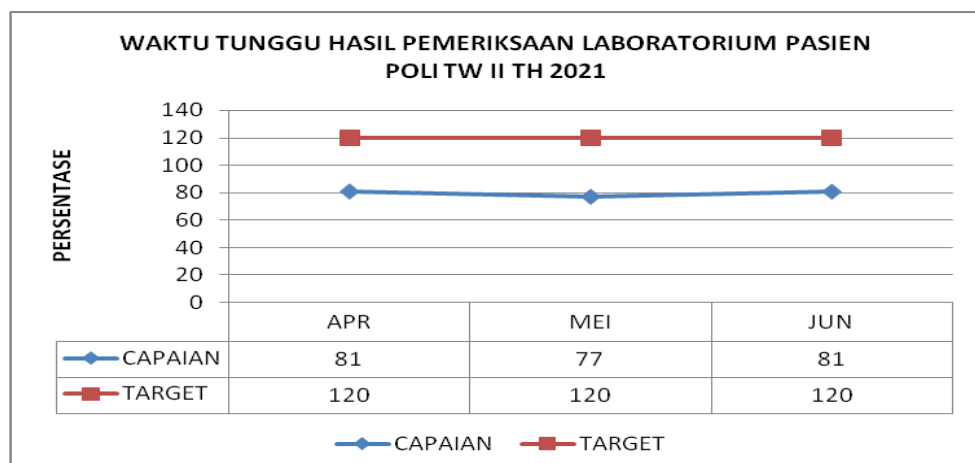
Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian untuk linen yang dicuci ulang mengalami peningkatan pada bulan Juni 2021, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 1,7%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan (1%)

9. WAKTU TUNGGU HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

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

9.1. WAKTU TUNGGU HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM PADA PASIEN POLIKLINIK

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

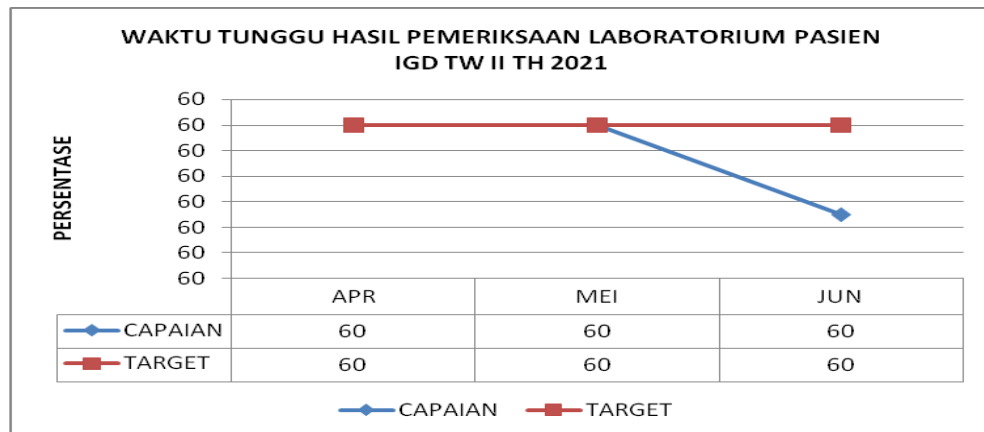


Grafik 66. Grafik Waktu Hasil Tunggu Pemeriksaan Laboratorium pada Pasien Poliklinik Triwulan II Tahun 2021

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa angka waktu tunggu pemeriksaan laboratorium pada pasien poklinik cenderung bervariasi namun sudah dibawah standar dimana target dari indikator ini adalah dibawah 120 menit. Capaian paling baik terjadi pada bulan Mei yakni mencapai 77 menit.

9.2. WAKTU TUNGGU HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM PADA PASIEN IGD

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



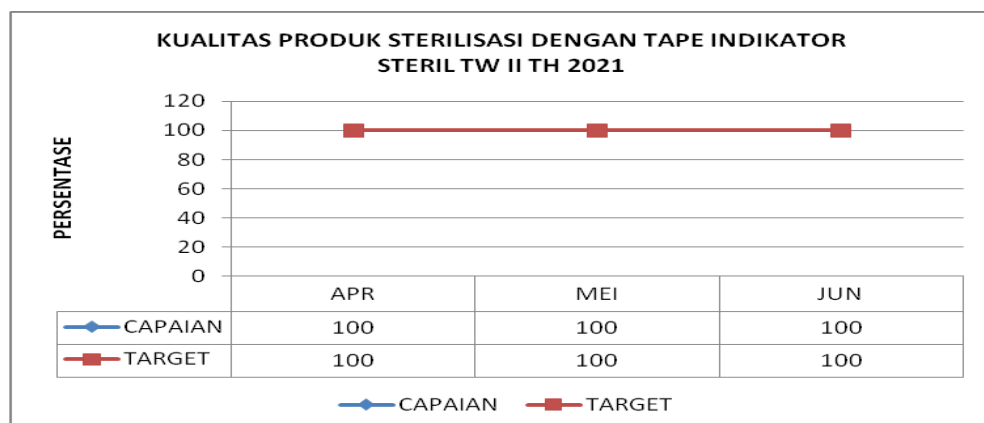
Grafik 67. Grafik Waktu Hasil Tunggu Pemeriksaan Laboratorium pada Pasien IGD Triwulan II Tahun 2021

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa angka waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien IGD cenderung stabil dan sudah sesuai standart 60 menit.

10. INDICATOR CSSD

10.1. KUALITAS PRODUK STERILISASI DENGAN TAPE INDIKATOR STERIL

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

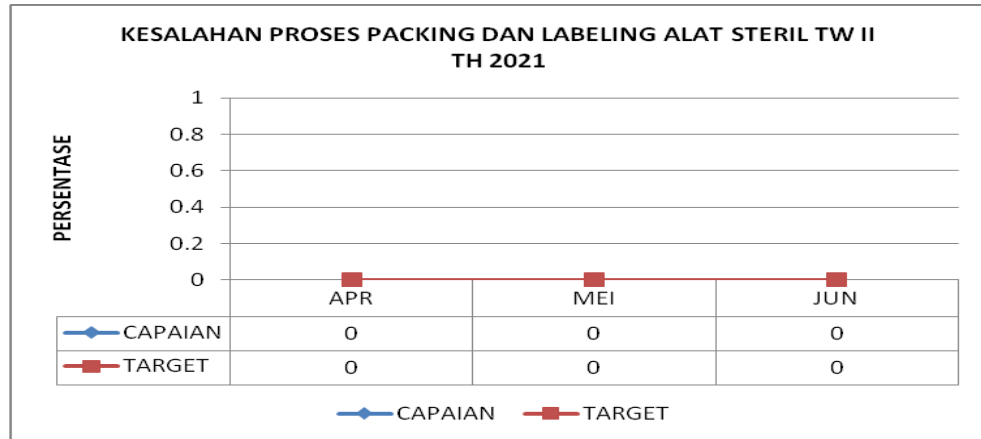


Grafik 68. Grafik Kualitas Produk Sterilisasi Dengan Tape Indikator Steril Triwulan II Tahun 2021

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

10.2. KESALAHAN PRODUK STERILISASI DENGAN TAPE INDIKATOR STERIL

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

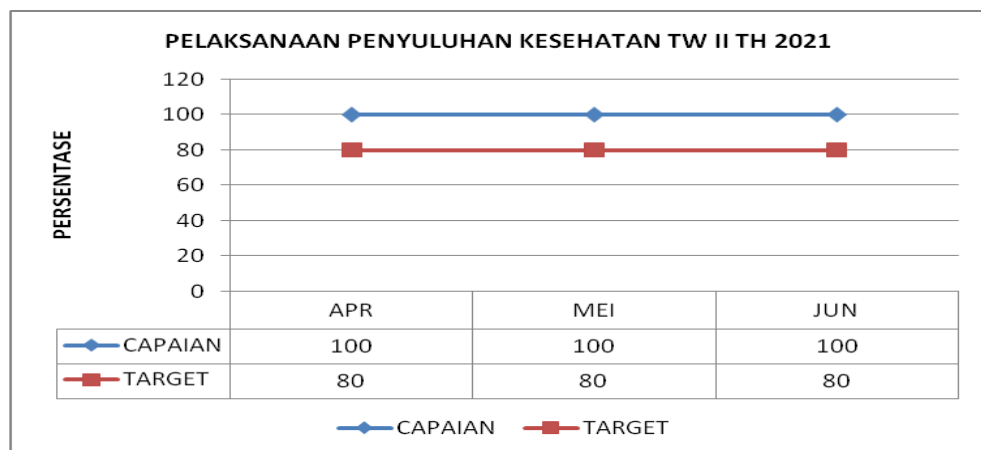


Grafik 69. Kesalahan Produk Sterilisasi dengan Tape Indikator Steril Triwulan II Tahun 2021

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

11. INDIKATOR MUTU PKRS : PELAKSANAAN PENYULUHAN KESEHATAN

Pelaksanaan Penyuluhan Kesehatan ditunjukan pada grafik dibawah ini:

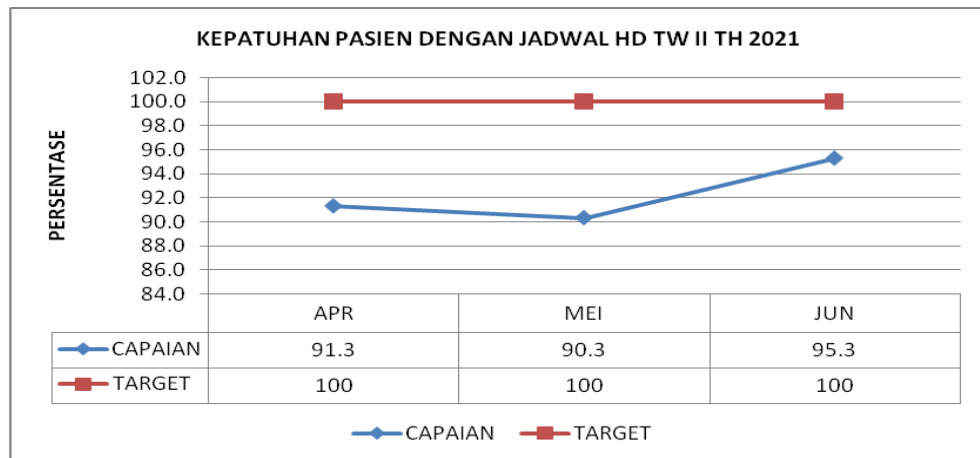


Grafik 70. Pelaksanaan Penyuluhan Kesehatan Triwulan II Tahun 2021

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

12. INDIKATOR MUTU HEMODIALISA : KEPATUHAN PASIEN DENGAN JADWAL HD

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



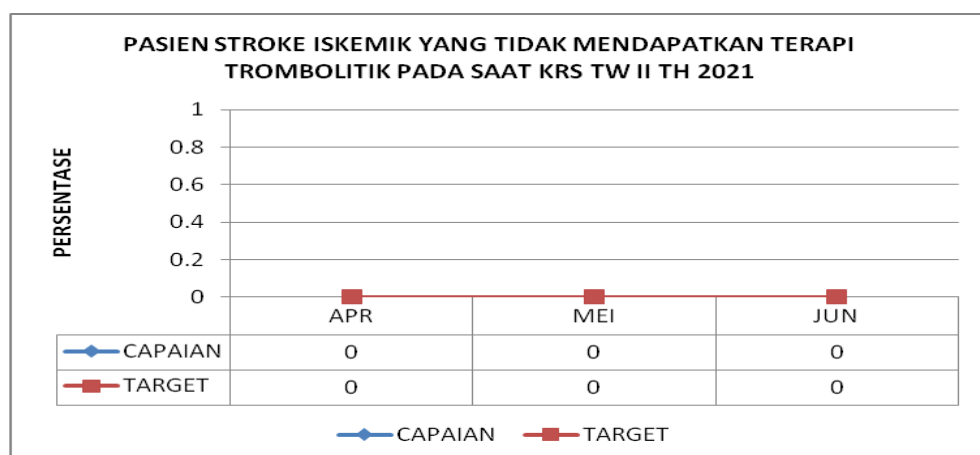
Grafik 71. Kepatuhan Pasien Dengan Jadwal Hemodialisa Triwulan II Tahun 2021

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa Capaian Kepatuhan pasien dengan jadwal Hemodialisa belum mencapai target, trendnya cenderung baevariiasi. Standart indicator mutu kepatuhan pasien dengan jadwal Hemodialisa 100%, sedangkan rata-rata capaian kepatuhan pasien dengan jadwal Hemodialisa 92,4%

13. INDICATOR RUANGAN NEUROLOGI

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

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



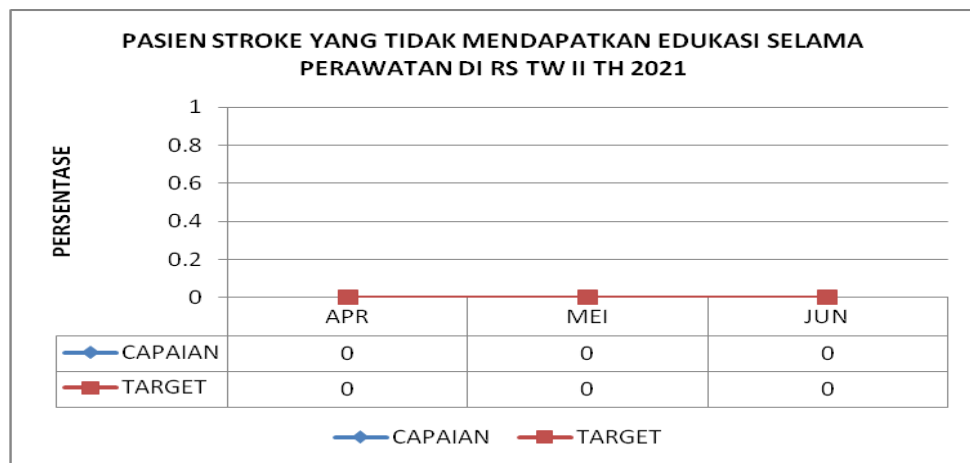
Grafik 72. Pasien Stroke Iskemik Yang Tidak Mendapatkan Terapi Trombolitik Pada Saat KRS Triwulan II Tahun 2021

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

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

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

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



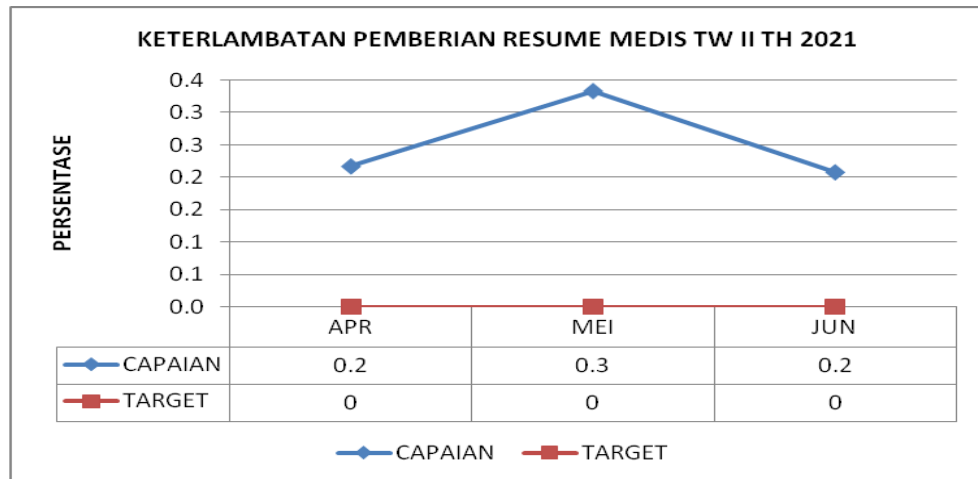
Grafik 72. Pasien Stroke Yang Tidak Mendapatkan Edukasi Selama Perawatan di RS Triwulan II Tahun 2021

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

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

14. INDICATOR RUANGAN VIP : KETERLAMBATAN PEMBERIAN RESUME MEDIS

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

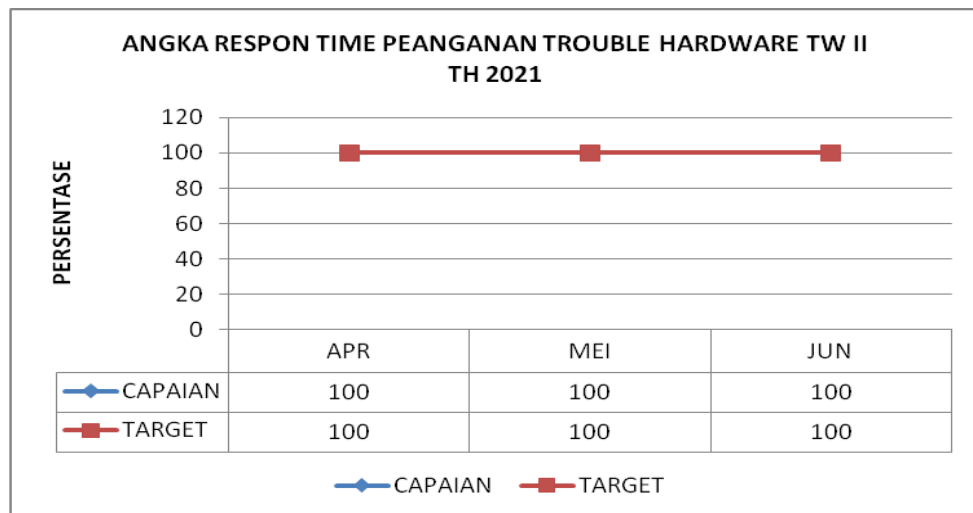


Grafik 72. Keterlambatan Pemberian Resume Medis Triwulan II Tahun 2021

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian keterlambatan pemberian resume medis belum mencapai target, trendnya cenderung menurun. Standart indicator mutu keterlambatan pemberian resume medis 0%, sedangkan rata-rata capaian capaian keterlambatan pemberian resume medis belum mencapai target 0,2%

15. ANGKA RESPON TIME PENANGANAN TROUBLE HARDWARE

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



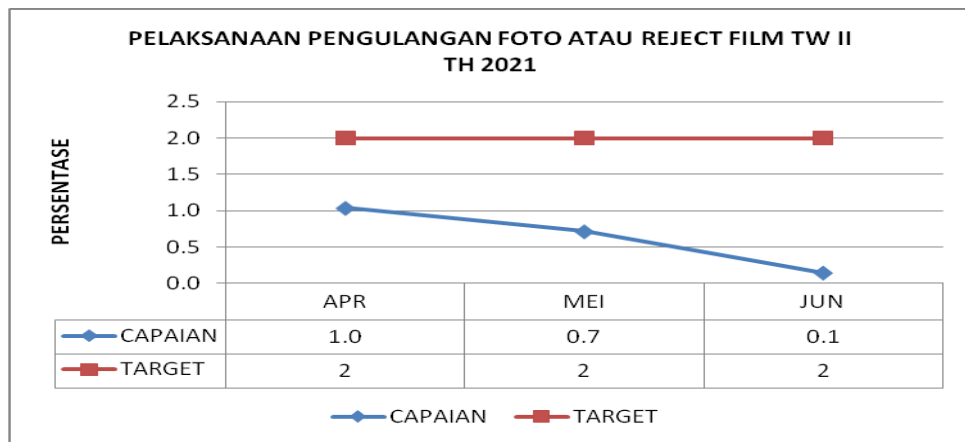
Grafik 73. Angka Respon Time Penanganan Trouble Hardware

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

16. INDICATOR MUTU RADIOLOGI

16.1 PELAKSANAAN PENGULANGAN FOTO RONTGEN

Capaian indicator pelaksanaan pengulangan foto rontgen untuk Triwulan II adalah :

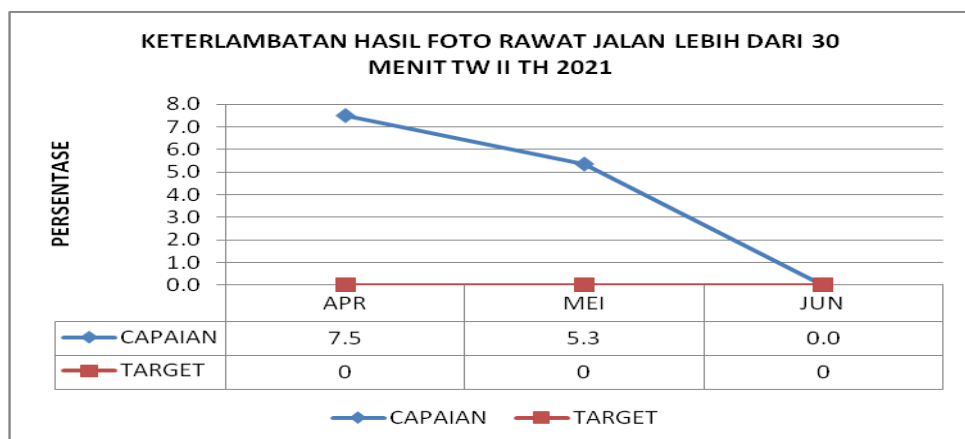


Grafik 74. Angka Pelaksanaan Pengulangan Foto Rontgen

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian pelaksanaan pengulangan foto rontgen sudah mencapai target, trendnya cenderung membaik. Standart indicator mutu pelaksanaan pengulangan foto rontgen 2%, sedangkan rata-rata capaian capaian pelaksanaan pengulangan foto rontgen 0,6%

16.2 KETERLAMBATAN HASIL FOTO RAWAT JALAN LEBIH DARI 30 MENIT

Capaian indicator keterlambatan hasil foto rawat jalan lebih dari 30 menit untuk Triwulan II adalah:



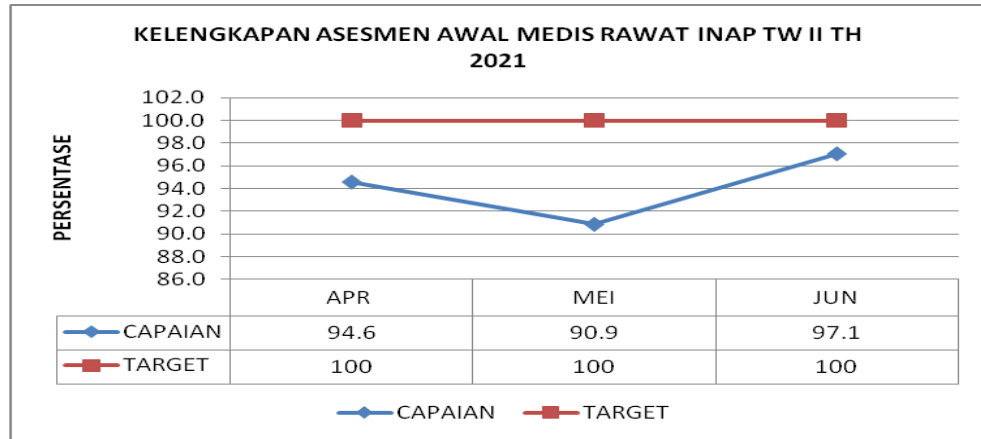
Grafik 75. Angka Keterlambatan Hasil Foto Rawat Jalan Lebih Dari 30 Menit

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian keterlambatan hasil foto rawat jalan lebih dari 30 menit belum mencapai target, trendnya cenderung membaik. Standart indicator mutu keterlambatan hasil foto rawat jalan lebih dari 30 menit 0%, sedangkan rata-rata capaian capaian pelaksanaan pengulangan foto rontgen 4,2%.

V. INDIKATOR MUTU PPA

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

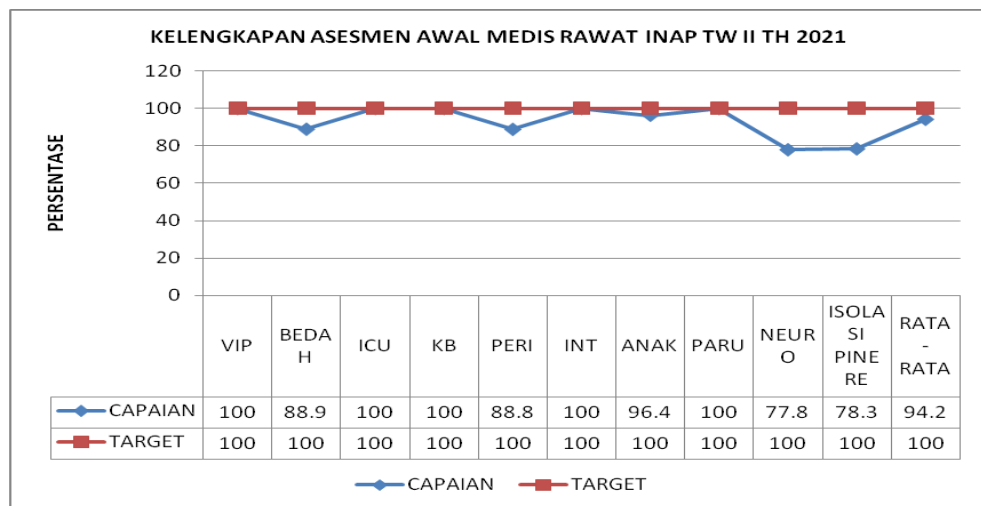
Capaian kelengkapan asesmen awal medis rawat inap pada bulan April sd. Juni 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 74. Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Inap 1 x 24 Jam per Bulan Triwulan II Tahun 2021

Dari grafik diatas dapat dailihat bahwa kelengkapan asesmen awal medis pada bulan April sd. Juni 2021 masih belum mencapai target, dimana pada bulan Juni merupakan capaian paling tinggi mencapai 97,1%. Rata-rata capaian pada Triwulan II adalah 94,2%.

Capaian masing-masing ruangan untuk indikator ini adalah:

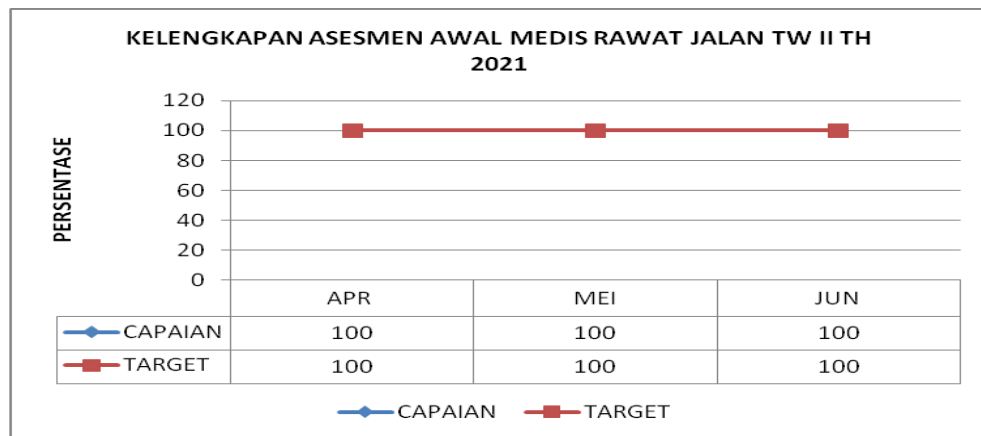


Grafik 75. Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Inap 1 x 24 Jam per Ruangan Triwulan II Tahun 2021

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa ruangan VIP, ICU, KB, Interne, dan Paru merupakan ruangan dengan capaian paling tinggi untuk kelengkapan asesmen medis rawat inap yakni sudah mencapai target (100%). Sedangkan capaian paling rendah adalah ruangan Bedah (88,9%), Perinatologi (88,8%), Anak (96,4%), Neurologi (77,8%), Isolasi Pinere (78,3). Rata-rata capaian RSUD adalah 94,2%.

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

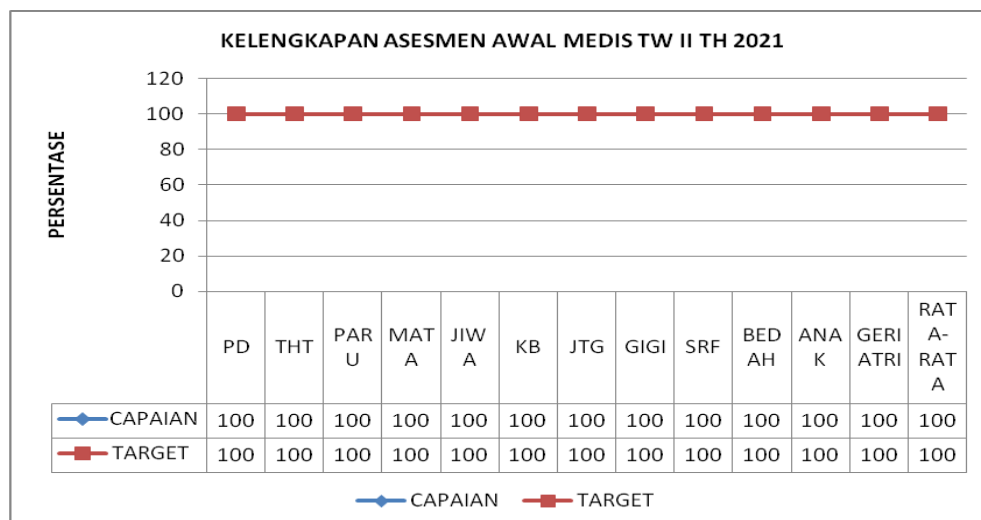
Capaian kelengkapan asesmen awal medis pasien rawat jalan pada bulan April sd. Juni 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 75. Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit per Bulan Triwulan II Tahun 2021

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

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

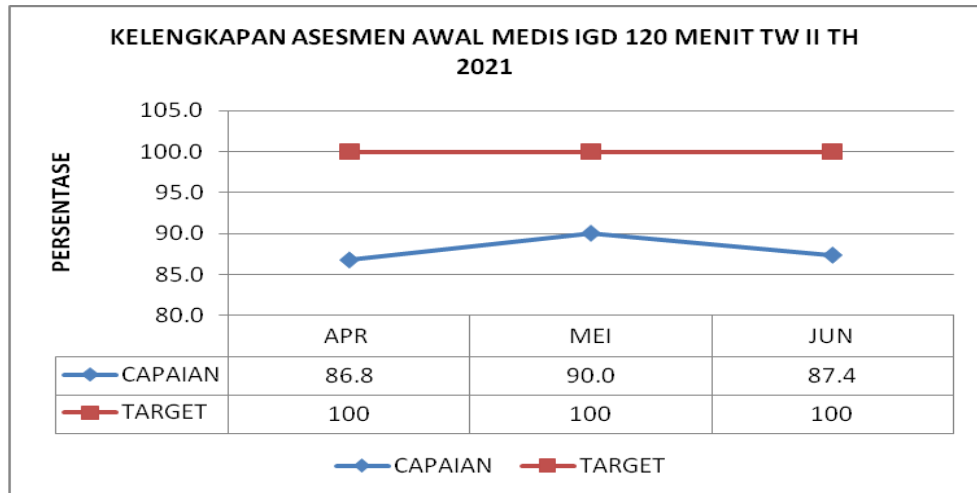


Grafik 76. Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit Triwulan II Tahun 2021

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

3. KELENGKAPAN ASESMEN AWAL MEDIS PASIEN IGD ≤ 120 MENIT

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

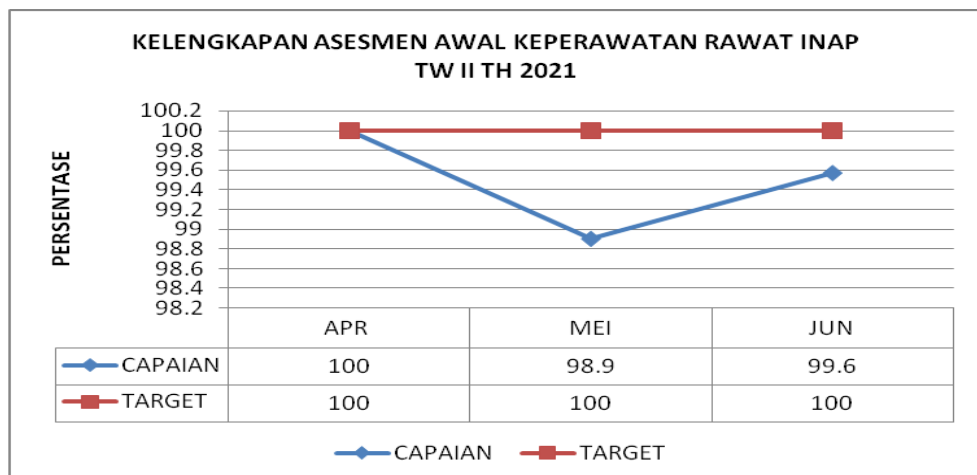


Grafik 77. Kelengkapan Asesmen Awal Medis IGD ≤ 120 Menit Triwulan II Tahun 2021

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa kelengkapan asesmen medis IGD pada bulan April sd. Juni 2021, trendnya masih dibawah standar 100%. Rata-rata capaian pada Triwulan II adalah 88,1%.

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

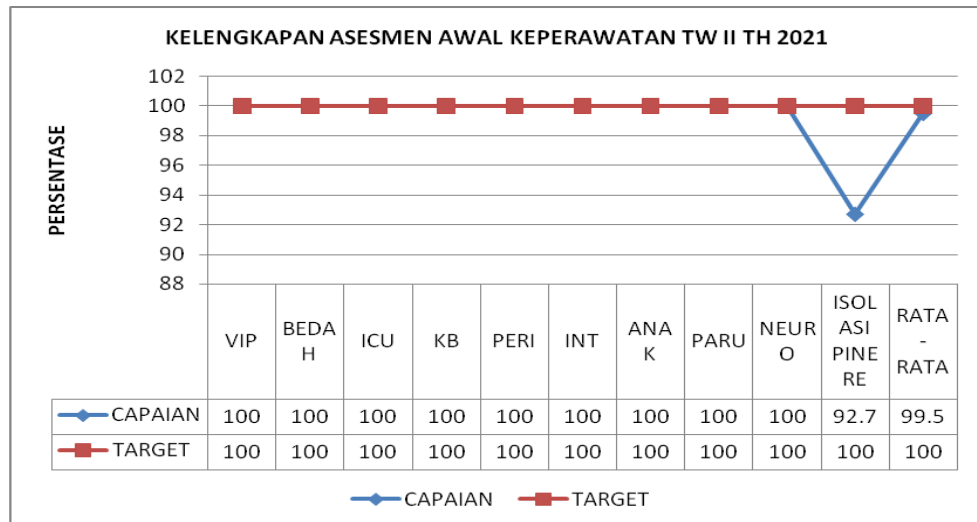
Capaian kelengkapan asesmen awal medis rawat jalan pada bulan April sd. Juni 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 78. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap 1 x24 Jam per Bulan Triwulan II Tahun 2021

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa kelengkapan asesmen medis pada bulan April sd. Juni 2021, trendnya bervariasi dimana pada bulan April merupakan capaian paling tinggi mencapai 100%. Rata-rata capaian pada Triwulan II adalah 99,5%.

Capaian masing-masing ruangan untuk indikator ini adalah:



Grafik 79. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap 1 x24 Jam per ruangan Triwulan II Tahun 2021

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa ruangan VIP, Bedah, ICU, KB, Peri, Interne, Anak, Paru, dan Neurologi merupakan ruangan dengan capaian paling tinggi untuk kelengkapan asesmen keperawatan rawat inap yakni sudah mencapai target (100%). Sedangkan capaian paling rendah adalah ruangan Isolasi Pinere (92,7%). Rata-rata capaian RSUD adalah 99,5%.

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

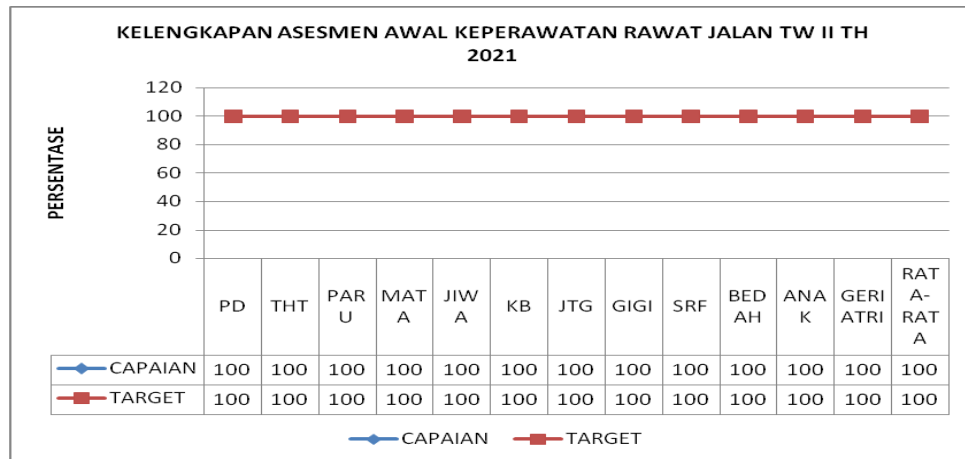
Capaian kelengkapan asesmen awal keperawatan pasien rawat jalan pada bulan April sd. Juni 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 80. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit Triwulan II tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan pada Triwulan II tahun 2021, trendnya cenderung stabil. Standart indikator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 100%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

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

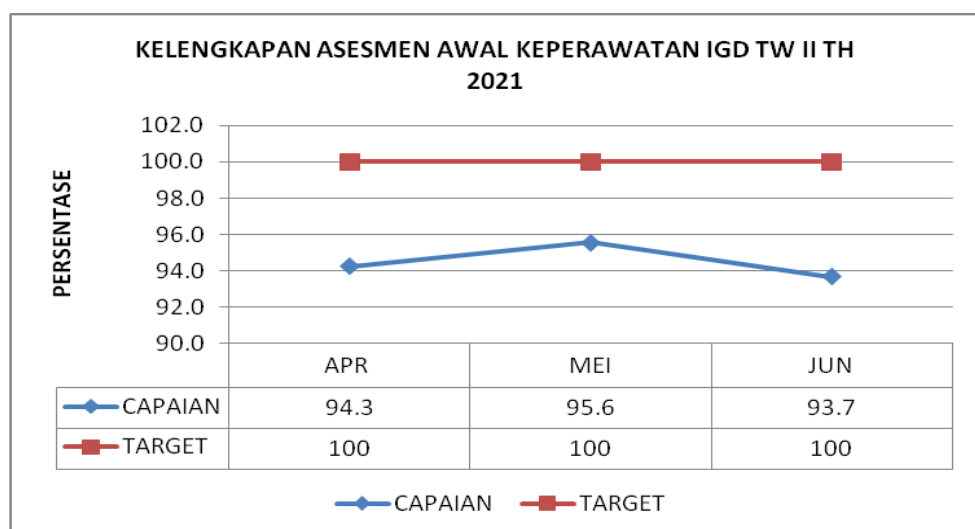


Grafik 81. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit Triwulan II tahun 2021

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

6. KELENGKAPAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN PASIEN IGD ≤120 MENIT

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

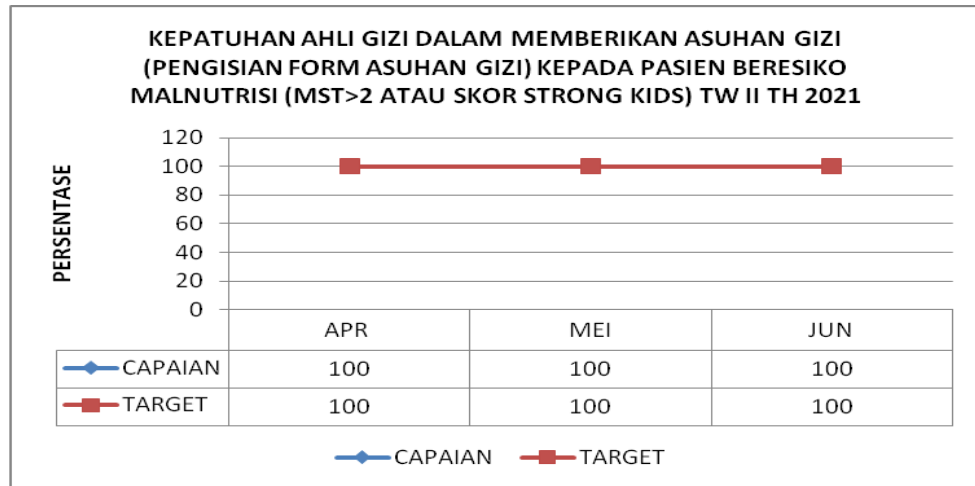


Grafik 82. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan IGD ≤120 Menit Triwulan II Tahun 2021

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa kelengkapan asesmen keperawatan IGD pada bulan April sd. Juni 2021, trendnya masih dibawah standar 100%. Rata-rata capaian pada Triwulan II adalah 94,5%.

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

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



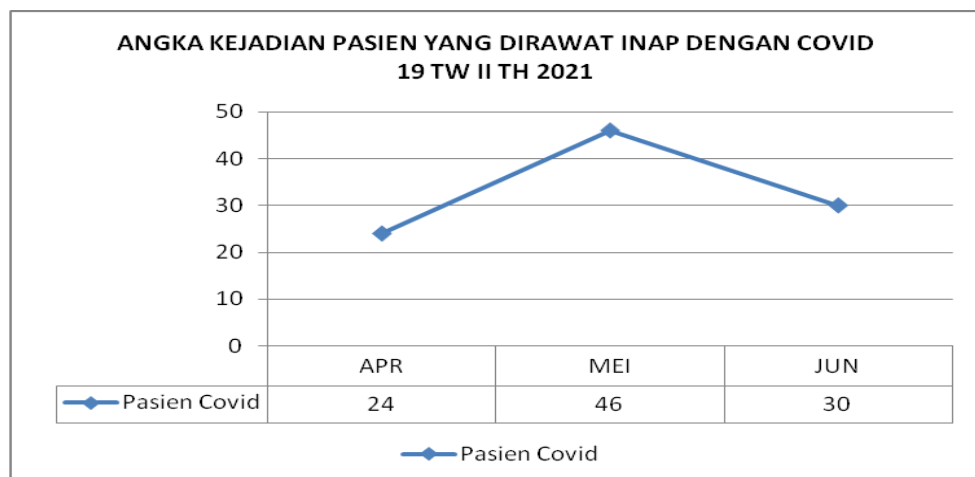
Grafik 83 Kepatuhan Ahli Gizi Dalam Memberikan Asuhan Gizi (Pengisian Form Asuhan Gizi) Triwulan II Tahun 2021

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

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

VI. ISQUA

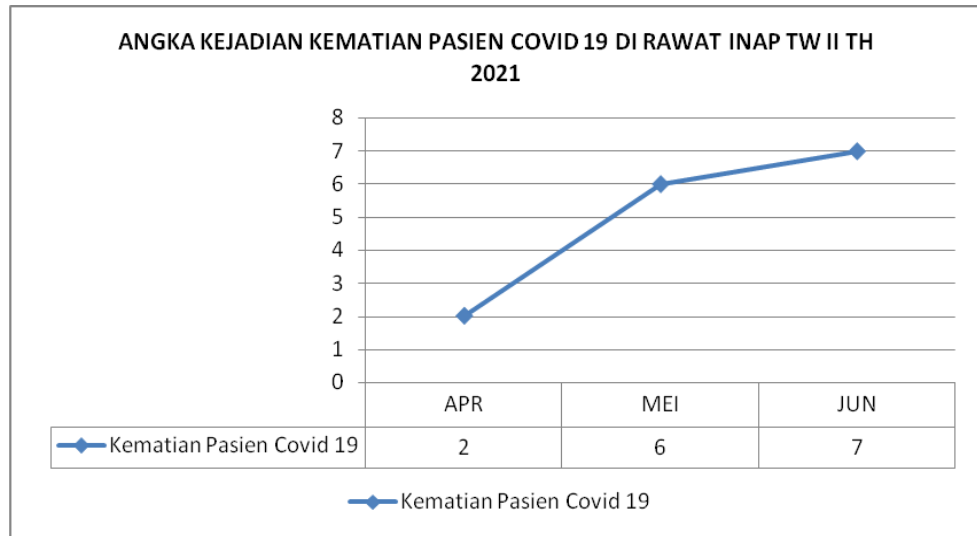
1. ANGKA KEJADIAN PASIEN YANG DIRAWAT INAP DENGAN COVID 19



Grafik 84. Angka kejadian pasien yang dirawat inap dengan Covid 19 Triwulan II Tahun 2021

Dari grafik dapat dilihat angka kejadian pasien yang dirawat dengan Covid 19 cenderung bervariasi, yang terendah di Bulan April 24 pasien.

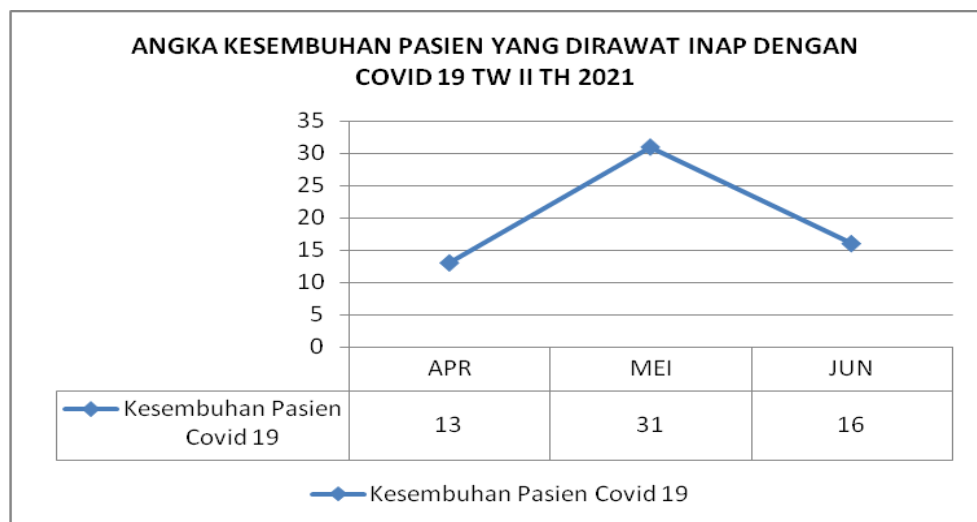
2. ANGKA KEJADIAN KEMATIAN PASIEN COVID 19 DI RAWAT INAP



Grafik 85. Angka kejadian kematian pasien Covid 19 di Rawat Inap Triwulan II Tahun 2021

Dari grafik dapat dilihat angka kejadian pasien yang dirawat dengan Covid 19 cenderung meningkat, yang tertinggi di Bulan Juni.

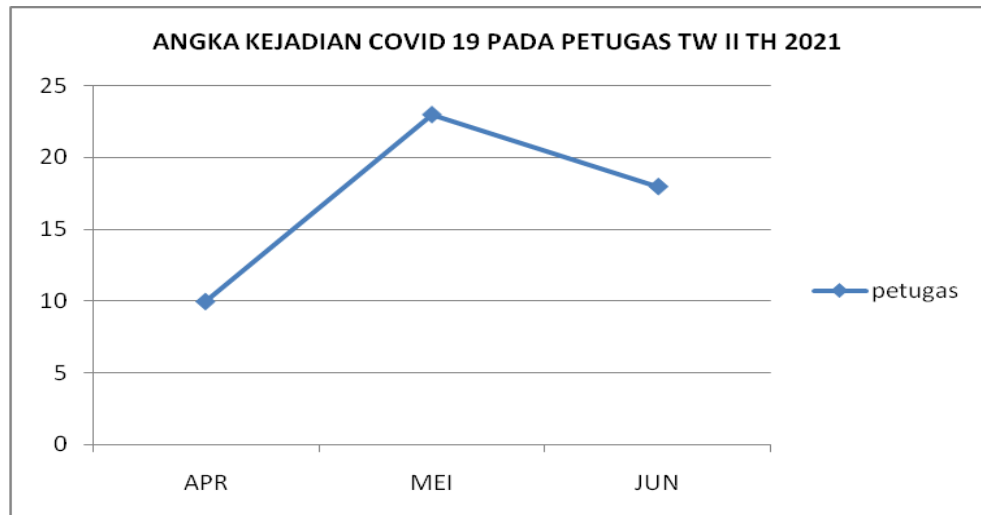
3. ANGKA KESEMBUHAN PASIEN YANG DIRAWAT INAP DENGAN COVID 19



Grafik 86. Angka Kesembuhan Pasien Covid 19 di Rawat Inap Triwulan II Tahun 2021

Dari grafik dapat dilihat angka kesembuhan pasien yang dirawat dengan Covid 19 cenderung bervariasi. Yang tertinggi angka kesembuhan di bulan Mei.

4. ANGKA KEJADIAN COVID 19 PADA PETUGAS



**Grafik 87. Angka Kejadian Covid 19 Pada Petugas
Triwulan II Tahun 2021**

Dari grafik dapat dilihat angka kejadian Covid 19 pada petugas cenderung bervariasi. Angka kejadian covid 19 pada petugas yang tertinggi di bulan Mei 23 orang.

BAB III

PENUTUP

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