

**LAPORAN TAHUN 2020**

**KOMITE PENINGKATAN MUTU DAN  
KESELAMATAN PASIEN(PMKP)**



**RSUD 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) Tahun 2020.

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



Painan, Januari 2020  
Ketua Komite PMKP



dr. Ike Rahayu, 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 Tahun 2020	
1. Kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien.....	5
2. Emergency Respon Time .....	10
3. Waktu Tunggu Rawat Jalan.....	11
4. Penundaan Operasi Elektif.....	12
5. Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis.....	13
6. Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium.....	14
7. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional .....	15
8. Kepatuhan Cuci Tangan.....	15
9. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cidera Akibat Pasien Jatuh Pada Pasien Ranap .....	16
10. Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway.....	17
11. Kepuasan Pasien.....	18
12. Kecepatan Respon Terhadap Komplain.....	19
13. Pelaksanaan Inisiasi Menyusui Dini pada BBL.....	20
14. Keterlambatan Operasi Sectio Secaria (SC) dalam Waktu 30 Menit.....	20
15. Keterlambatan Penyediaan Darah.....	21
16. Pemberian Obat MgSO <sub>4</sub> pada Pasien dengan Pre Eklamsia dan Eklamsi.....	22
17. Pelaksanaan Double Chek Saat Pemberian Obat Higt Alert.....	22
18. Kelengkapan Pengisian Format Surgical Safety Check List.....	23
19. Kejadian Tidak Dilakukam Penandaan Lokasi Operasi.....	24
20. Kepatuhan Pelaksanaan Asesmen Pra Bedah.....	24
21. Diskrepansi Diagnose Pre dan Post Operasi.....	25
22. Ketidaklengkapan Pelaksanaan Asesmen Pra Anastesi Dan Pra Sedasi..	25
23. Angka Monitoring Dan Evaluasi Pelaksanaan Pra Anestesi dan Pra Sedasi.....	26

24. KetidakLengkapan Monitoring Dan Evaluasi Konversi Tindakan Dari Lokal/ Regional Ke General Anastesi.....	27
25. KetidakLengkapan Monitoring an Evaluasi Status Fisiologis Selama Anastesi Dan Sedasi .....	27
26. Komunikasi SBAR Saat Serah Terima Antar Shift.....	28
27. Ketepatan Cita Rasa Makanan Pasien Rawat Jalan.....	30
28. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Pasien.....	30
29. Penanganan Pasien TB Yang Tidak Sesuai Dengan Strategi DOTS.....	31
30. Permintaan Produk Darah Yang Tidak Terpakai.....	32
31. Ketepatan Pengembalian RM Rawat Inap.....	33
32. Penomoran Rekam Medis Ganda.....	34
33. Kehilangan Dokument RM Pasien Rawat Inap.....	34
34. Capaian Indikator PPI.....	35
35. Linen yang Dicuci Ulang.....	37
36. Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium.....	38
37. Kualitas Produk Sterilisasi dengan Tape Indikator Streril.....	40
38. Kesalahan Produk Sterilisasi dengan Tape Indikator.....	40
39. Angka Respon Time Penanganan Trouble Hardware.....	41
40. Kecepatan Waktu Kunjungan Teknisi Terhadap Laporan Pemeriksaan Kerusakan Gannguan Sarana dalam Waktu $\leq$ 24 Jam.....	42
41. Kelengkapan Assesmen Awal Medis Pasien Rawat Jalan.....	42
42. Kelengkapan Assesmen Awal Keperawatan.....	44
43. Kepatuhan Ahli Gizi dalam Memberikan Asuhan Gizi (Pengisian Asuhan Gizi) di Ruang Rawat Inap.....	47

### **BAB III PENUTUP ..... 50**

#### **LAMPIRAN**

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

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

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

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

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

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



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

## B. Tujuan

### 1. TujuanUmum

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

### 2. TujuanKhusus

Terdokumentasinya peningkatkan mutu pelayanan melalui standarisasi dan monitoring indikator di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan 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 anestesi dan pra sedasi
31	IYDB-PAB06	Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi pasca pemulihan pasca anestesi dan sedasi
32	IYDB-PAB07	Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi konversi tindakan dari lokal/regional kegeneral anestesi
33	IYDB-PAB08	Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi status fisiologis selama anestesi 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



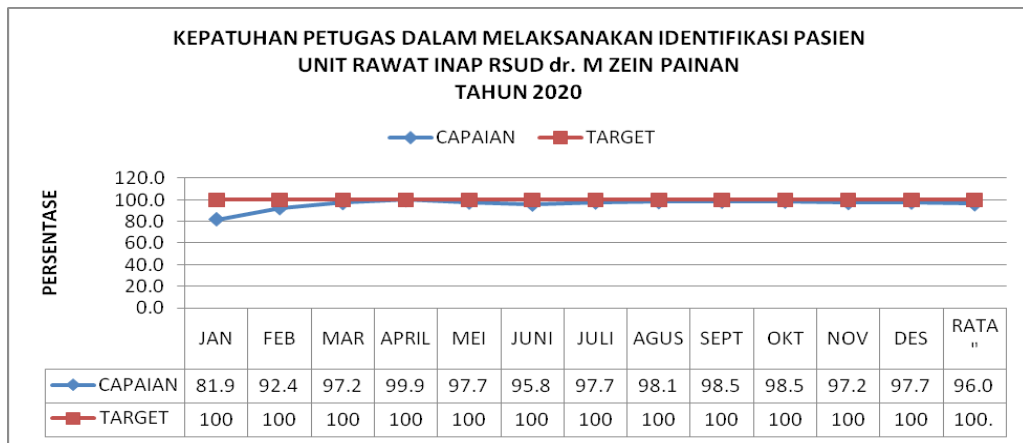
## B. ANALISA DATA INDIKATOR MUTU TAHUN 2020

### I. INDIKATOR MUTU NASIONAL

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

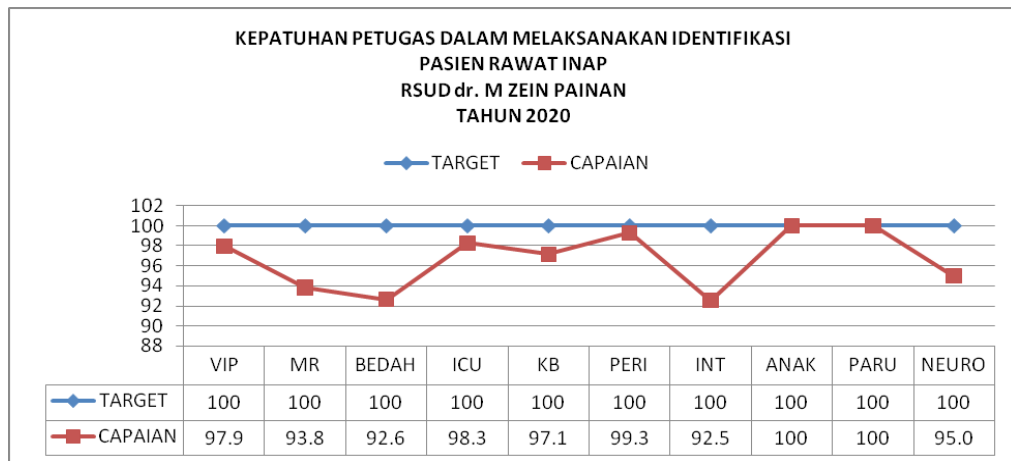
##### 1.1. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN IDENTIFIKASI PASIEN DI UNIT RAWAT INAP

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



**Grafik 1 Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi  
Pasien Rawat Inap Tahun 2020**

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien pasien rawat inap cenderung bervariasi, dimana capaian terendah dicapai pada bulan Januari 2020 (81.9) dan capaian tertinggi dicapai pada bulan April 2020 (99.9%) 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 di rawat inap pada tahun 2020, trendnya cenderung mendekati target. Target indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 96%. Namun kalau dilihat pencapaian indikator tiap ruangan trennya bervariasi, ruangan yang telah mencapai target terdapat pada ruangan Anak dan Paru (100%), sedangkan ruangan yang jauh dari target terdapat pada ruangan Interne yaitu 92,5%. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

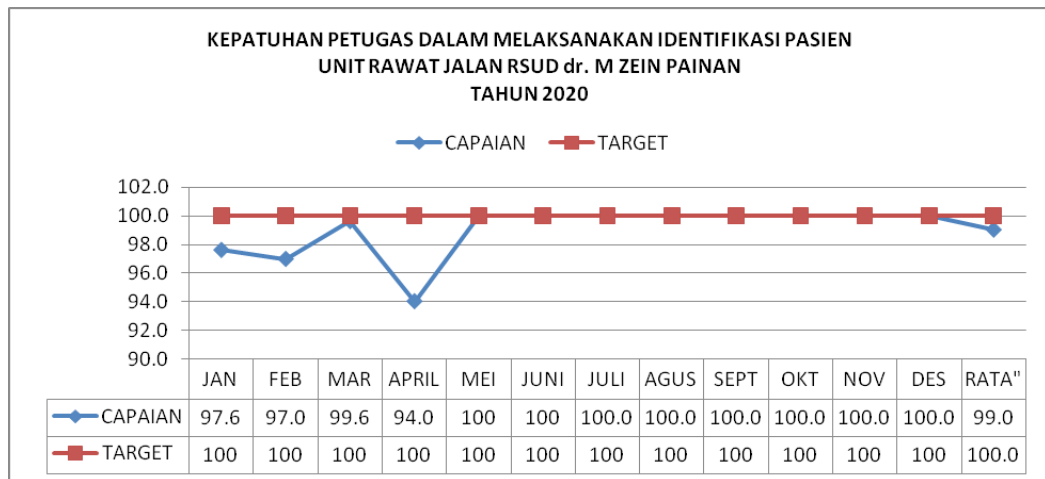
1. Kepatuhan melaksanakan identifikasi pasien belum menjadi budaya dalam memberikan pelayanan kepada pasien
2. Kurangnya kesadaran petugas tentang pentingnya identifikasi pasien
3. Supervisi kepala ruangan belum optimal

Rekomendasi :

1. Lakukan monitoring dan evaluasi rutin tentang pelaksanaan identifikasi pasien sehingga menjadi budaya
2. Lakukan supervisi oleh kepala ruangan terhadap staf masing2

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

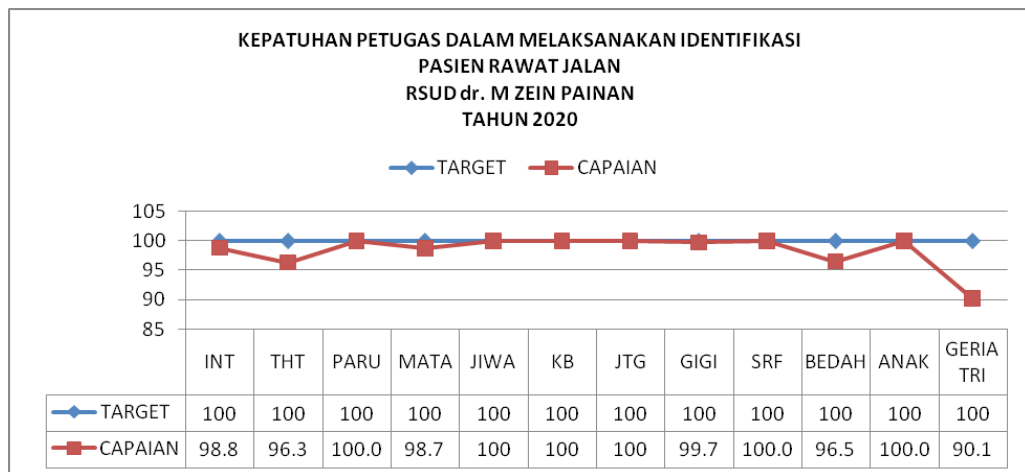
Adapun untuk ruangan rawat jalan capaian kepatuhan identifikasi pasien adalah sebagai berikut:



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

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien di rawat jalan pada tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Target indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 99%.

Untuk pencapaian setiap unit Rawat jalan dapat dilihat pada grafik dibawah :



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

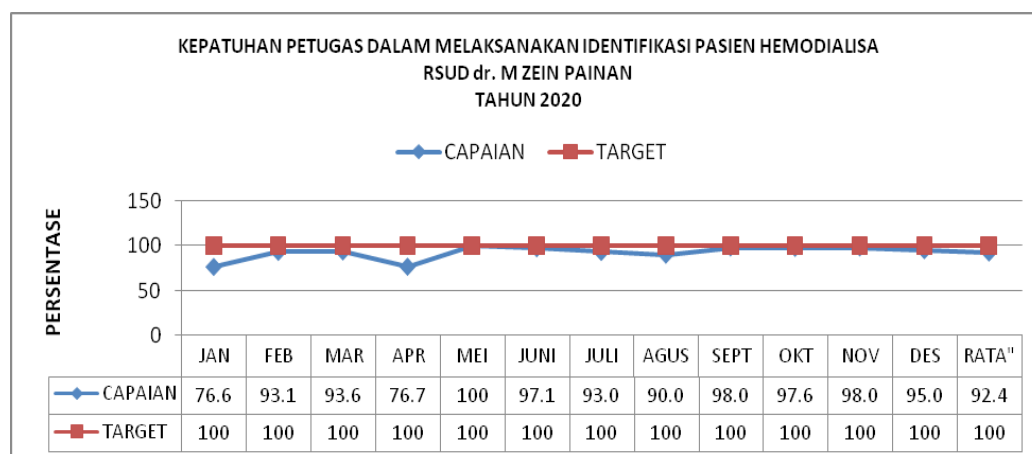
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien per unit rawat jalan pada tahun 2020, trendnya cenderung mendekati target. Target indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 99%. Namun kalau dilihat pencapaian indikator tiap ruangan trennya bervariasi, unit rawat jalan yang telah mencapai target terdapat pada poliklinik Paru, Jiwa, Kebidanan, Jantung, Syaraf dan Anak (100%), sedangkan ruangan yang jauh dari target terdapat pada poliklinik Geriatri yaitu 90,1%. Belum tercapainya

indikator mutu ini disebabkan oleh: Kurangnya kesadaran petugas tentang pentingnya identifikasi pasien

Rekomendasi :Lakukan supervisi oleh kepala ruangan terhadap staf masing2

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

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



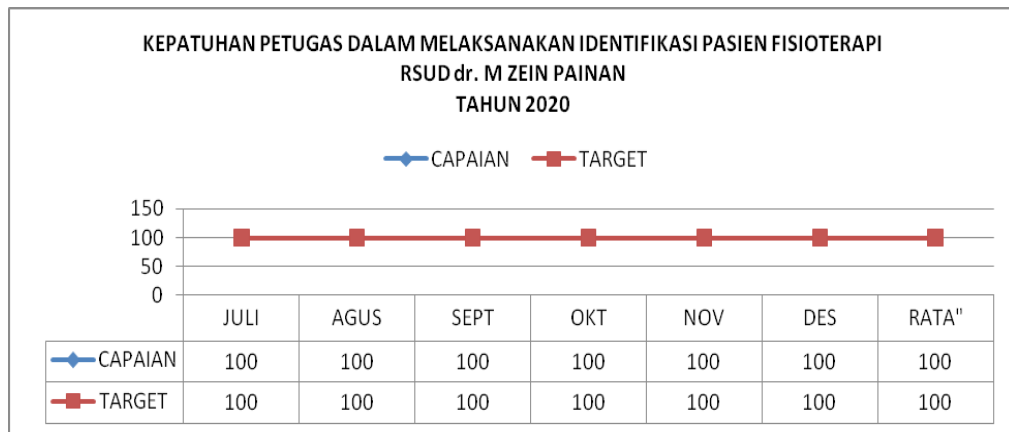
**Grafik 5. Kepatuhan Petugas Dalam Identifikasi Petugas Pasien Hemodialisa Rawat Jalan**

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian indicator kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi di ruangan hemodialisa trendnya cenderung bervariasi. Target indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian dari bulan januari 2020 sd desember 2020 adalah 92.4%. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh: Kurangnya kesadaran petugas tentang pentingnya identifikasi pasien

Rekomendasi :Lakukan supervisi oleh kepala ruangan terhadap staf masing2

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

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

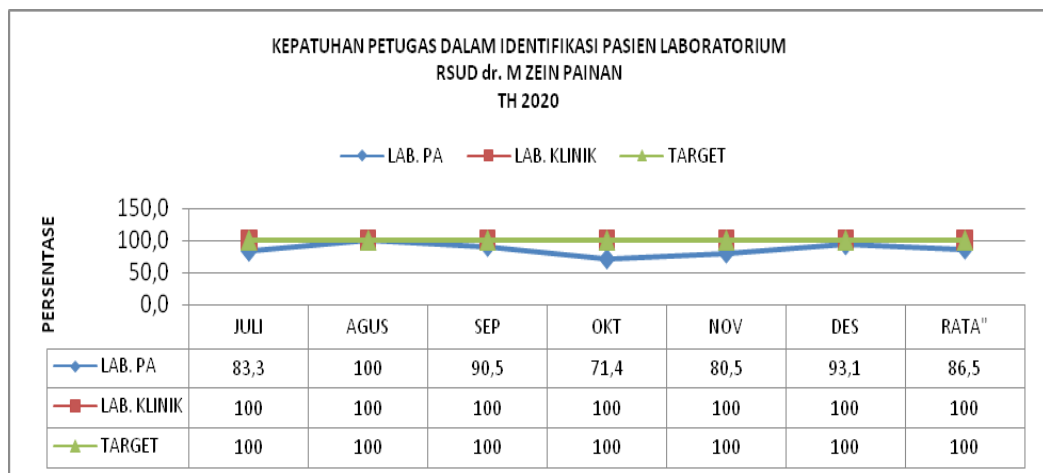


**Grafik 6. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien di Ruang Fisioterapi**

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian indicator kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien di ruangan Fisioterapi trendnya cenderung stabil. Target indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian dari bulan januari 2020 sd desember 2020 adalah 100%. Capaian sudah mencapai target yang telah ditetapkan.

#### 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:

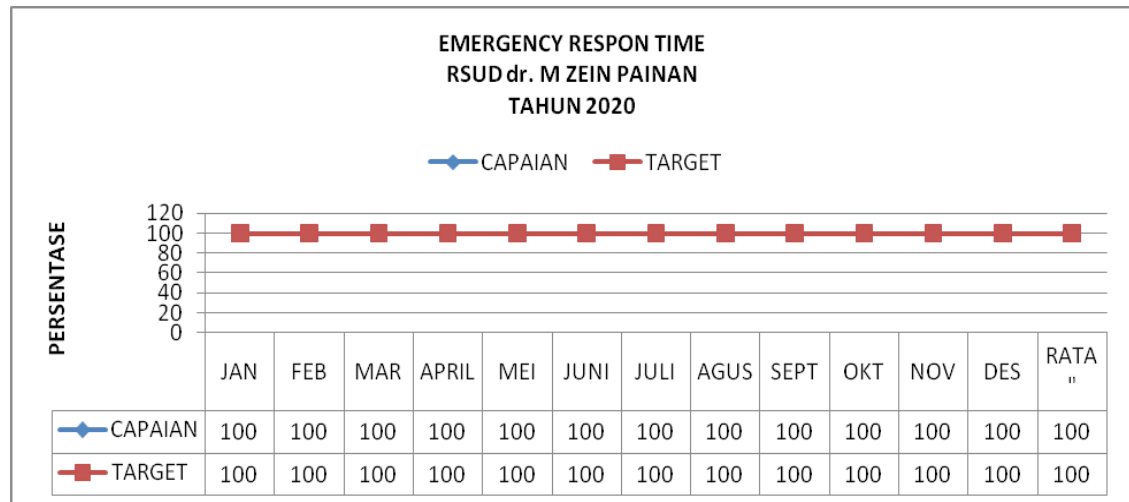


**Grafik 7. Kepatuhan Petugas Dalam Identifikasi Petugas Pasien per Unit Rawat Jalan**

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa kepatuhan petugas melaksanakan identifikasi pasien di ruangan laboratorium klinik dan PA sudah mencapai target (100%).

## 2. EMERGENCY RESPON TIME

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



**Grafik 8. Emergency Respon Time Tahun 2020**

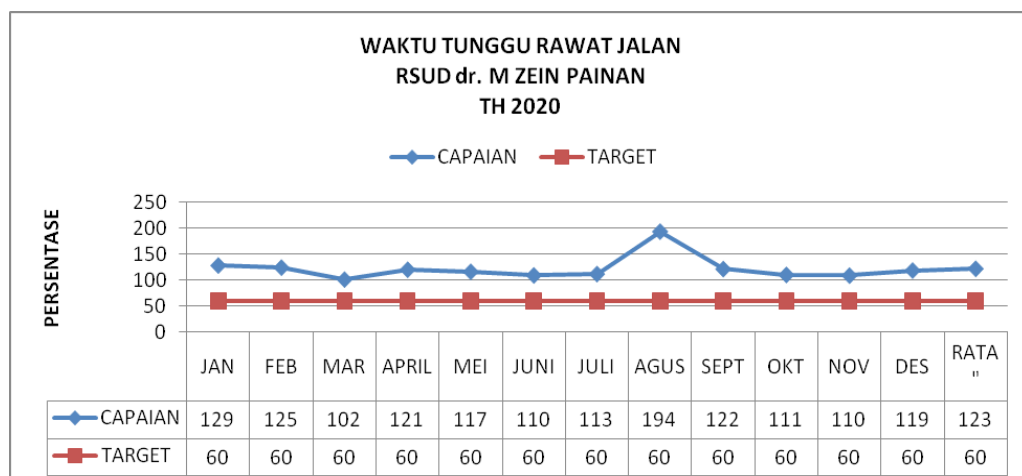
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator emergency respon time pada tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 100%, rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian indikator ini sudah mencapai standart.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indikator yang telah ada

## 3. WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN

### 3.1. WAKTU TUNGGU PASIEN RAWAT JALAN

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



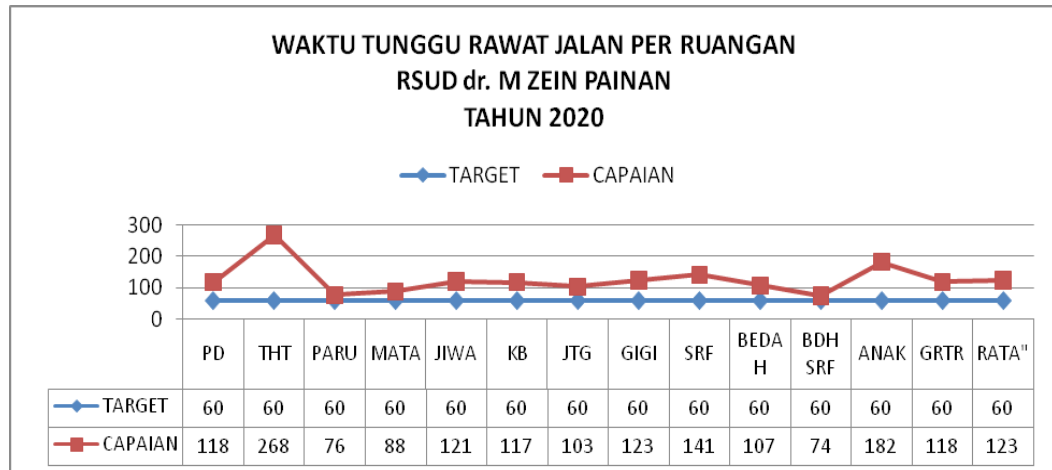
**Grafik 9. Waktu Tunggu Rawat Jalan Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator waktu tunggu rawat



jalan pada tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Standar indikator mutu ini adalah 60 menit, rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 123 menit. Capaian indikator ini belum mencapai standar.

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



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

Grafik di atas adalah capaian indikator mutu waktu tunggu rawat jalan pada tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Standar indikator mutu ini adalah 60 menit, rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 123 menit.

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

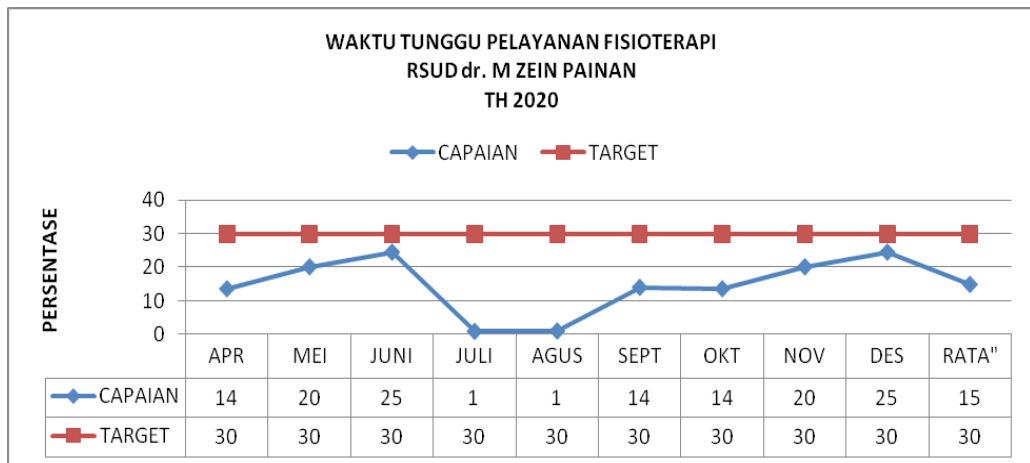
1. Belum semua DPJP datang tepat waktu ke rawat jalan

Rekomendasi :

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

### **3.2. WAKTU TUNGGU PASIEN FISIOTERAPI**

Capaian indikator mutu waktu tunggu pasien fisioterapi dapat dilihat pada grafik di bawah:

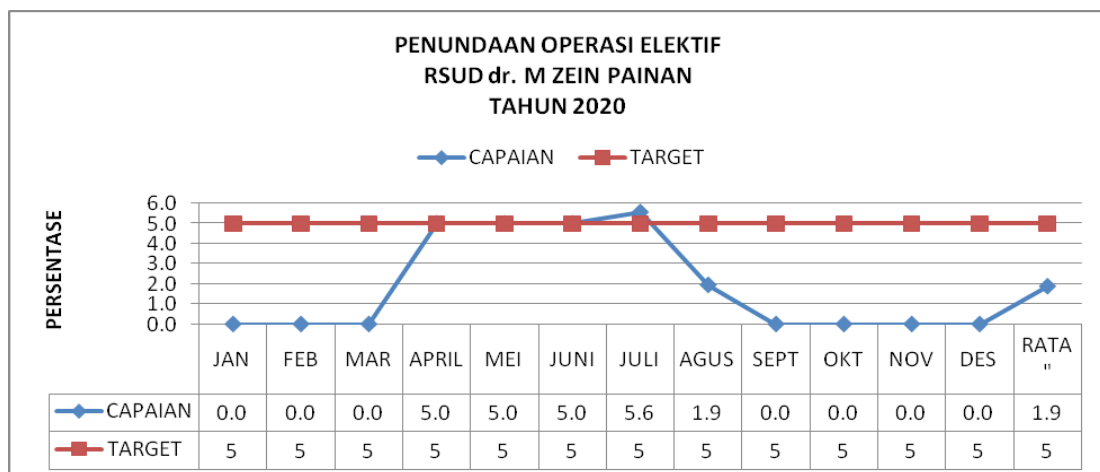


**Grafik 11. Waktu Tunggu Pelayanan Fisioterapi Tahun 2020**

Pada grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian waktu tunggu pelayanan fisioterapi sudah mencapai target (30 menit). Namun waktu tunggu pelayanan ini cenderung menurun capaiannya, dimana waktu tunggu pelayanan paling baik yaitu pada bulan Januari mencapai 14 menit dan yang terburuk pada bulan Desember mencapai 25 menit.

#### 4. PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF

Capaian indikator mutu Penundaan Operasi elektif pada bulan Januari sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



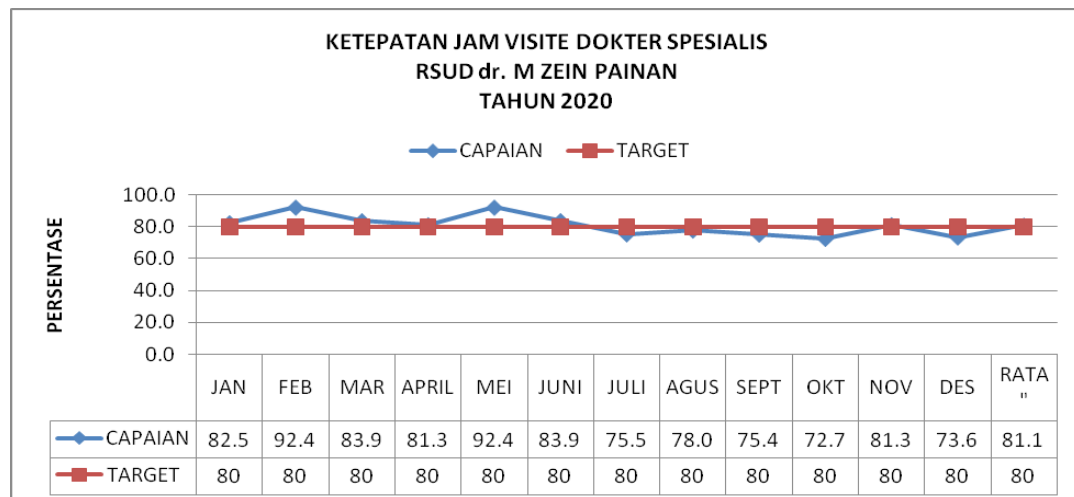
**Grafik 12. Penundaan Operasi Elektif Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu penundaan operasi elektif pada tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Target indikator mutu ini adalah <5%, capaian indikator pada bulan april, mei, juni dan juli melebihi target <5%, hal ini disebabkan oleh tidak adanya residen obgyn karena pandemi covid 19. Sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 1,9%. Capaian indikator ini sudah dibawah standart yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

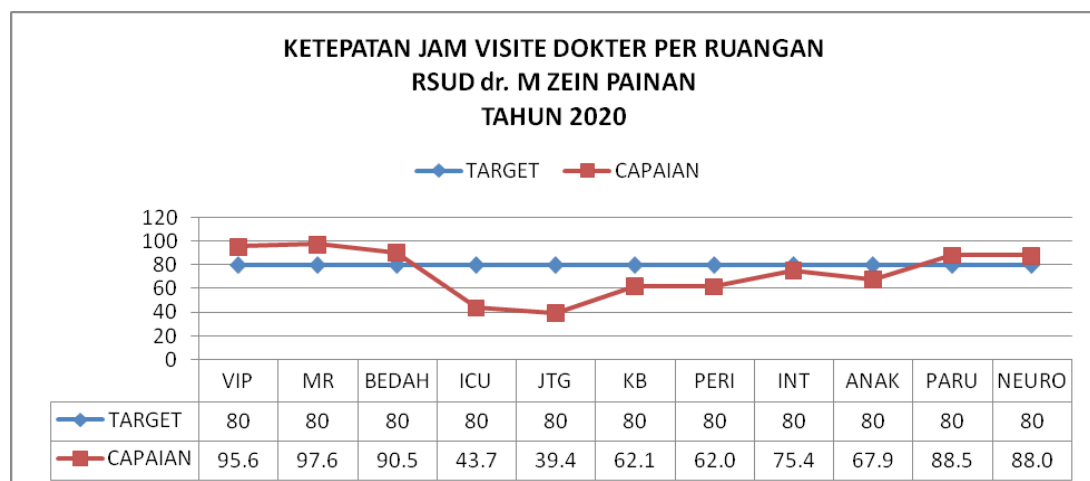
## 5. KETEPATAN JAM VISITE DOKTER SPESIALIS

Capaian indicator mutu ketepatan jam visite dokter spesialis pada Bulan Januari sd. Desember 2020 dapat ditunjukkan pada grafik dibawah ini:



**Grafik 13. Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis Per Tahun 2020**

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



**Grafik 14. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan jam visite dokter spesialis pada tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Target indicator mutu ini adalah  $\geq 80\%$ , sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 81.1%. Capaian indikator ini sudah mencapai target yang diharapkan. Namun dilihat dari tiap ruangan trennya bervariasi. Ruangan yang mencapai target terdapat pada ruangan VIP, Kelas MR, Bedah, Paru dan Neorologi.

Ruangan yang capaiannya jauh dari target adalah ruangan Jantung dan ICU. Belum tercapainya target indicator ini disebabkan:

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

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 indicator mutu waktu pelaporan nilai kritis laboratorium dapat ditunjukkan pada grafik berikut:



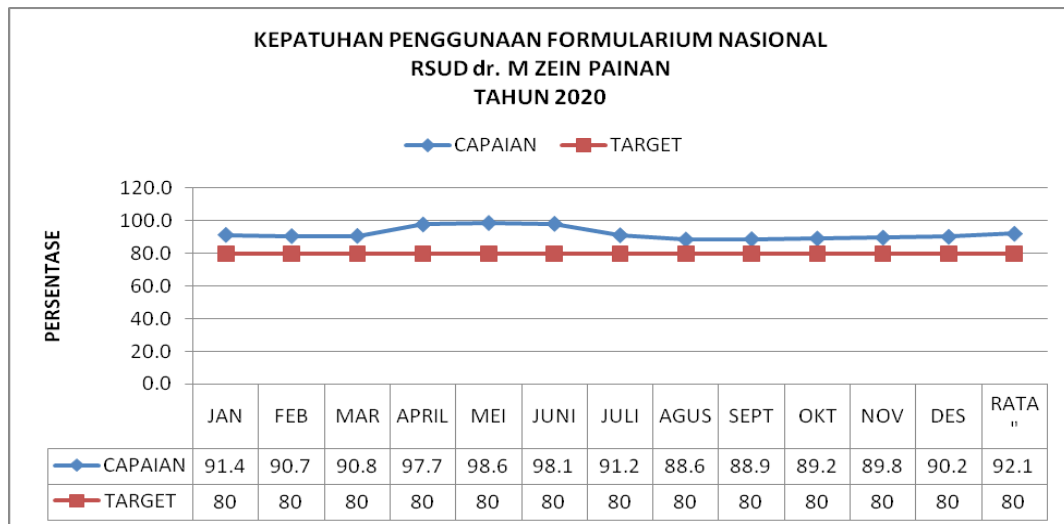
**Grafik 15. Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu waktu pelaporan nilai kritis laboratorium pada tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Target 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 indicator mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional tahun 2020 ditunjukkan pada grafik dibawah:

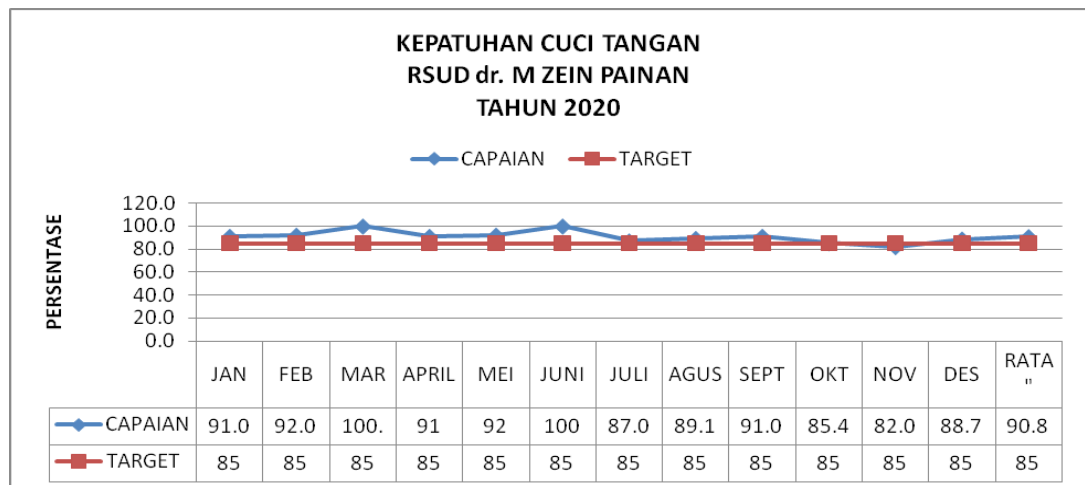


**Grafik 16. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional pada tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Target indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 90.2%. Capaian indikator sudah mencapai standart yang telah ditetapkan.

## 8. KEPATUHAN CUCI TANGAN

Capaian indicator mutu kepatuhan cuci tangan Tahun 2020 ditunjukan pada grafik dibawah:



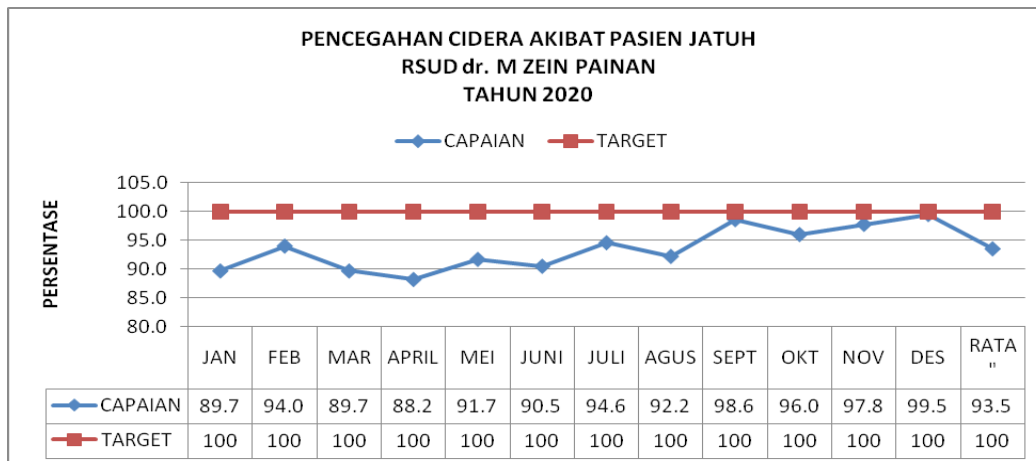
**Grafik 17. Kepatuhan Cuci Tangan Tahun 2020**

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

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

## 9. PENCEGAHAN CIDERA AKIBAT PASIEN JATUH

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



**Grafik 18. Pencegahan Cedera Akibat Pasien Jatuh  
Tahun 2020**

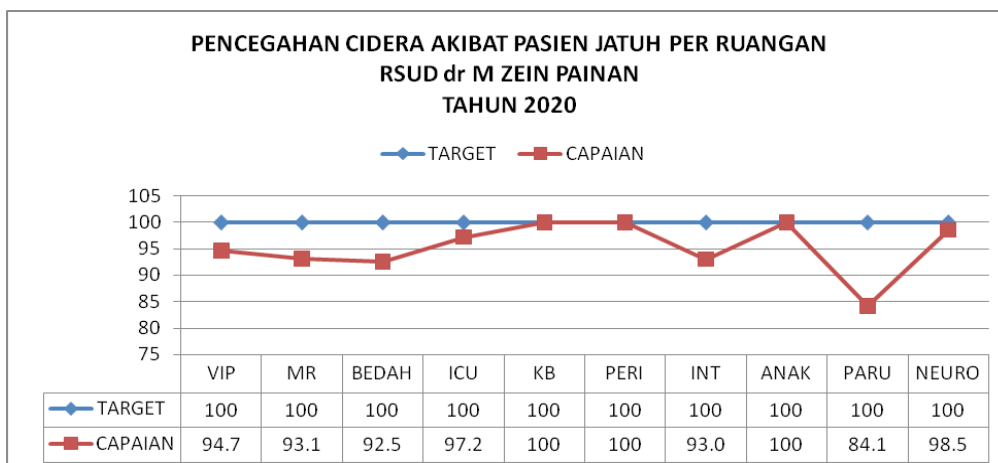
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu pencegahan cedera akibat pasien jatuh pada tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Target indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 93.8%. Capaian belum mencapai target yang ditetapkan. Belum tercapainya 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 supervise kepala ruangan

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



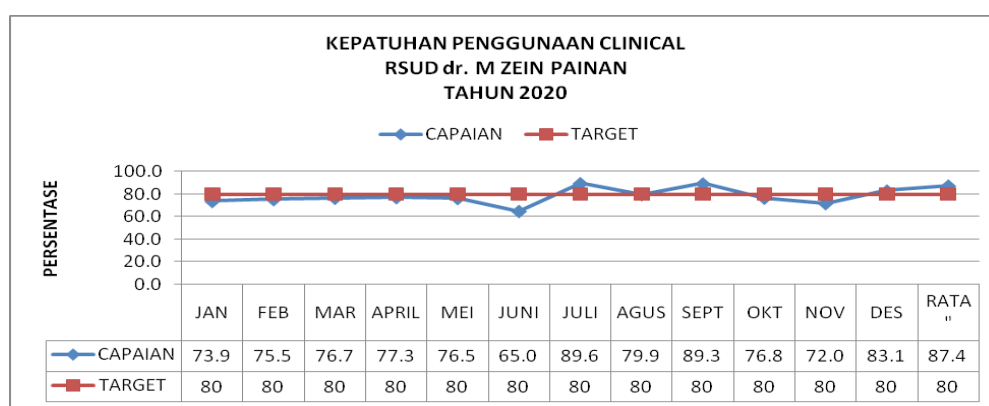


### Grafik 19 Pencegahan Cidera Akibat Pasien Jatuh Tahun 2020

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian indicator mutu pencegahan cidera akibat pasien jatuh pada masing-masing ruangan rawat inap bervariasi. Ruangan rawat inap yang sudah mencapai target adalah ruangan Kebidanan, perinatologi dan Anak. Sedangkan ruangan yanag jauh dibawah target adalah ruangan rawat inap Paru 84,1%.

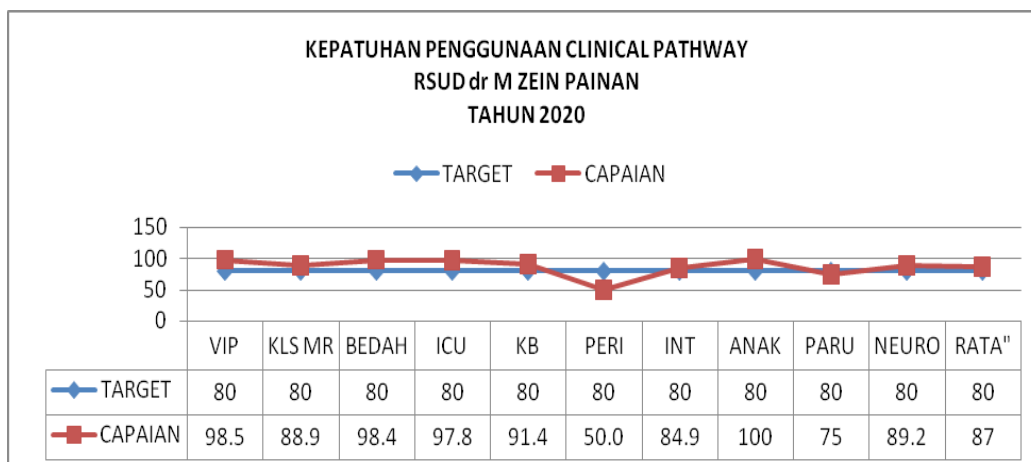
## 10. KEPATUHAN PENGGUNAAN CLINICAL PATHWAY

Capaian indicator mutu kepatuhan penggunaan clinical pathway bulan Januari sd. Desember 2020 ditunjukkan pada grafik dibawah:



**Grafik 20. Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan penggunaan clinical pathway pada tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Target indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 87.4%. Capaian belum mencapai target di bulan Januari sd Juni 2020, Namun capian sudah mencapai target pada bulan Juli sd desember 2020. untuk masing-masing ruangan capaiannya dapat dilihat pada grafik dibawah:



### Grafik 21. Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway Tahun 2020

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian indicator mutu kepatuhan penggunaan clinical pathway pada masing-masing ruangan rawat inap bervariasi. Ruangan rawat inap yang sudah mencapai target adalah ruangan VIP, kelas MR, ICU, Kebidanan, Interne, anak dan Neorologi. Sedangkan ruangan yanag jauh dibawah target adalah ruangan rawat inap Perinatologi 50%. Belum tercapainya indukator mutu ini disebabkan oleh:

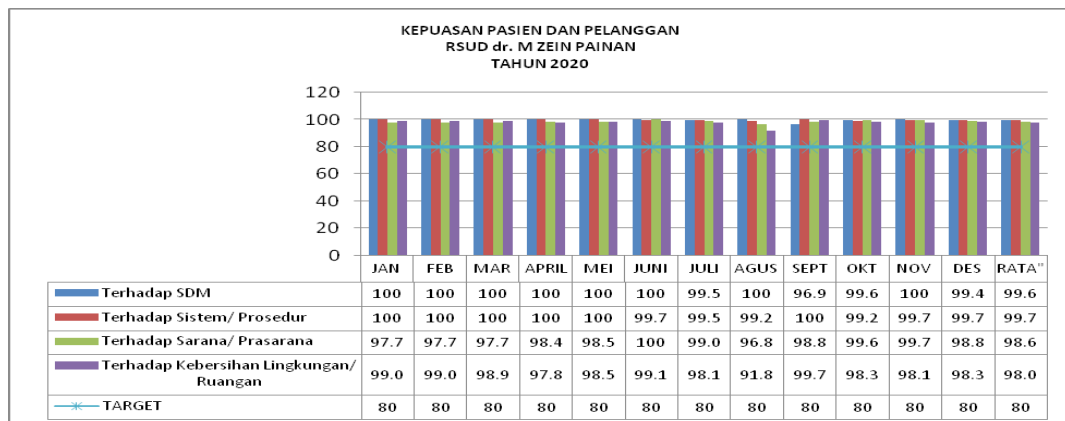
1. Belum dilakukan revisi PPK dan CP
2. Kurangnya komitmen dari PPA untuk mengisi CP

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 22. Tingkat Kepuasan Pelanggan Bulan Januari sd. Desember Tahun 2020**

Grafik diatas menunjukan bahwa setiap bulannya kepuasan pelanggan sudah mencapai target. Jika digabungkan capaian seluruh aspek penilaian di setiap bulannya maka kepuasan pasien/ pelanggan untuk bulan Januari mencapai 99.2%, bulan November 99.3% dan bulan Desember 99.0%.

## 12. KECEPATAN RESPON TERHADAP KOMPLAIN (KRK)

Capaian pelaksanaan kecepatan respon terhadap complain (KRK) pada bulan Januari sd. Januari 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



**Grafik 23. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Hand Hygiene Tahun 2020**

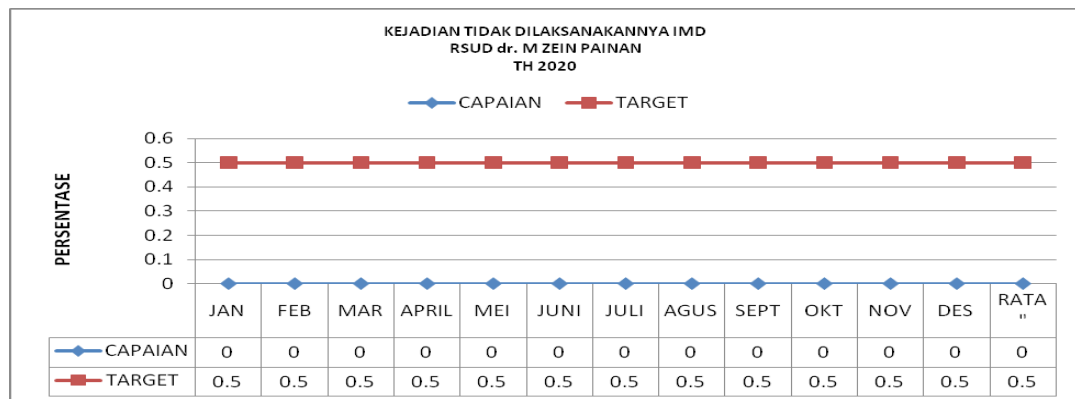
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu seluruh complain dapt direspon dengan cepat.

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 :

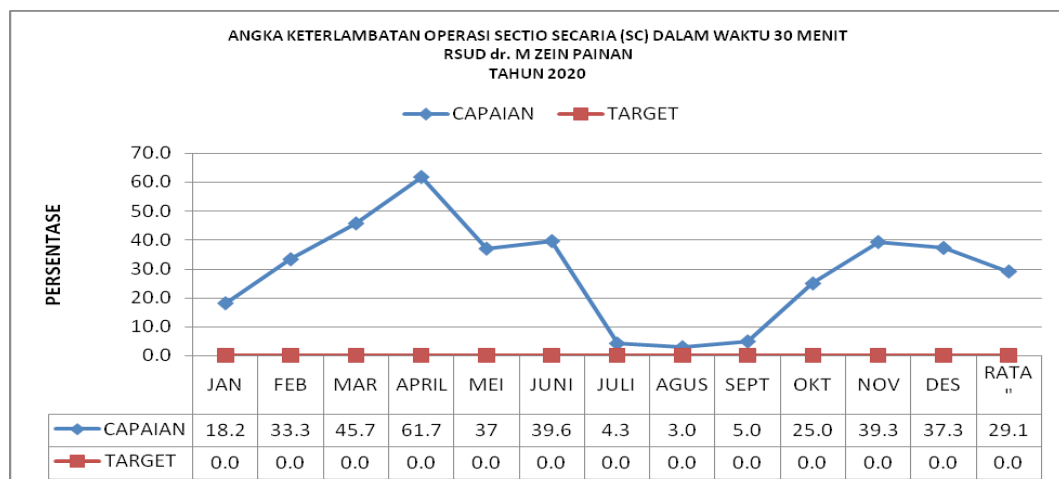


**Grafik 24. Kejadian Tidak Dilaksanakan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) Pada Bayi Baru Lahir Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kejadian tidak dilaksanakan inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir pada tahun 2020, trendnya sudah memenuhi target dimana target indicator mutu ini adalah 0.5%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%.

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

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



**Grafik 25. Keterlambatan Operasi Sectio Secaria (SC) Dalam Waktu 30 Menit Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu keterlambatan operasi sectio secaria (SC) pada tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Target indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 29.1 %. Artinya 29.1% terjadi keterlambatan operasi SC pada bulan

Januari sd. Desember 2020.

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

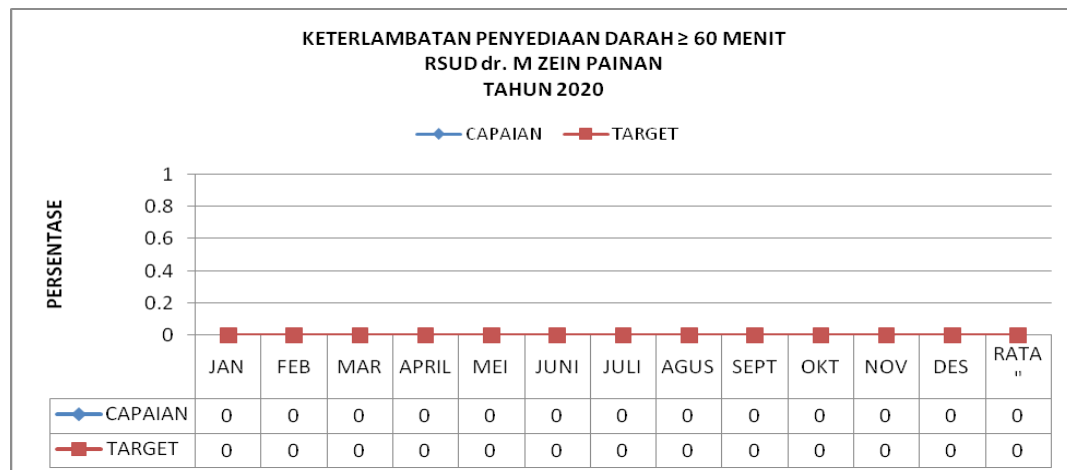
1. Instruksi sectio secaria dikeluarkan sebelum hasil laboratorium keluar, sehingga membutuhkan waktu 30 mnt untuk menunggu hasil labor keluar
2. Persiapan untuk sectio secaria membutuhkan waktu lama

Rekomendasi :

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

### 3. KETERLAMBATAN PENYEDIAAN DARAH

Capaian indicator mutu keterlambatan penyediaan darah pada bulan Januari sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah:

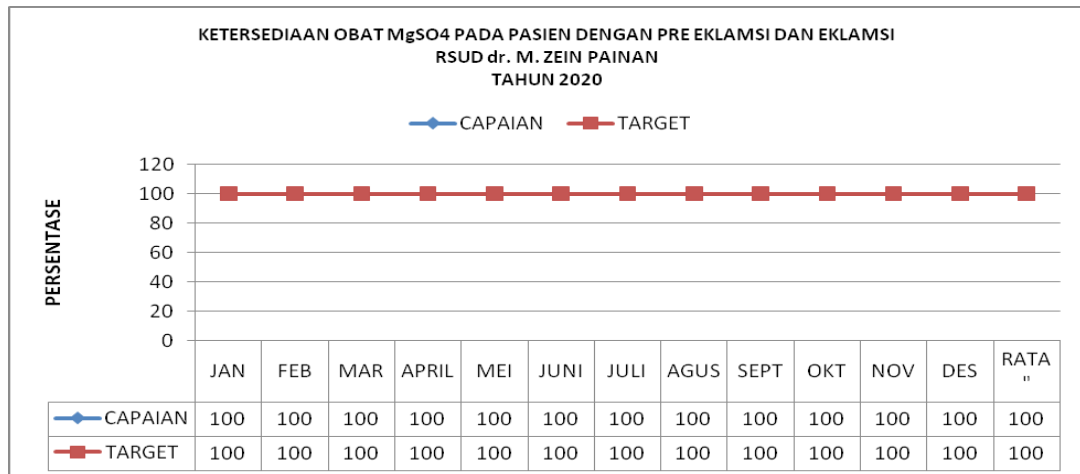


**Grafik 26. Keterlambatan Ketersediaan Darah Tahun 2020**

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

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

Capaian indicator mutu Ketersediaan MgSO<sub>4</sub> di ruang kebidanan pada bulan Januari sd. Desember 2020 dapat dilihat dibawah ini:



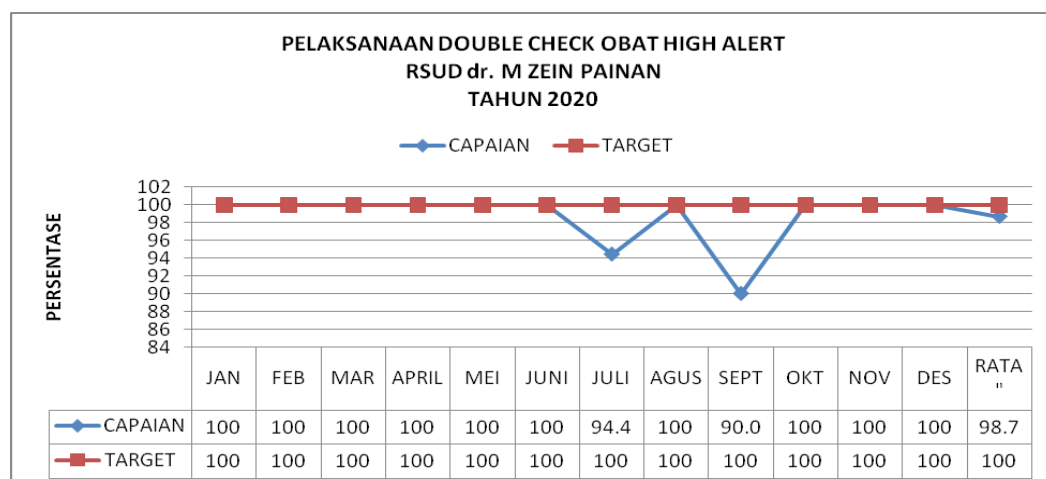
**Grafik 27. Ketersediaan MgSO<sub>4</sub> Diruang Kebidanan Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketersediaan MgSO<sub>4</sub> di ruang kebidanan pada tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Target 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

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

Capaian indicator mutu kepatuhan 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  
Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan pelaksanaan double chek saat pemberian obat higt alert pada tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Target indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 98.7%. Capaian sudah mencapai target pada bulan Januari sd Juni 2020, pada bulan Juli dan September capaian menurun menjauhi target, sedangkan pada bulan Oktober sd Desember 2020 capaian kembali mencapai target yang telah ditetapkan.

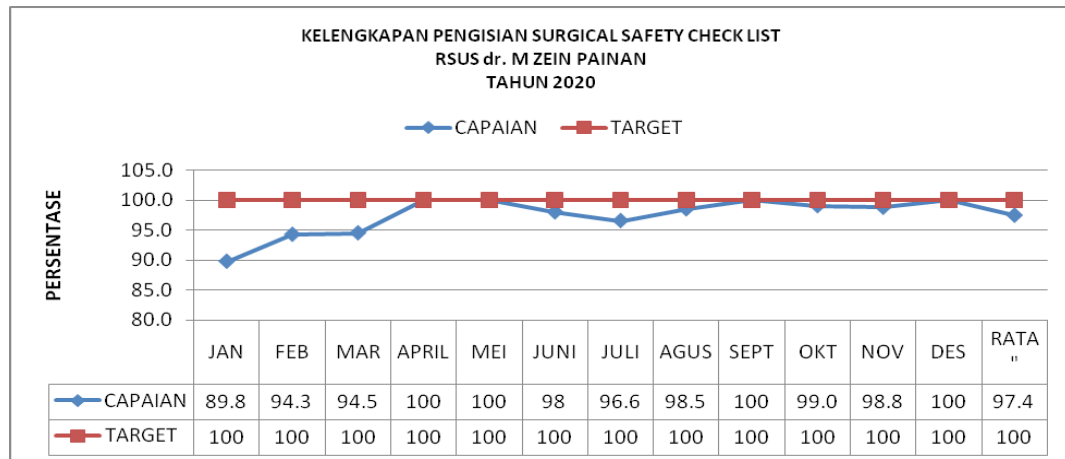


Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

### III. INDIKATOR YANG DIPERSYARATKAN BAB

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

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



**Grafik 29. Kelengkapan Pengisian Format Surgical Safety Check List  
Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator Kelengkapan pengisian format surgical safety check list pada tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Target indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 97.4%. Capaian indicator ini belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh:

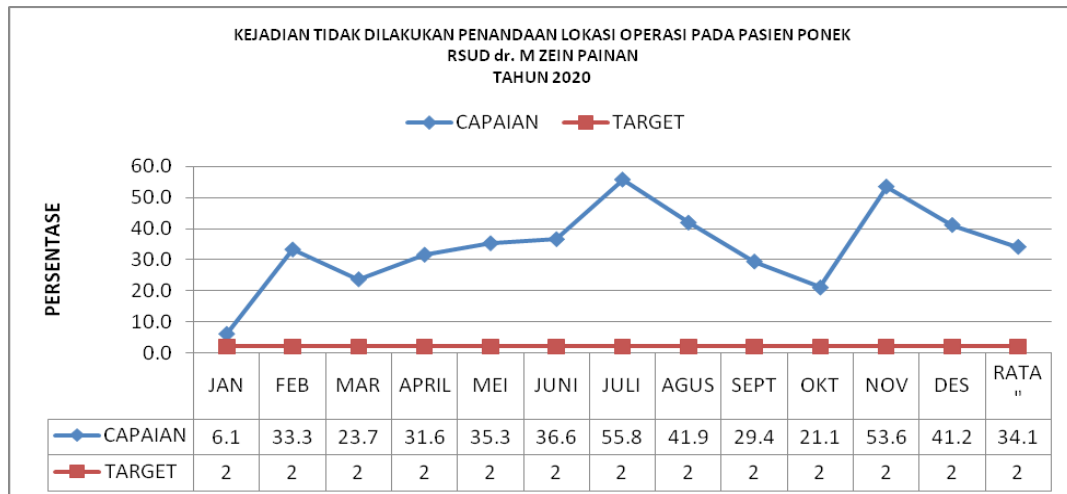
1. Sikap petugas yang belum merasa penting pelaksanaan kelengkapan pengisian surgical safety check list.
2. Padatnya jadwal operasi dan terbatasnya jumlah tenaga yang dinas

Rekomendasi :

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

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

Capaian indicator mutu kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi pada bulan Januari sd. Januari 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



**Grafik 30. Kejadian Tidak Dilakukan Penandaan Lokasi Operasi Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi pada tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Target indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 34.1%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh:

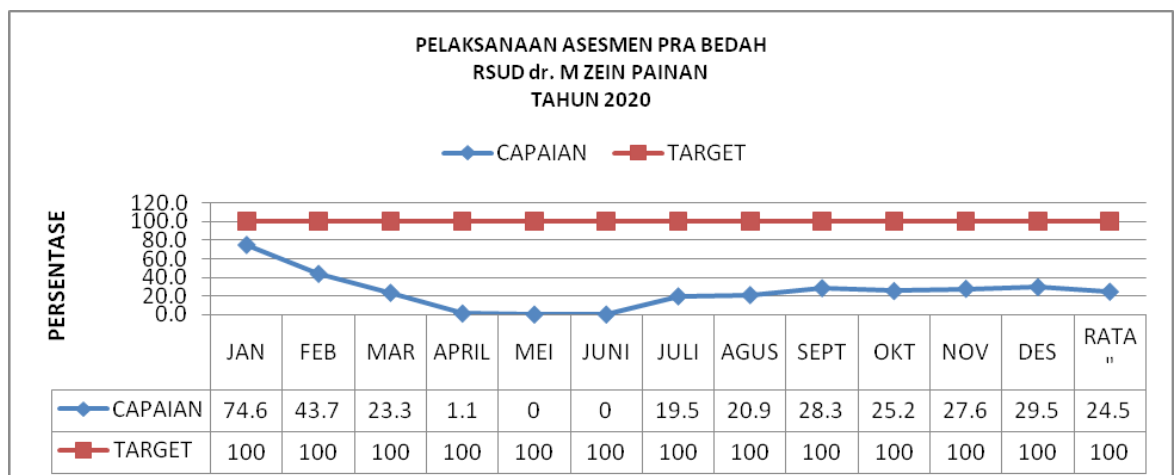
1. Belum menjadi budaya melakukan penandaan lokasi operasi dalam memberikan pelayanan ke pada pasien

Rekomendasi :

1. Lakukan evaluasi terhadap pelaksanaan dilapangan
2. Untuk selanjutnya akan dilakukan PDSA

### 3. PELAKSANAAN ASESMEN PRA BEDAH

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



**Grafik 31. Kepatuhan Pelaksanaan Asesmen Pra Bedah Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan

pelaksanaan asesmen pra bedah pada tahun 2020 trendnya cenderung bervariasi. Target indikator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 24.5%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

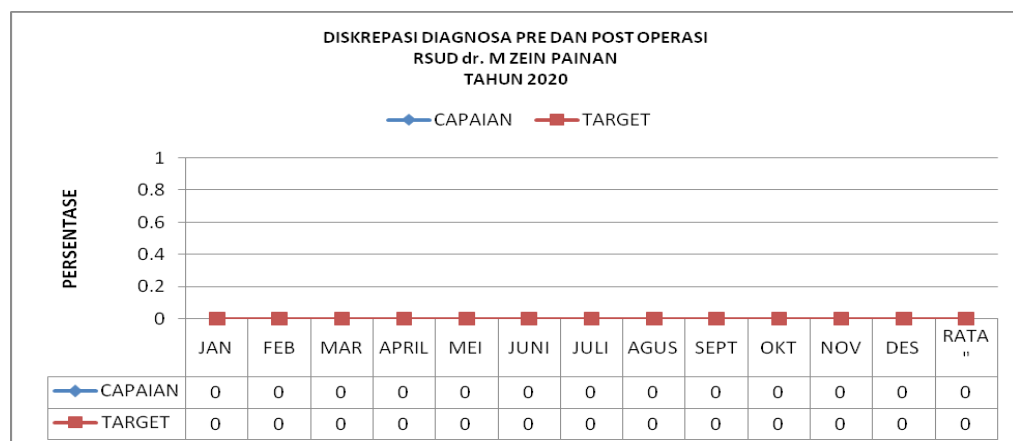
1. Komitmen yang belum adekuat dari DPJP untuk melengkapi asesmen pra bedah

Rekomendasi :

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

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

Capaian indikator mutu diskrepansi diagnosis pre dan post operasi pada bulan Januari sd. Januari 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



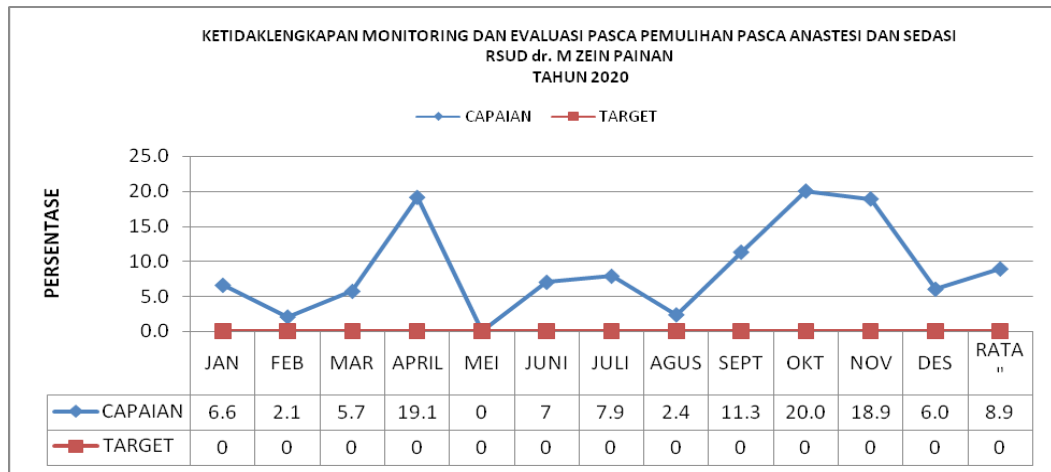
**Grafik 32. Diskrepansi Diagnosis Pre Dan Post Operasi Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu diskrepansi diagnosis pre dan post operasi pada tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indikator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

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

Capaian indikator mutu ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi pasca pemulihan pasca anestesi dan sedasi pada bulan Januari sd. Januari 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



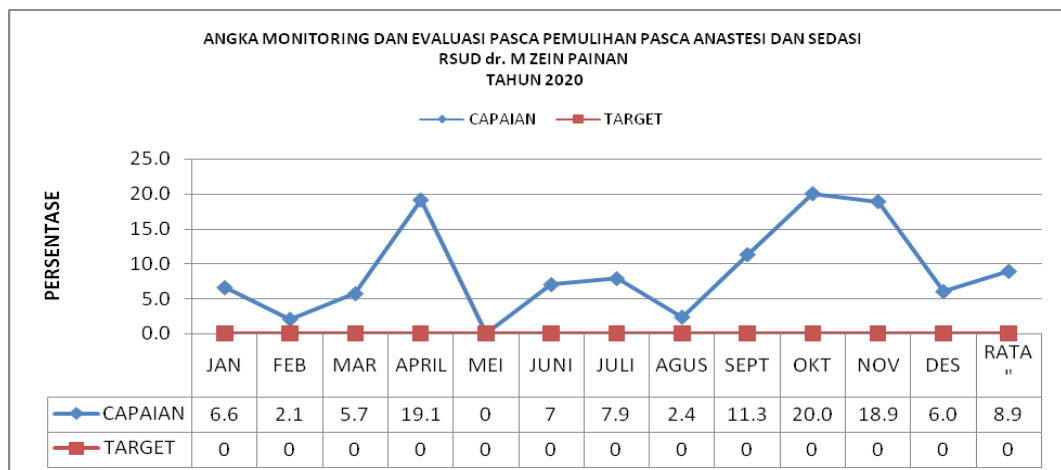
**Grafik 26 Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Pasca Pemulihan Pasca Anastesi Dan Sedasi Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi pasca pemulihan pasca anastesi dan sedasi pada tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Target indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 8.9%. Capaian belum mencapai target yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh kurangnya tenaga anastesi

Rekomendasi : Evaluasi ketenagaan dan beban kerja petugas

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

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



**Grafik 27 Angka Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Pra Anastesi dan Pra Sedasi Tahun 2020**

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

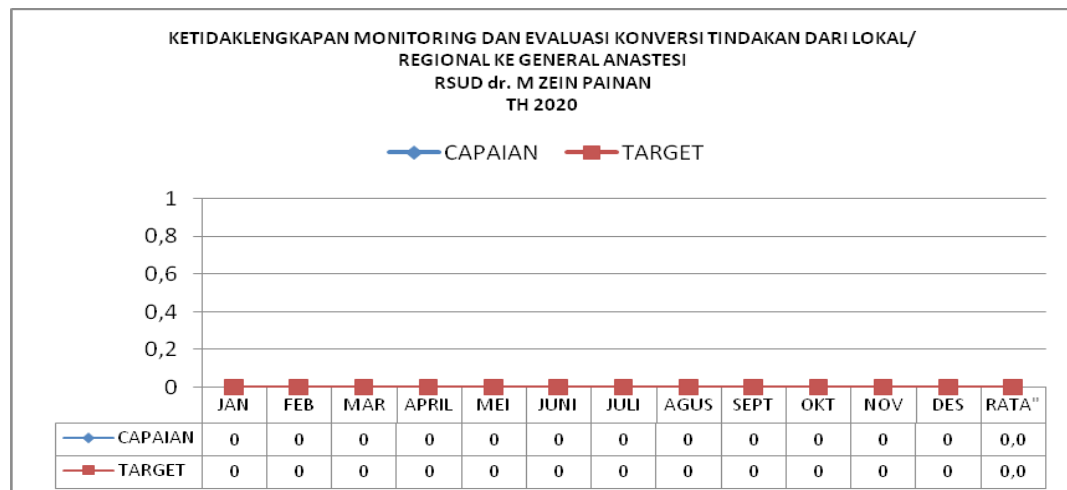
telah ditetapkan. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh :  
Komitmen yang belum adekuat dari seluruh staf medis dalam melengkapi asesmen

Rekomendasi :

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

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

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



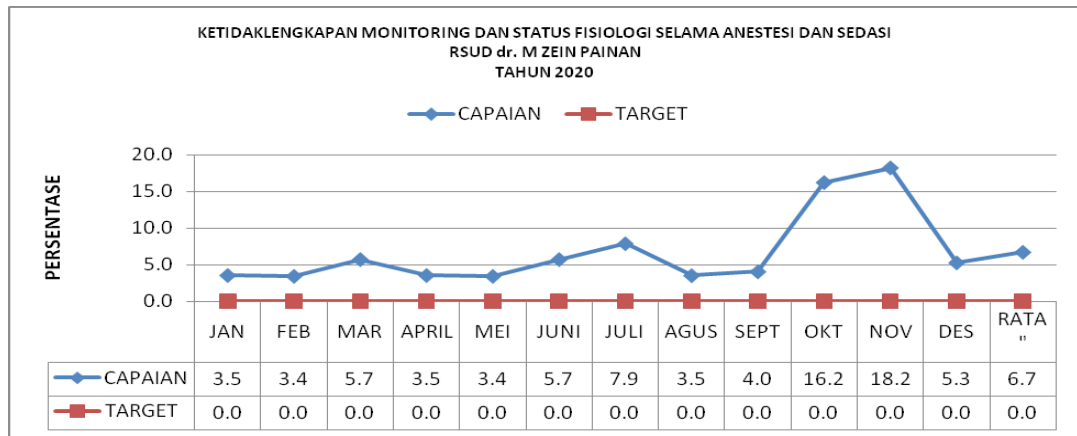
**Grafik 28 Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Konversi Tindakan dari Local/Regional Kegeneral Anestesi Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi konversi tindakan dari local/regional kegeneral anestesi pada tahun 2020, trendnya cenderung stabil telah mencapai standar. Standar indikator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

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

Capaian indikator mutu Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi status fisiologi selama Anestesi dan sedasi pada bulan januari sd desember 2020 dapat dilihat dari gravik dibawah ini :



**Grafik 29 Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Status Fisiologi Selama Anestesi dan Sedasi Tahun 2020**

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi status fisiologis selama anestesi dan sedasi pada bulan Januari sd. Desember trendnya cenderung bervariasi. Target indicator mutu ini adalah 0%. Rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 6.7%. capaian belum mencapai target yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh : 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

### 3. KOMUNIKASI SBAR SAAT SERAH TERIMA ANTAR SHIFT

Capaian indicator mutu komunikasi SBAR saat serah terima antar shift pada bulan Juli sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



**Grafik 30. Komunikasi SBAR Saat Serah Terima Antar Shift Tahun 2020**

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian indicator mutu komunikasi

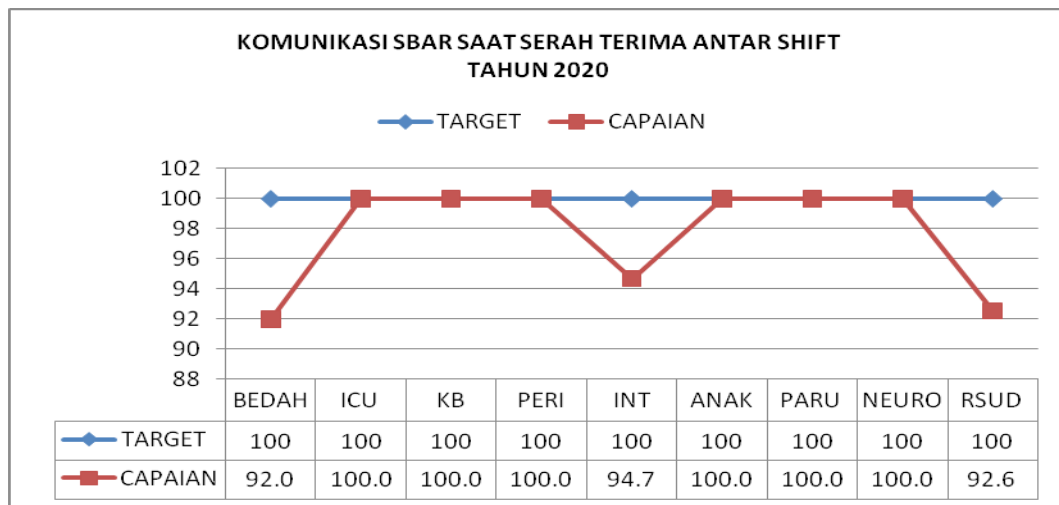


SBAR saat serah terima antar shif pada bulan Januari sd. Desember trendnya cenderung bervariasi. Target indikator mutu ini adalah 100%. Rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 92.9%. capaian belum mencapai target yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indikator ini disebabkan oleh beberapa hal :

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 shif

Rekomendasi :

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



**Grafik 31. Komunikasi SBAR Saat Serah Terima Antar Shift per ruangan rawat inap Tahun 2020**

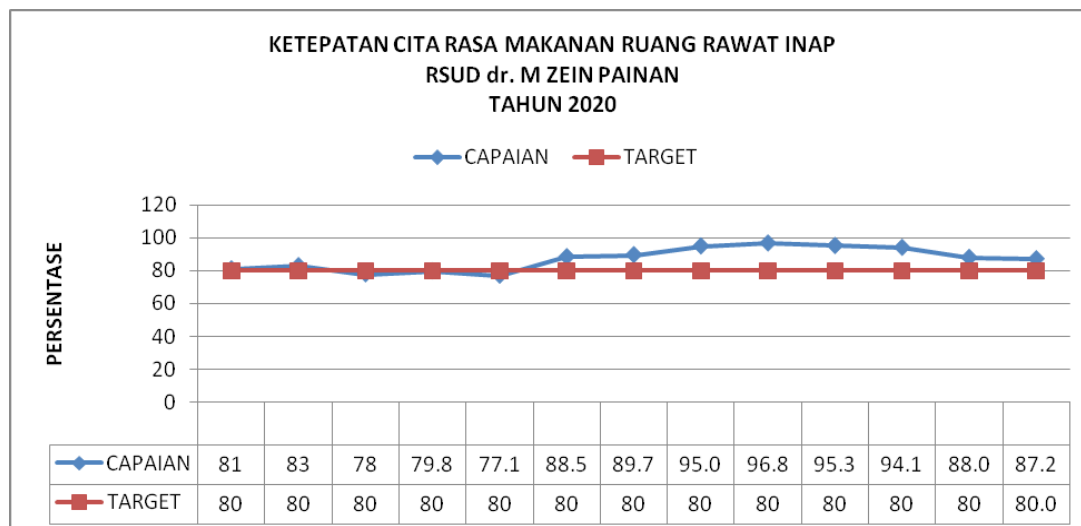
Grafik diatas adalah capaian indikator komunikasi SBAR pada saat serah terima antar shif per ruangan rawat inap. Capaian indikator mutu ini sudah mencapai target pada ruangan Paru (100%). Ruangan yang masih jauh di bawah target adalah ruangan Bedah (92%) dan ruangan Interne (94.7%).

#### IV. INDIKATOR MUTU UNIT

##### 1. INDIKATOR RUANGAN GIZI

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

Capaian indikator mutu ketepatan cita rasa makanan pasien rawat inap pada bulan Januari sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



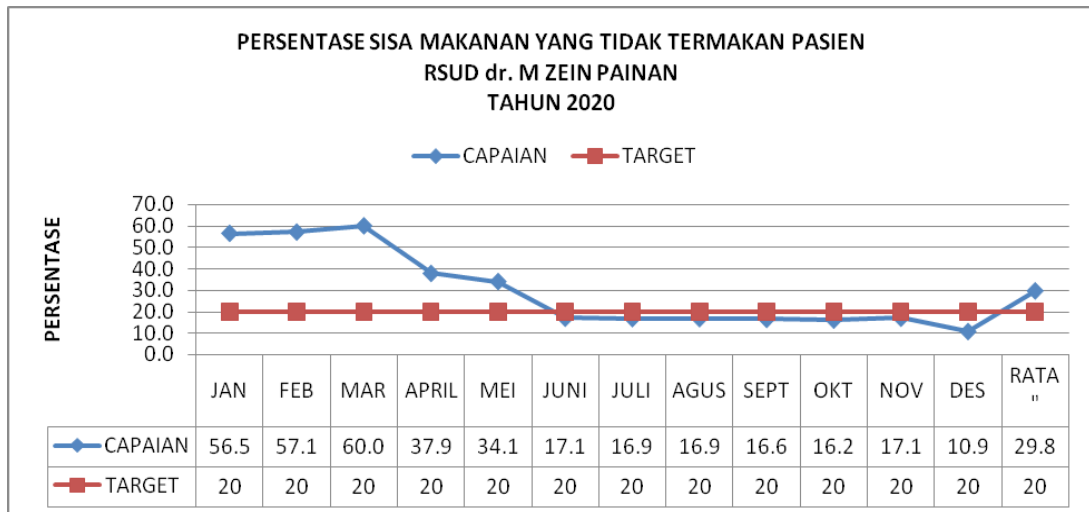
**Grafik 32. Ketepatan Cita Rasa Makanan Pasien Rawat Inap  
tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Ketepatan Cita Rasa Makanan Pasien rawat inap pada tahun 2020, trendnya cenderung meingkat. Target indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 87.2%. Capaian sudah mencapai target yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

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

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

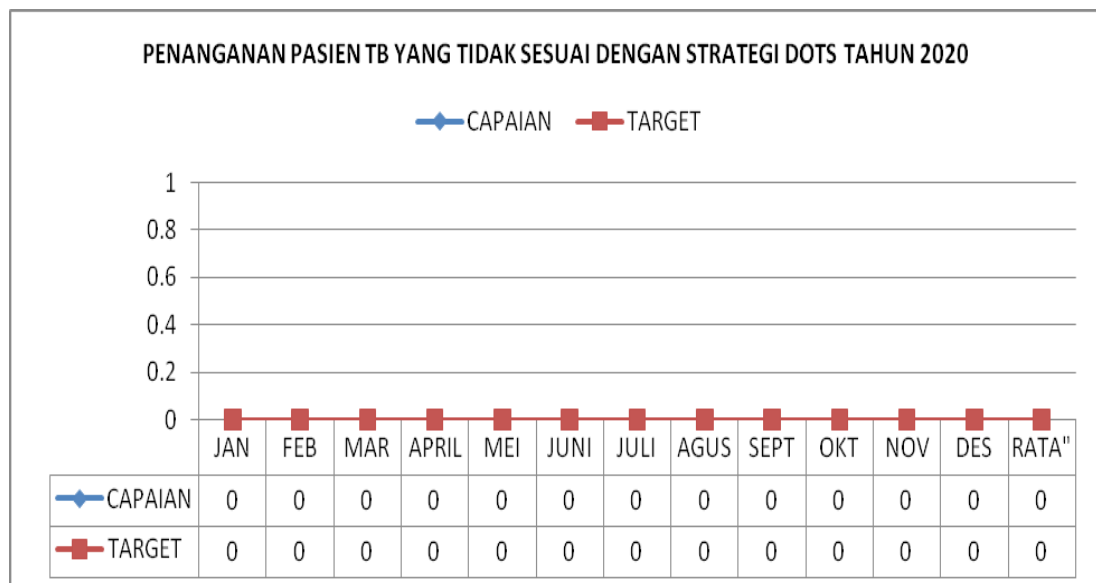


**Grafik 33. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Pasien Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Sisa Makanan yang tidak termakan pasien pada tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Target indicator mutu ini adalah 20%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 29.8%. Capaian belum mencapai target pada bulan Januari sd Mei 2020, namun setelah dilakukan PDSA capaian mencapai target pada bulan Juni sd Desember 2020.

## 2. INDIKATOR RUANGAN PARU : PENANGANAN PASIEN TB YANG TIDAK SESUAI DENGAN STRATEGI DOTS

Capaian indicator mutu penanganan pasien TB yang tidak sesuai dengan strategi DOTS pada bulan Januari sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



**Grafik 34. Penanganan Pasien TB Yang Tidak Sesuai Dengan Strategi Dots Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Penanganan pasien TB yang tidak sesuai dengan Strategi Dots pada tahun 2020, trendnya cenderung

stabil. Target 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 UTRS: PERMINTAAN PRODUK DARAH YANG TIDAK TERPAKAI

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



**Grafik 35. Permintaan Produk Darah Yang Tidak Terpakai Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu permintaan produk darah yang tidak terpakai pada tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Standart indikator mutu ini adalah 1%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 14.3%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan.

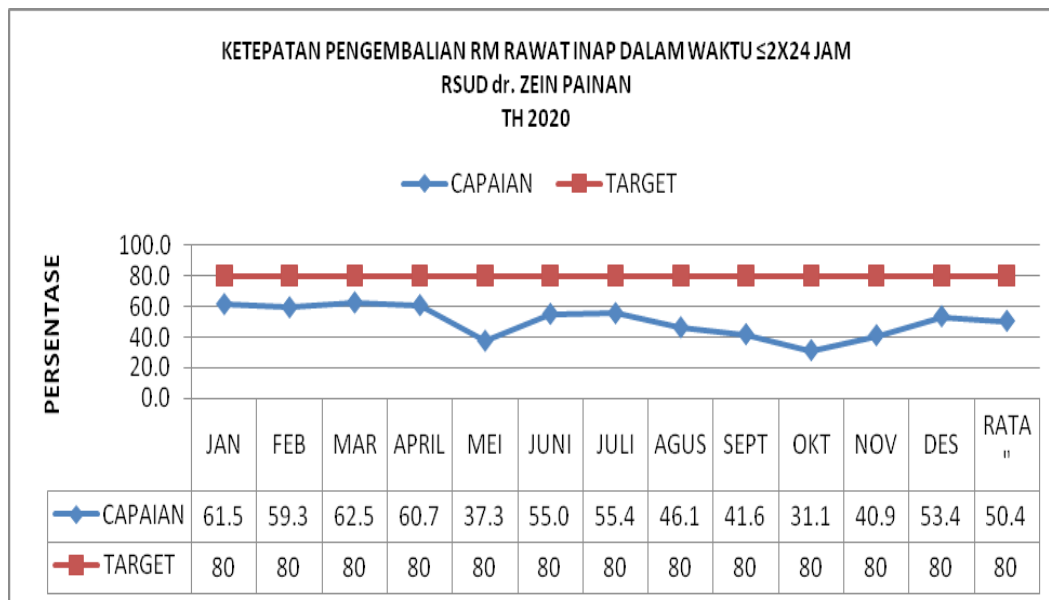
Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh beberapa hal diantaranya prosedur dari tindakan operasi yang mengharuskan persediaan darah sebelum dilaksanakan tindakan operasi

Rekomendasi :

Lakukan evaluasi tentang pelaksanaan dilapangan

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

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



**Grafik 36. Ketepatan Pengembalian RM Rawat Inap Tahun 2020**

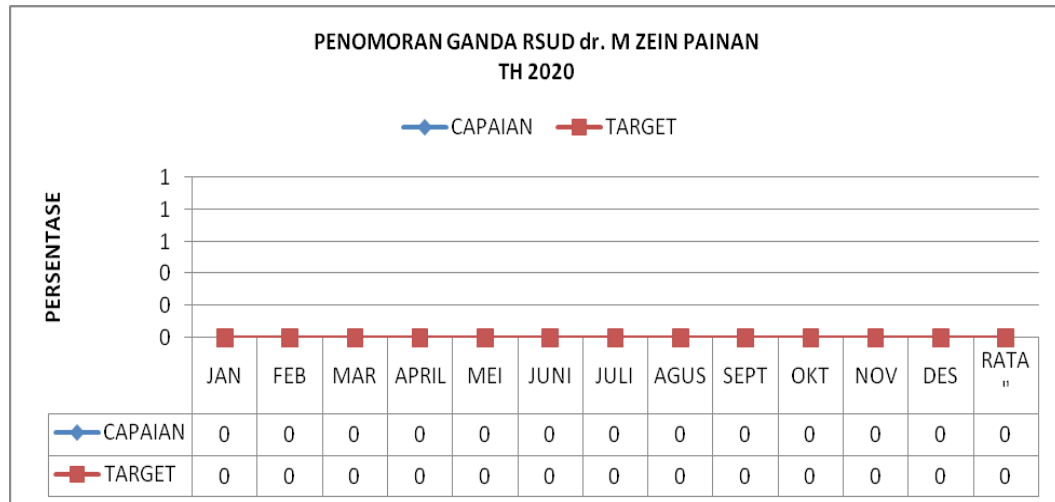
Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu ketepatan pengembalian RM rawat inap pada tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Target indikator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 50.4%. Capaian masih jauh mencapai target, dimana capaian dari masing-masing ruangan untuk indikator ini adalah:

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 indikator mutu penomoran Rekam Medis Ganda pada bulan Januari sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



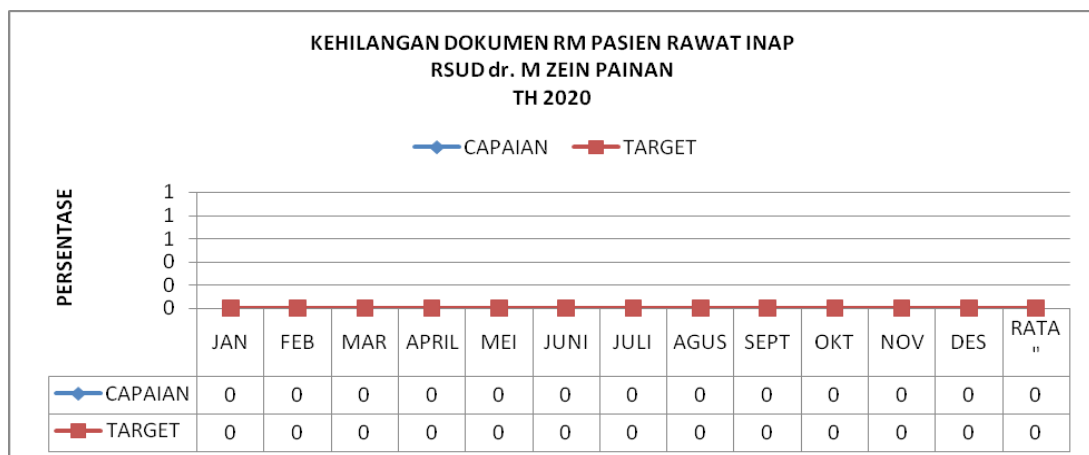
**Grafik 38 Penomoran Rekam Medis Ganda tahun 2020**

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

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

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

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



**Grafik 39 Kehilangan Dokumen RM Rawat Inap Tahun 2020**

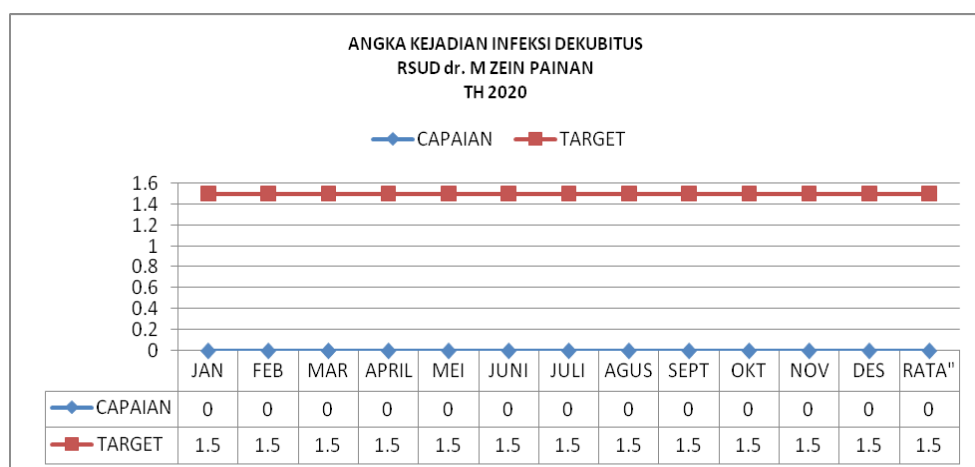
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kehilangan

dokumen RM rawat inap pada tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standar indikator mutu ini adalah 0%, dan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.  
Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

## 7. INDIKATOR MUTU KOMITE PPI

### 7.1. ANGKA KEJADIAN DEKUBITUS

Capaian indikator mutu kejadian dekubitus pada bulan Januari sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

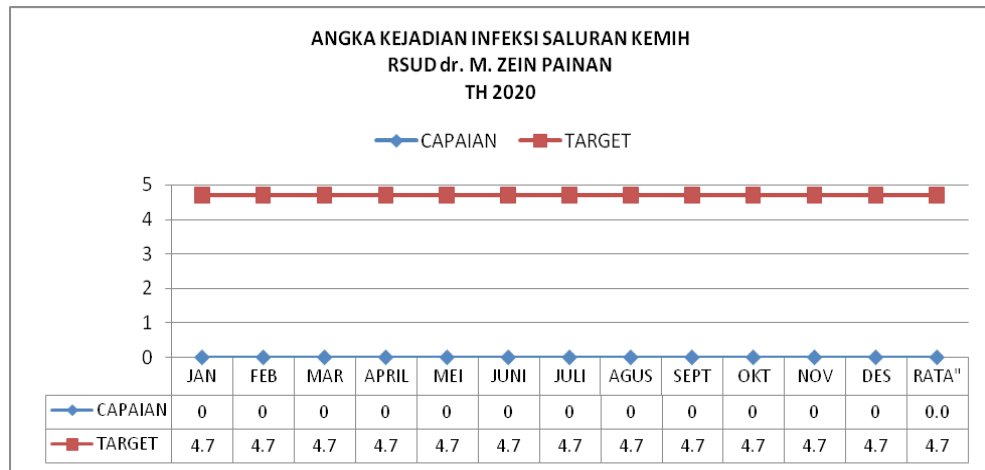


**Grafik 40 Angka Kejadian Dekubitus Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu Angka Kejadian Dekubitus pada tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standar indikator mutu ini adalah 1,5%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 0.1%.

### 7.2. ANGKA KEJADIAN ISK

Capaian indikator mutu angka kejadian ISK pada bulan Januari sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

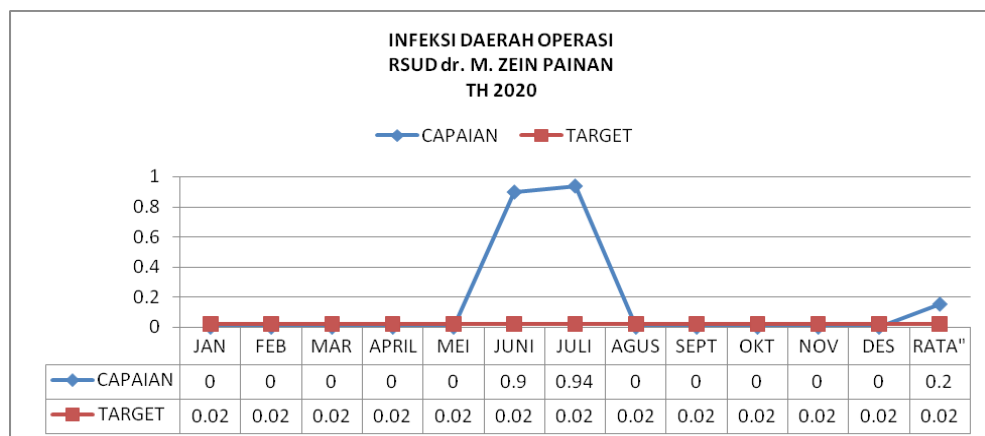


**Grafik 41 Angka Kejadian ISK Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian Plebitis pada tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 1.5%, capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar.

### 7.3. ANGKA KEJADIAN IDO

Capaian indikator mutu angka kejadian IDO pada bulan Januari sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



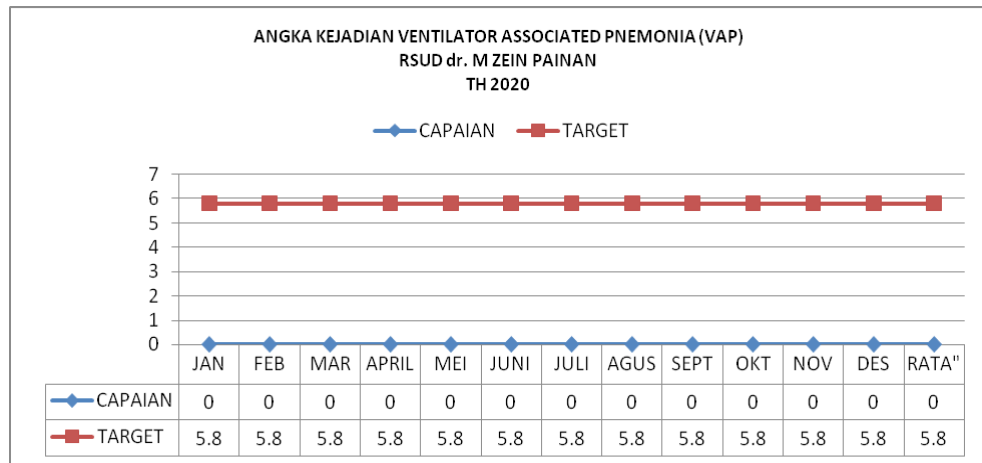
**Grafik 42 Angka Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian IDO pada tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 1.5%, capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar.

### 7.4. ANGKA KEJADIAN VAP

Capaian indikator mutu angka kejadian VAP pada bulan Januari sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



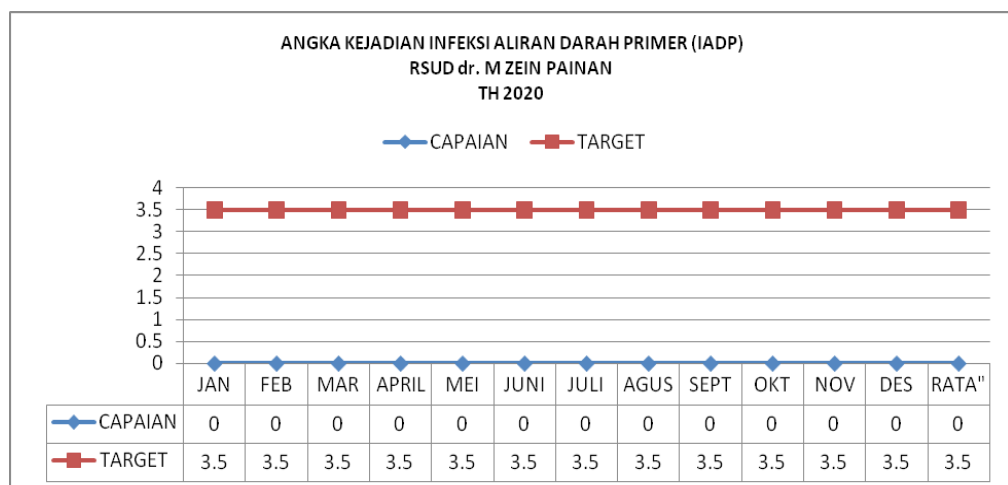


**Grafik 43 Angka Kejadian Ventilator Associated Penmonia (VAP)  
Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian VAP pada tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 1.5%, capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar.

#### 7.5. ANGKA KEJADIAN IADP

Capaian indikator mutu angka kejadian IADP pada bulan Januari sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

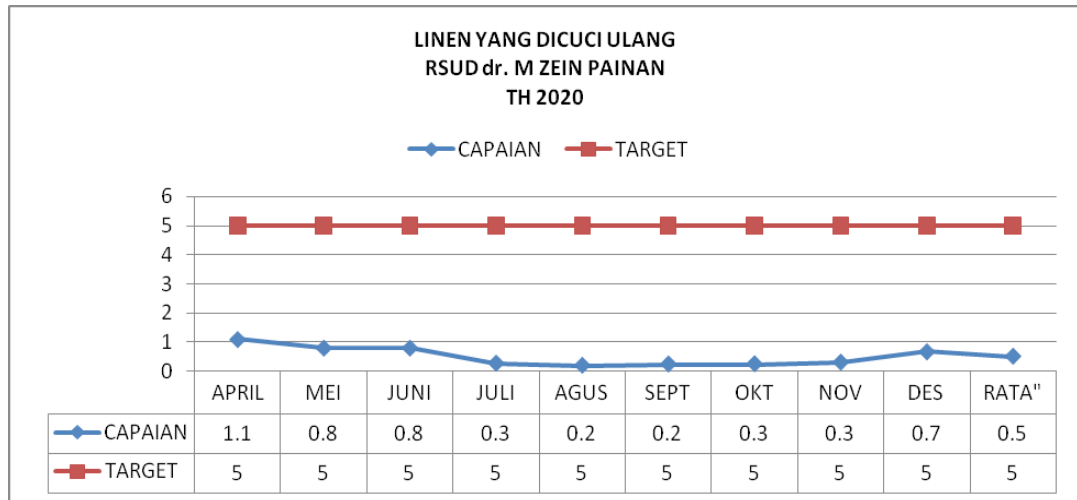


**Grafik 44 Angka Kejadian Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian IADP pada tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 1.5%, capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar.

## 8. LINEN YANG DICUCI ULANG

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



**Grafik 45 Angka Kejadian Infeksi Aliran Darah Primer (IADP) Tahun 2020**

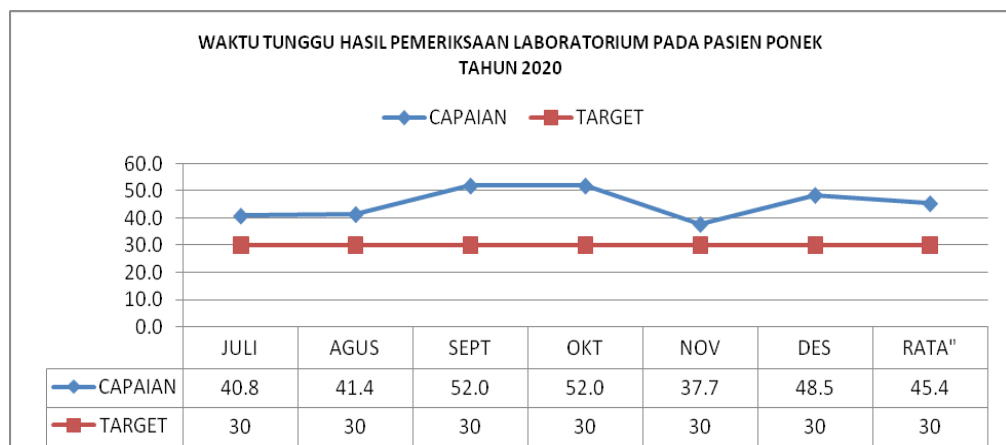
Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian untuk linen yang dicuci ulang mengalami peningkatan pada bulan Desember 2020 dimana pada bulan Januari dan November persentase untuk linen yang dicuci ulang hanya mencapai 0,3% linen. Namun angka ini masih dibawah target (1%)

## 9. WAKTU TUNGGU HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

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

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

Capaian indikator mutu Waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien ponek ditunjukan pada grafik dibawah ini:

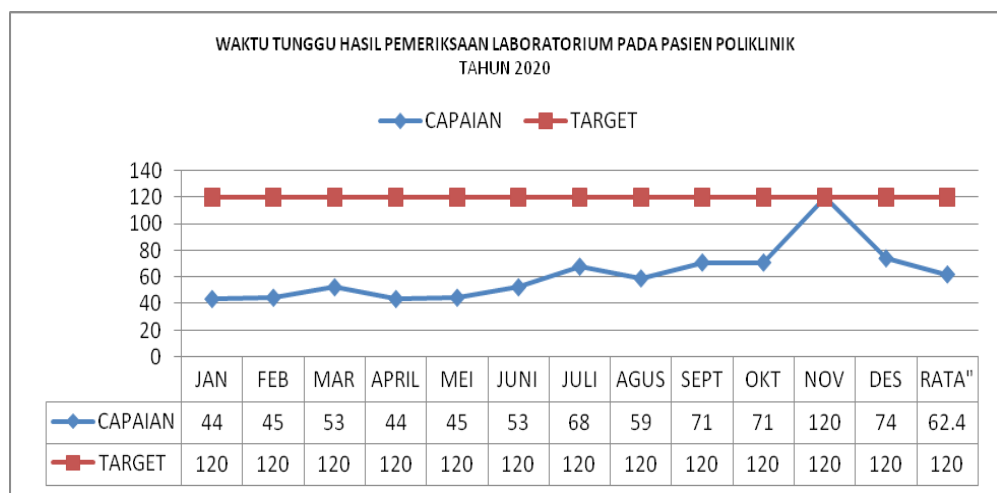


**Grafik 46 Grafik Waktu Hasil Tunggu Pemeriksaan Laboratorium Pada Pasien Ponek**

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 Januari dan November angka waktu tunggu pada pasien ponek mencapai 41 menit kemudian terjadi peningkatan pada bulan Desember menjadi 52%.

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

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

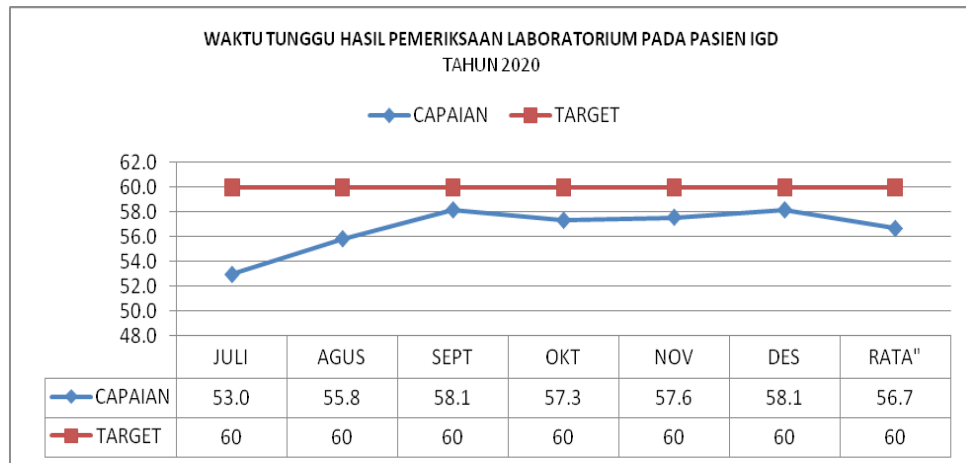


**Grafik 47 Grafik Waktu Hasil Tunggu Pemeriksaan Laboratorium pada Pasien Poliklinik**

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

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

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

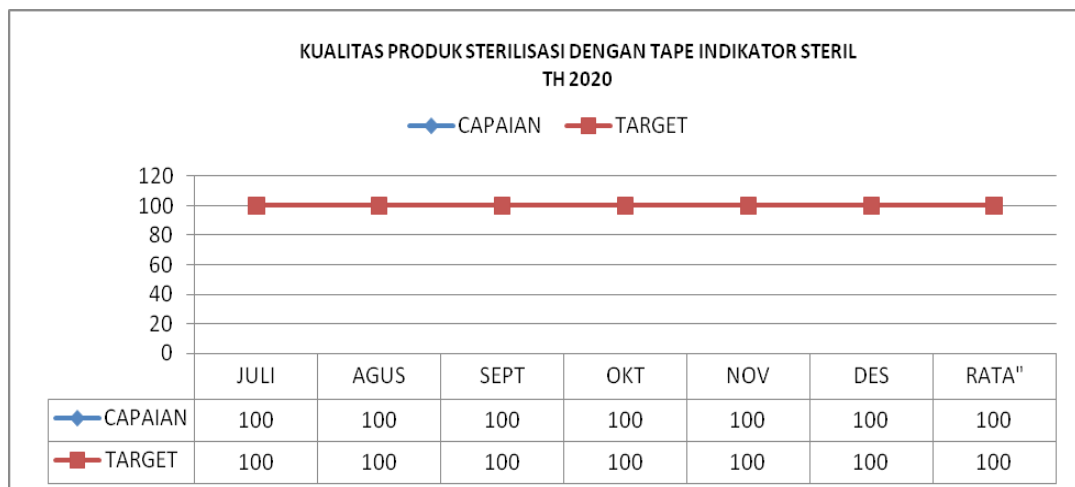


**Grafik 48 Grafik Waktu Hasil Tunggu Pemeriksaan Laboratorium pada Pasien IGD**

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

## 10. KUALITAS PRODUK STERILISASI DENGAN TAPE INDIKATOR STERIL

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

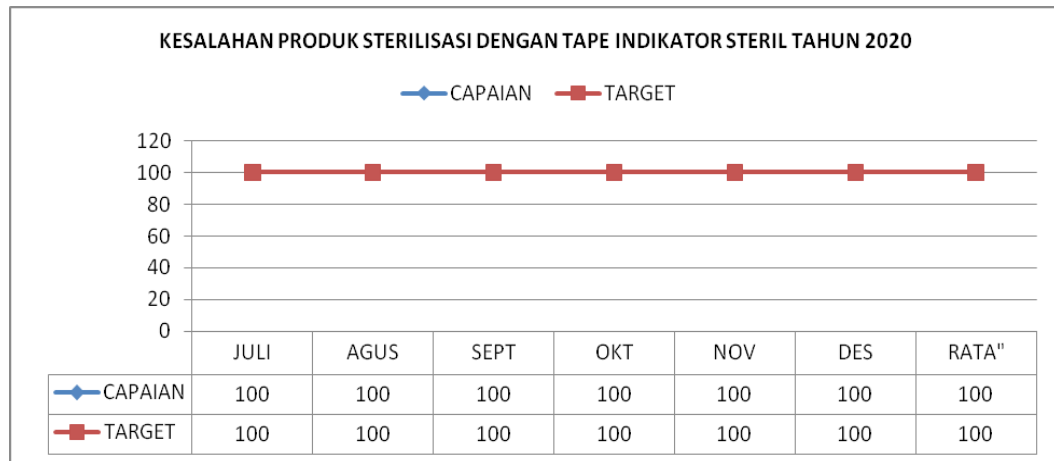


**Grafik 49 Kualitas Produk Sterilisasi dengan Tape Indikator Steril Tahun 2020**

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

## 11. KESALAHAN PRODUK STERILISASI DENGAN TAPE INDIKATOR STERIL

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

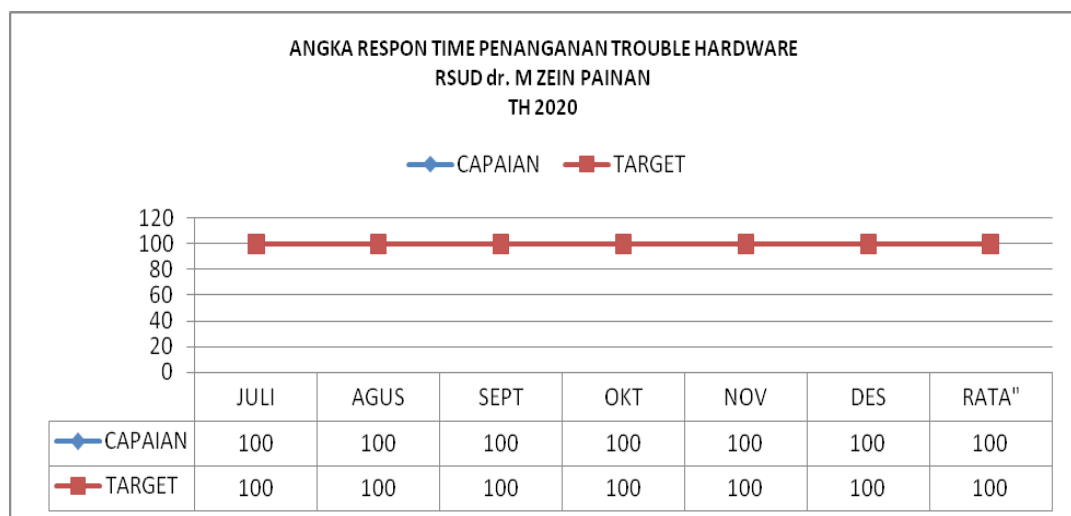


**Grafik 50 Kesalahan Produk Sterilisasi dengan Tape Indikator Steril**

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

## 12. ANGKA RESPON TIME PENANGANAN TROUBLE HARDWARE

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

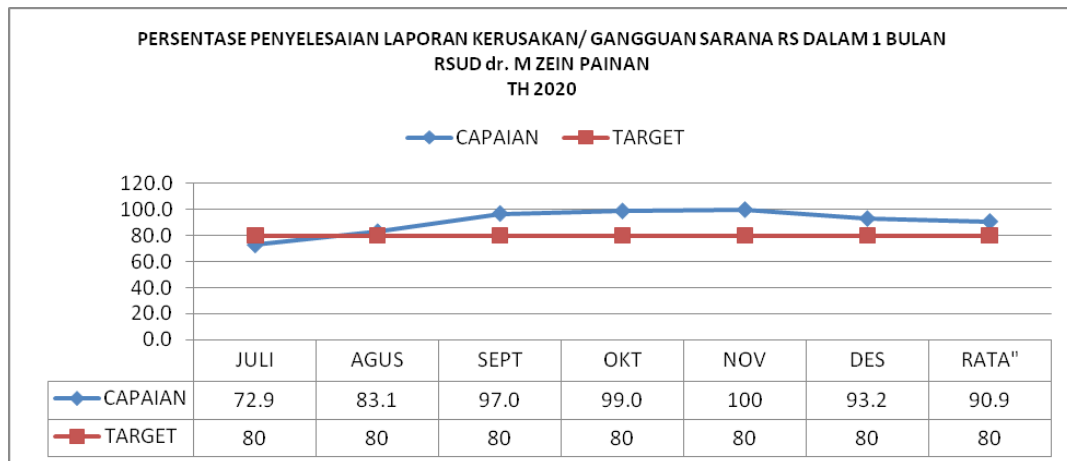


**Grafik 51 Angka Respon Time Penanganan Trouble Hardware**

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

## 13. PERSENTASE PENYELESAIAN LAPORAN KERUSAKAN/ GANGGUAN SARANA RS DALAM 1 BULAN

Capaian indikator mutu Penyelesaian Laporan Kerusakan/ Gangguan Sarana Rumah Sakit dalam 1 bulan merupakan indicator unit IPSRS, pemantaun terhadap kegiatan ini mulai dilakukan pada bulan Juli 2020 dengan capaian sebagai berikut:

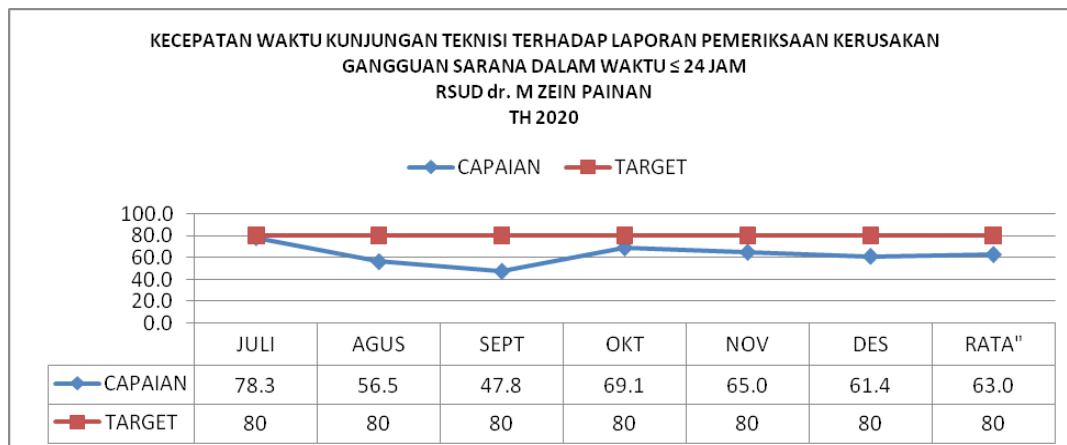


**Grafik 52 Persentase Penyelesaian Laporan Kerusakan/ Gangguan Sarana RS Dalam 1 Bulan**

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa persentase penyelesaian laporan kerusakan/ gangguan sarana di Rumah sakit bervariasi setiap bulannya dimana target dari indikator ini adalah 80%. Rata-rata persentase di tahun 2020 adalah 90.9% atau sudah mencapai target, sementara capaian dibawah target terjadi pada bulan Januari 2020 yakni mencapai 72.9%

#### **14. KECEPATAN WAKTU KUNJUNGAN TEKNISI TERHADAP LAPORAN PEMERIKSAAN KERUSAKAN GANGGUAN SARANA DALAM WAKTU ≤ 24 JAM**

Capaian indikator mutu Kecepatan waktu kunjungan teknis terhadap laporan pemeriksaan kerusakan gangguan sarana dalam waktu 24 jam masih merupakan indikator unit IPSRS dengan capaian pada tahun 2020 adalah sebagai berikut:



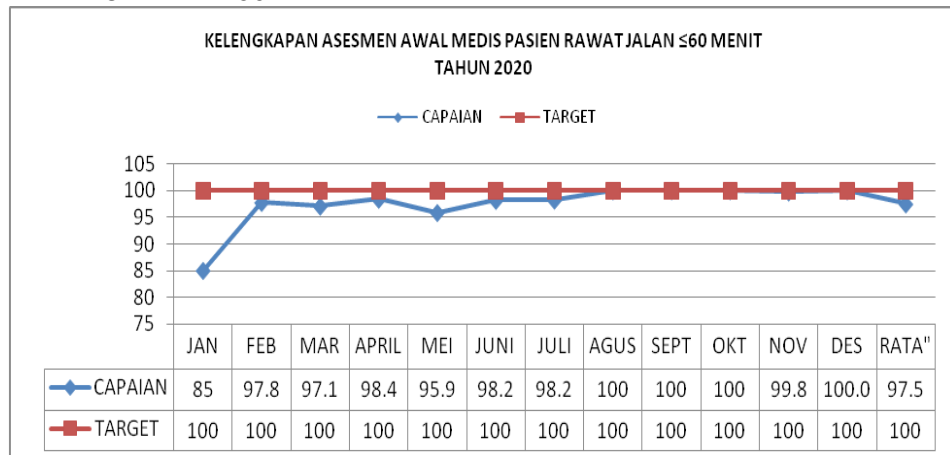
**Grafik 53 Kecepatan Waktu Kunjungan Teknisi Terhadap Laporan Pemeriksaan Kerusakan Gangguan Sarana Dalam Waktu ≤24 Jam**

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian untuk indikator ini masih dibawah target. Rata-rata capaian indikator ini adalah 63.0% atau masih dibawah target (80%). Capaian terendah terjadi pada bulan September (47.8%)

## **V. INDIKATOR MUTU PPA**

## 1. KELENGKAPAN ASESMEN AWAL MEDIS

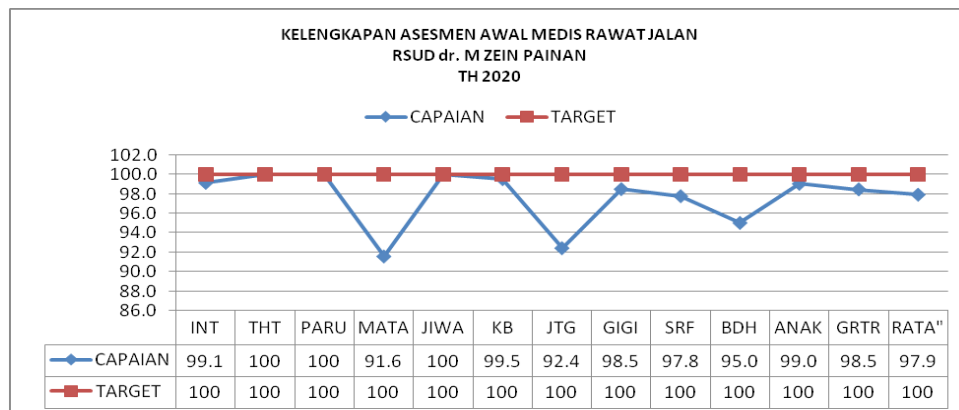
### 1.1. KELENGKAPAN ASESMEN AWAL MEDIS PASIEN RAWAT JALAN $\leq 60$ MENIT



**Grafik 54 Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Jalan  $\leq 60$  Menit per Bulan Tahun 2020**

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian kelengkapan asesmen awal untuk pasien rawat jalan  $\leq 60$  menit bervariasi setiap bulannya. Target untuk indikator ini adalah 100% dimana capaian yang mencapai target terjadi pada bulan Agustus, September dan Oktober 2020. Capaian terendah terjadi pada bulan Januari 2020 (85%)

Untuk capaian masing-masing ruangan dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

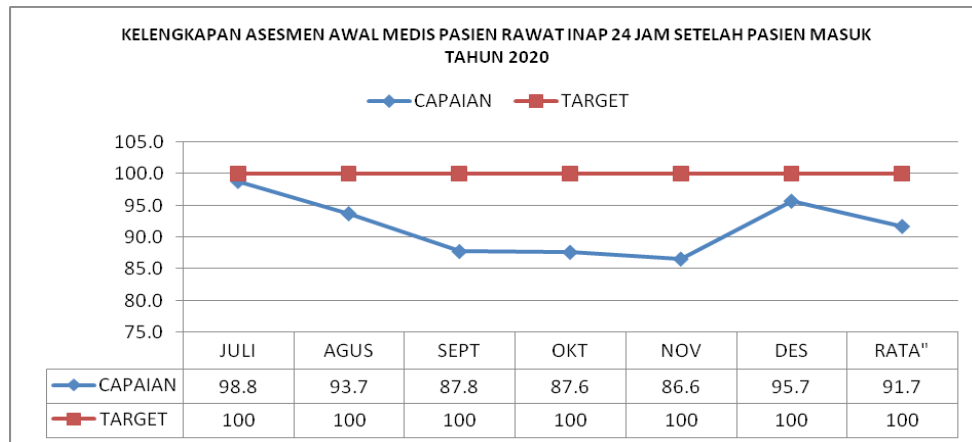


**Grafik 55 Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Jalan  $\leq 60$  Menit per Ruangan Tahun 2020**

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa rata-rata ruangan belum mencapai target dalam indikator kelengkapan asesmen awal rawat jalan, dimana target dari indikator ini adalah 100%, namun ada tiga ruangan yang sudah mencapai target yaitu ruangan THT, Paru dan Jiwa. Ruangan dengan capaian terendah adalah ruangan Mata (91.6%). Capaian untuk indikator ini dinilai sudah cukup baik untuk setiap ruangan.

### 1.2 KELENGKAPAN ASESMEN AWAL MEDIS RAWAT INAP 24 JAM SETELAH PASIEN MASUK RAWAT INAP

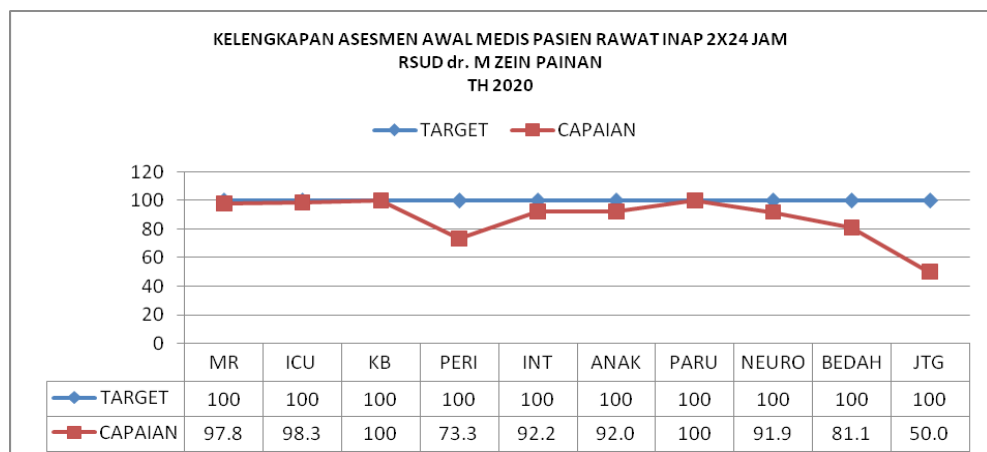
Pemantauan kelengkapan asesmen awal medis untuk rawat inap baru terlaksana pada bulan Juni 2020 dimana capaian setiap bulannya dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



**Grafik 56 Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Inap 24 Jam Setelah Pasien Masuk Rawat Inap Per Bulantahun 2020**

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa rata-rata capaian kelengkapan asesmen awal medis pasien rawat inap dalam 24 jam masih belum mencapai target, dimana target dari indikator ini adalah 100%. Capaian indikator terendah terjadi pada bulan Oktober 2020 (86.6%) dan capaian tertinggi terjadi pada bulan Juli (98.8%)

Capaian untuk masing-masing ruangan dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



**Grafik 57 Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Inap 24 Jam setelah pasien masuk rawat inap per Ruangan Tahun 2020**

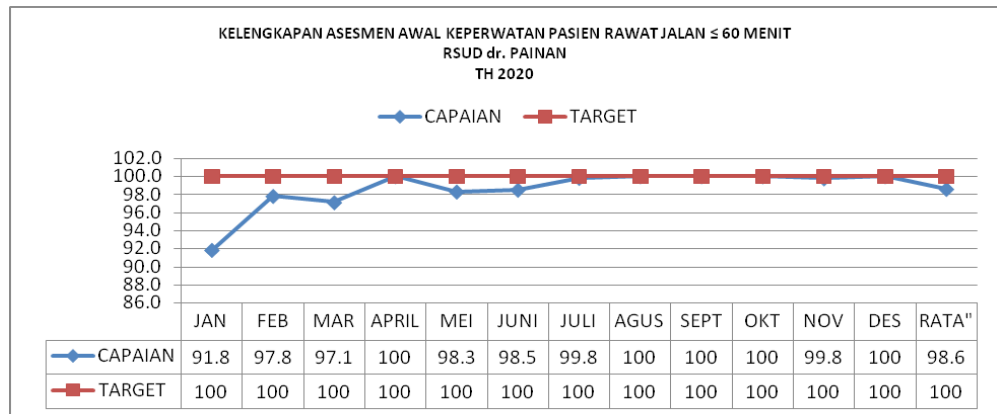
Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap . dimana target untuk indikator ini adalah 100%. Ruangan dengan capaian sudah mencapai target pada tahun 2020 adalah ruangan Kelas MR, ICU, KB dan Paru dengan capaian 100% dan ruangan dengan capaian sangat rendah adalah ruangan jantung dengan capaian 50%.



## 2. KELENGKAPAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN

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

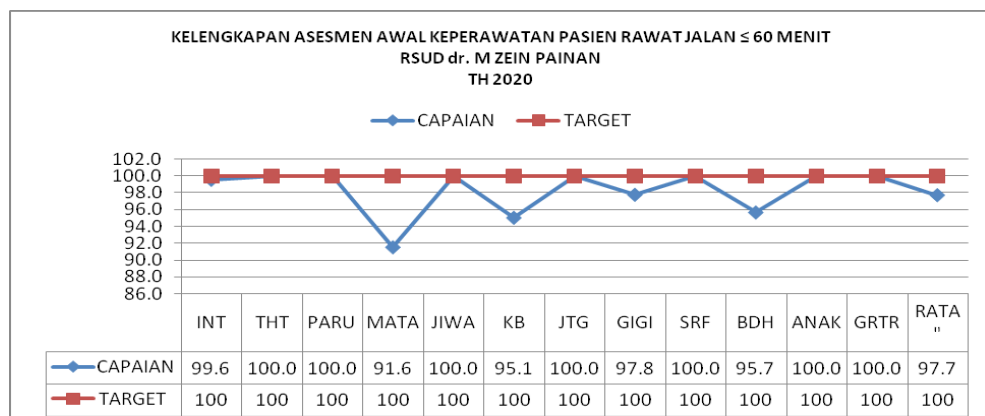
Capaian kelengkapan asesmen awal keperawatan pasien rawat jalan pada bulan Januari sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



**Grafik 58 Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit per Bulan Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan pada tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Target indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 98.6%. Capaian sudah mencapai target pada bulan agustus sd desember 2020.

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



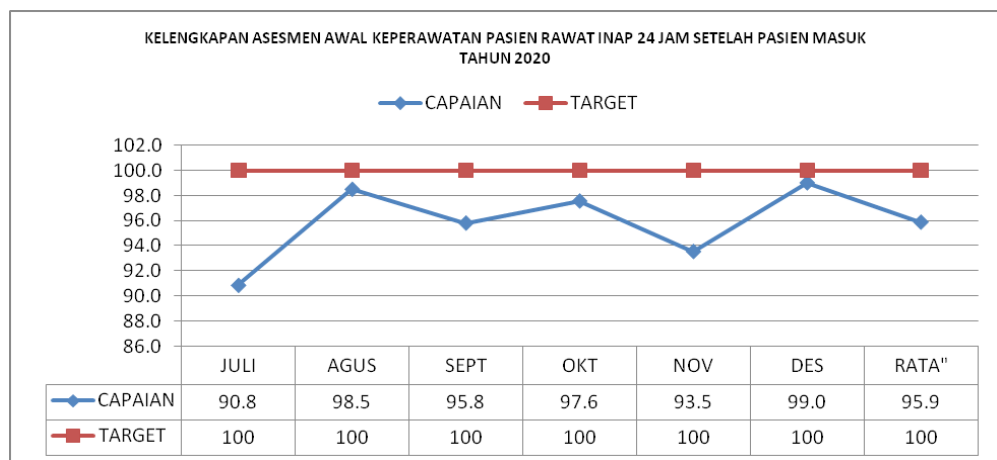
**Grafik 59 Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit per Ruangan Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kelengkapan assesmen awal keperawatan rawat jalan pada tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Target indicator mutu ini adalah 100%,

sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 97,7%. Ruangan rawat jalan yang telah mencapai target adalah THT, PARU, Jiwa, Jantung, Syaraf, Anak dan Geriatrik. Ruangan rawat jalan yang masih jauh dari target adalah poliklinik Mata (91,6).

## 2.2. KELENGKAPAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP 24 JAM SETELAH PASIEN MASUK RAWAT INAP

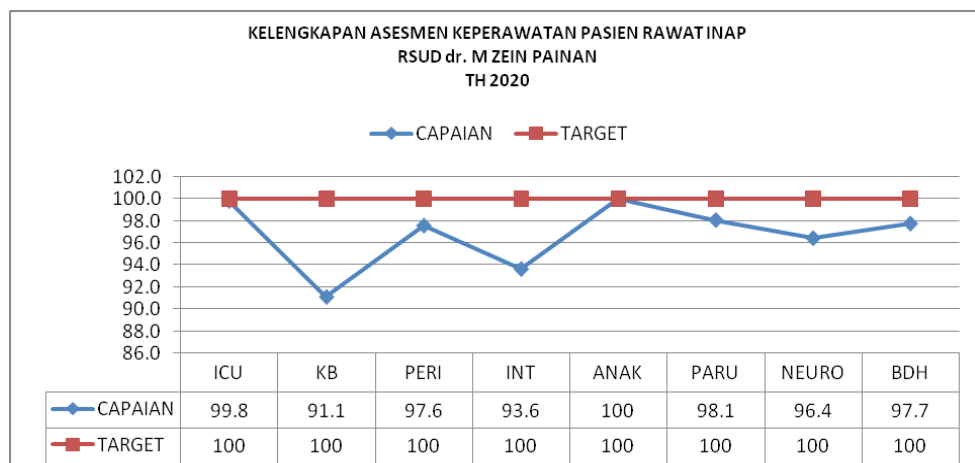
Capaian indikator mutu Kelengkapan asesmen awal keperawatan pasien rawat inap 24 jam setelah pasien masuk rawat inap , capaian setiap bulannya adalah:



**Grafik 60. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap 24 Jam Sebelum Pasien Masuk per Bulan Tahun 2020**

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian rata-rata untuk indikator ini adalah 95.9%. capaian yang paling baik terjadi pada bulan Desember (99%), hampir mencapai target 100% sedangkan capaian yang paling buruk terjadi pada bulan Juli, mencapai 90.8%.

Sedangkan untuk capaian masing-masing ruangan dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

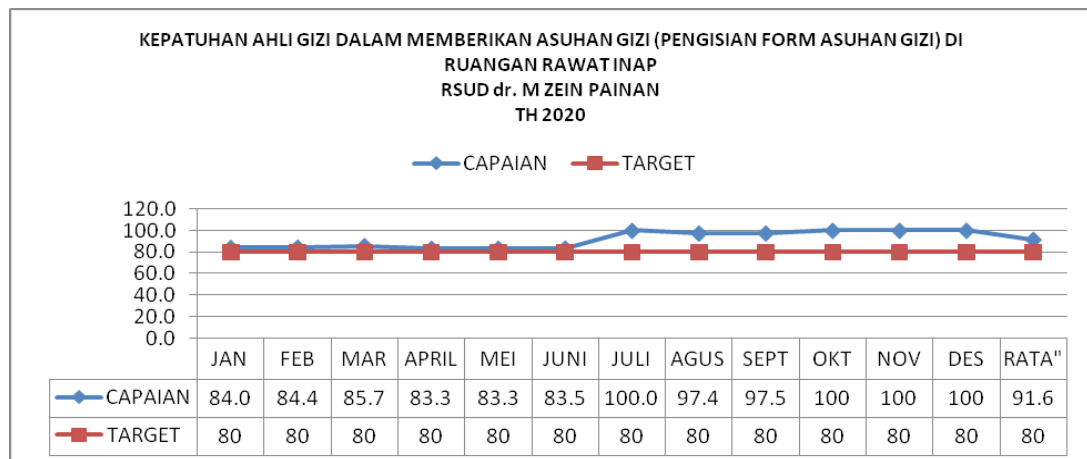


**Grafik 61 Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap dalam 24 Jam**

Dari grafik diatas bahwa rata-rata ruangan belum mencapai target kelengkapan asesmen keperawatan pasien rawat inap dalam 24 jam. Ruangan yang sudah mencapai target adalah ruangan anak. Ruangan yang paling rendah capaiannya adalah ruangan KB (91.1%). Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh : kurangnya komitmen petugas dalam menyelesaikan asesmen awal keperawatan rawat inap  
Rekomendasi : lakukan evaluasi pelaksanaan di ruangan

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

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



**Grafik 62. Kepatuhan Ahli Gizi dalam Memberikan Asuhan Gizi (Pengisian Form Asuhan Gizi) Tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Kepatuhan ahli gizi dalam memberikan asuhan gizi (pengisian form asuhan gizi) pada tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Target indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 91.6%. Capaian sudah mencapai target yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

### **BAB III PENUTUP**

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

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



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

**I. INDIKATOR MUTU NASIONAL**

NO	NAMA INDIKATOR	RUANGAN	TARGET	CAPAIAN												
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUNI	JULI	AGUS	SEPT	OKT	NOV	DES	RATA-RATA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	Kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien (Ruang Rawat Inap)	VIP	100	93.0	99.7	100	93	100					100	100	97.8	97.9
		MR		95.0	92.1	91.4	92	97.5	94.9							93.8
		BEDAH		92.0	91.9	91.4	88.7	88.7	94.6	94.4	92.5	92.2	91.9	93.3	100	92.6
		ICU		90.3	100	100	100	100	94.6	100	98.9	97.8	98.9	98.9	100	98.3
		KB		100	83.3	82.4	100	100	100	100	100	100	100	100	100	97.1
		PERI		95.2	100	96.8	99.4	100	100	100	100	100	100	100	100	99.3
		INT		90.3	90.3	83.9	90.3	81.7	100	88.2	95.7	98.9	97.8	95.6	97.9	92.5
		ANAK		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100.0
		PARU		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100.0
		NEURO		90.0	100	100	91.5	91.9	95.3	97.0	98.1	98.0	95.6	91.1	91.1	95.0
	Kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien (Ruang Rawat Jalan)	HD		76.6	93.1	93.6	76.7	100	97.1	93.0	90.0	98.0	97.6	98.0	95.0	92.4
		INT		90.5	94.7	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	98.8
		THT		100	100	100	55.6	100	100	100	100	100	100	100	100	96.3
		PARU		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		MATA		95.8	88.9	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	98.7
		JIWA		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		KB		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		JTG		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		GIGI		100	96.8	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	99.7
		SRF		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		BEDAH		84.0	84.0	100	90	100	100	100	100	100	100	100	100	96.5
		ANAK		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		GERIATRI		88.2	87.5	94.1	100	100	100	100	100	100	100	100	100	90.1
		FISIOTERAPI								100	100	100	100	100	100	100.0
	Kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien (Penunjang)	LAB. PA								83.3	100	90.5	71.4	80.5	93.1	86.5
		LAB. KLINIK								100	100	100	100	100	100	100.0
2	Emergency Respon Time	IGD	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
3	Waktu tunggu rawat jalan	PD	60 MENIT	115	100	55	128	90	71	175	120	124	175	120	138	118
		THT		129	134	119	122	114	138	163	1632	175	156	158	176	268
		PARU		112	63	61	58	69	61	71	72	93	82	81	89	76
		MATA		110	104	115	105	81	107	68	74	66	75	74	77	88
		JIWA		210	191	66	80	109	90	209	80	88	110	116	100	121
		KB		124	117	61	234	166	198	114	89	107	111	43	46	117
		JTG		105	63	92	107	50	66	128	117	141	113	131	126	103
		GIGI		48	74	74	62	42	44	270	149	183	192	138	198	123
		SRF		147	143	120	151	126	126	186	159	150	126	133	130	141
		BEDAH		116	108	102	111	111	110	99	97	104	87	108	134	107
		BDH SARAF		295	278	240										74
		ANAK		235	251	247	159	223	171	192	125	148	121	150	162	182
		GERIATRI		92	106	111	107	120	101	109	130	222	117	99	104	118
		RSUD		129	125	102	121	117	110	113	194	122	111	110	119	123
		FISIOTERAPI	30 Menit				14	20	25	1	1	14	14	20	25	15
4	Penundaan operasi elektif	OK	<5%	0	0	0	5.0	5.0	5.0	5.6	1.9	0	0	0	0	1.9
5	Ketepatan jam visite dokter spesialis	VIP	80	100	100	100	100	86.7					91.3	90.0	96.5	95.6
		MR		84.2	75.9	75.9		84.9	91.2	89.5		84				97.6
		BEDAH		96.5	89.6	89.6	91	100	91	86	85.9	91	91.1	93.2	81.3	90.5
		ICU		48.8	48.0	48.0	40.0	48.4	32.4	34.4	35	74	34.6	40.3	41.0	43.7
		JTG								43.8	35.0					39.4
		KB		94.1	64.0	64.0	64.0	64.7	64.0	0	67	65	66.7	66.7	65.2	62.1
		PERI		64.9	65.7	65.7	67.4	63.7	68.2	60.9	49	69	56.3	70.4	42.5	62.0
		INT		83.3	86.6	86.6	83.3	62.7	86.1	88.8	77	11	75.5	86.2	77.0	75.4
		ANAK		66.0	70.0	70.0	66.0	55.0	93.7	72	75	70	57.1	60.8	59.4	67.9
		PARU		85.9	91.2	91.2	87.4	87.4	84.0	83	100	86	83.0	82.6	100.0	88.5
		NEURO		96.6	95.8	95.8	91.5	91.5	87.2	86.5	98	89	84.3	70.1	70.1	88.0
		RSUD		82.5	83.6	83.6	84.9	77.9	83.8	75.5	75.2	75.4	72.7	81.3	73.6	79.2
6	Waktu pelaporan nilai kritis laboratorium	LABOR	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
7	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	FARMASI	≥80%	91.4	90.7	90.8	97.7	98.6	98.1	91.2	88.6	88.9	89.2	89.8	90.2	92.1
8	Kepatuhan cuci tangan	PPI	≥85%	91.0	92.0	100.0	91.0	92.0	100.0	87.0	89.1	91.0	85.4	82.0	88.7	90.8





#### 4. INDIKATOR MUTU UNIT

NO	NAMA INDIKATOR	RUANGAN	STANDAR	CAPAIAN													RATA"
				JAN	FEB	MAR	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AGUS	SEPT	OKT	NOV	DES		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
1	Ketepatan cita rasa makanan pasien rawat inap	GIZI	80%	81	83	78	79.8	77.1	88.5	89.7	95.0	96.8	95.3	94.1	88.0	0.0	
2	Sisa makanan yang tidak termakan pasien		20%	56.5	57.1	60.0	37.9	34.1	17.1	16.9	16.9	16.6	16.2	17.1	10.9	0.0	
3	Penanganan pasien TB yang tidak sesuai dengan strategi DOTS	PARU	0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4	Permintaan produk darah yang tidak terpakai	UTDRS	1%	37.8	57.4	5.6	21.1	6.0	9.6	5.4	9.6	6.3	3.5	3.5	1.2	0.0	
5	Ketepatan pengembalian RM rawat inap dalam waktu ≤2x24 jam	CASEMIX	80%	61.5	59.3	62.5	60.7	37.3	55	55.4	46.1	41.6	31.1	40.9	53.4	0.0	
6	Pemomoran RM ganda	PENDAFTARAN	0%	0.04	0.02	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	
7	Kehilangan dokumen RM pasien ranap	PENYIMPANAN	0%	0.03	0.04	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	
8	Angka kejadian infeksi saluran kemih (ISK)	PPI	≤4.7%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	
9	Infeksi daerah operasi (IDO)		2%	0	0	0	0	0	0.9	0.94	0	0	0	0	0	0.2	
10	Angka kejadian Ventilator Associated Pnemonia (VAP)		≤5.8%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	
11	Angka kejadian infeksi aliran darah primer (IADP)		≤3.5%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	
12	Angka kejadian infeksi dekubitus		1,5%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	
13	Ketidakpatuhan pasien dengan jadwal HD	HD	0%	1.9	2.0	6.8	1.9	5.9	3.7	1	4.62	3.03	0	0	0	2.6	
14	Keterlambatan Pemberian resume medis	VIP	0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	
15	Waktu Tunggu Hasil pemeriksaan Laboratorium Pasien Poliklinik	LAB. KLI.	120 Menit	44	45	53	44	45	53	68	59	71	71	120	74	62.4	
16	Waktu Tunggu Hasil pemeriksaan Laboratorium Pasien IGD		60 Menit								56	58	57	58	58	57	57.3
17	Waktu Tunggu Hasil pemeriksaan Laboratorium Pasien Ponek		30 Menit								40.8	41.4	52.0	52.0	37.7	48.5	45.4
18	Persentase penyelesaian Laporan Kerusakan/ Gangguan Sarana RS	IPSRs	80%							72.9	83.1	97.0	99.0	100	93.2	90.9	
19	Kecepatan Waktu Kunjungan Teknisi thd laporan Pemeriksaan Kerusakan	IPSRs	80%							78.3	56.6	47.8	69.1	65.0	61.4	63.0	
20	Angka Respon Time Penanganan Trouble Hardware	IT	100%							100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
21	Linen yang Dicuci Ulang	LAUNDRY	5%	1.1	0.8	0.8	0.3	0.2	0.2	0.3	0.3	0.7	0.3	0.3	0.7	0.3	

#### 2. INDIKATOR MUTU DIPERSYARITKAN BAB

NO	NAMA INDIKATOR	RUANGAN	TARGET	CAPAIAN												
				JAN	FEB	MAR	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AGUS	SEPT	OKT	NOV	DES	RATA"
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	Kelengkapan pengisian format surgical safety check list	OK	100%	89.8	94.3	94.5	100	100	98	96.6	98.5	100	99.0	98.8	100	97.4
2	Kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi	OK	0%	6.1	25.5	23.7	31.6	35.3	35.6	55.8	41.9	29.4	21.1	53.6	41.2	33.4
3	Pelaksanaan asesmen pra bedah	OK	100%	74.6	43.7	23.3	1.1	0	0	19.5	20.9	28.3	25.2	27.6	29.5	24.5
4	Diskrepasi diagnose pre dan post operasi	OK	0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi pasca pemulihan pasca anestesi dan sedasi	ANESTESI	0%	6.6	2.1	5.7	19.1	0	7	7.9	2.4	11.3	20.0	18.9	6.0	8.9
6	Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi konversi tindakan dari lokal/regional kegeneral anestesi	ANESTESI	0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
7	Ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi status fisiologis selama anestesi dan sedasi	ANESTESI	0%	3.5	3.4	5.7	3.5	3.4	5.7	7.9	3.5	4.0	16.2	18.2	5.3	6.7