

LAPORAN

PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP) TRIWULAN IV

TAHUN 2020



Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611

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


KATA PENGANTAR

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

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

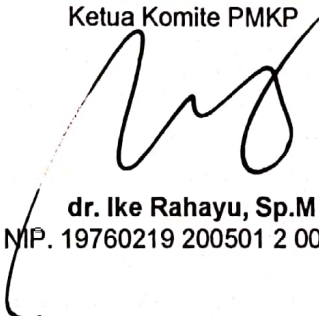
Kami menyadari bahwa laporan ini masih jauh dari sempurna, untuk itu kami terbuka terhadap segala masukan dan kritikan yang membangun demi kesempurnaannya dikemudian hari. Semoga laporan ini mendapatkan telaahan dan tindak lanjut demi kesuksesan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

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



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

Painan, Desember 2020
Ketua Komite PMKP



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

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
BAB I PENDAHULUAN	
A. 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 IV Tahun 2020	
1. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien.....	5
2. Emergency Respon Time	10
3. Waktu Tunggu Rawat Jalan.....	10
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.....	18
11. Kecepatan Respon Terhadap Komplain.....	20
12. Pelaksanaan Inisiasi Menyusui Dini pada BBL.....	24
13. Keterlambatan Operasi Sectio Secaria (SC) dalam Waktu 30 Menit.....	24
14. Keterlambatan Penyediaan Darah.....	25
15. Ketersediaan Obat MgSO ₄ pada Pasien dengan Pre Eklamsia dan Eklamsi.....	26
16. Kepatuhan Pemasangan Gelang Identitas Pasien Pada Pasien Ponek di IGD	23
17. Kepatuhan Pelaksanaan Double Chek Saat Pemberian Obat Higt Alert.....	27
18. Kelengkapan Pengisian Format Surgical Safety Check List.....	28
19. Kejadian Tidak Dilakukam Penandaan Lokasi Operasi.....	28
20. Kepatuhan Pelaksanaan Asesmen Pra Bedah.....	29
21. Diskrepansi Diagnose Pre dan Post Operasi.....	30
22. Ketidaklengkapan Monitoring dan Evaluasi Proses Pemulihan Pasca Anastesi dan Sedasi.....	31

23. Angka Monitoring Dan Evaluasi Pasca Pemulihan Pasca Anestesi dan Sedasi.....	31
24. Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Konversi Tindakan Dari Lokal/ Regional Ke General Anastesi.....	32
25. KetidakLengkapan Monitoring an Evaluasi Status Fisiologis Selama Anastesi Dan Sedasi	33
26. Komunikasi SBAR Saat Serah Terima Antar Shift.....	33
27. Ketepatan Cita Rasa Makanan Pasien Rawat Jalan.....	35
28. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Pasien.....	35
29. Penanganan Pasien TB Yang Tidak Sesuai Dengan Strategi DOTS.....	36
30. Permintaan Produk Darah Yang Tidak Terpakai.....	36
31. Ketepatan Pengembalian RM Rawat Inap.....	37
32. Penomoran Rekam Medis Ganda.....	38
33. Kehilangan Dokument RM Pasien Rawat Inap.....	39
34. Angka Kejadian Plebitis.....	39
35. Angka Kejadian ISK.....	40
36. Angka Kejadian IDO.....	41
37. Angka Kejadian VAP.....	41
38. Angka Kejadian IADP.....	42
39. Linen yang Dicuci Ulang.....	42
40. Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium.....	43
41. Kualitas Produk Sterilisasi dangan Tape Indikator Steril.....	44
42. Kesalahan Produk Sterilisasi dangan Tape Indikator Steril.....	45
43. Kelengkapan Assesmen Awal Medis Pasien Rawat Jalan.....	46
44. Kelengkapan Assesmen Awal Medis Pasien Rawat Inap.....	47
45. Kelengkapan Assesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan.....	48
46. Kelengkapan Assesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap.....	50
47. Kepatuhan Ahli Gizi Dalam Memberikan Asuhan Gizi.....	51

BAB III PENUTUP 52

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 Triwulan IV Tahun 2020.

2. TujuanKhusus

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

BAB II

HASIL KEGIATAN DAN ANALISA

A. INDIKATOR MUTU

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

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

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

Tabel 2.1
Daftar Indikator Mutu Rumah Sakit

NO	KODE	INDIKATOR MUTU
A	IMN	INDIKATOR MUTU NASIONAL
1	IMN01	Kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien
2	IMN02	Emergency Respon Time
3	IMN03	Waktu tunggu rawat jalan
4	IMN04	Penundaan operasi elektif
5	IMN05	Ketepatan jam visite dokter spesialis
6	IMN06	Waktu pelaporan nilai kritis laboratorium
7	IMN07	Kepatuhan penggunaan formularium nasional
8	IMN08	Kepatuhan cuci tangan
9	IMN09	Pencegahan cedera akibat pasien jatuh
10	IMN10	Kepatuhan penggunaan clinical pathway
11	IMN11	Kepuasan pasien
12	IMN12	Kecepatan respon terhadap keluhan (KRK)
B	IMP	INDIKATOR MUTU PRIORITAS
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 ₄ 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

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

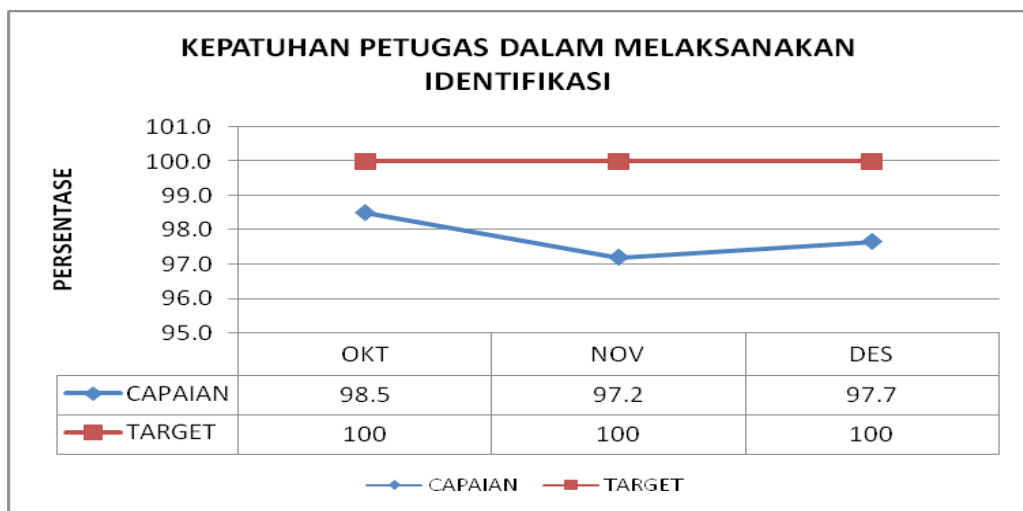
ANALISA DATA INDIKATOR MUTU TRIWULAN IV TAHUN 2020

I. INDIKATOR MUTU NASIONAL

1. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN IDENTIFIKASI PASIEN

1.1. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN PASIEN DI UNIT RAWAT INAP

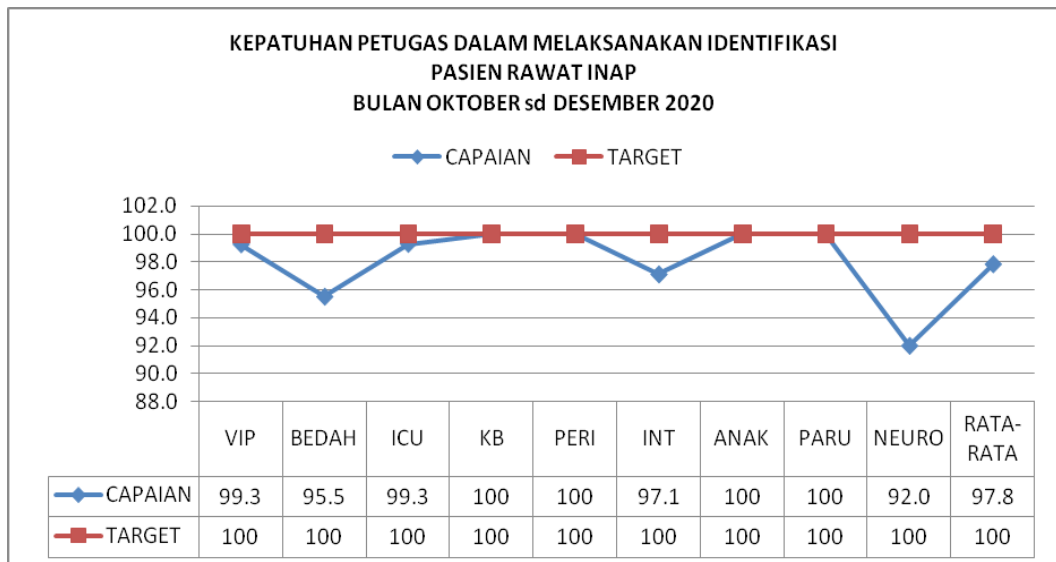
Kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien pada rawat inap pada Bulan Oktober sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik berikut :



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

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa identifikasi pasien cenderung bervariasi dimana capaian yang mendekati target terjadi pada bulan Oktober dimana capaian identifikasi pasien pada rawat inap mencapai 98.5% dan yang terendah pada bulan November mencapai 97.2%.

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



**Grafik 2 Kepatuhan Petugas Dalam Identifikasi Petugas Pasien
per Ruangan Rawat Inap**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien pada Triwulan IV tahun 2020, trendnya cenderung meningkat mendekati standar. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 97.8%. Namun kalau dilihat pencapaian indikator tiap ruangan trennya bervariasi, ruangan yang telah mencapai target terdapat pada ruangan KB, Perinatologi, Anak dan Paru, sedangkan ruangan yang jauh dari target terdapat pada ruangan Neuro yaitu 92,0%. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

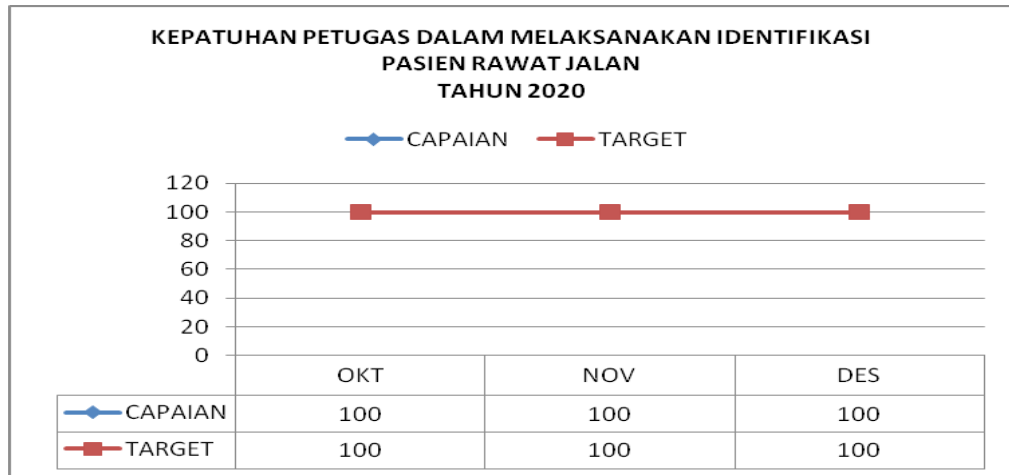
1. Kepatuhan melaksanakan identifikasi pasien belum menjadi budaya dalam memberikan pelayanan kepada pasien
2. Kurangnya kesadaran petugas tentang pentingnya identifikasi pasien
3. Pemahaman terhadap kamus indikator kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien masih kurang
4. Supervisi kepala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

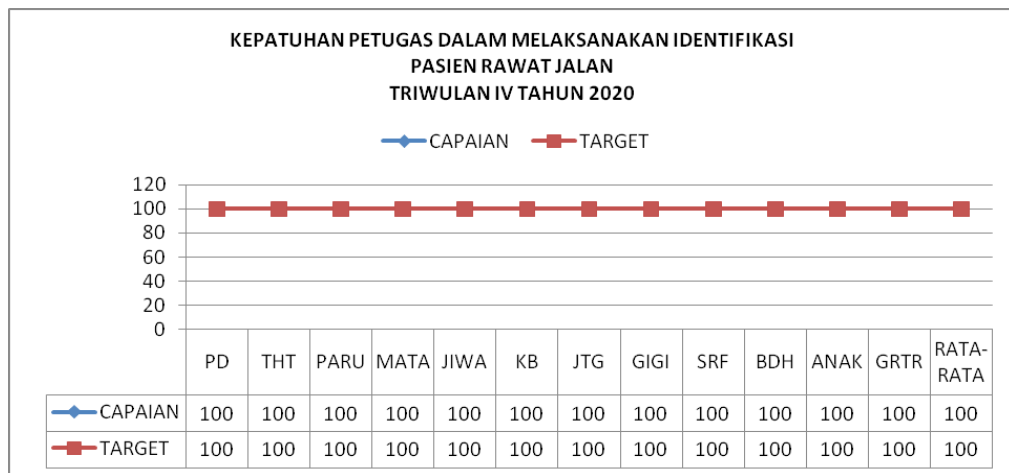
1.2. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN PASIEN DI UNIT RAWAT JALAN

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



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

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa pada bulan Oktober sd. November 2020 capaian kepatuhan identifikasi petugas pada pasien di unit Rawat jalan mencapai 100% sesuai target.

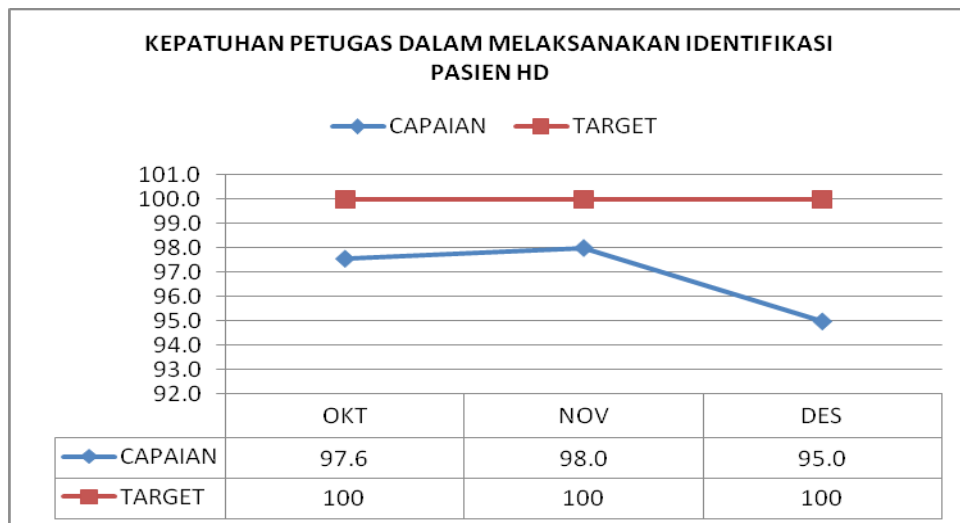


Grafik 1.2.2 Kepatuhan Petugas Dalam Identifikasi Petugas Pasien per Unit Rawat Jalan

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

1.3. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN PASIEN DI RUANGAN HEMODIALISA

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



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

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa di ruangan hemodialisa cenderung bervariasi dari bulan Oktober ke bulan Desember dimana pada bulan November mencapai 98%. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh beberapa hal:

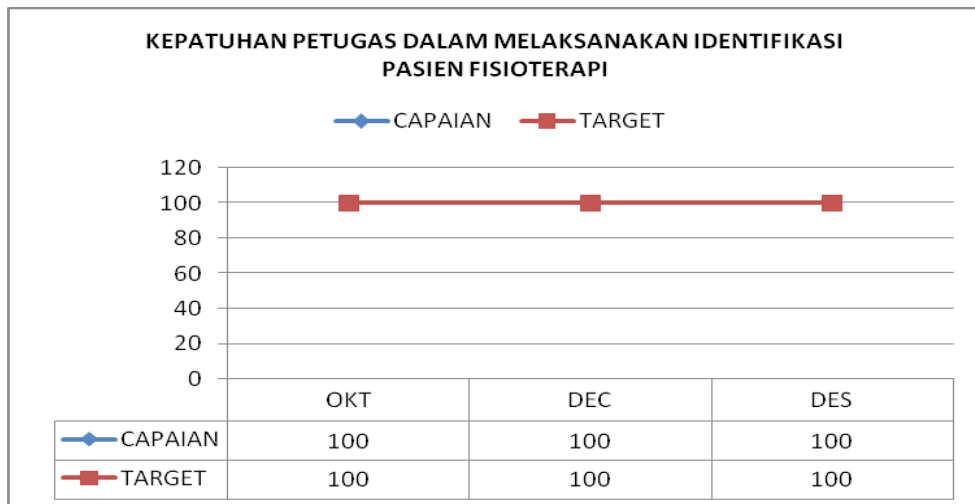
1. Ketidak pedulian pasien dalam mengikuti jadwal yang diberikan petugas
2. Faktor jarak dan ekonomi pasien dalam mengundur jadwal HD tiap minggunya
3. Kurangnya edukasi tentang pentingnya HD sesuai jadwal

Rekomendasi :

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

1.4. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN PASIEN DI RUANGAN FISIOTERAPI

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

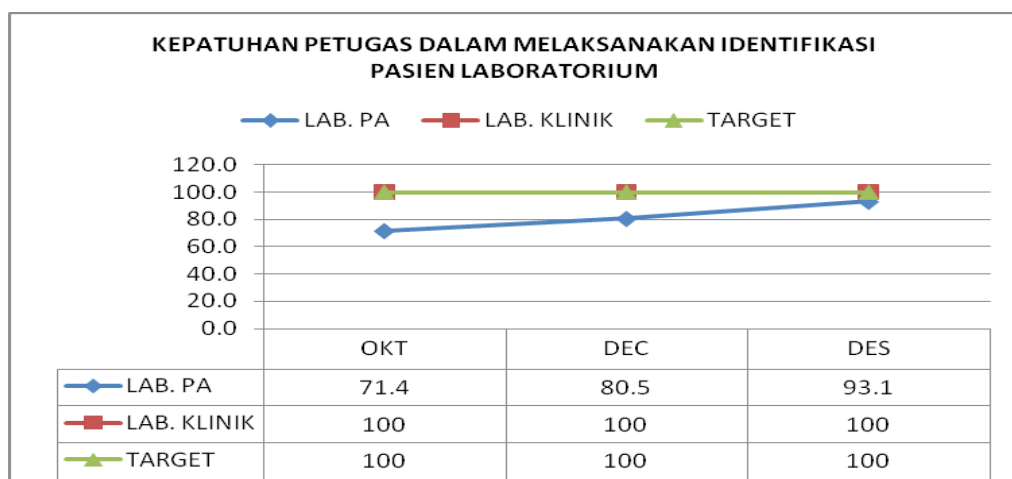


Grafik 5. Kepatuhan Petugas Dalam Identifikasi Petugas Pasien per Unit Rawat Jalan

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa di ruangan Fisioterapi cenderung meningkat dari bulan Oktober ke bulan Desember dimana pada bulan Desember sudah mencapai target (100%).

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

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

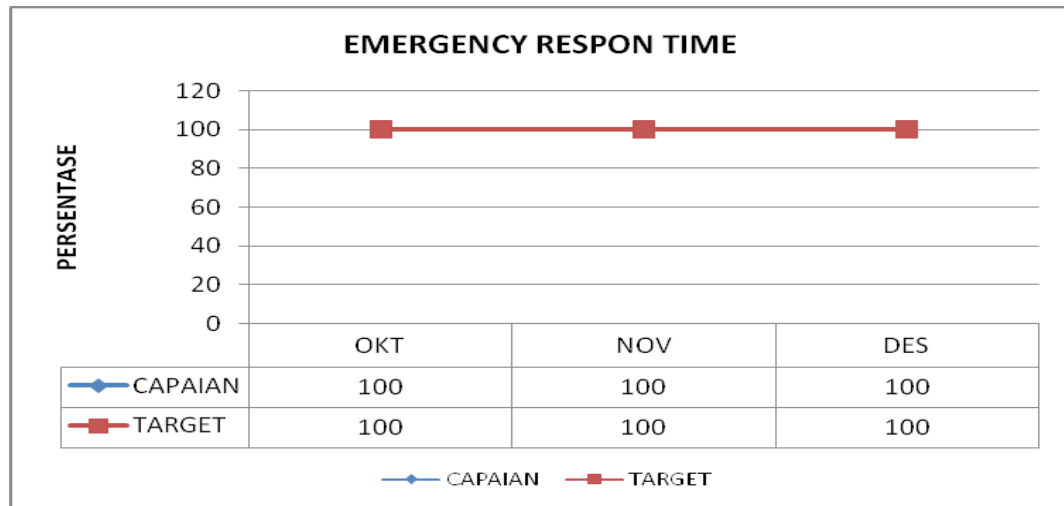


Grafik 6. Kepatuhan Petugas Dalam Identifikasi Petugas Pasien per Unit Rawat Jalan

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 Emergency Respon Time pada bulan Oktober sd. Desember tahun 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini



Grafik 7. Emergency Respon Time Triwulan IV Tahun 2020

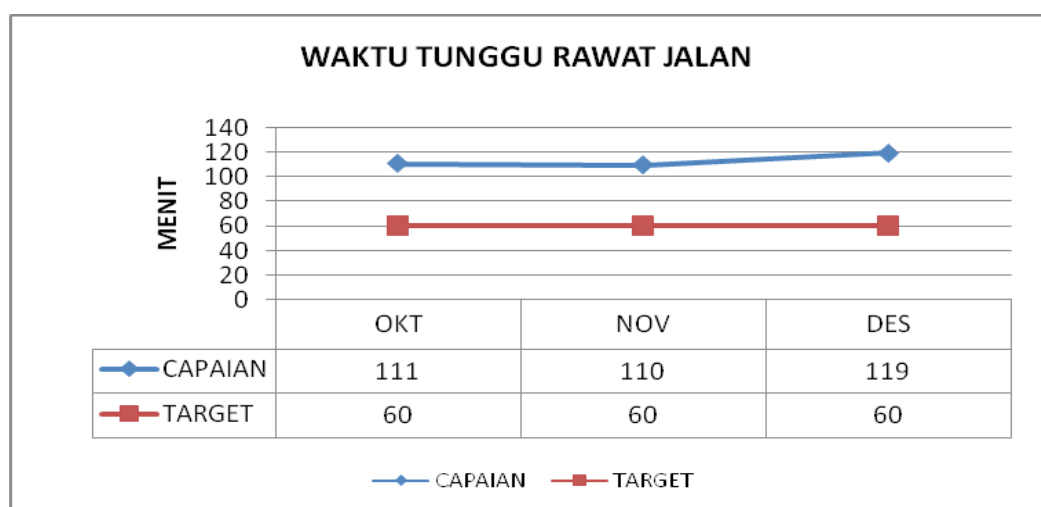
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu emergency respon time pada Triwulan IV tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 100%, rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian indikator ini sudah mencapai standart.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

3. WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN

3.1. WAKTU TUNGGU PASIEN RAWAT JALAN

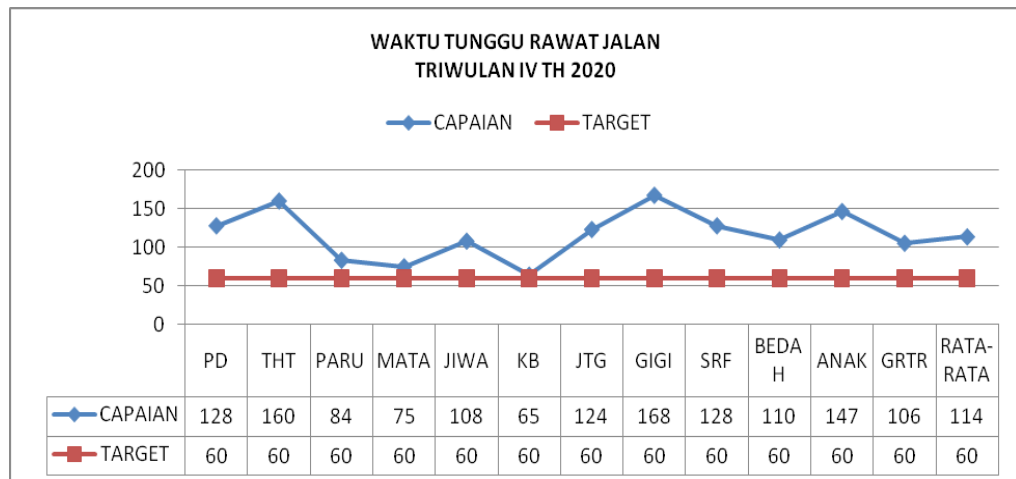
Capaian waktu tunggu rawat jalan pada bulan Oktober sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik berikut ini:



Grafik 8. Waktu Tunggu Rawat Jalan Triwulan IV Tahun 2020

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa waktu tunggu pasien di rawat jalan belum mencapai target yakni 110 sd. 119 menit. Paling tinggi pada bulan Desember mencapai 119 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 9. Waktu Tunggu Rawat Jalan Triwulan IV tahun 2020

Grafik diatas adalah capaian indicator mutu waktu tunggu rawat jalan pada Triwulan IV tahun 2020, trendnya cenderung mendekati standar. Standar indicator mutu ini adalah 60 menit, rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 114 menit.

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

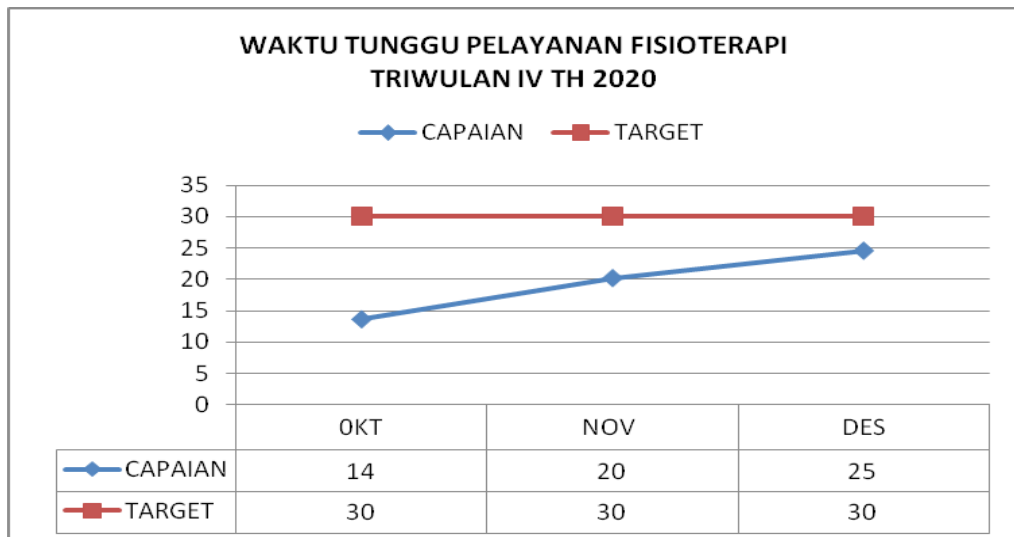
1. Belum semua DPJP datang tepat waktu ke rawat jalan
2. Proses pendaftaran yang memakan waktu lama, karena banyaknya pasien yang berobat ke rawat jalan
3. Pendistribusian status ke poliklinik sering terlambat

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 IV dapat dilihat pada grafik dibawah:

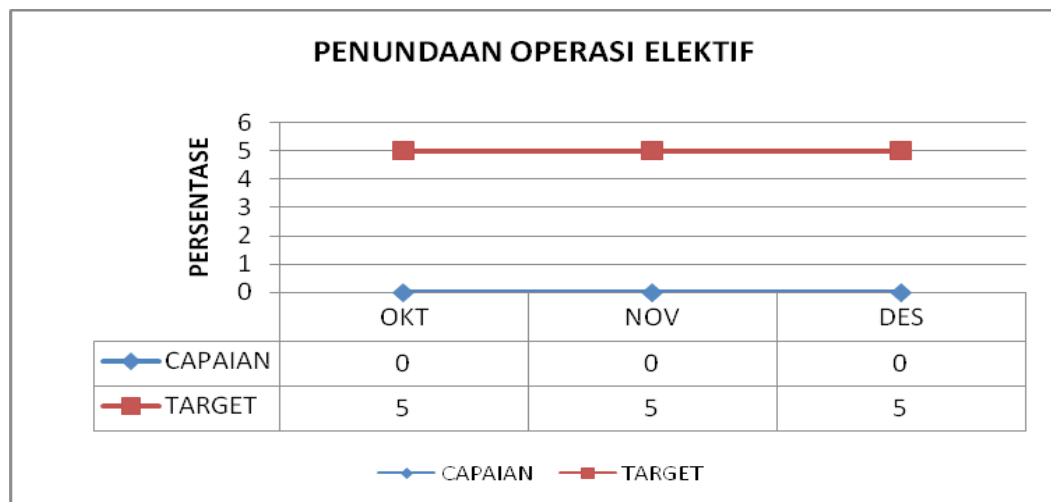


Grafik 10. Waktu Tunggu Pelayanan Fisioterapi Triwulan IV Tahun 2020

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 Oktober mencapai 14 menit dan yang terburuk pada bulan Desember mencapai 25 menit.

4. PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF

Penundaan Operasi elektif pada bulan Oktober sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



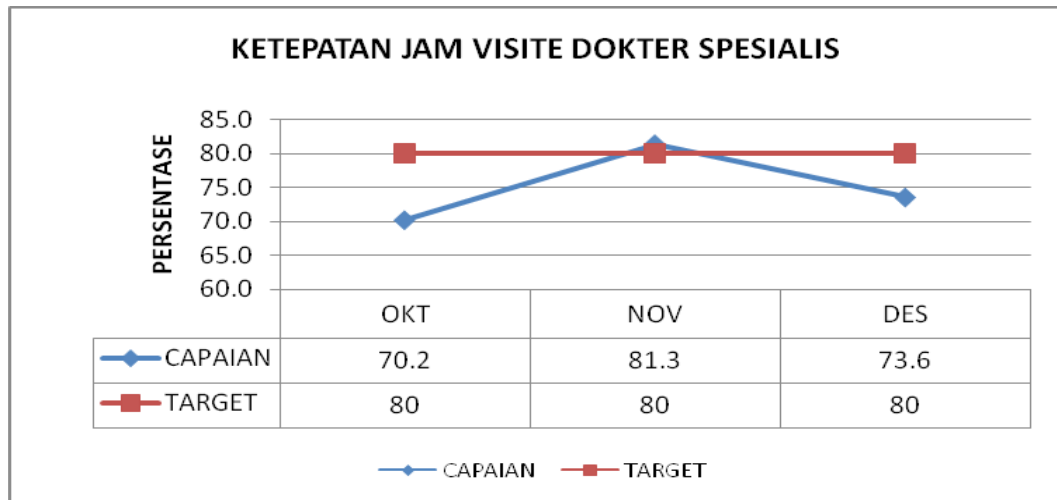
Grafik 11. Penundaan Operasi Elektif Triwulan IV Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu penundaan operasi elektif pada Triwulan IV tahun 2020, 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

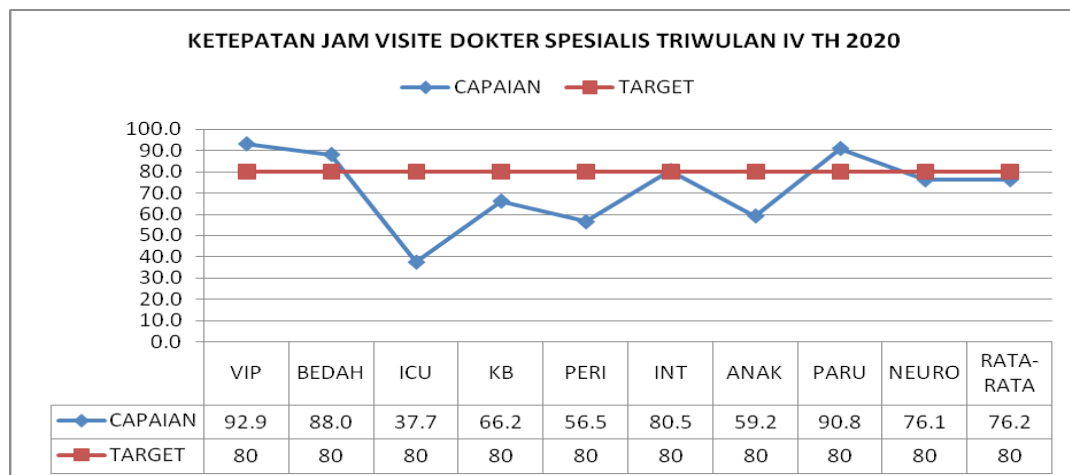
5. KETEPATAN JAM VISITE DOKTER SPESIALIS

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



Grafik 12. Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis Per Triwulan IV Tahun 2020

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



Grafik 13. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis Triwulan IV Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan jam visite dokter spesialis pada Triwulan IV tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah $\geq 80\%$, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 76,4%. pencapaian indikator ini sudah mencapai target yang diharapkan. Namun dilihat dari tiap ruangan trennya bervariasi. Ruangan yang memenuhi standar terdapat pada ruangan VIP, Paru, Neuro, KB, Bedah, Interne dan Kelas. Ruangan yang belum memenuhi standar indikator terdapat pada

ruangan Perinatologi, Anak, ICU.

Belum tercapainya target indicator ini disebabkan:

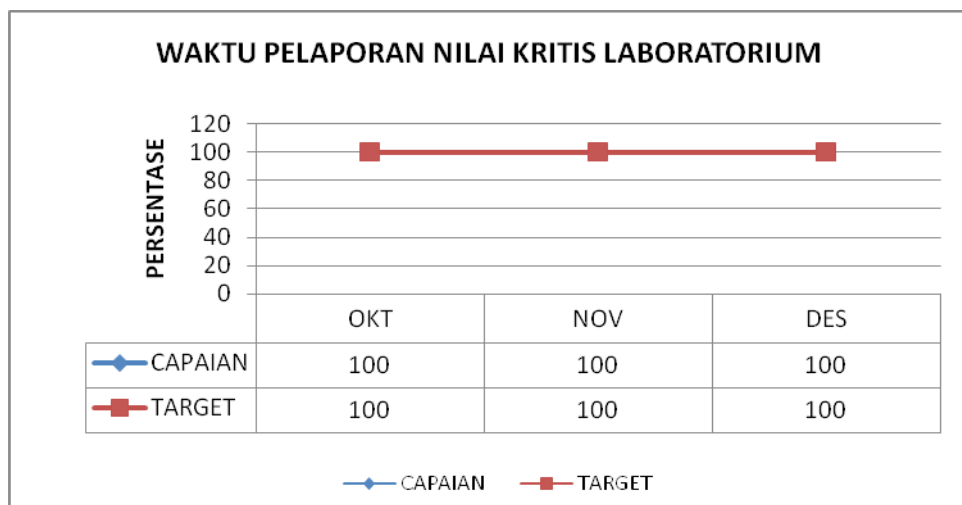
1. Belum semua dokter spesialis visite sebelum jam 14.00 wib karena dokter tersebut melaksanakan pelayanan poliklinik pada pagi hari
2. Belum terbiasanya dokter spesialis visite di hari minggu dan hari libur nasional
3. Pemahaman terhadap kamus indikator kepatuhan visite dokter spesialis masih kurang

Rekomendasi:

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

6. WAKTU PELAPORAN NILAI KRITIS LABORATORIUM

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



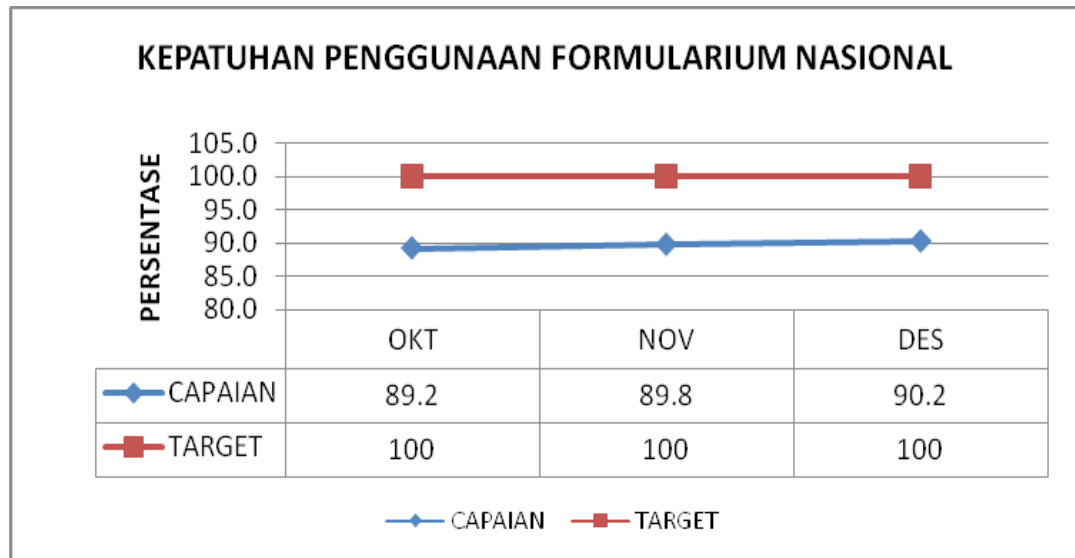
Grafik 14. Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium Triwulan IV 2020

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

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

7. KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL

Capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional Triwulan IV tahun 2020 ditunjukkan pada grafik dibawah:



Grafik 15. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Triwulan IV Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional pada Triwulan IV tahun 2020, trendnya cenderung menurun. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 90.2%. Capaian indikator belum mencapai standart yang telah ditetapkan

Belum tercapainya target indicator ini disebabkan:

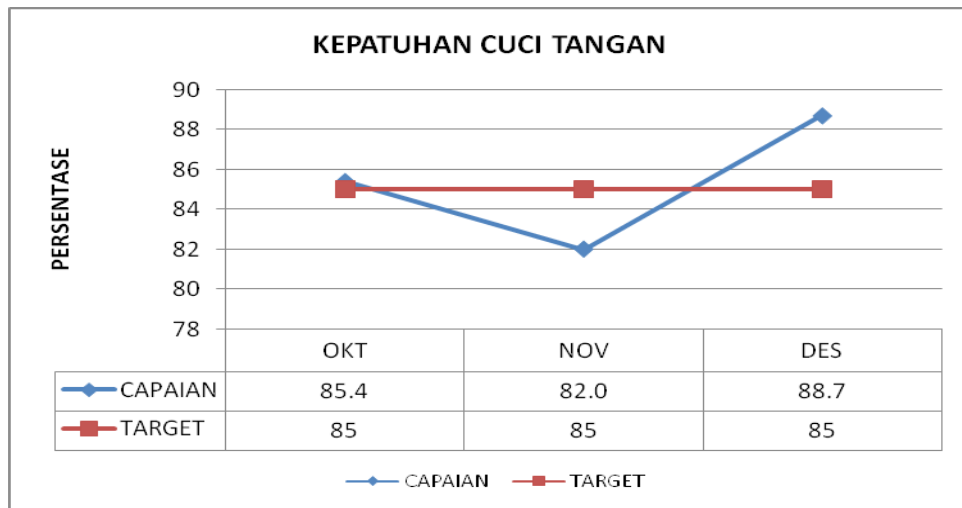
1. Kurangnya kesadaran petugas tentang pentingnya kepatuhan penggunaan formularium
2. Pemahaman terhadap kamus kepatuhan penggunaan formularium masih kurang

Rekomendasi:

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

8. KEPATUHAN CUCI TANGAN

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

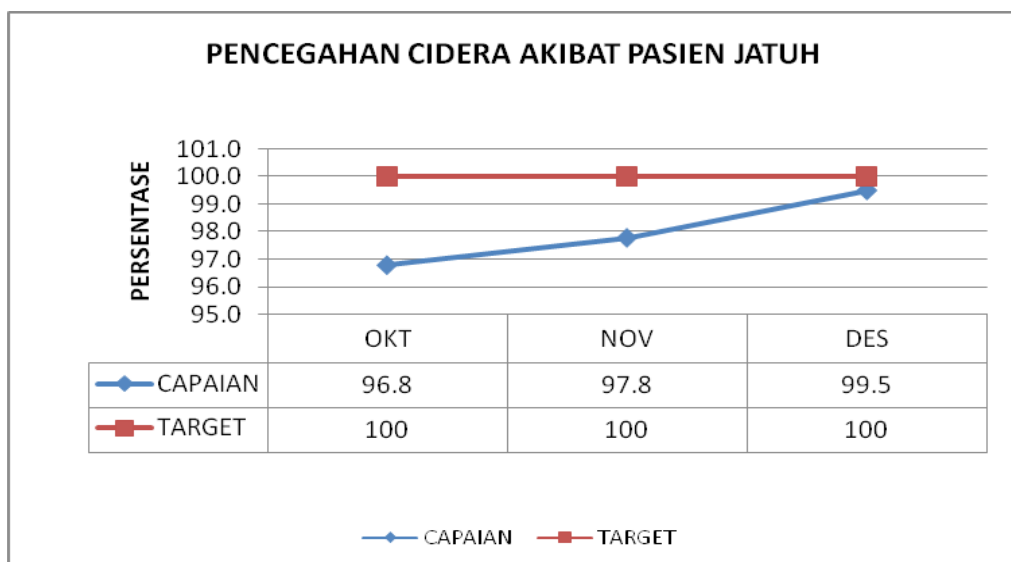


Grafik 16. Kepatuhan Cuci Tangan Triwulan IV Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan cuci tangan pada Triwulan IV tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Standart 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. KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RESIKO CIDERA AKIBAT PASIEN JATUH

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

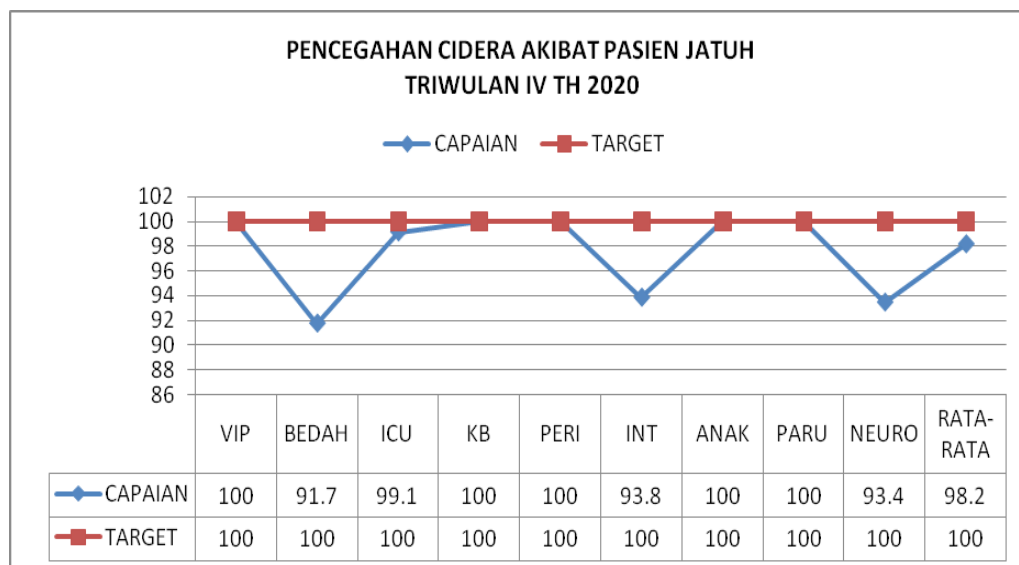


Grafik 17. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cidera Akibat Pasien Jatuh Triwulan IV Tahun 2020

Dari grafik diatas masih ada ruangan yang belum melaksanakan pencegahan cidera akibat pasien jatuh. Dimana rata-rata capaian indicator ini

adalah 94,6% pada bulan Oktober, 92,2% pada bulan November dan 98,6% pada bulan Desember. Dari grafik dapat dilihat bahwa kecendrungan capaian mengalami peningkatan setiap bulannya.

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



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

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

Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

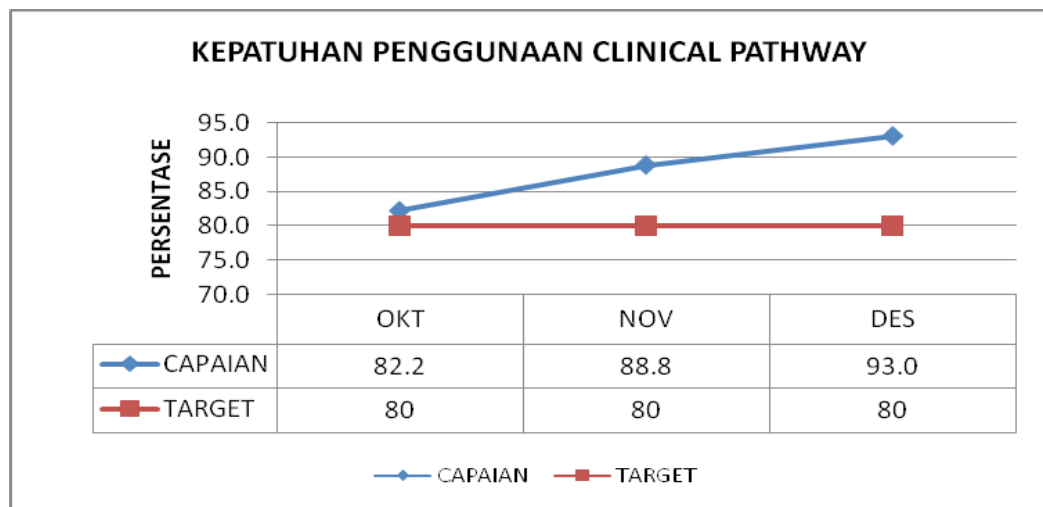
1. Pelaksanaan skrining resiko jatuh pada rawat inap belum optimal
2. Belum terlaksananya asesmen ulang resiko jatuh karena belum tersosialisasinya form asesmen ulang resiko jatuh
3. Sarana dan prasarana untuk penandaan resiko jatuh masih kurang, karena gelang/stiker resiko jatuh kadang-kadang tidak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

Rekomendasi :

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

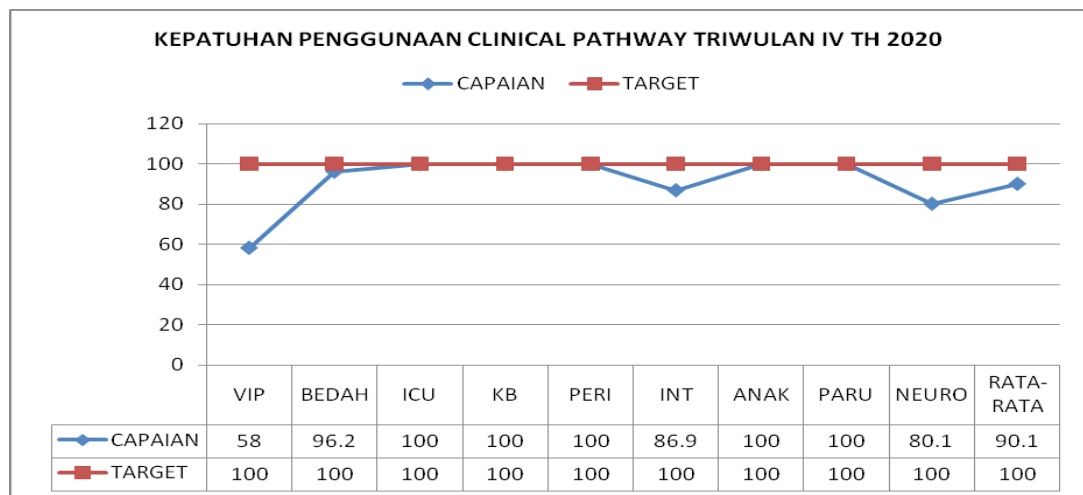
10. KEPATUHAN PENGGUNAAN CLINICAL PATHWAY

Capaian kepatuhan penggunaan clinical pathway bulan Oktober sd. Desember 2020 ditunjukkan pada grafik dibawah:



Grafik 19. Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway Triwulan IV Tahun 2020

Capaian untuk indicator ini sudah mencapai target dimana grafiknya cenderung meningkat. Rata-rata capaiannya pada triwulan IV ini adalah 90 %. Namun untuk masing-masing ruangan capaiannya dapat dilihat pada grafik dibawah:



Grafik 20. Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway Triwulan IV Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan penggunaan clinical pathway pada Triwulan IV tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 90.1%. semua ruangan sudah mencapai target kecuali VIP. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

1. Belum tersosialisasinya dengan baik cara pengisian blangko clinical pathway

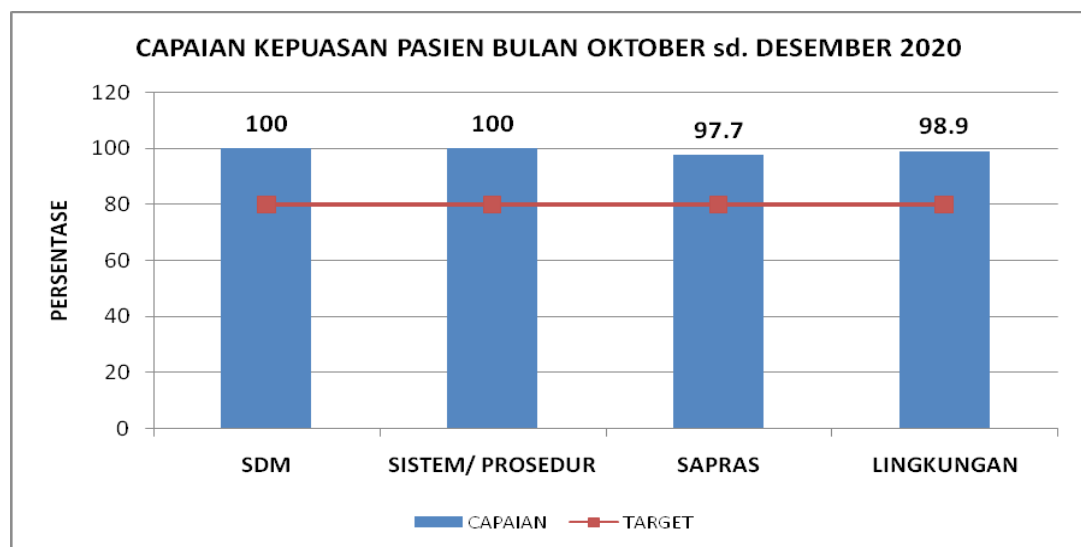
2. Banyaknya variasi blanko clinical pathway, sehingga ada wacana untuk revisi blanko clinical pathway. Akan tetapi revisi belum selesai, blanko lama tidak di jalankan.

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 indicator ini adalah :

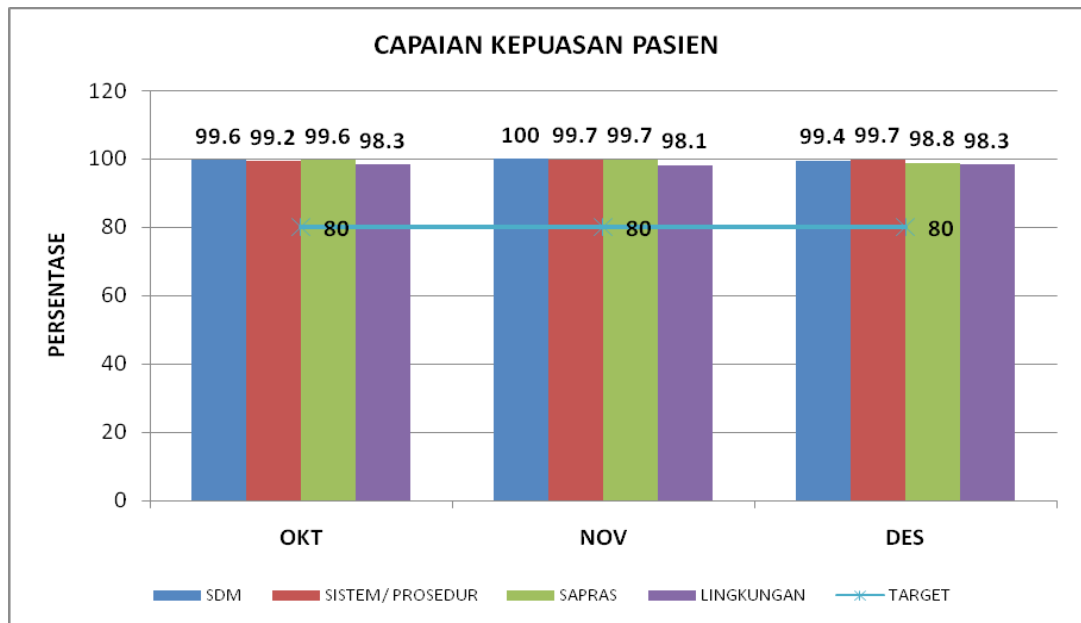


Grafik 21. Tingkat Kepuasan Pelanggan Triwulan IV tahun 2020

Grafik diatas adalah rata-rata capaian indikator mutu Tingkat kepuasan pelanggan bervariasi untuk setiap aspek penilaian. Standart indicator 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 100%.

Rekomendasi: Pertahankan hasil capaian indikator yang telah ada

Untuk capaian setiap bulannya pada triwulan IV dapat dilihat pada grafik dibawah:

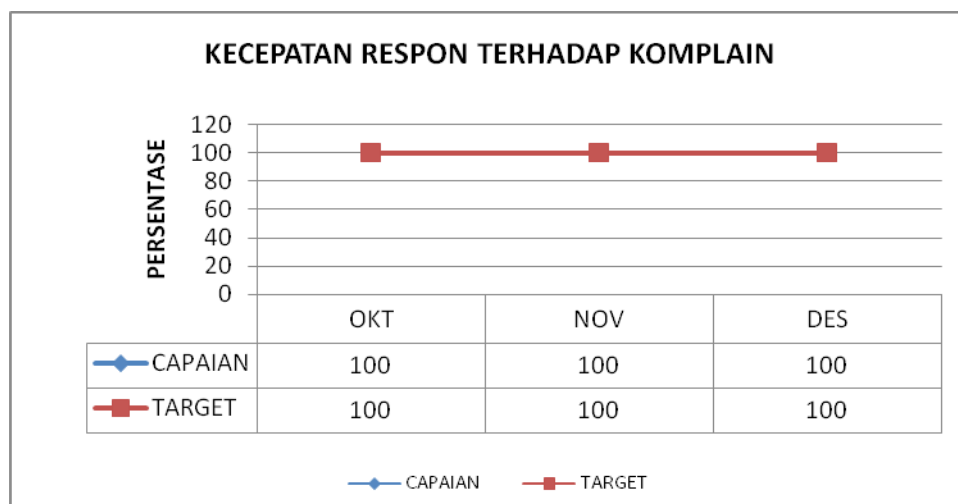


Grafik 22. Tingkat Kepuasan Pelanggan Bulan Oktober sd. Desember Tahun 2020

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

12. KECEPATAN RESPON TERHADAP KOMPLAIN

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



**Grafik 23. Kecepatan Respon Terhadap Komplain
Triwulan IV Tahun 2020**

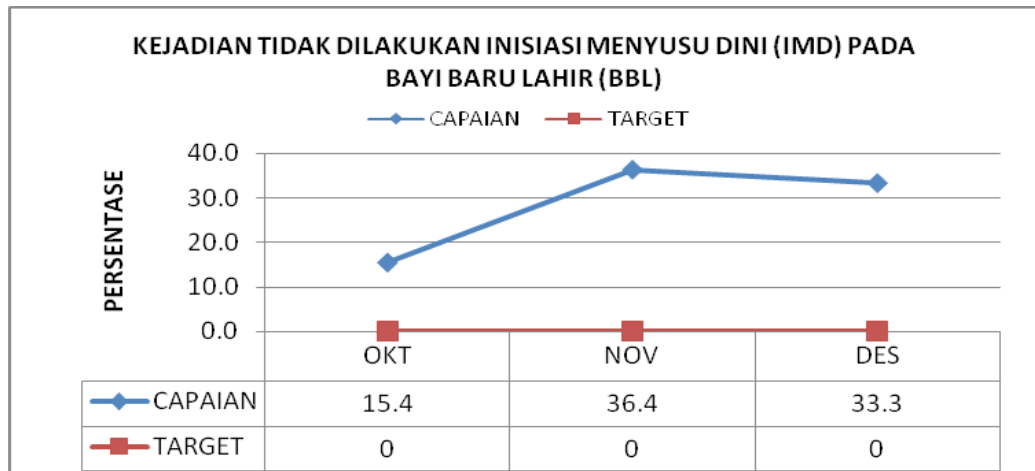
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kecepatan respon terhadap complain 100% dapat diatasi.

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 :

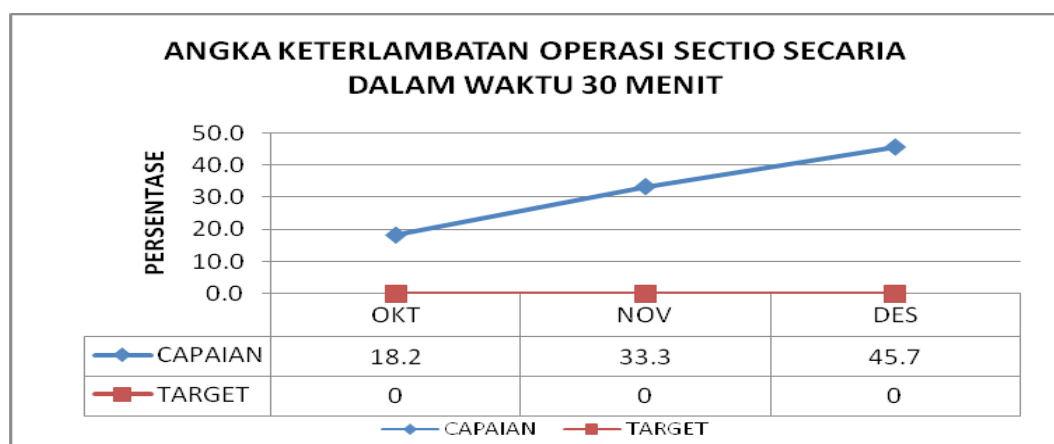


Grafik 24. Kejadian Tidak Dilaksanakan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) Pada Bayi Baru Lahir Triwulan IV Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kejadian tidak dilaksanakan inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir pada Triwulan IV tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 0.5%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 28.4%. Dimana kejadian paling buruk terjadi pada bulan November dimana 33,6% 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 25. Keterlambatan Operasi Sectio Secaria (SC) Dalam Waktu 30 Menit Triwulan IV Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu keterlambatan operasi sectio secaria (SC) pada Triwulan IV tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 32,4%. Artinya 32,2% terjadi keterlambatan operasi SC pada bulan Oktober sd. Desember 2020.

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

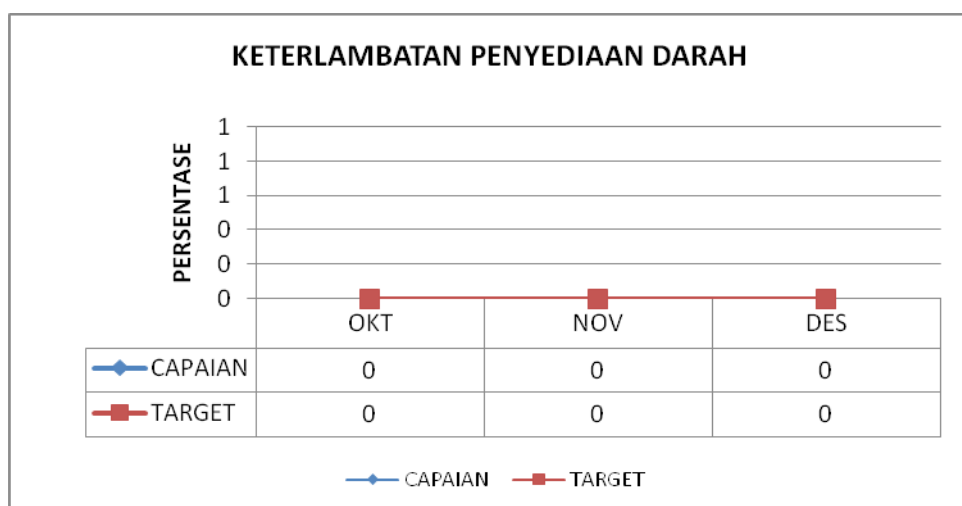
1. Instruksi sectio secaria dikeluarkan sebelum hasil laboratorium keluar, sehingga membutuhkan waktu 30 mnt untuk menunggu hasil labor keluar
2. Persiapan untuk sectio secaria membutuhkan waktu lama
3. Kurangnya pemahaman tentang kamus indicator keterlambatan operasi sectio secaria dalam waktu 30 menit

Rekomendasi :

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

3. KETERLAMBATAN PENYEDIAAN DARAH

Capaian keterlambatan penyediaan darah pada bulan Oktober sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah:



Grafik 26. Keterlambatan Ketersediaan Darah Triwulan IV Tahun 2020

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

sudah mencapai target.

4. KETERSEDIAAN MgSO₄ DI RUANG KEBIDANAN

Ketersediaan MgSO₄ di ruang kebidanan pada bulan Oktober sd. Desember 2020 dapat dilihat dibawah ini:



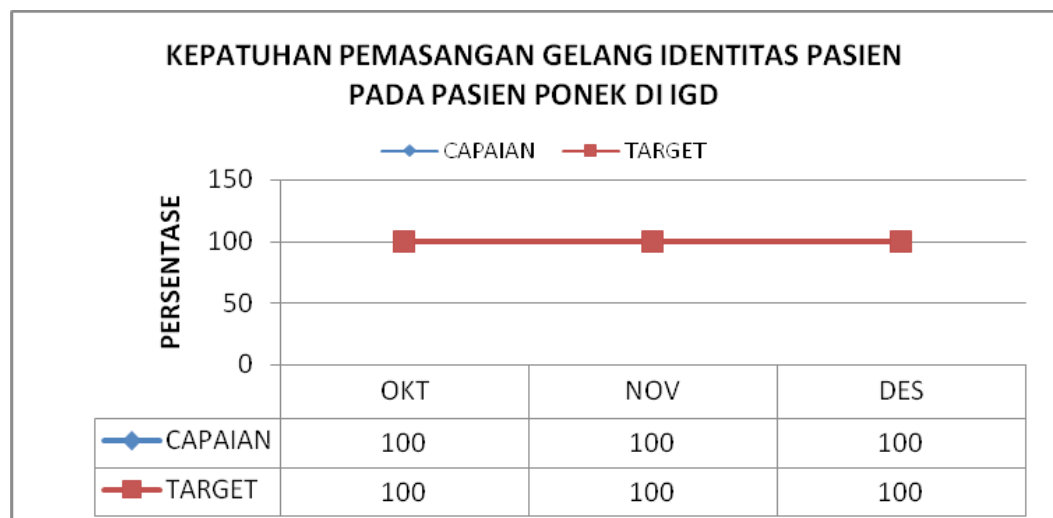
Grafik 27. Ketersediaan MgSO₄ Diruang Kebidanan Triwulan IV Tahun 2020

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

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

5. 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 28. Kepatuhan Pemasangan Gelang Identitas Pasien Pada Pasien PONEK Di IGD Triwulan IV Tahun 2020

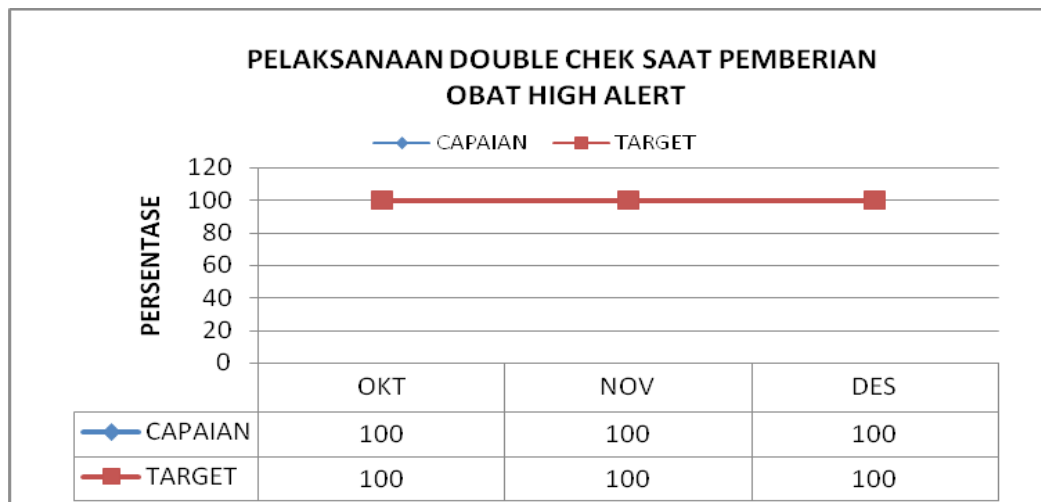
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien pada pasien PONEK di IGD pada Triwulan IV tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%.

Capaian sudah mencapai standart yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

6. KEPATUHAN PELAKSANAAN DOUBLE CHEK SAAT PEMBERIAN OBAT HIGH ALERT

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



Grafik 29. Kepatuhan Pelaksanaan Double Chek Saat Pemberian Obat Higt Alert Triwulan IV Tahun 2020

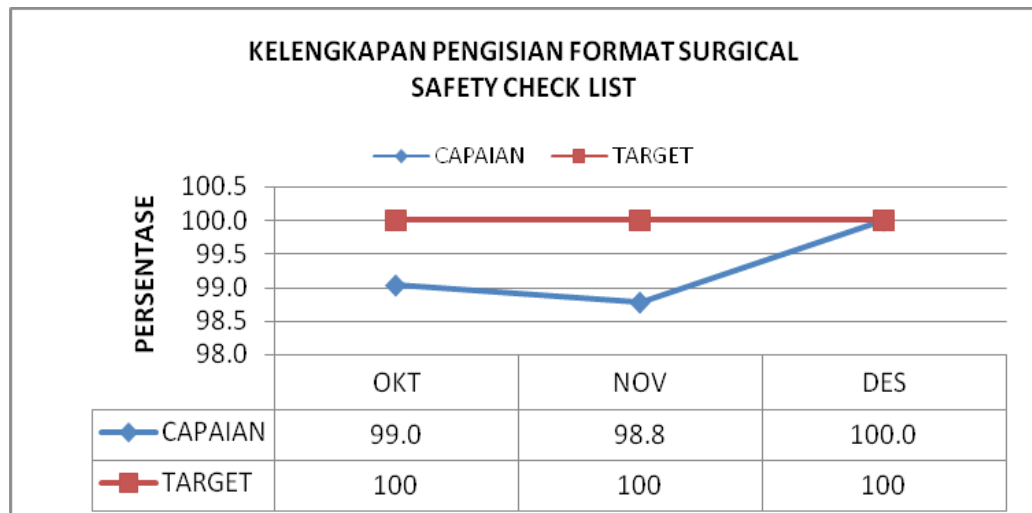
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan pelaksanaan double chek saat pemberian obat higt alert pada Triwulan IV tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian sudah mencapai standart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

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

III. INDIKATOR YANG DIPERSYARATKAN BAB

1. KELENGKAPAN PENGISIAN FORMAT SURGICAL SAFETY CHECK LIST

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



Grafik 30. Kelengkapan Pengisian Format Surgical Safety Check List Triwulan IV Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator Kelengkapan pengisian format surgical safety check list pada Triwulan IV tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 99.3%.

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 terbatas jumlah tenaga yang dinas

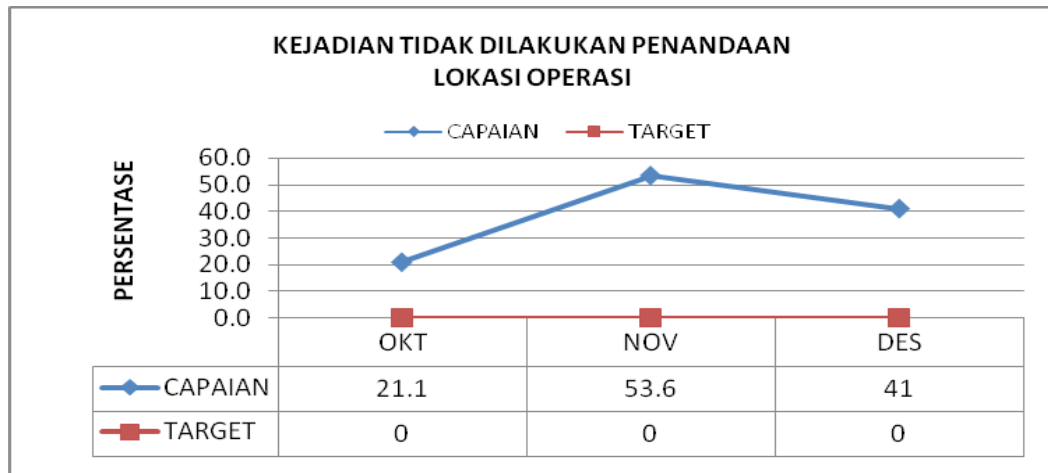
Rekomendasi :

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 pelaksanaan pengisian penandaan lokasi operasi pada bulan

Oktober sd. Oktober 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 31. Kejadian Tidak Dilakukan Penandaan Lokasi Operasi Triwulan IV Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi pada Triwulan IV tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 38,6%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh:

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

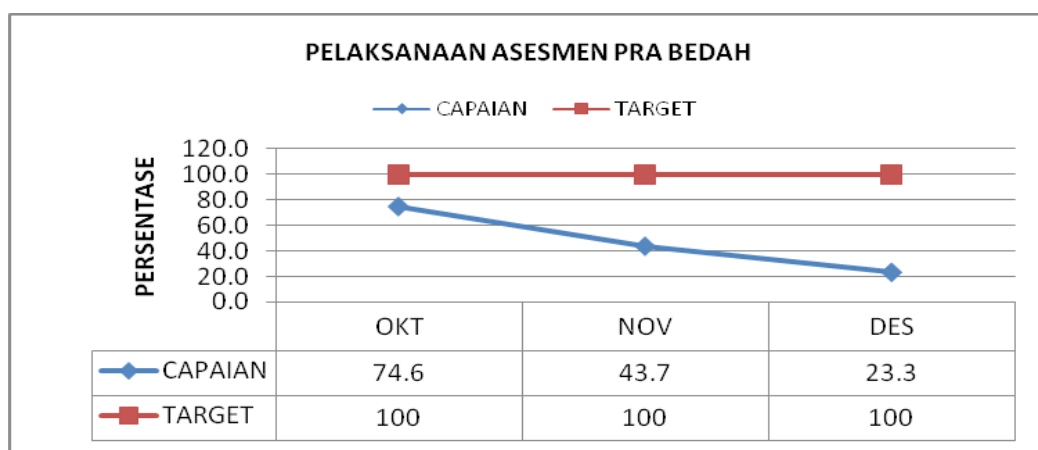
Rekomendasi :

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

Untuk selanjutnya akan dilakukan PDSA

3. PELAKSANAAN ASESMEN PRA BEDAH

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



Grafik 32. Kepatuhan Pelaksanaan Asesmen Pra Bedah Triwulan IV Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan pelaksanaan asesmen pra bedah pada Triwulan IV tahun 2020 trendnya cenderung menurun. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 22.8%.

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

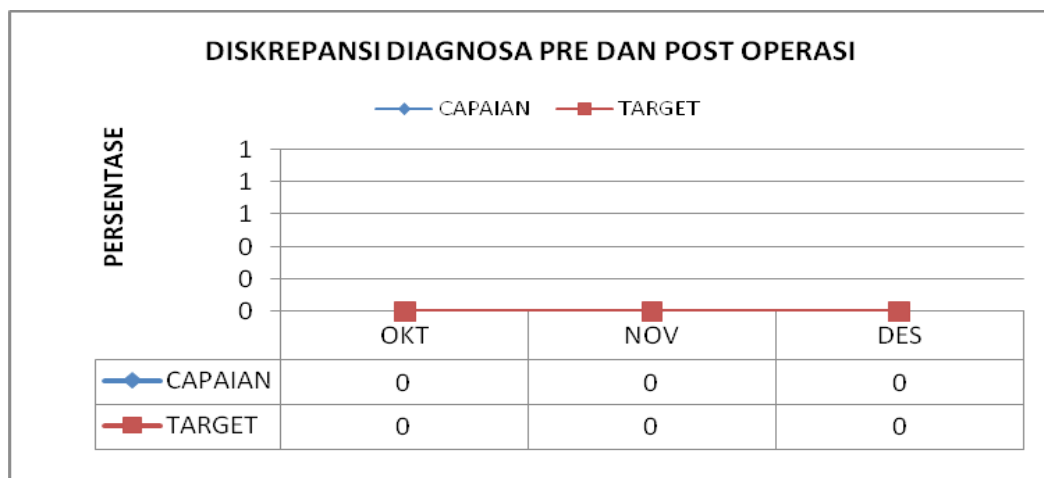
1. Komitmen yang belum adekuat dari DPJP untuk melengkapi asesmen pra bedah

Rekomendasi :

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

4. DISKREPANSI DIAGNOSE PRE DAN POST OPERASI

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



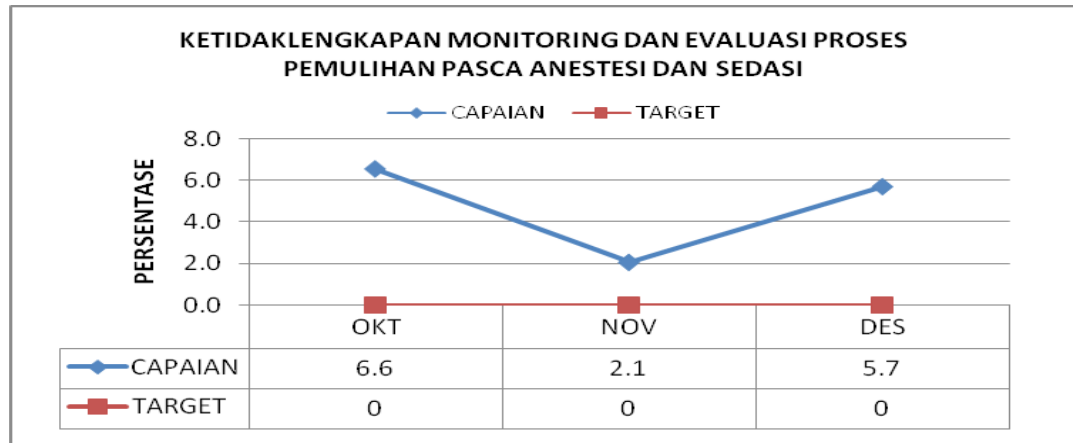
Grafik 33. Diskrepansi Diagnose Pre Dan Post Operasi Triwulan IV Tahun 2020

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

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

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 Oktober sd. Oktober 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



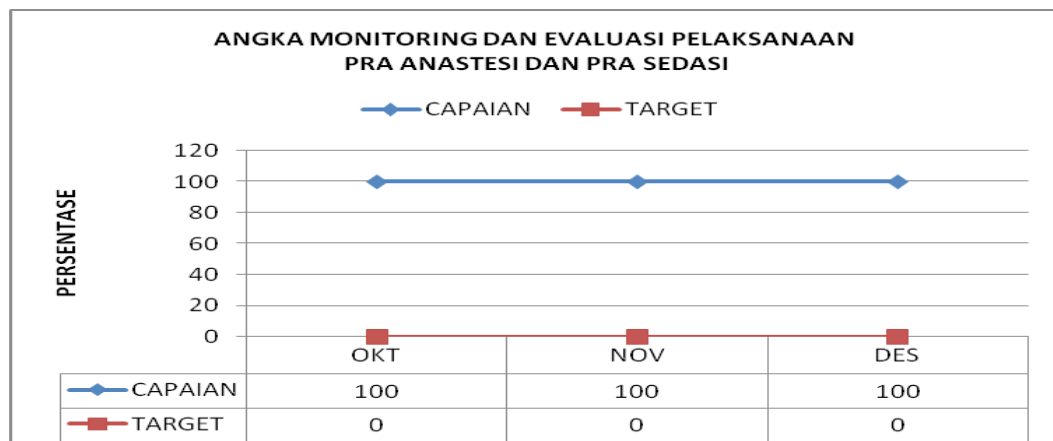
Grafik 34. Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Proses Pemulihan Pasca Anestesi Dan Sedasi Triwulan IV Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi proses pemulihan pasca anestesi dan sedasi pada Triwulan IV tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Standar indikator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 10.6%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indikator 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 pelaksanaan asesmen pra anestesi dan pra sedasi pada bulan Oktober sd. Oktober 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 35. Angka Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Pra Anastesi dan Pra Sedasi Triwulan IV Tahun 2020

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

Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh beberapa hal:

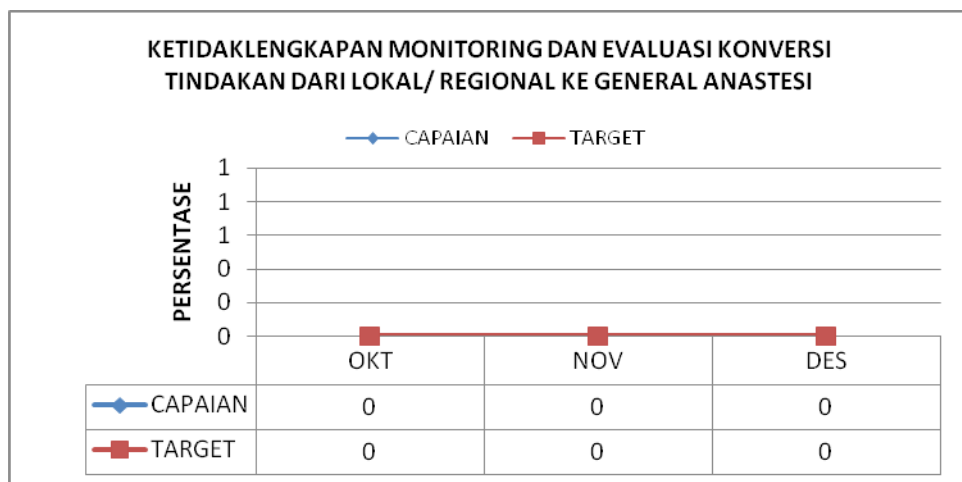
1. Komitmen yang belum adekuat dari seluruh staf medis dalam melengkapi asesmen

Rekomendasi :

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

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 anastesi pada bulan Oktober sd. Oktober 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



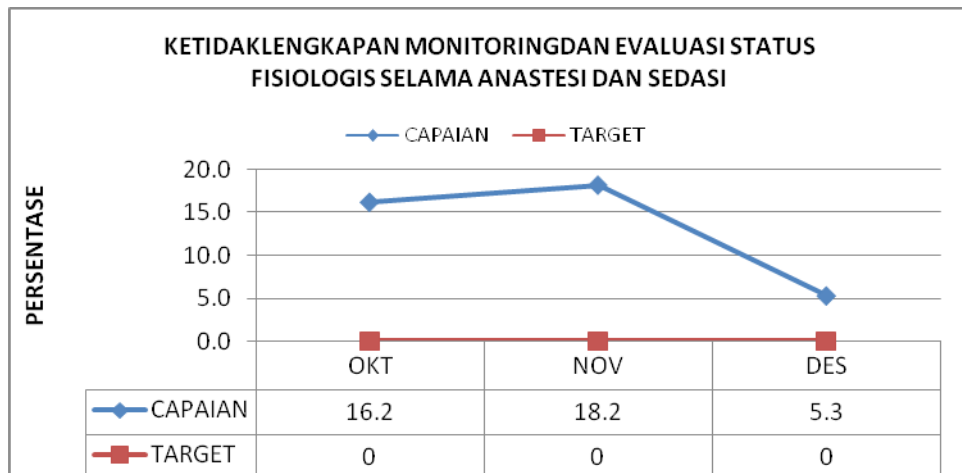
Grafik 36. Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Konversi Tindakan Dari Local/Regional Kegereneral Anastesi Triwulan IV Tahun 2020

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

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

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

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

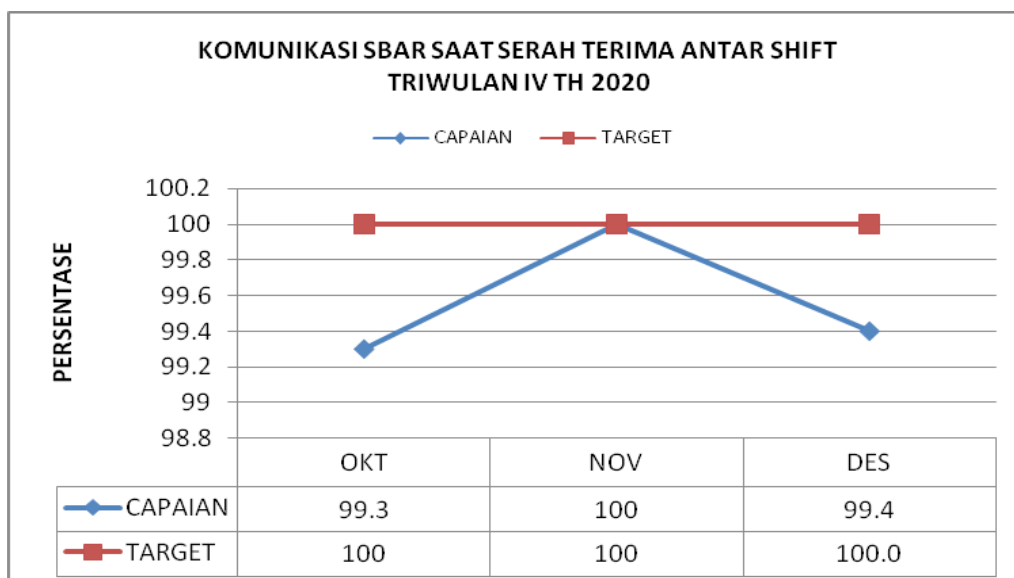


Grafik 37. Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Status Fisiologi Selama Anastesi dan Sedasi Triwulan IV Tahun 2020

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi status fisiologis selama anastesi dan sedasi pada bulan Oktober sd. Desember tidak mencapai target. Dimana capaian terendah pada bulan Desember dengan capaian mencapai 5.3%. Rata-rata ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi status fisiologis selama anastesi dan sedasi pada Triwulan IV mencapai 13.2%.

9. KOMUNIKASI SBAR SAAT SERAH TERIMA ANTAR SHIFT

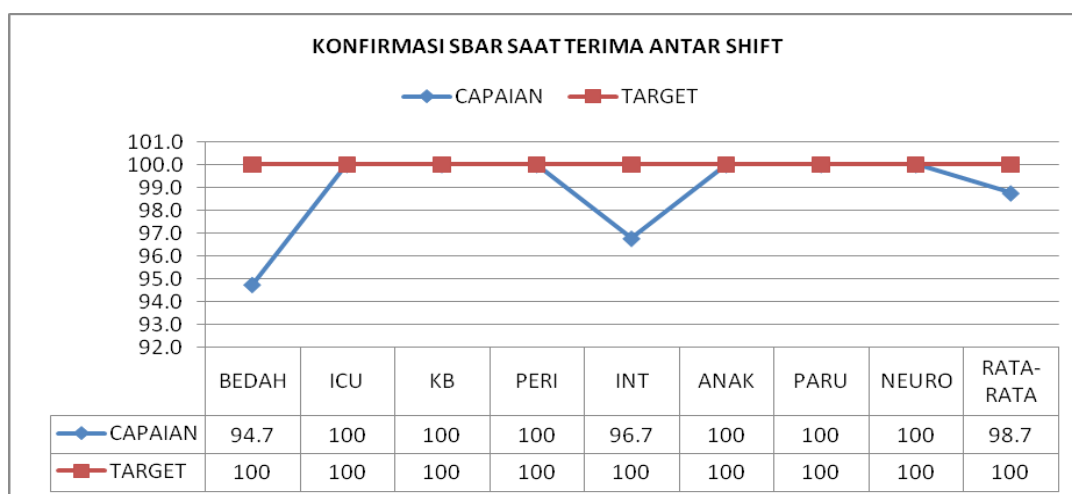
Persentase komunikasi SBAR serah terima antar shift pada bulan Oktober sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 38. Komunikasi SBAR Saat Serah Terima Antar Shift Triwulan IV Tahun 2020

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwakomunikasi SBAR saat serah terima antar shift sudah baik capaiannya dan setiap bulannya hampir mencapai target (100%)

Untuk indicator 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 39. Komunikasi SBAR Saat Serah Terima Antar Shif Triwulan IV Tahun 2020

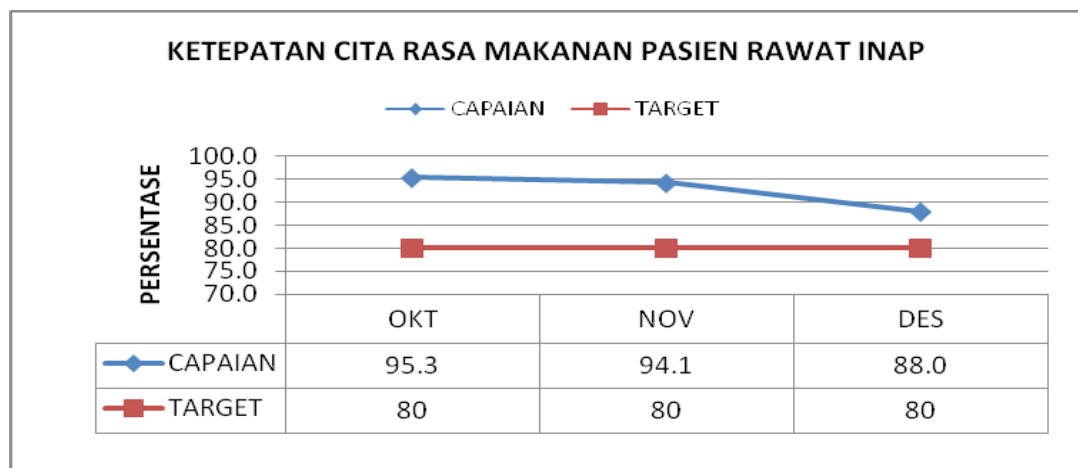
Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator Komunikasi pada ruangan ICU, KB, Perinatologi, Anak, Paru dan Neuro sudah mencapai 100%. Ruangan yang belum mencapai target adalah ruangan Bedah (94,7%) dan ruangan Interne (96,7%). Sementara rata-rata capaian indicator ini untuk triwulan IV adalah 98,7%

IV. INDIKATOR YANG DIPERSYARATKAN BAB

1. INDIKATOR RUANGAN GIZI

1.1. KETEPATAN CITA RASA MAKANAN PASIEN RAWAT INAP

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



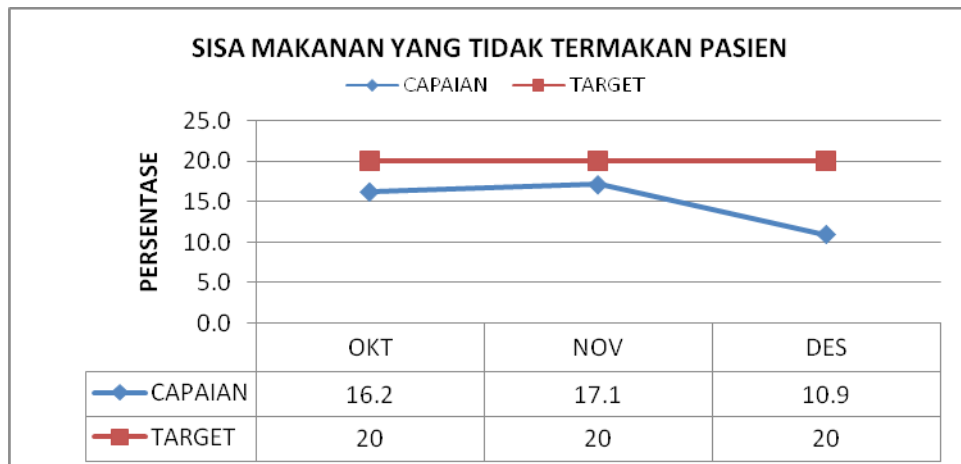
**Grafik 40. Ketepatan Cita Rasa Makanan Pasien Rawat Inap
Triwulan IV tahun 2020**

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Ketepatan Cita Rasa Makanan Pasien rawat inap pada Triwulan IV tahun 2020, trendnya cenderung menurun. Standart indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 92.5%.

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 Oktober sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 41. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Pasien Triwulan IV Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu Sisa Makanan yang tidak termakan pasien pada Triwulan IV tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indikator mutu ini adalah 20%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 16,8%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan.

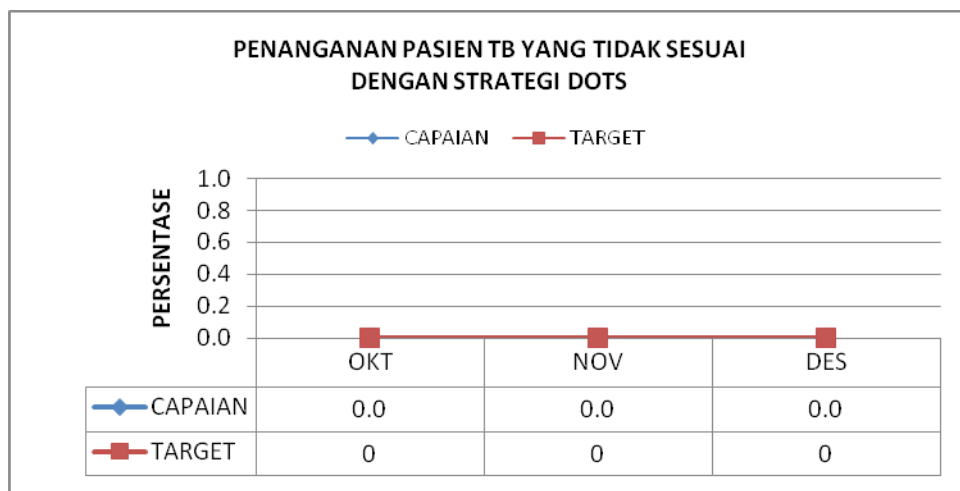
Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan :

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

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

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

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



Grafik 30. Penanganan Pasien TB Yang Tidak Sesuai Dengan Strategi Dots

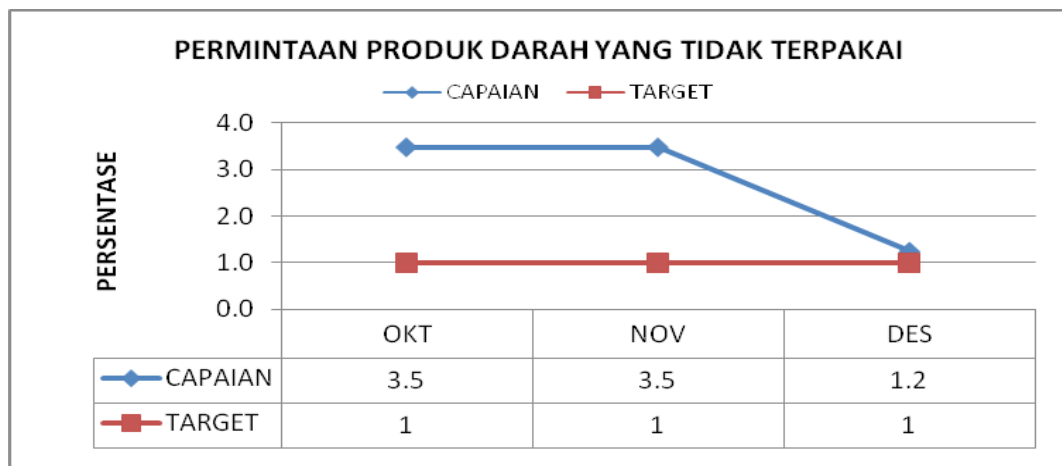
Triwulan IV Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Penanganan pasien TB yang tidak sesuai dengan Strategi Dots pada Triwulan IV 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

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

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



Grafik 31. Permintaan Produk Darah Yang Tidak Terpakai Triwulan IV Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu permintaan produk darah yang tidak terpakai pada Triwulan IV tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 1%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 2.7%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan.

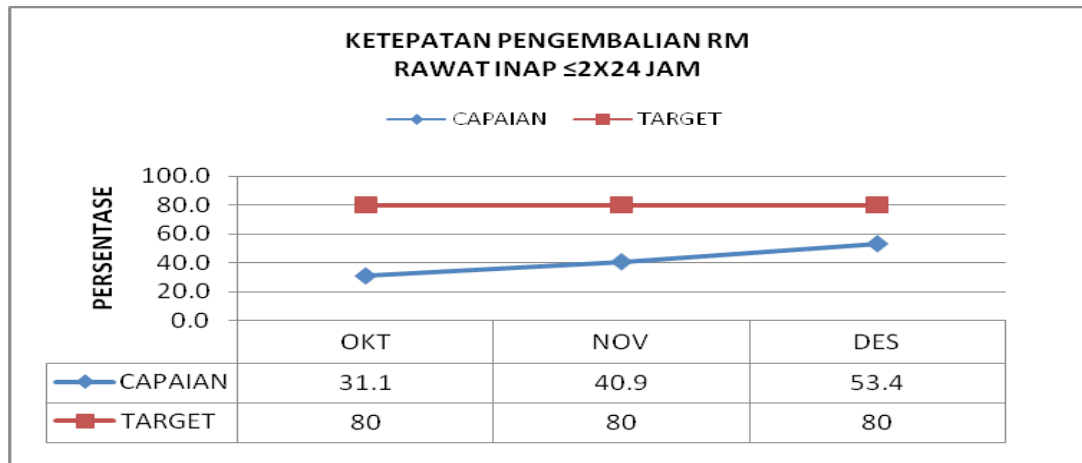
Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh beberapa hal diantaranya prosedur dari tindakan operasi yang mengharuskan persediaan darah sebelum dilaksanakan tindakan operasi

Rekomendasi :

Lakukan evaluasi tentang pelaksanaan dilapangan

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

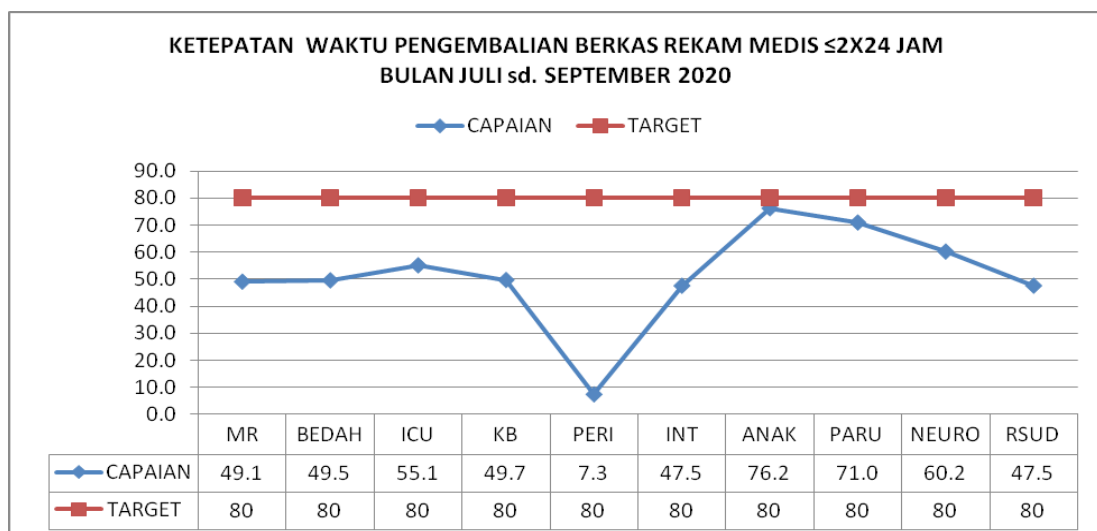
Capaian ketepatan pengembalian RM Rawat Inap pada bulan Oktober sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 32. Ketepatan Pengembalian RM Rawat Inap Triwulan IV Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketepatan pengembalian RM rawat inap pada Triwulan IV tahun 2020, trendnya cenderung menurun. Standart indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 41.8%.

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



**Grafik 33. Ketepatan Waktu Pengembalian berkas Rekam Medik Inap
Bulan Oktober sd. Desember 2020**

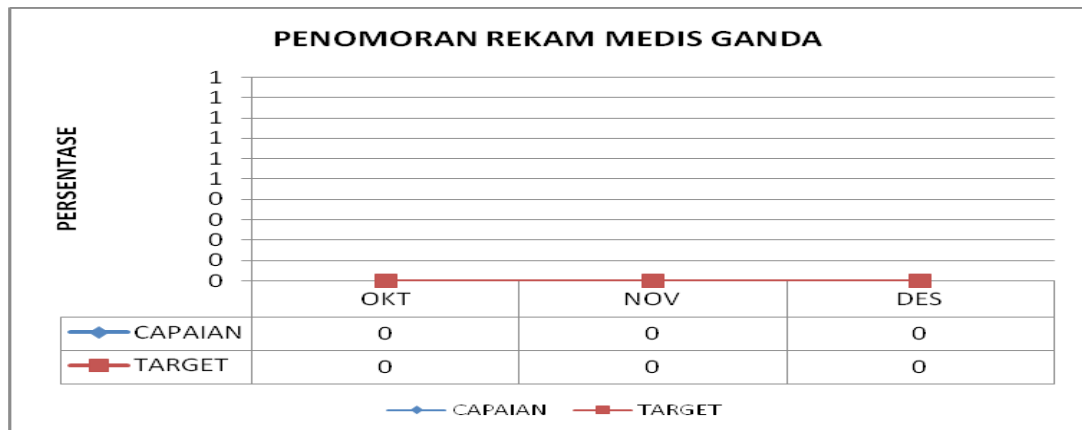
Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh beberapa hal: Komitmen yang belum adekuat dari seluruh staf medis dalam melengkapi RM Rekomendasi :

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

5. INDIKATOR RUANGAN PENDAFTARAN: PENOMORAN REKAM MEDIS

GANDA

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



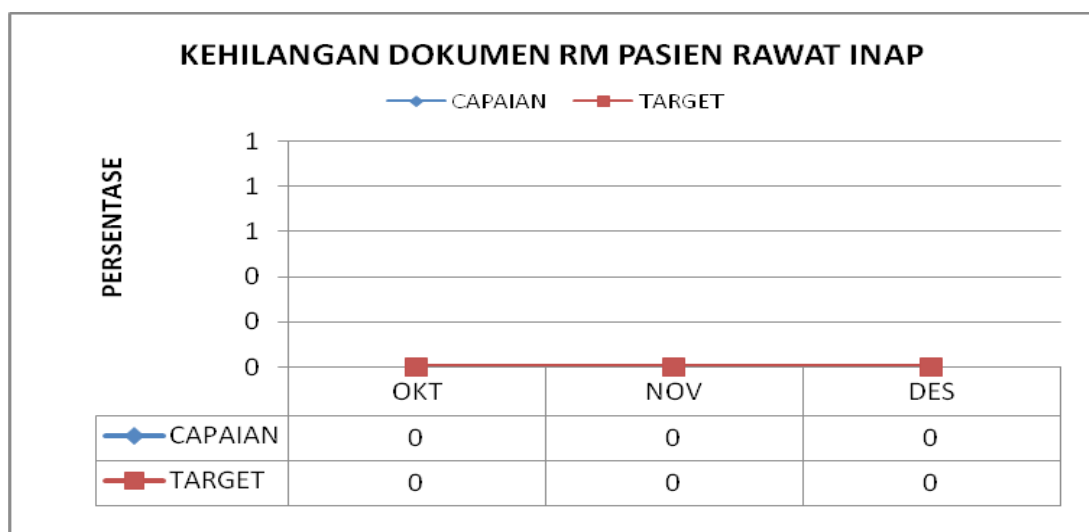
Grafik 34. Penomoran Rekam Medis Ganda Triwulan IV tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu penomoran Rekam Medis Ganda pada Triwulan IV 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 kehilangan dokumen RM pasien Rawat Inap pada bulan Oktober sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 35. Kehilangan Dokumen RM Rawat Inap Triwulan IV Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kehilangan dokumen RM rawat inap pada Triwulan IV tahun 2020, trendnya cenderung stabil.

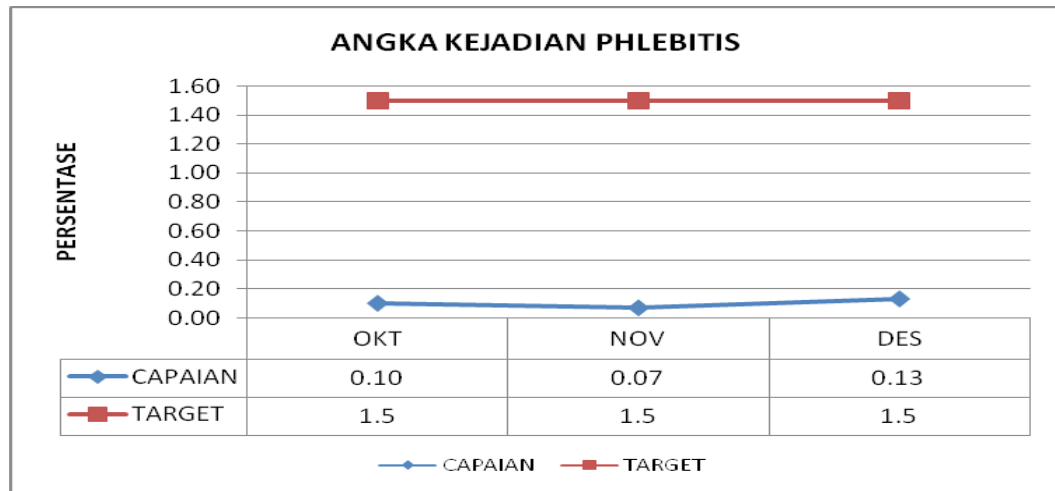
Standart indicator mutu ini adalah 0%, dan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

7. INDIKATOR MUTU KOMITE PPI

7.1. ANGKA KEJADIAN PLEBITIS

Capaian kejadian plebitis pada bulan Oktober sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 36. Angka Kejadian Plebitis Triwulan IV Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian Plebitis pada Triwulan IV tahun 2020, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 1,5%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0.1%.

7.2. ANGKA KEJADIAN ISK

Capaian kejadian ISK pada bulan Oktober sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

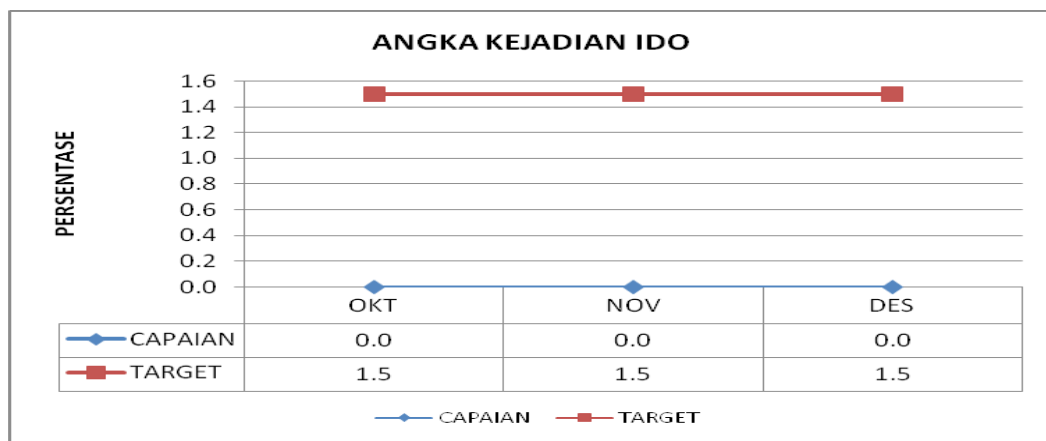


Grafik 37. Angka Kejadian Plebitis Triwulan IV Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian Plebitis pada Triwulan IV 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 kejadian IDO pada bulan Oktober sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

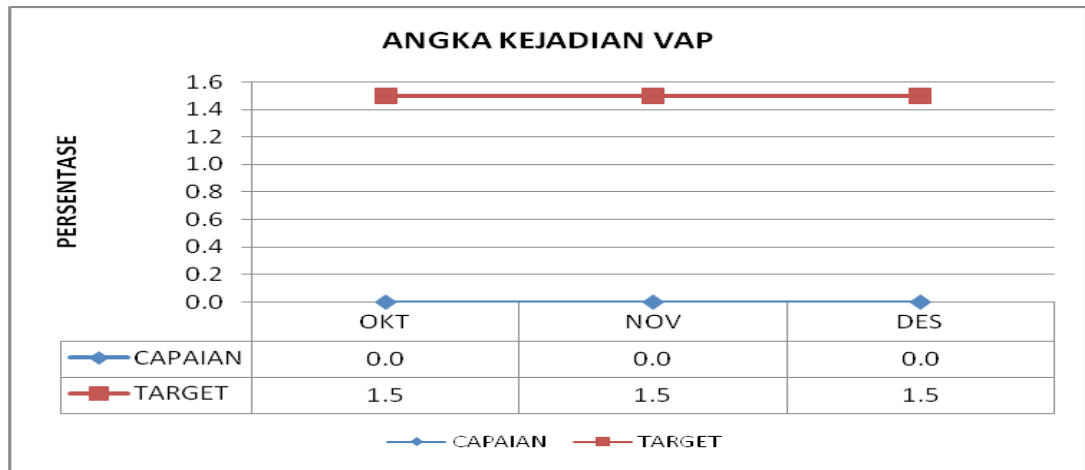


Grafik 38. Angka Kejadian Plebitis Triwulan IV Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian IDO pada Triwulan IV 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 kejadian VAP pada bulan Oktober sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

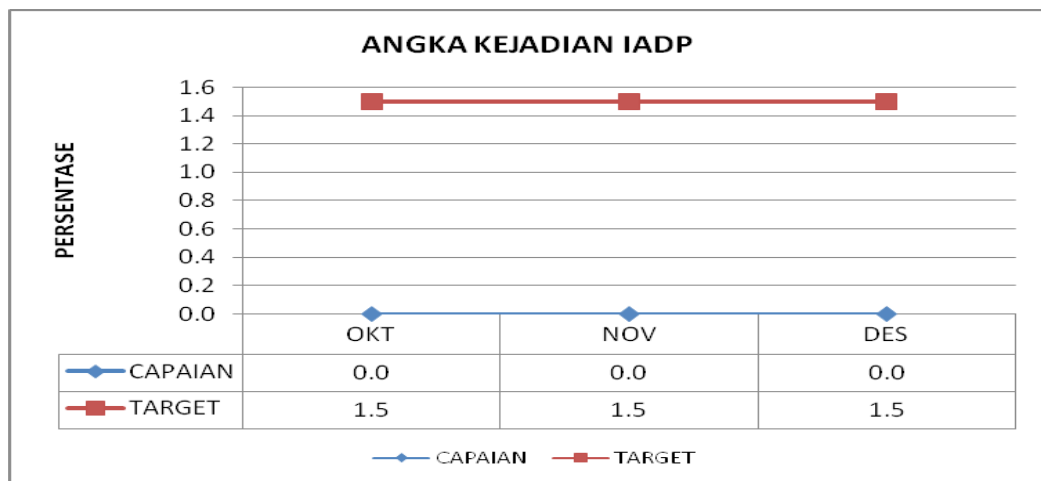


Grafik 39. Angka Kejadian VAP Triwulan IV Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian VAP pada Triwulan IV 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 kejadian IADP pada bulan Oktober sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

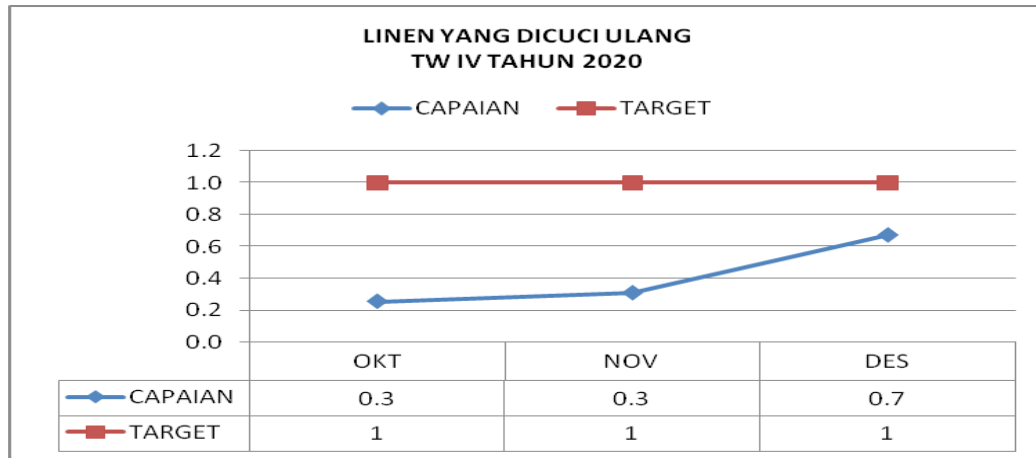


Grafik 40. Angka Kejadian IADP Triwulan IV Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian IADP pada Triwulan IV 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 Oktober 2020, dengan capaian sebagai berikut:



Grafik 41. Angka Kejadian Linen yang Dicuci Ulang Triwulan IV Tahun 2020

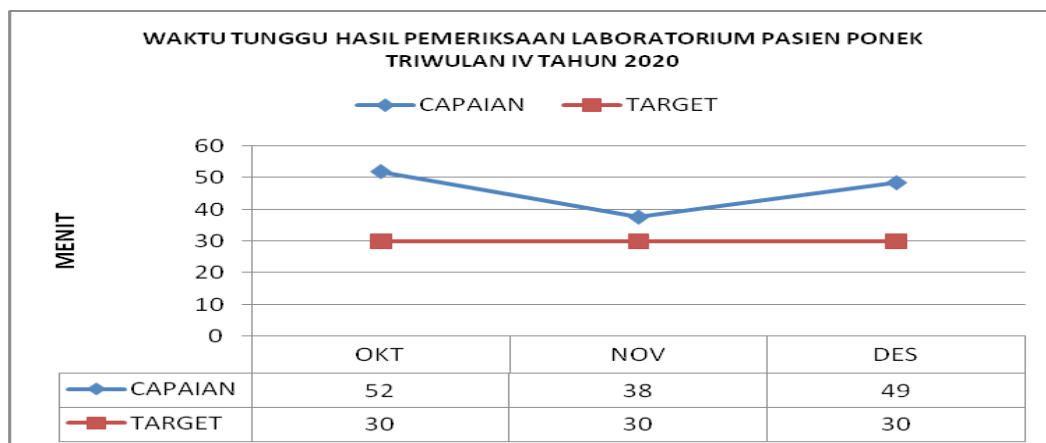
Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian untuk linen yang dicuci ulang mengalami peningkatan pada bulan Desember 2020 dimana pada bulan Oktober dan November persentase untuk linen yang dicuci ulang hanya mencapai 0,3% linen. Namun angka ini masih dibawah target (1%)

9. WAKTU TUNGGU HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Pada Triwulan IV 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

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

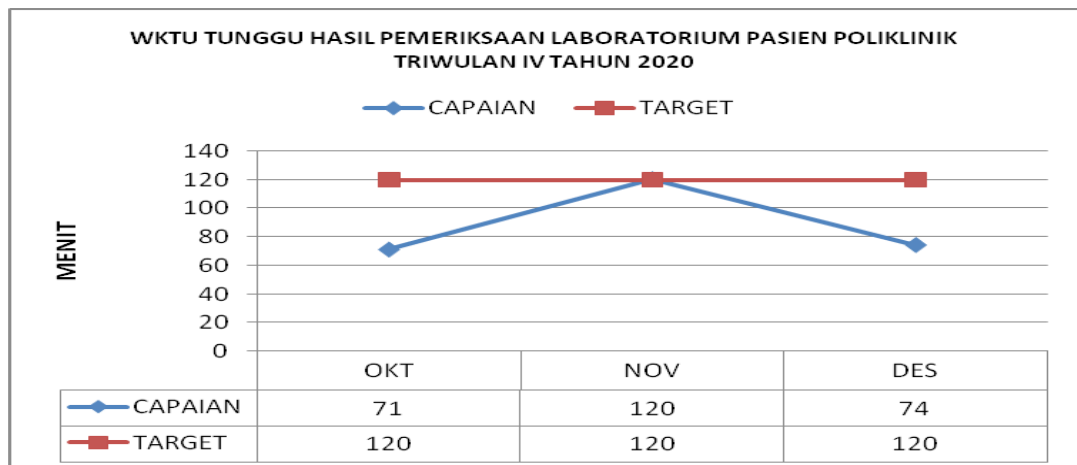


Grafik 42. Grafik Waktu Hasil Tunggu Pemeriksaan Laboratorium pada Pasien Ponek

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 Oktober 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

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

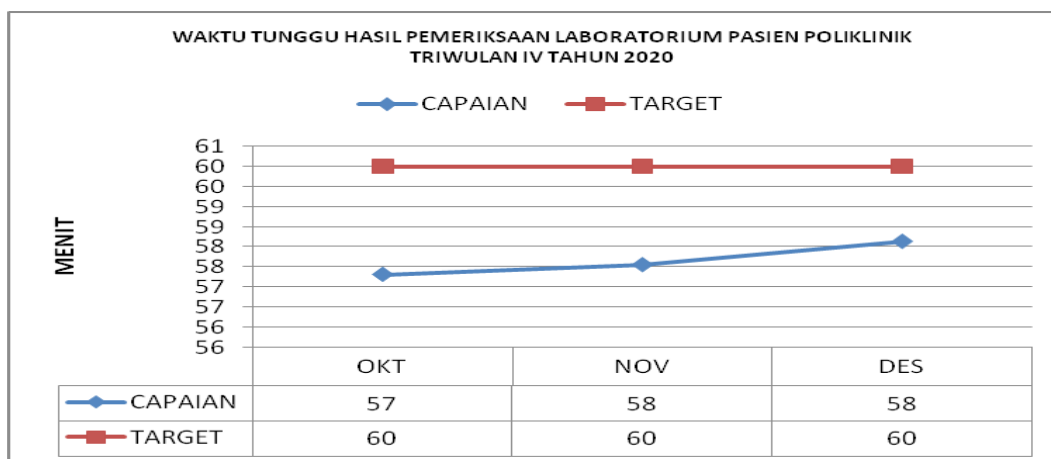


Grafik 43. Grafik Waktu Hasil Tunggu Pemeriksaan Laboratorium pada Pasien Poliklinik

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

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

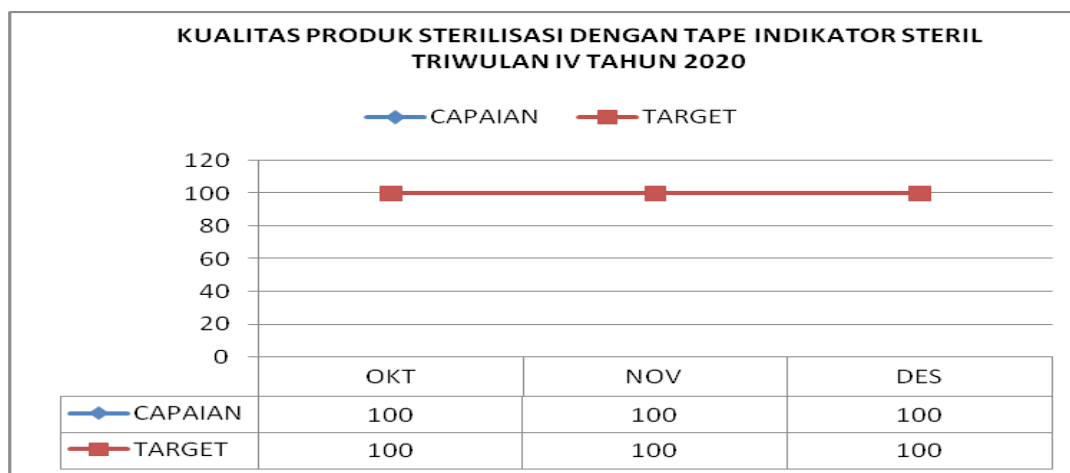


Grafik 44. Grafik Waktu Hasil Tunggu Pemeriksaan Laboratorium pada Pasien IGD

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

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

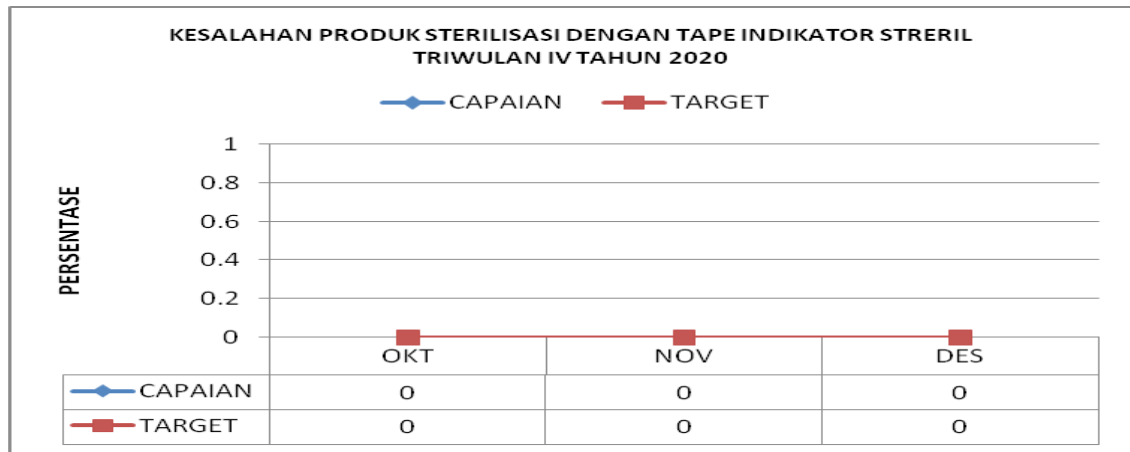


Grafik 45. Grafik Waktu Hasil Tunggu Pemeriksaan Laboratorium pada Pasien Poliklinik

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

11. KESALAHAN PRODUK STERILISASI DENGAN TAPE INDIKATOR STERIL

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

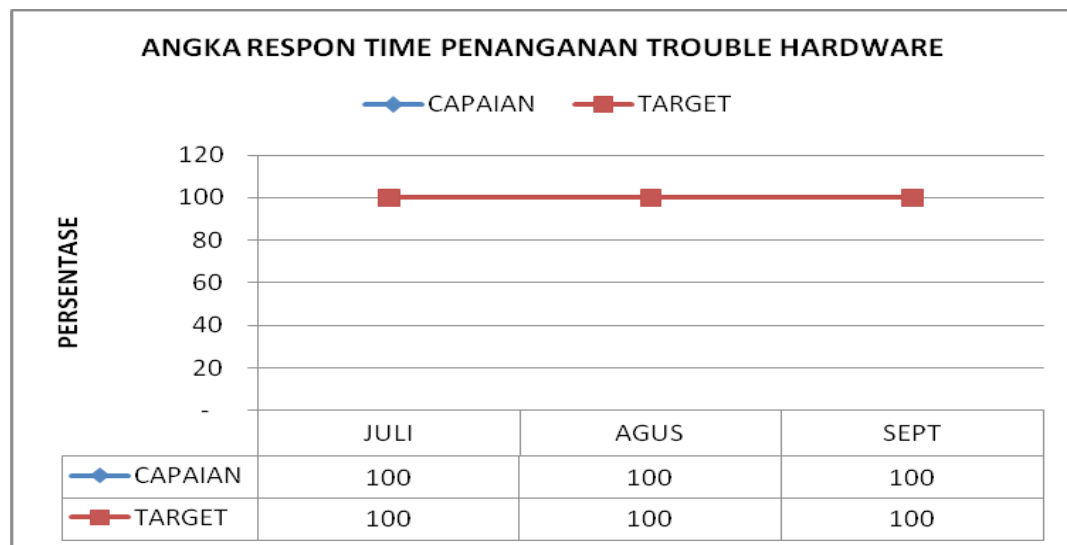


Grafik 46. Kesalahan Produk Sterilisasi dengan Tape Indikator Steril

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

12. ANGKA RESPON TIME PENANGANAN TROUBLE HARDWARE

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



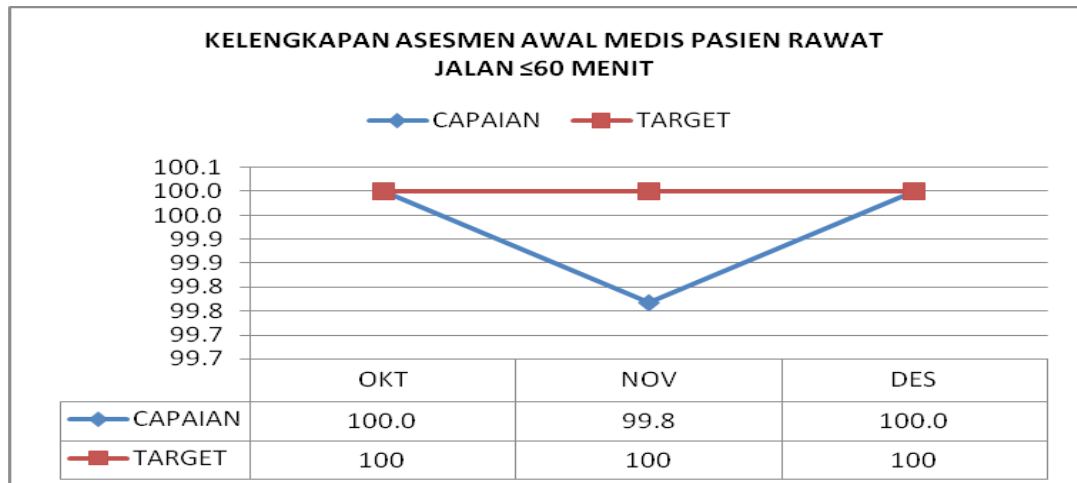
Grafik 46. Angka Respon Time Penanganan Trouble Hardware

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

V. INDIKATOR MUTU PPA

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

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



Grafik 47. Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit per Bulan Triwulan IV Tahun 2020

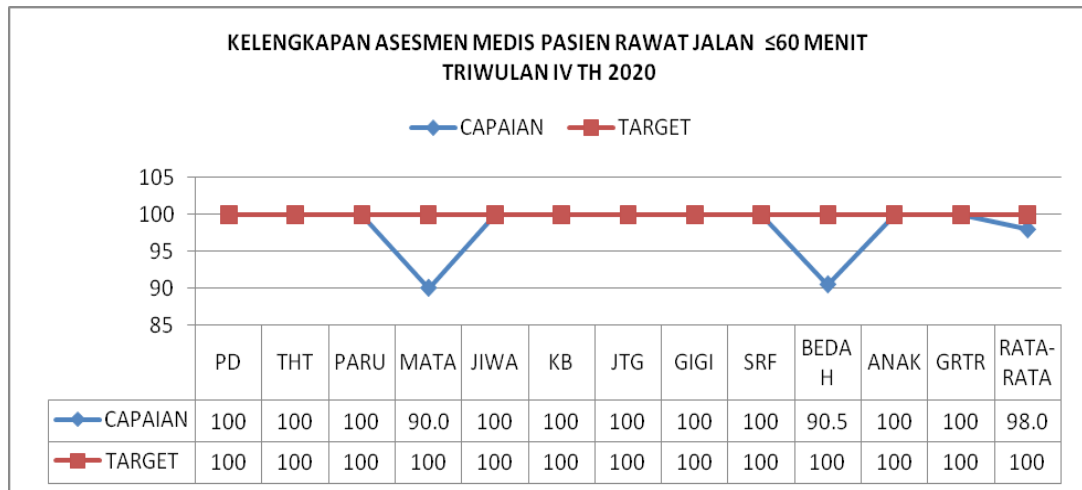
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan pada Triwulan III tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Target indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 99,9%. Capaian belum mencapai target yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh beberapa hal:

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

Rekomendasi :

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

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

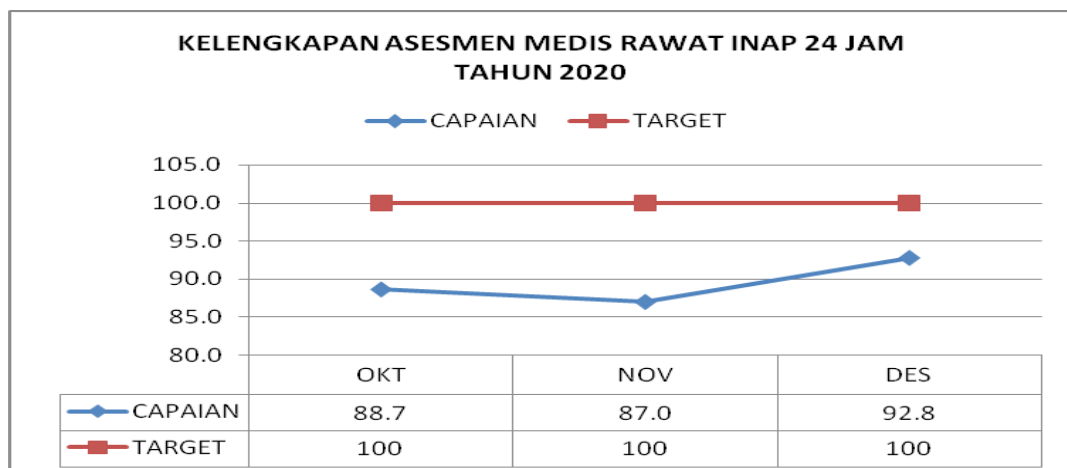


Grafik 48. Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit per Ruangan Triwulan IV Tahun 2020

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

2. KELENGKAPAN ASESMEN AWAL MEDIS RAWAT JALAN 24 JAM SETELAH PASIEN MASUK RAWAT JALAN

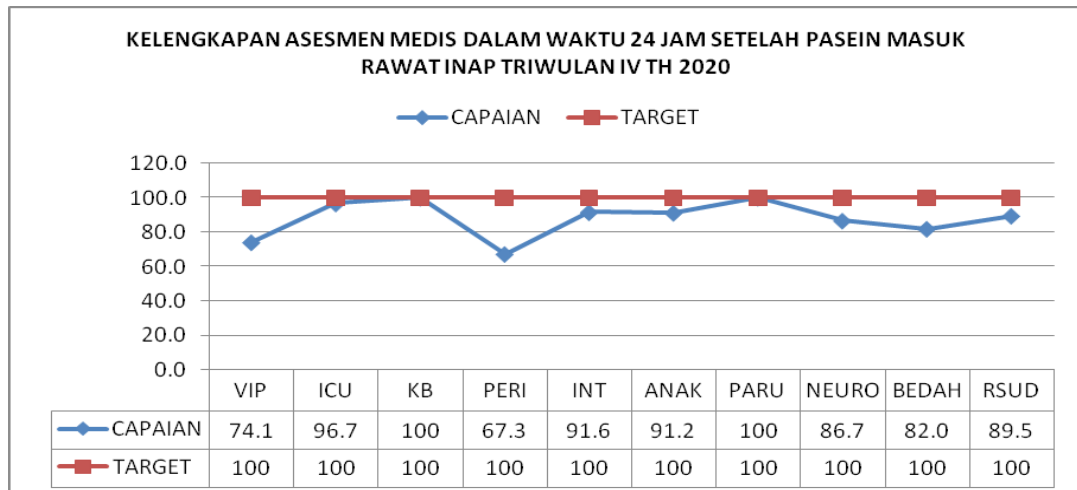
Capaian kelengkapan asesmen awal medis rawat jalan pada bulan Oktober sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 49. Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien 24 Jam Sebelum Masuk Rawat Jalan Triwulan IV Tahun 2020

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa kelengkapan asesmen medis pada bulan Oktober sd. Desember 2020 masih belum mencapai target, dimana pada bulan Desember merupakan capaian paling tinggi mencapai 92,8%. Rata-rata capaian pada Triwulan IV adalah 89,5%.

Capaian masing-masing ruang untuk indikator ini adalah:

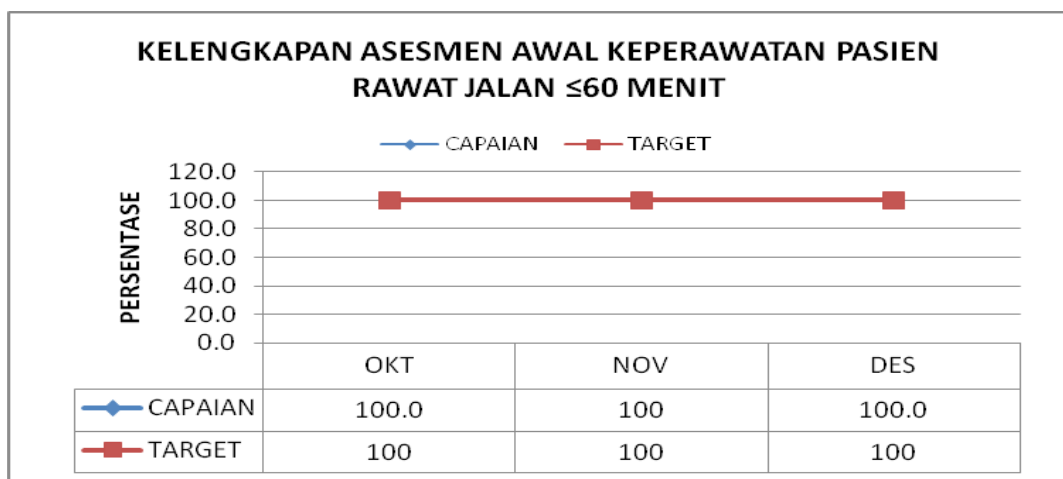


Grafik 50. Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien 24 Jam Sebelum Masuk Rawat Jalan Triwulan IV Tahun 2020

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa ruangan paru dan KB merupakan ruangan dengan capaian paling tinggi untuk kelengkapan asesmen medis rawat inap yakni sudah mencapai target (100%). Sedangkan capaian paling rendah adalah ruangan Perinatologi (67.3%). Rata-rata capaian RSUD adalah 89.5%.

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

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



Grafik 51. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit Triwulan IV tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan pada Triwulan IV tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Standart indikator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 95,5%. Capaian belum

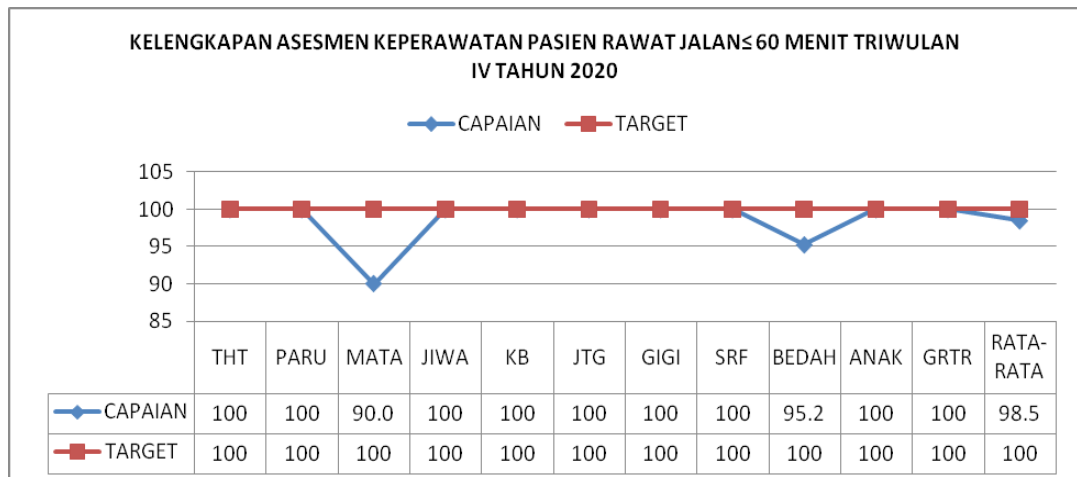
mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh beberapa hal:

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

Rekomendasi :

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

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



Grafik 52. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit Triwulan IV tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu kelengkapan asesmen awal keperawatan rawat jalan pada Triwulan IV tahun 2020, trendnya cenderung bervariasi. Standar indikator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 91,7%.

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

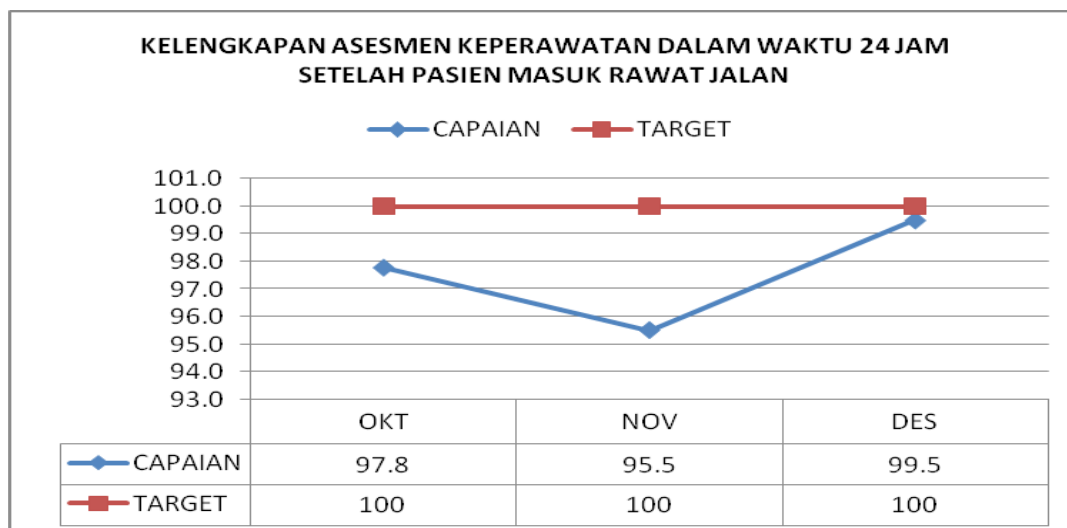
1. Banyaknya angka kunjungan pada rawat jalan tiap hari
2. Belum menjadi Budaya kerja petugas dalam membiasakan kelengkapan asesmen awal keperawatan

Rekomendasi :

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

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

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



Grafik 52. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien 24 Jam sebelum Masuk Rawat Jalan Triwulan IV Tahun 2020

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa kelengkapan asesmen medis pada bulan Oktober sd. Desember 2020 masih belum mencapai target, dimana pada bulan Desember merupakan capaian paling tinggi mencapai 99.5%. Rata-rata capaian pada Triwulan IV adalah 97.6%.

Capaian masing-masing ruangan untuk indikator ini adalah:

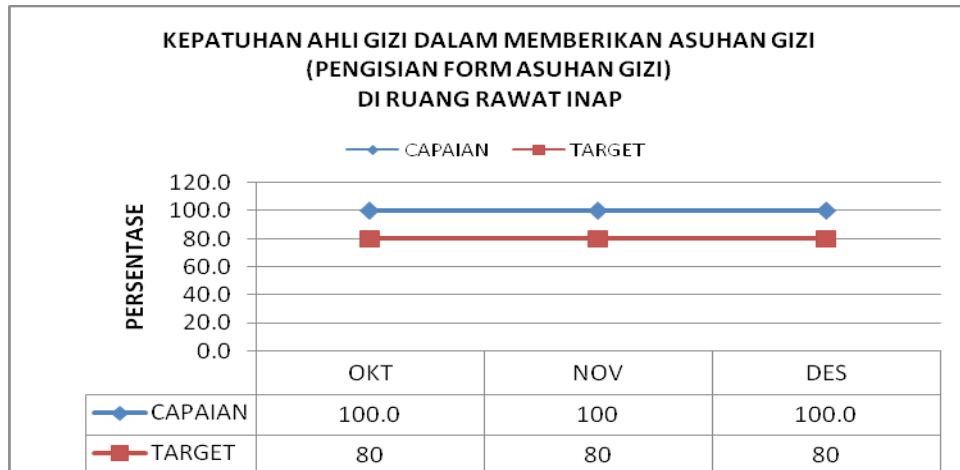


Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa ruangan paru dan KB merupakan ruangan dengan capaian paling tinggi untuk kelengkapan asesmen medis rawat inap yakni sudah mencapai target (100%). Sedangkan capaian paling rendah

adalah ruangan Interne (91.6%). Rata-rata capaian RSUD adalah 97.6%.

5. 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 Oktober sd. Desember 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 32 Kepatuhan Ahli Gizi Dalam Memberikan Asuhan Gizi (Pengisian Form Asuhan Gizi) Triwulan IV Tahun 2020

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu Kepatuhan ahli gizi dalam memberikan asuhan gizi (pengisian form asuhan gizi) pada Triwulan IV tahun 2020, trendnya cenderung meningkat. Standart indikator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 94%. Capaian sudah mencapai standar 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 Oktober 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.

