

LAPORAN

KOMITE MUTU TRIWULAN IV

TAHUN 2021



Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611

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

KATA PENGANTAR

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

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

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


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

Direktur



dr. Harefa. SpPD
NIP. 19730103 200212 1 005

Painan, 6 Januari 2022
Ketua Komite MUTU



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

DAFTAR ISI

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

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

59. Keterlambatan Hasil Foto Rawat Jalan Lebih Dari 30 Menit	50
60. Ketepatan Waktu Input Data E-Monev BAPPEDDA	51
61. Kecepatan Waktu Kunjungan Teknisi Terhadap Laporan Pemeriksaan Gangguan Sarana Dalam Waktu <24 Jam	51
62. Kelengkapan Assesmen Awal Medis Pasien Rawat Inap	53
63. Kelengkapan Assesmen Awal Medis Pasien Rawat Jalan.....	54
64. Kelengkapan Assesmen Awal Medis Pasien IGD.....	55
65. Kelengkapan Assesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap	55
66. Kelengkapan Assesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan	56
67. Kelengkapan Assesmen Awal Keperawatan Pasien IGD	57
68. Kepatuhan Ahli Gizi Dalam Memberikan Asuhan Gizi	58
69. Angka Kejadian Pasien Yang di Rawat Inap Dengan Covid 19	59
70. Angka Kejadian Kematian Pasien Covid 19 di Rawat Inap	59
71. Angka Kesembuhan Pasien Yang di Rawat Inap Dengan Covid 19	60
72. Angka Kejadian Covid 19 Pada Petugas	60

BAB IV PENUTUP61

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 kewajiban asuhan terhadap pasien, menggunakan peluang untuk meningkatkan asuhan pasien dan memecahkan masalah-masalah yang terungkap.

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

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

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

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

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

2. Tujuan Khusus

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

BAB II

HASIL KEGIATAN DAN ANALISA

A. INDIKATOR MUTU

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

- a. Indikator Mutu Nasional sebanyak 13 Indikator
- b. Indikator Mutu Prioritas sebanyak 10 Indikator
- c. Indikator yang dipersyaratkan BAB 9 Indikator
- d. Indikator mutu Unit 30 Indikator
- e. Indikator Mutu Kinerja PPA 7 Indikator
- f. ISQUA 4 Indikator

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

Tabel 2.1
Daftar Indikator Mutu Rumah Sakit

NO	KODE	INDIKATOR MUTU
A	IMN	INDIKATOR MUTU NASIONAL
1	IMN01	Kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien
2	IMN02	Emergency Respon Time
3	IMN03	Waktu tunggu rawat jalan
4	IMN04	Penundaan operasi elektif
5	IMN05	Ketepatan jam visite dokter spesialis
6	IMN06	Waktu pelaporan nilai kritis laboratorium
7	IMN07	Kepatuhan penggunaan formularium nasional
8	IMN08	Kepatuhan cuci tangan
9	IMN09	Pencegahan cedera akibat pasien jatuh
10	IMN10	Kepatuhan penggunaan clinical pathway
11	IMN11	Kepuasan pasien
12	IMN12	Kecepatan respon terhadap keluhan (KRK)
13	IMN 13	Kepatuhan Penggunaan APD
B	IMP	INDIKATOR MUTU PRIORITAS
14	IMP-PONEK03	Kejadian tidak dilaksanakan inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir
15	IMP-PONEK04	Pelaksanaan operasi sectio secaria (SC) dalam waktu 30 menit
16	IMP-PONEK05	Ketersediaan darah dalam waktu 60 menit
17	IMPP-IAM01	Kejadian Tidak Tersedianya MGSO4 di Instalasi Farmasi Pada Trolley Emergency Kebidanan
18	IMPP-IMN02	Kepuasan Pelanggan (KP)
19	IMP-ISKP01	Kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien pada pasien PONEK di IGD
20	IMP-SKP02	Konfirmasi SBAR saat serah terima antar shift pada PONEK
21	IMP-SKP03	Pelaksanaan Double Chek saat pemberian obat High Alert
22	IMP-ISKP06	Kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat kejadian pasien jatuh
23	IMP-LAB	Waktu Tunggu Hasil pemeriksaan Laboratorium pasien Ponek

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

65	K.Dokter-02	Kelengkapan asesmen awal medis di IGD
66	K.Perawat-01	Kelengkapan asesmen awal keperawatan di Rawat Inap
67	K.Perawat-03	Kelengkapan asesmen awal keperawatan di Rawat Jalan
68	K.Perawat-02	Kelengkapan asesmen awal keperawatan di IGD
69	K-GIZI05	Kepatuhan ahli gizi dalam memberikan asuhan gizi (Pengisian form asuhan gizi) di ruang rawat inap
F	IMI	ISQUA
70	IMI-01	Angka kejadian pasien yang dirawat inap dengan Covid 19
71	IMI-02	Angka kejadian kematian pasien Covid 19 di rawat inap
72	IMI-03	Angka kesembuhan pasien yang dirawat inap dengan Covid 19
73	IMI-04	Angka Kejadian Covid 19 Pada Petugas

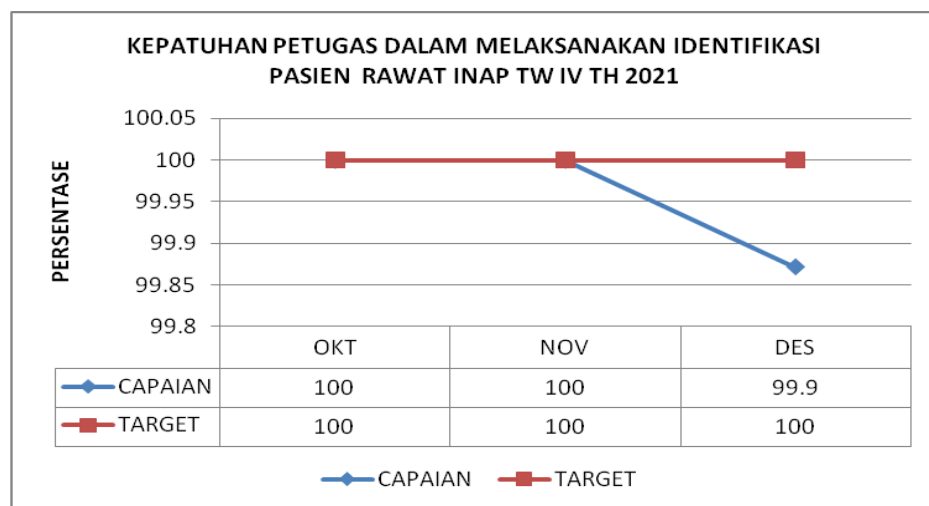
B. ANALISA DATA INDIKATOR MUTU TRIWULAN IV TAHUN 2021

I. INDIKATOR MUTU NASIONAL

1. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN IDENTIFIKASI PASIEN

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

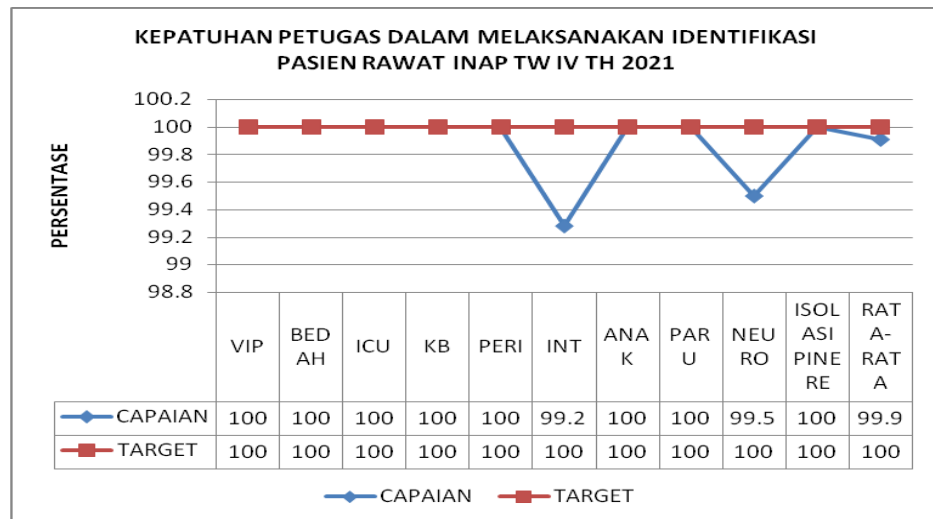
Kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien pada rawat inap pada Bulan Oktober sd. Desember 2021 dapat dilihat pada grafik berikut :



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

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa identifikasi pasien cenderung menurun dimana capaian yang mencapai target terjadi pada bulan Oktober dan November dan yang terendah pada bulan Desember mencapai 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 pada Triwulan IV tahun 2021, trendnya cenderung mendekati standart. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 99.9%. Namun kalau dilihat pencapaian indikator tiap ruangan trendnya bervariasi, ruangan yang telah mencapai target terdapat pada ruangan VIP, Bedah, ICU, KB, Perinatologi, Anak, Paru dan Isolasi Pinere sedangkan ruangan yang belum mencapai target terdapat pada ruangan Interne 99,2% dan Neurologi 99.5%. Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh:

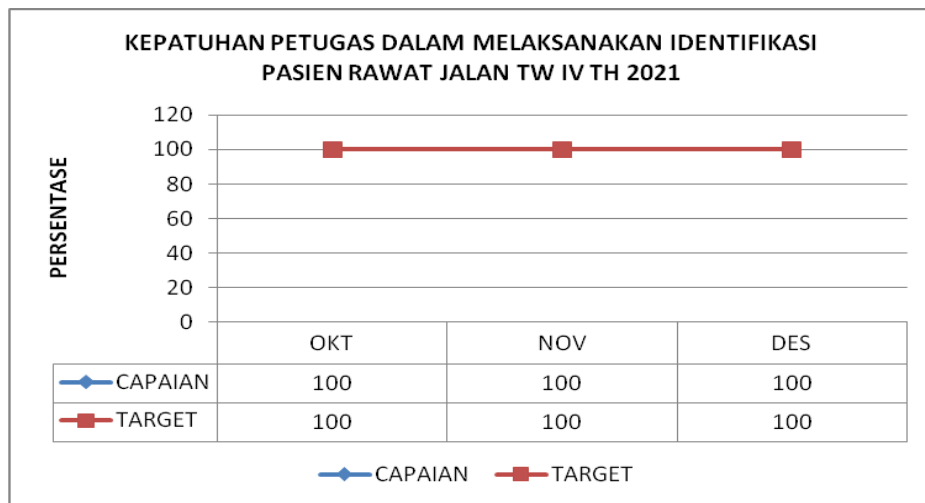
1. Kepatuhan melaksanakan identifikasi pasien belum menjadi budaya dalam memberikan pelayanan kepada pasien
2. Kurangnya kesadaran petugas tentang pentingnya identifikasi pasien
3. Supervisi kepala ruangan belum optimal

Rekomendasi :

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

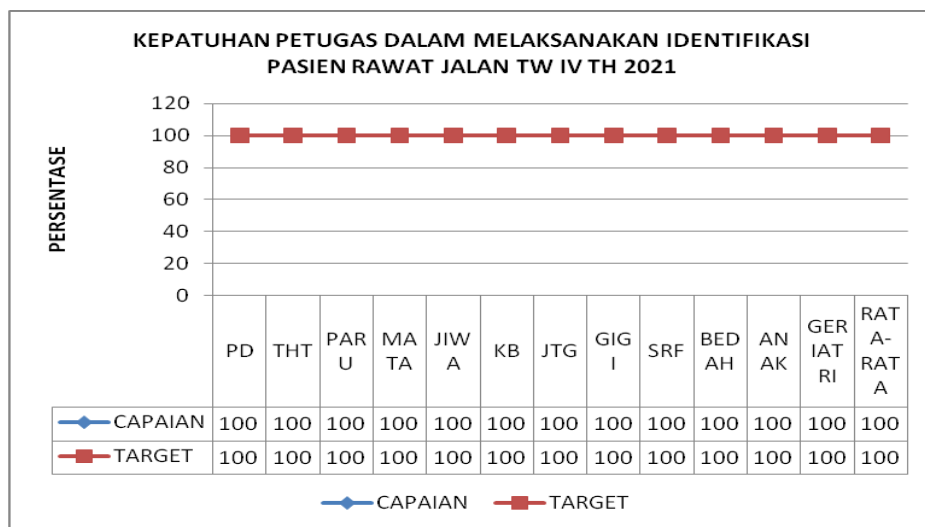
1.2. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN IDENTIFIKASI PASIEN DI UNIT RAWAT JALAN

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



Grafik 3. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien Rawat Jalan Triwulan IV Tahun 2021

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



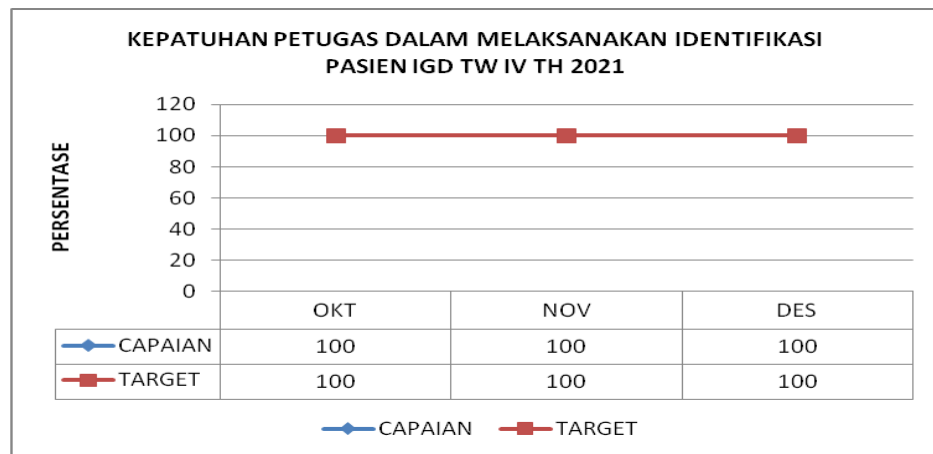
Grafik 4. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien per Unit Rawat Jalan

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

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada.

1.3. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN IDENTIFIKASI PASIEN DI IGD

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

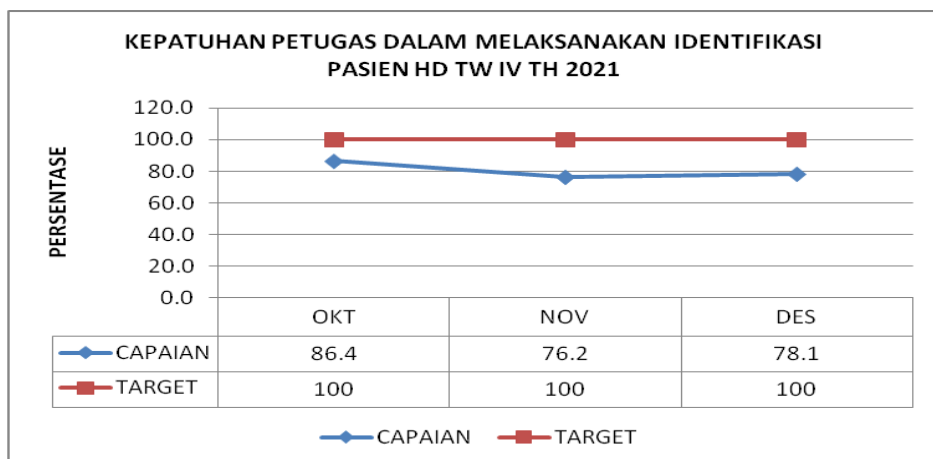


Grafik 5. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien di IGD

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

1.4. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN IDENTIFIKASI PASIEN DI RUANGAN HEMODIALISA

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

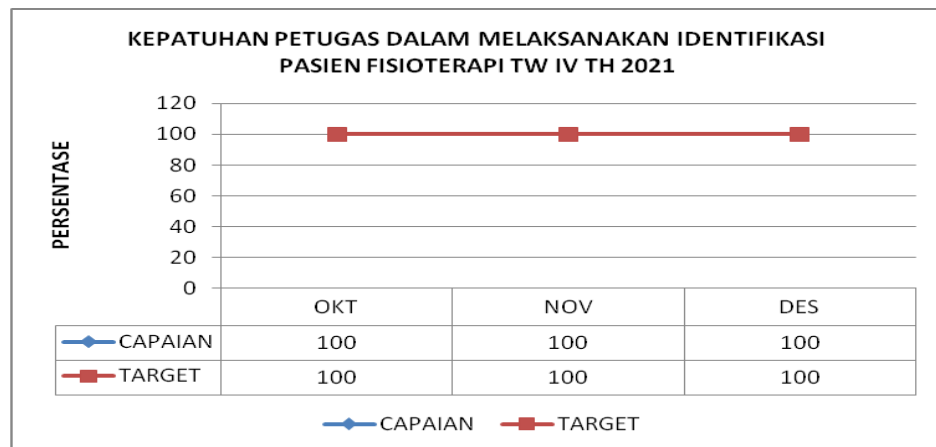


Grafik 6. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien Di Hemodialisa

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa di ruangan Hemodialisa cenderung bervariasi dimana pada bulan Desember mengalami penurunan mencapai 78.1%.

1.5. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN PASIEN DI RUANGAN FISIOTERAPI

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

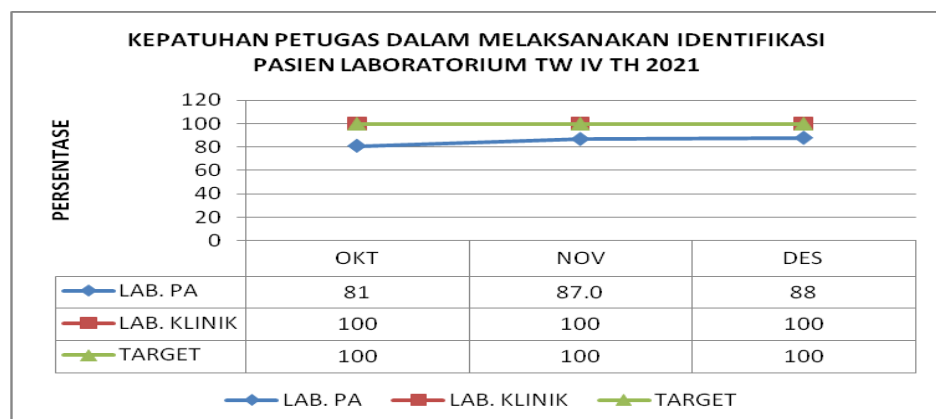


Grafik 7. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien di Fisioterapi

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

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

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

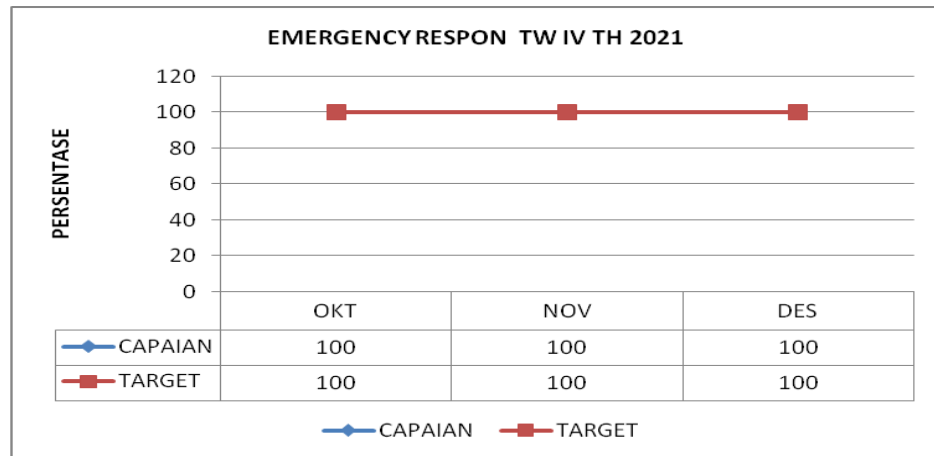


Grafik 8. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien di Laboratorium Klinik & PA

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa kepatuhan petugas melaksanakan identifikasi pasien di ruangan laboratorium klinik sudah mencapai target (100%) sedangkan di ruangan laboratorium PA mengalami peningkatan. Terjadi peningkatan dibulan Desember 88%.

2. EMERGENCY RESPON TIME

Capaian Emergency Respon Time pada bulan Oktober sd. Desember tahun 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 9. Emergency Respon Time Triwulan IV Tahun 2021

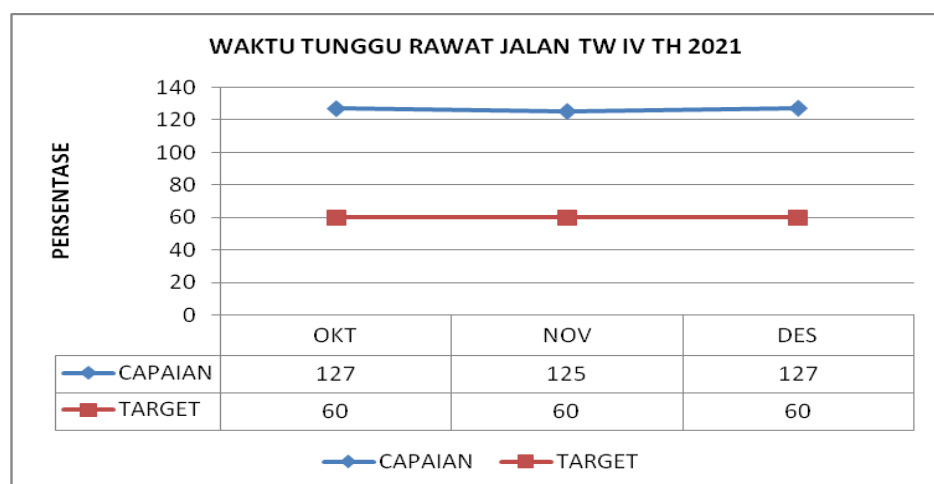
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu emergency respon time pada Triwulan IV tahun 2021, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 100%, rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian indikator ini sudah mencapai standart.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indikator yang telah ada.

3. WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN

3.1. WAKTU TUNGGU PASIEN RAWAT JALAN

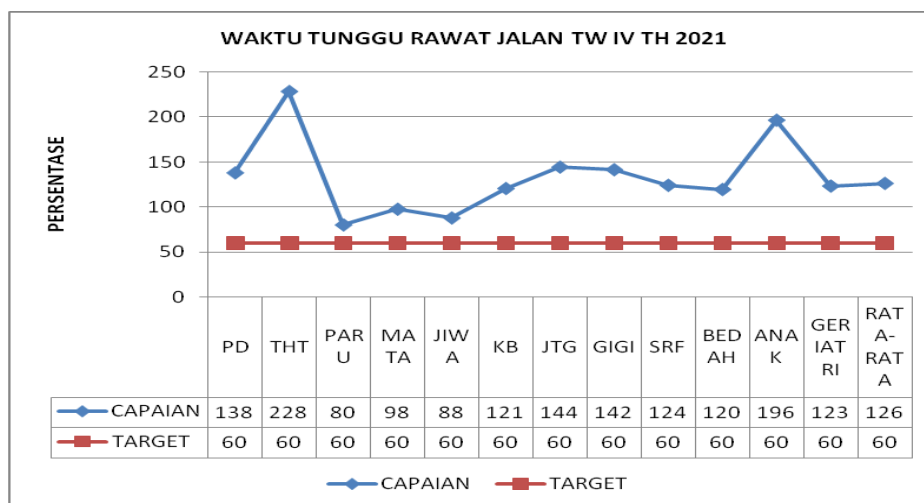
Capaian waktu tunggu rawat jalan pada bulan Oktober sd. Desember 2021 dapat dilihat pada grafik berikut ini:



Grafik 10. Waktu Tunggu Rawat Jalan Triwulan IV Tahun 2021

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa waktu tunggu pasien di rawat jalan belum mencapai target, yakni 125 s.d 127 menit. Paling tinggi pada bulan Oktober dan Desember mencapai 127 menit. Capaian untuk indikator ini masih jauh dari target dimana target untuk waktu tunggu rawat jalan ini adalah 60 menit.

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



Grafik 11. Waktu Tunggu Rawat Jalan Triwulan IV tahun 2021

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

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

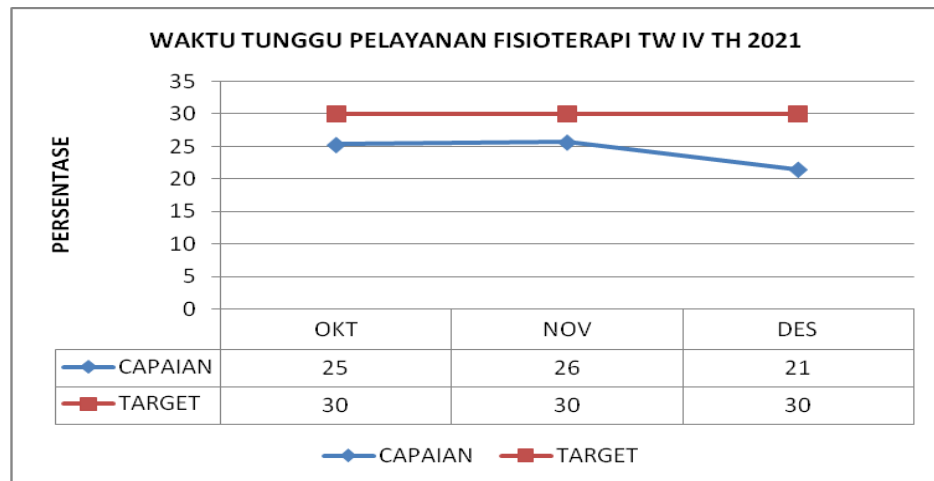
1. Belum semua DPJP datang tepat waktu ke rawat jalan

Rekomendasi :

1. Resosialisasi kepada DPJP tentang waktu pelayanan rawat jalan

3.2. WAKTU TUNGGU PASIEN FISIOTERAPI

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

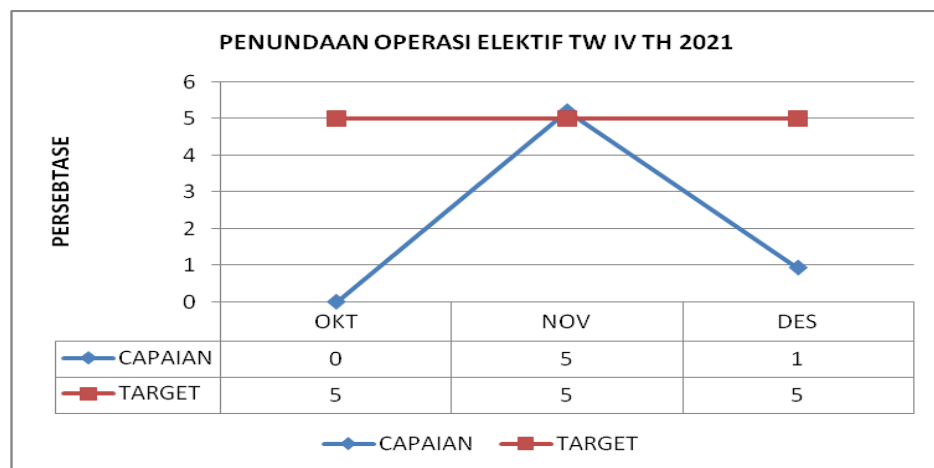


Grafik 12. Waktu Tunggu Pelayanan Fisioterapi Triwulan IV Tahun 2021

Pada grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian waktu tunggu pelayanan fisioterapi dari bulan Oktober s.d Desember bervariasi. Waktu tunggu pelayanan ini cenderung membaik mendekati capaiannya, dimana waktu tunggu pelayanan paling baik yaitu pada bulan Desember mencapai 21 menit.

4. PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF

Penundaan Operasi elektif pada bulan Oktober sd. Desember 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

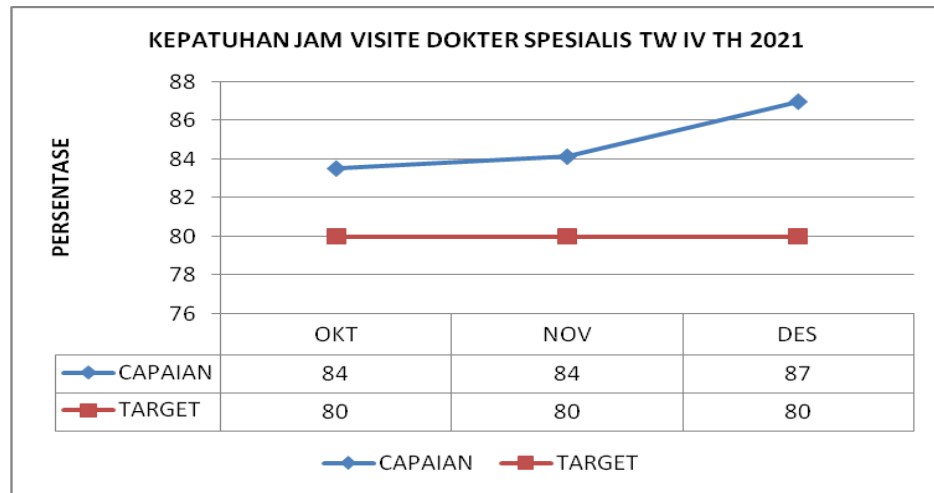


Grafik 13. Penundaan Operasi Elektif Triwulan IV Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu penundaan operasi elektif pada Triwulan IV tahun 2021, trendnya membaik. Standart indicator mutu ini adalah <5%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 2.2%. Capaian indicator ini sudah mencapai standart yang telah ditetapkan.

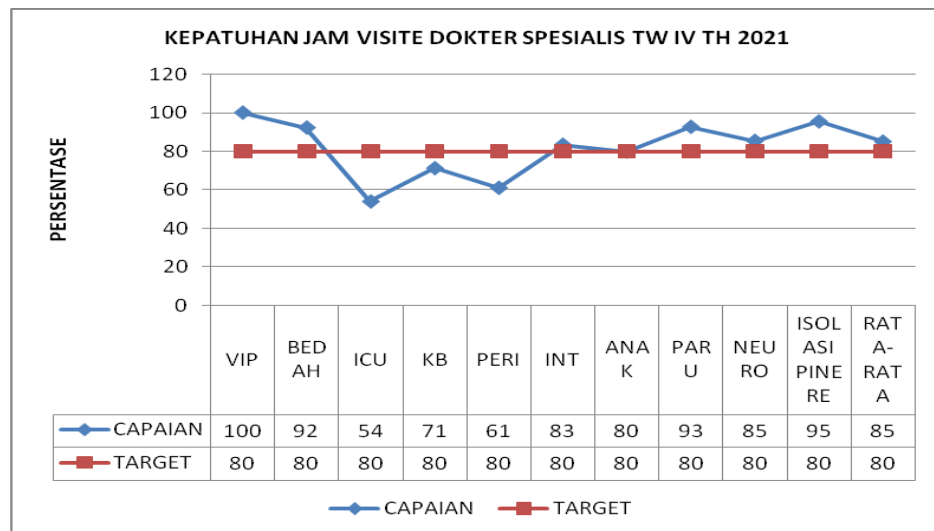
5. KETEPATAN JAM VISITE DOKTER SPESIALIS

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



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

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa jam visite dokter spesialis sudah mencapai target. Untuk capaian kepatuhan jam visite dokter spesialis per ruangan dapat ditunjukkan pada grafik dibawah ini



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

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu kepatuhan jam visite dokter spesialis pada Triwulan IV tahun 2021, trendnya sudah mencapai target. Standart indikator mutu ini adalah $\geq 80\%$, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 85%. Pencapaian indikator ini sudah mencapai target yang diharapkan. Namun dilihat dari tiap ruangan trendnya bervariasi.

Ruangan yang memenuhi standar terdapat pada ruangan VIP, Bedah, Interne, Anak, Paru, Neurologi dan Isolasi Pinere. Ruangan yang belum memenuhi standar indikator terdapat pada ruangan ICU, KB dan Perinatologi.

Belum tercapainya target indicator ini disebabkan:

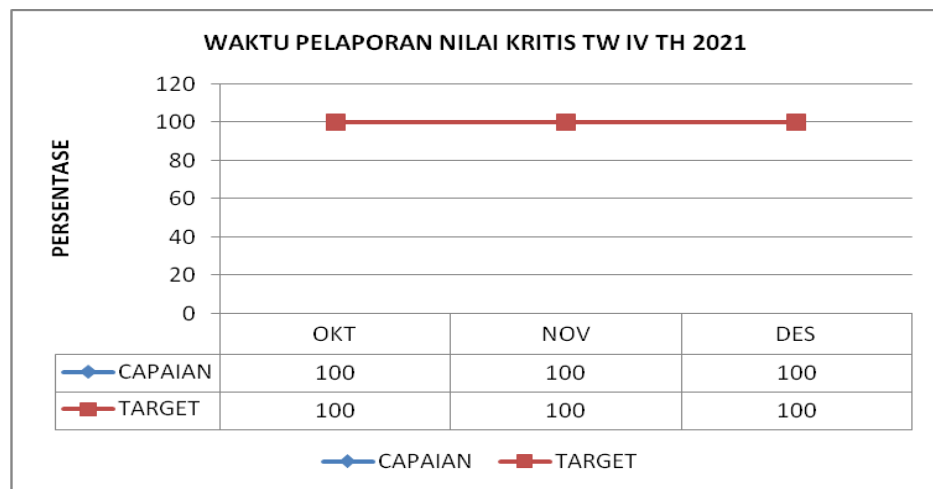
1. Belum semua dokter spesialis visite sebelum jam 14.00 wib
2. Belum terbiasanya dokter spesialis visite di hari minggu dan hari libur nasional

Rekomendasi:

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

6. WAKTU PELAPORAN NILAI KRITIS LABORATORIUM

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



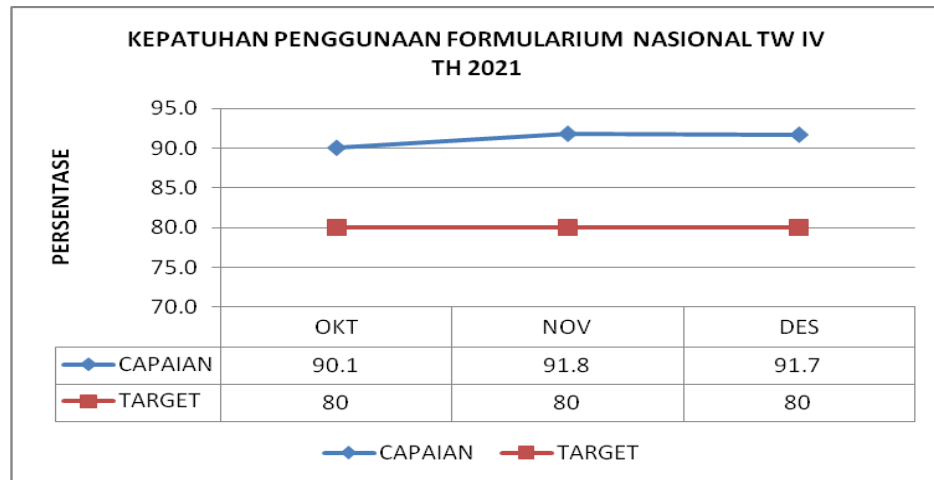
Grafik 16. Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium Triwulan IV Tahun 2021

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

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

7. KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL

Capaian kepatuhan penggunaan formulir nasional Triwulan IV tahun 2021 ditunjukkan pada grafik dibawah:



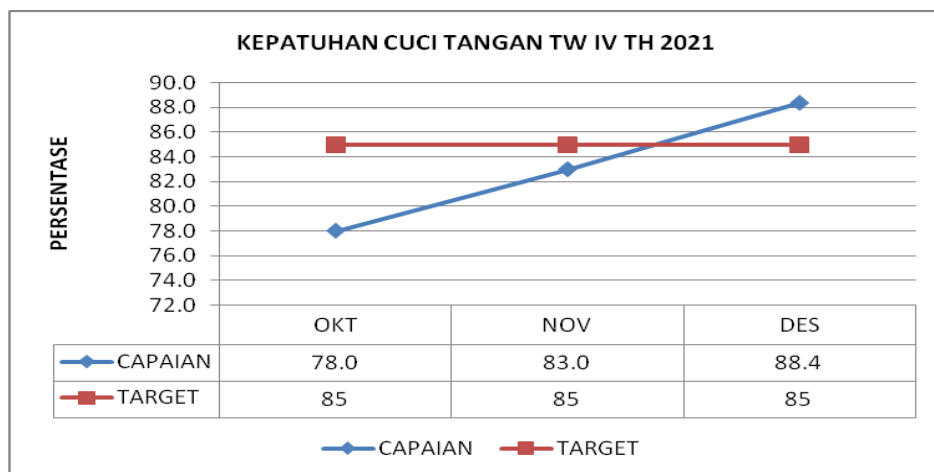
Grafik 17. Kepatuhan Penggunaan Formulir Nasional Triwulan IV Tahun 2021

Standart indikator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 91,3%. Capaian indikator sudah mencapai standart yang telah ditetapkan

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indikator yang telah ada

8. KEPATUHAN CUCI TANGAN

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



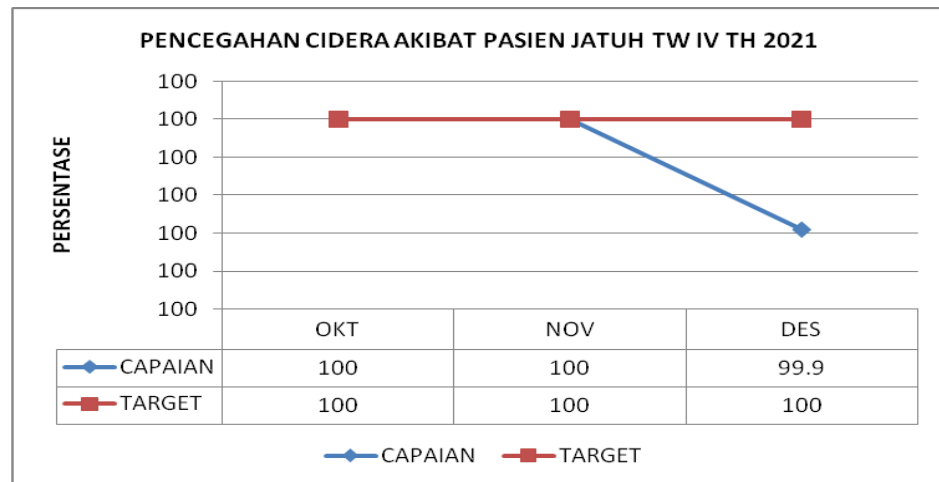
Grafik 18. Kepatuhan Cuci Tangan Triwulan IV Tahun 2021

Standart indikator mutu ini adalah 85%, trendnya meningkat. Rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 82,3%, pencapaian belum mencapai standar karena petugas masih malas berulang-ulang untuk melakukan kebersihan tangan dan sudah menjadi kebiasaan.

Rekomendasi : Tingkatkan monitoring dan edukasi IPCN dan IPCLN

9. KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RESIKO CIDERA AKIBAT PASIEN JATUH

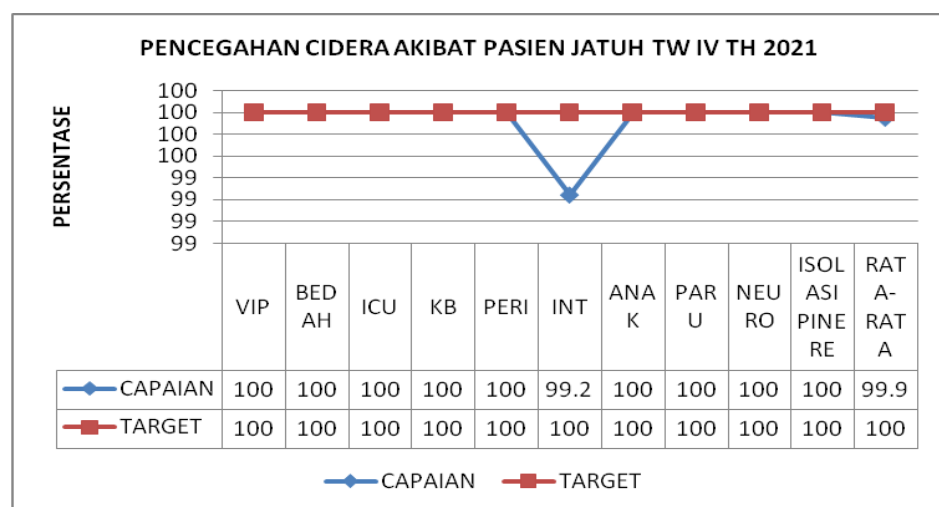
Capaian pencegahan resiko cidera akibat pasien jatuh ditunjukkan pada grafik dibawah ini :



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

Dari grafik dapat dilihat bahwa kecendrungan capaian mengalami penurunan dan angka capaian terendah dibulan Desember 99.9%.

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



Grafik 20. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cidera Akibat Pasien Jatuh Triwulan IV Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh pada Triwulan IV tahun 2021, trendnya mendekati standart. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 99.9%. Capaian yang sudah mencapai standart adalah ruang rawat inap VIP, Bedah, ICU, KB, Perinatologi, Anak, Paru, Neurologi dan Isolasi Pinere yaitu 100%, sedangkan capaian di bawah standart adalah ruang Interne 99,2%.

Belum tercapainya indukator mutu ini disebabkan oleh:

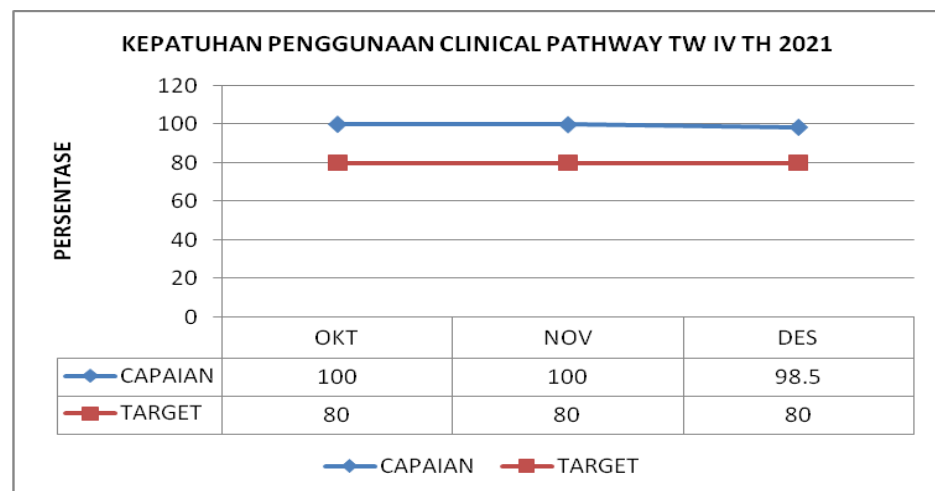
1. Pelaksanaan skrining resiko jatuh pada rawat inap belum optimal

Rekomendasi :

1. Lakukan resosialisasi tentang skrining resiko jatuh dan form asesmen ulang resiko jatuh

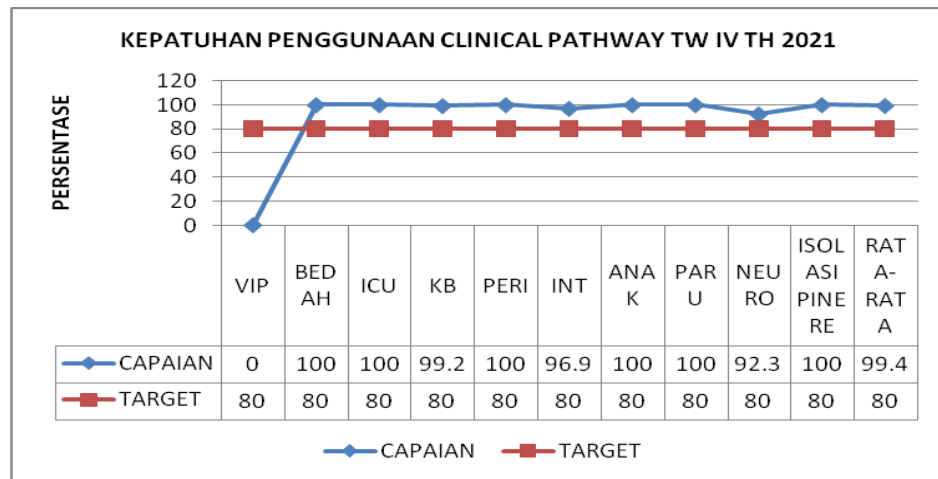
10. KEPATUHAN PENGGUNAAN CLINICAL PATHWAY

Capaian kepatuhan penggunaan clinical pathway bulan Oktober sd. Desember 2021 ditunjukkan pada grafik dibawah:



Grafik 21. Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway Triwulan IV Tahun 2021

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



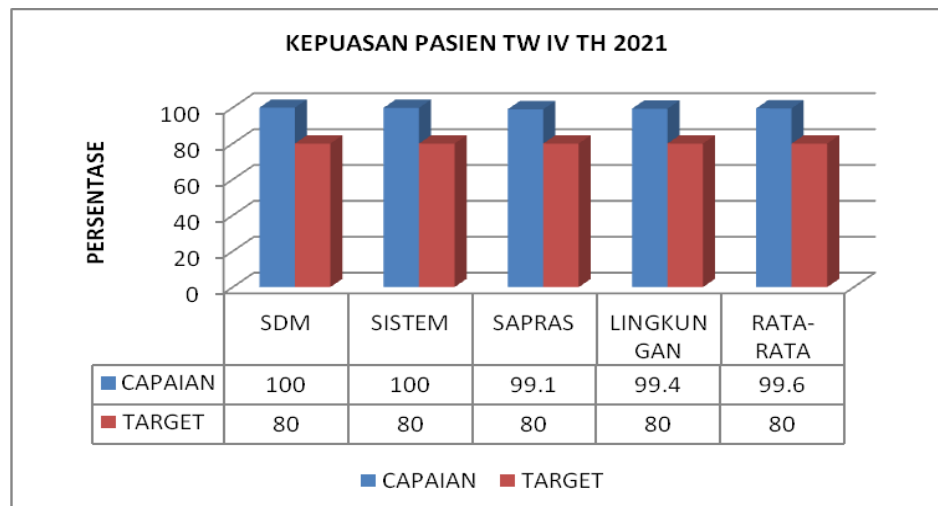
Grafik 22. Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway Triwulan IV Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan penggunaan clinical pathway pada Triwulan IV tahun 2021, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 99.4%.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

11. KEPUASAN PASIEN

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

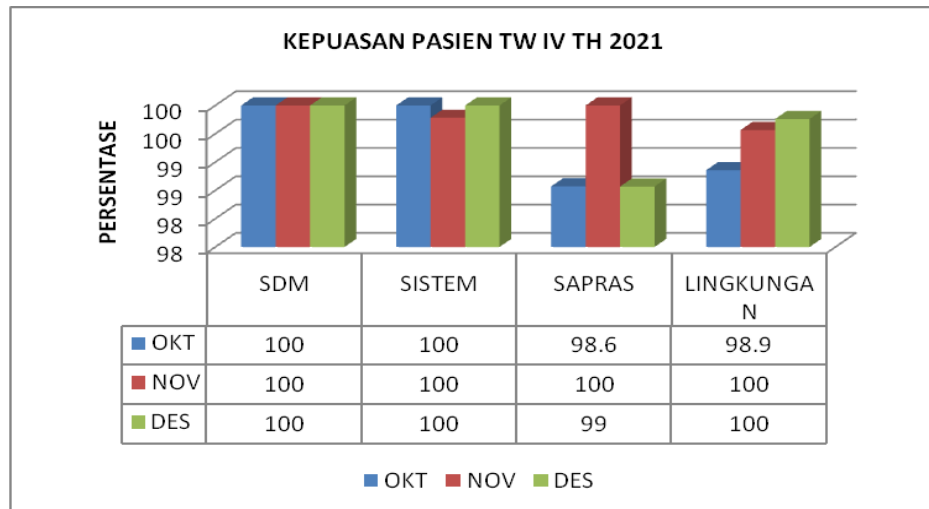


Grafik 23. Tingkat Kepuasan Pelanggan Triwulan IV tahun 2021

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 Sistem dengan rata-rata capaian 99,6%.

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

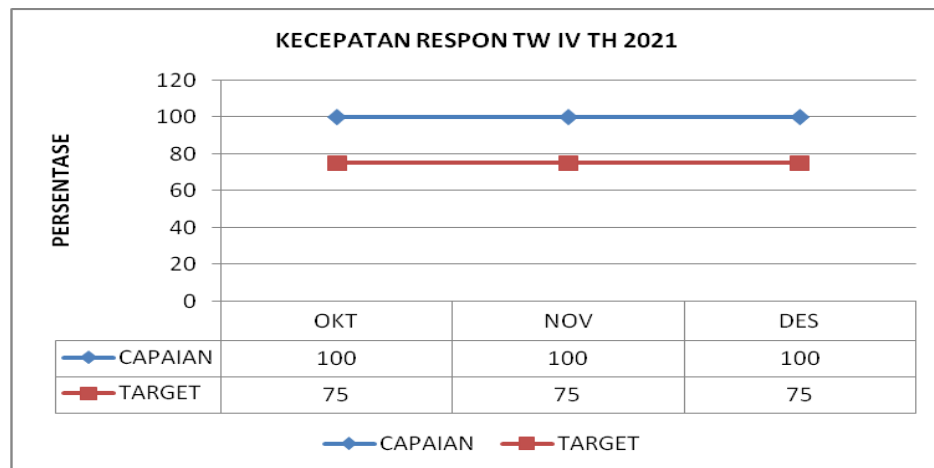


Grafik 24. Tingkat Kepuasan Pelanggan Bulan Oktober sd. Desember Tahun 2021

Grafik diatas menunjukkan bahwa setiap bulannya kepuasan pelanggan sudah mencapai target (80%).

12. KECEPATAN RESPON TERHADAP KOMPLAIN

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



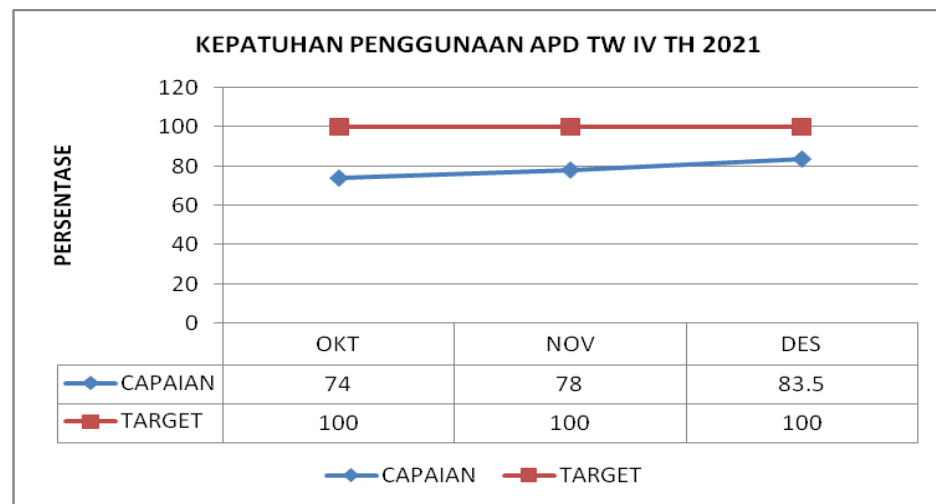
Grafik 25. Kecepatan Respon Terhadap Komplain Triwulan IV Tahun 2021

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

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

13. KEPATUHAN PENGGUNAAN APD

Capaian kepatuhan penggunaan APD pada bulan Oktober sd. Desember 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



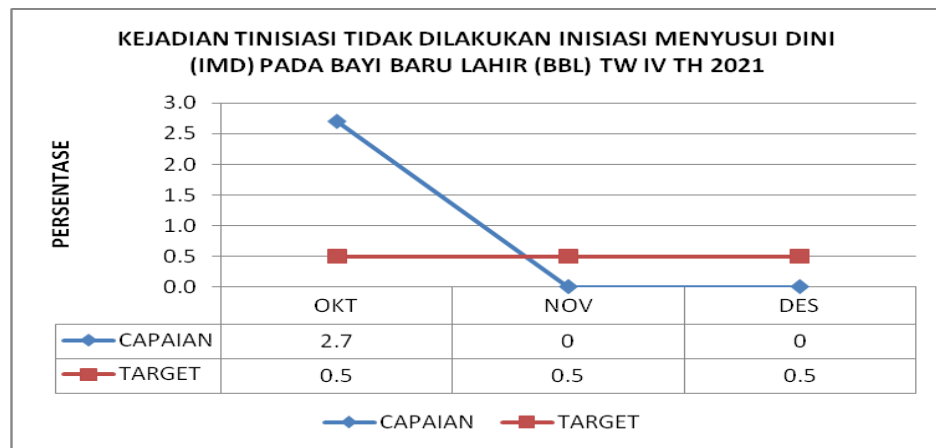
Grafik 26. Kepatuhan Penggunaan APD Triwulan IV Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan penggunaan APD. Rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 78.5%. Capaian untuk indicator ini belum mencapai target (100%).

II. INDIKATOR MUTU PRIORITAS

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

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

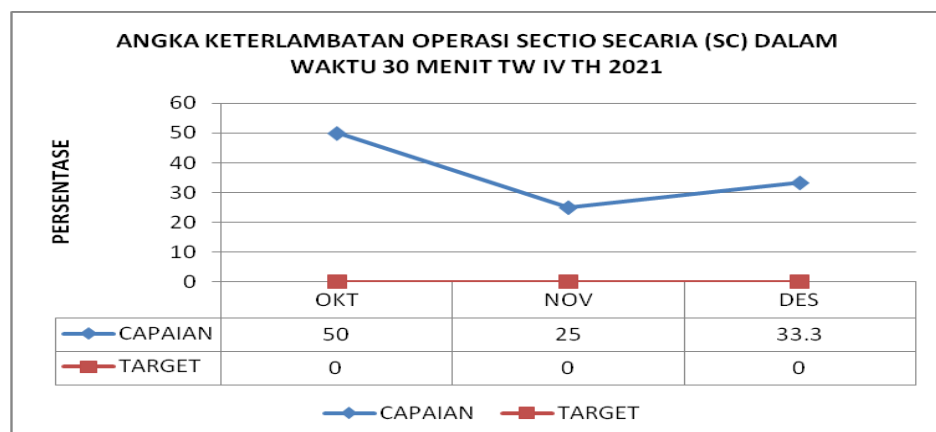


Grafik 27. Kejadian Tidak Dilaksanakan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) Pada Bayi Baru Lahir Triwulan IV Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kejadian tidak dilaksanakan inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir pada Triwulan IV tahun 2021, trendnya cenderung membaik. Standart indicator mutu ini adalah 0.5%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 1.0%. Dimana kejadian paling buruk terjadi pada bulan Oktober dimana 2.7% 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 28. Keterlambatan Operasi Sectio Secaria (SC) Dalam Waktu 30 Menit Triwulan IV Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu keterlambatan operasi sectio secaria (SC) pada Triwulan IV tahun 2021, trendnya cenderung jauh dari standart. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 37.1%. Artinya 37.1% terjadi keterlambatan operasi SC pada bulan Oktober sd. Desember 2021.

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

1. Instruksi sectio secaria dikeluarkan sebelum hasil laboratorium keluar, sehingga membutuhkan waktu 30 menit untuk menunggu hasil labor keluar.

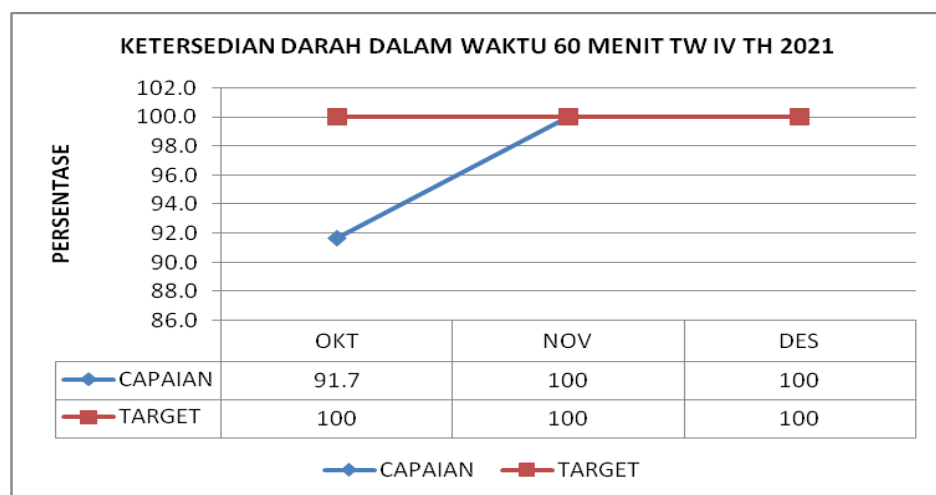
2. Kepatuhan dalam pengisian jam order SC Cyto pasien masih kurang

Rekomendasi :

1. Evaluasi tentang kebijakan indicator keterlambatan operasi sectio secaria dalam waktu 30 menit dengan teams PONEK
2. Tingkatkan kepatuhan dalam pengisian jam order SC

3. KETERSEDIAAN DARAH DALAM WAKTU 60 MENIT

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

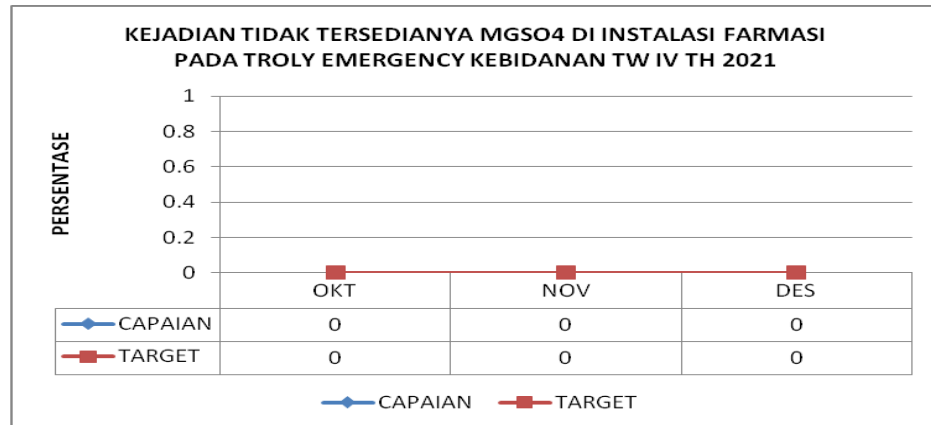


Grafik 29. Keterlambatan Ketersediaan Darah Triwulan IV Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketersediaan darah dalam waktu 60 menit pada Triwulan IV tahun 2021, trendnya mendekati standart. Standart indicator mutu ini adalah 100%, capaian indicator mutu ini 97.3%.

4. KEJADIAN TIDAK TERSEDIA NYA $MgSO_4$ DI INSTALASI FARMASI PADA TROLI EMERGENCY KEBIDANAN

Kejadian tidak tersedianya $MgSO_4$ di Instalasi Farmasi pada trolley emergency kebidanan pada bulan Oktober sd. Desember 2021 dapat dilihat dibawah ini:

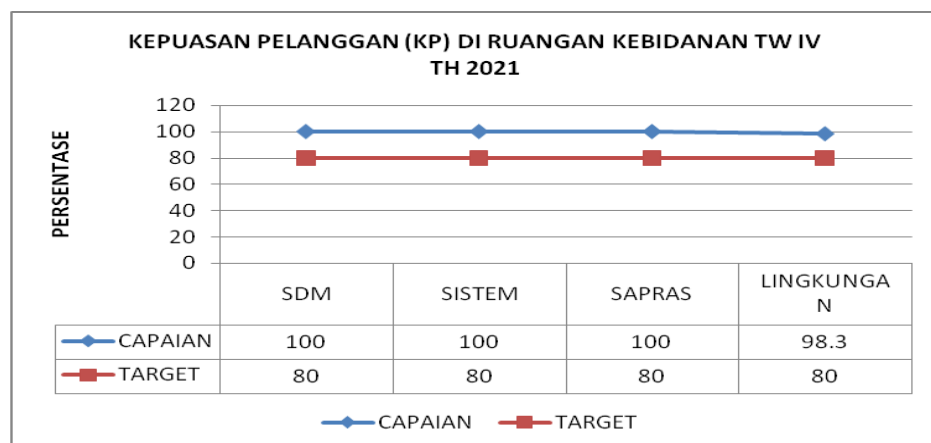


Grafik 30. Kejadian tidak tersedianya $MgSO_4$ di Instalasi Farmasi pada trolley emergency kebidanan Triwulan IV Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Kejadian tidak tersedianya $MgSO_4$ di Instalasi Farmasi pada trolley emergency kebidanan pada Triwulan IV tahun 2021. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%

5. KEPUASAN PELANGGAN (KP) DI KEBIDANAN

Kepuasan pelanggan di ruang Kebidanan pada bulan Oktober sd. Desember 2021 dapat dilihat dibawah ini:



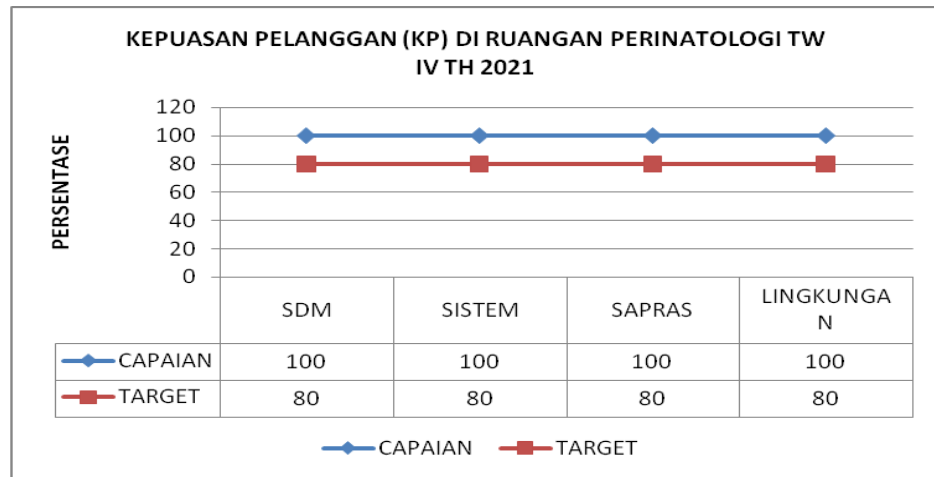
Grafik 31. Kepuasan Pelanggan Di Ruang Kebidanan Triwulan IV Tahun 2021

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 dengan rata-rata capaian 99.6%.

Rekomendasi: Pertahankan hasil capaian indikator yang telah ada

6. KEPUASAN PELANGGAN (KP) DI PERINATOLOGI

Kepuasan pelanggan di ruang Perinatologi pada bulan Oktober sd. Desember 2021 dapat dilihat dibawah ini:



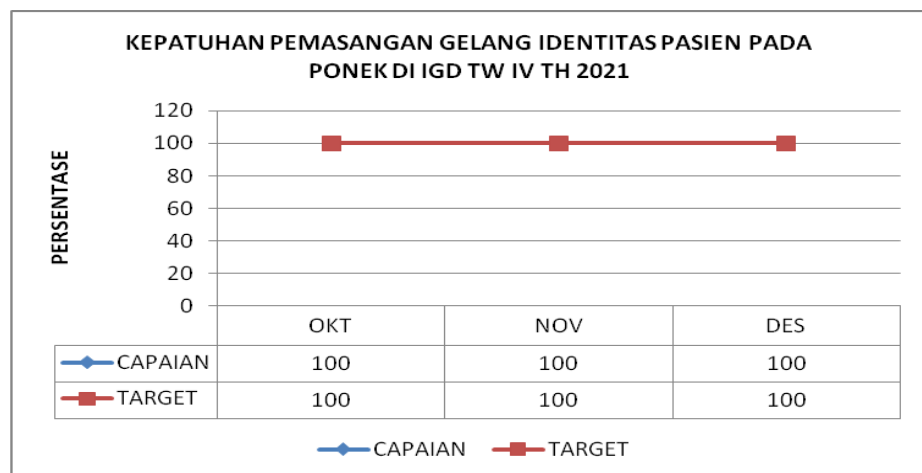
Grafik 32. Kepuasan Pelanggan Di Ruang Perinatologi Triwulan IV Tahun 2021

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

Rekomendasi: Pertahankan hasil capaian indikator yang telah ada

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

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



Grafik 33. Kepatuhan Pemasangan Gelang Identitas Pasien Pada Pasien PONEK Di IGD Triwulan IV Tahun 2021

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

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

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



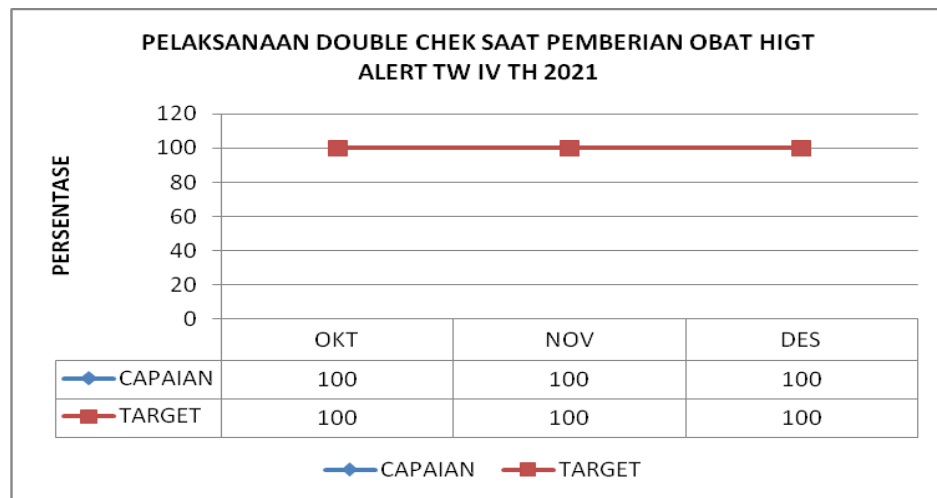
Grafik 34. Konfirmasi SBAR Saat Serah Terima Antar Shift Pada PONEK Triwulan IV Tahun 2021

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

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

9. PELAKSANAAN DOUBLE CHEK SAAT PEMBERIAN OBAT HIGT ALERT

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



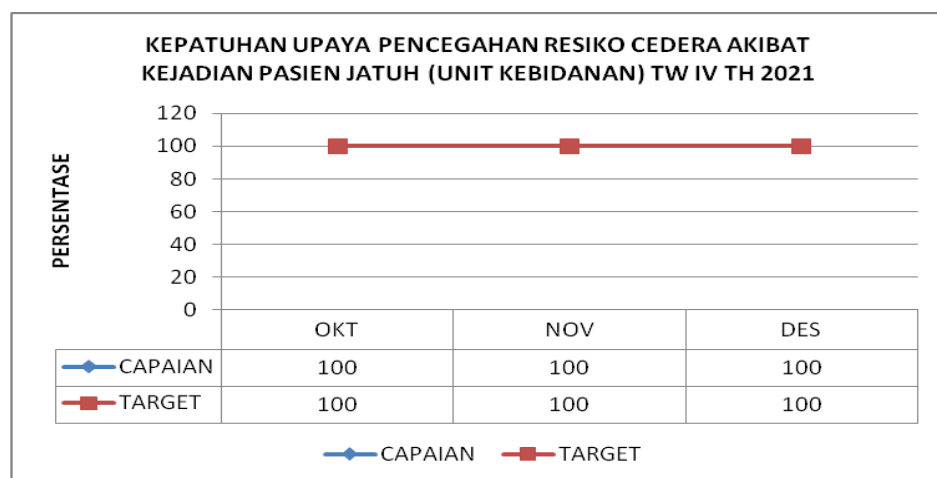
Grafik 35. Kepatuhan Pelaksanaan Double Chek Saat Pemberian Obat Higt Alert Triwulan IV Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan pelaksanaan double chek saat pemberian obat higt alert pada Triwulan IV tahun 2021. 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

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

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



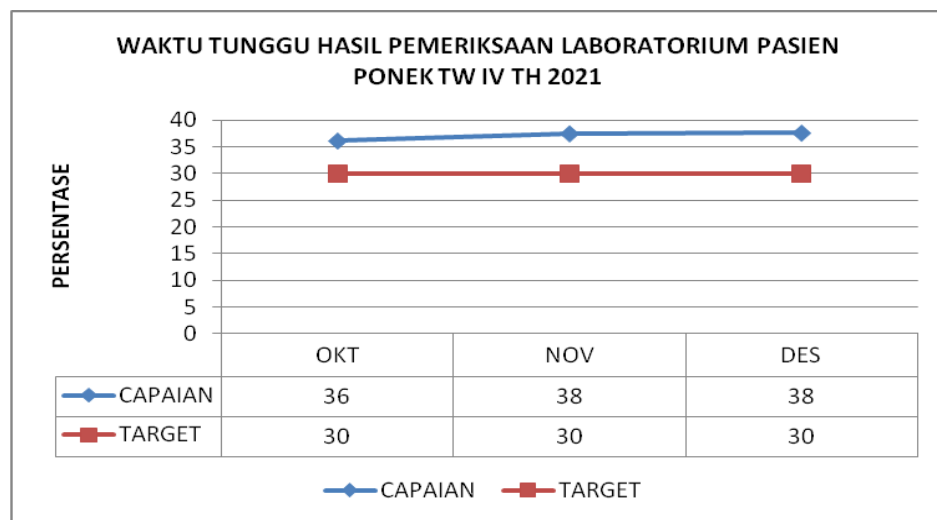
Grafik 36. Kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat kejadian pasien jatuh Triwulan IV Tahun 2021

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

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

11. WAKTU TUNGGU HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM PASIEN PONEK

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



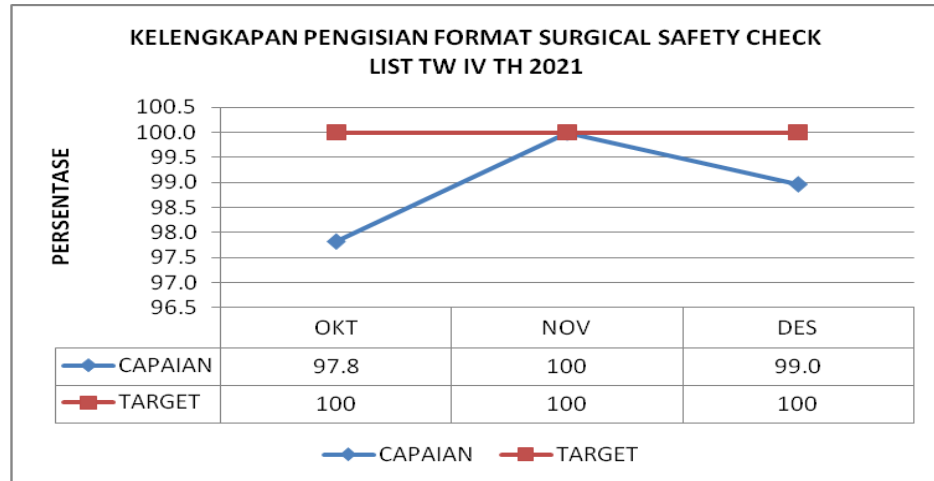
Grafik 37. Waktu Tunggu Hasil pemeriksaan Laboratorium pasien Ponek Triwulan IV Tahun 2021

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa waktu tunggu hasil pemeriksaan Laboratorium pasien Ponek belum mencapai target. Paling tinggi pada bulan November dan Desember mencapai 38 menit, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 37,1%. Capaian untuk indikator ini masih jauh dari target dimana target untuk waktu hasil pemeriksaan laboratorium pasien Ponek ini adalah 30 menit.

III. INDIKATOR YANG DIPERSYARATKAN BAB

1. KELENGKAPAN PENGISIAN FORMAT SURGICAL SAFETY CHECK LIST

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

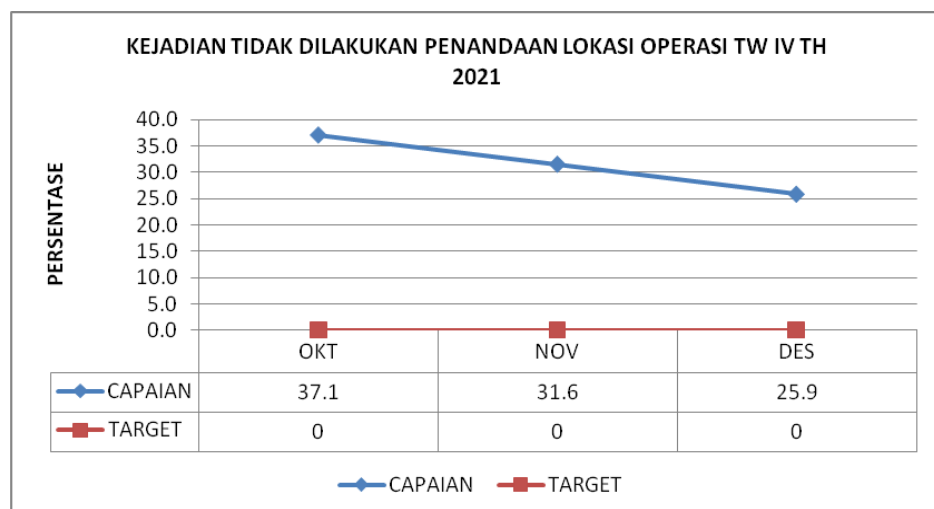


Grafik 38. Kelengkapan Pengisian Format Surgical Safety Check List Triwulan IV Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator kelengkapan pengisian format surgical safety check list pada Triwulan IV tahun 2021, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 99.0%.

2. KEJADIAN TIDAK DILAKUKAN PENANDAAN LOKASI OPERASI

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



Grafik 39. Kejadian Tidak Dilakukan Penandaan Lokasi Operasi Triwulan IV Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi pada Triwulan IV tahun 2021, trendnya cenderung membaik. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 30.7%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh:

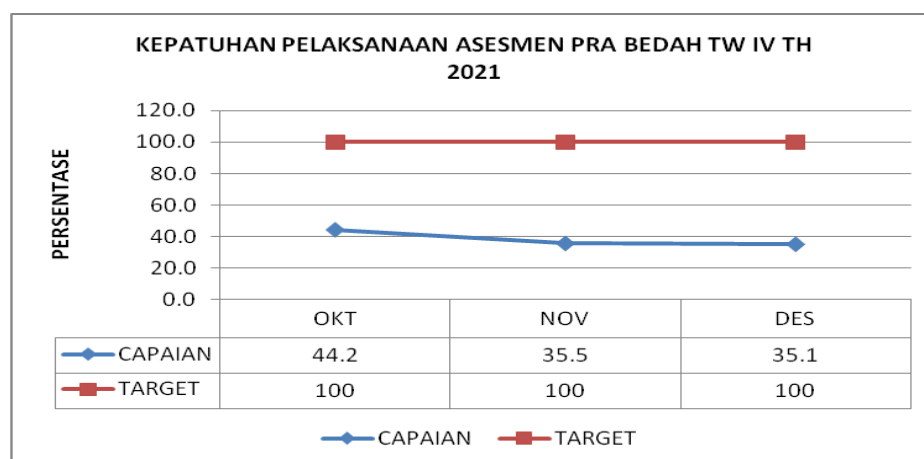
1. Belum menjadi budaya melakukan penandaan lokasi operasi dalam memberikan pelayanan ke pada pasien
2. Belum tersosialisainya SPO penandaan lokasi operasi

Rekomendasi :

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

3. PELAKSANAAN ASESMEN PRA BEDAH

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



Grafik 40. Kepatuhan Pelaksanaan Asesmen Pra Bedah Triwulan IV Tahun 2021

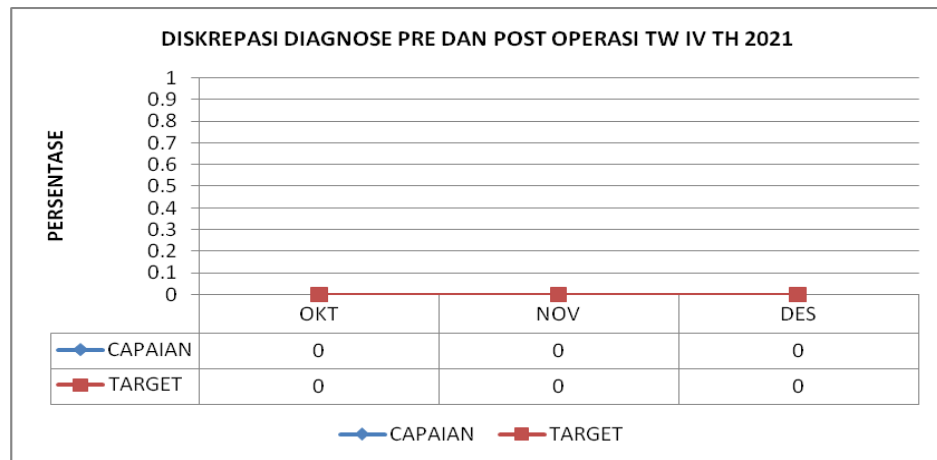
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan pelaksanaan asesmen pra bedah pada Triwulan IV tahun 2021. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 37,8%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh : 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

4. DISKREPANSI DIAGNOSE PRE DAN POST OPERASI

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



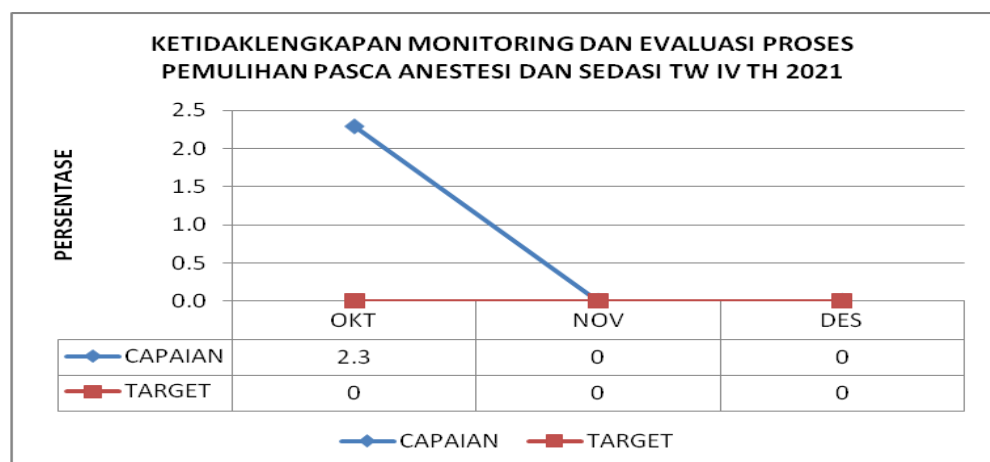
Grafik 41. Diskrepansi Diagnose Pre Dan Post Operasi Triwulan IV Tahun 2021

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

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

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

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



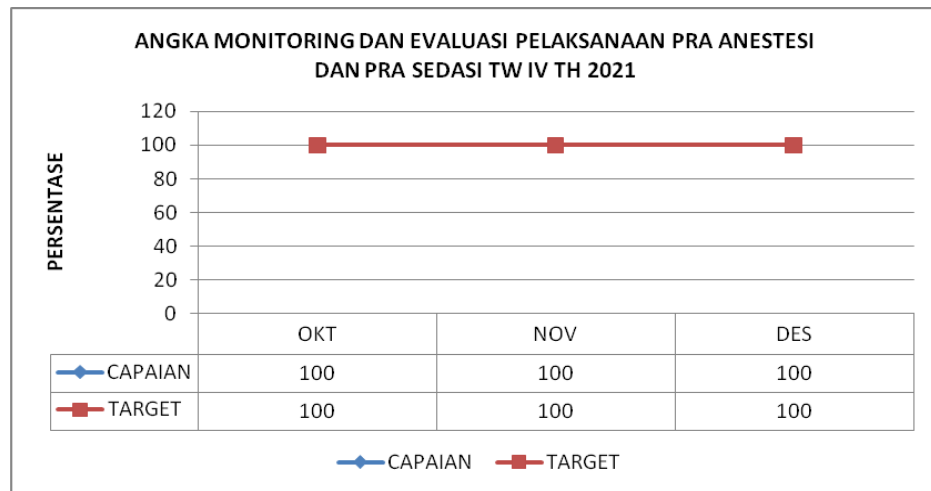
Grafik 42. Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Proses Pemulihan Pasca Anastesi Dan Sedasi Triwulan IV Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi proses pemulihan pasca anastesi dan sedasi pada Triwulan IV tahun 2021, cenderung stabil telah mencapai standar. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0.6%. Capaian belum mencapai standar 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 angka monitoring dan evaluasi pelaksanaan asesmen pra anastesi dan pra sedasi pada bulan Oktober sd. Desember 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



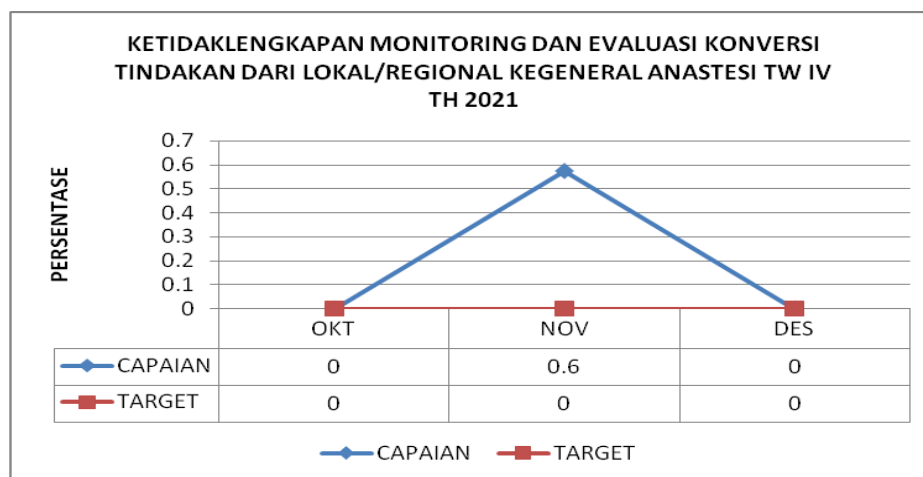
Grafik 43. Angka Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Pra Anastesi dan Pra Sedasi Triwulan IV Tahun 2021

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

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah didapat

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

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

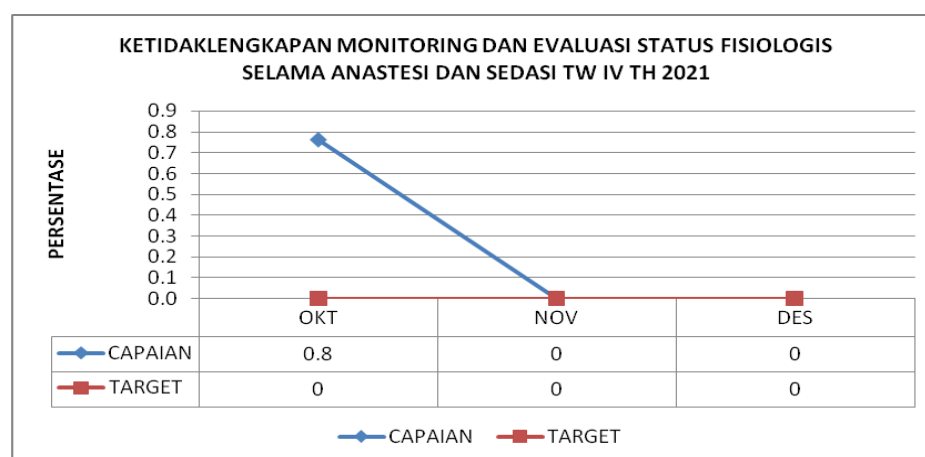


Grafik 44. Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Konversi Tindakan Dari Local/Regional Kegeneral Anestesi Triwulan IV Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi konversi tindakan dari local/regional kegeneral anestesi pada Triwulan IV tahun 2021, trendnya cenderung bervariasi. Standar indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0.2%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan.

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

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



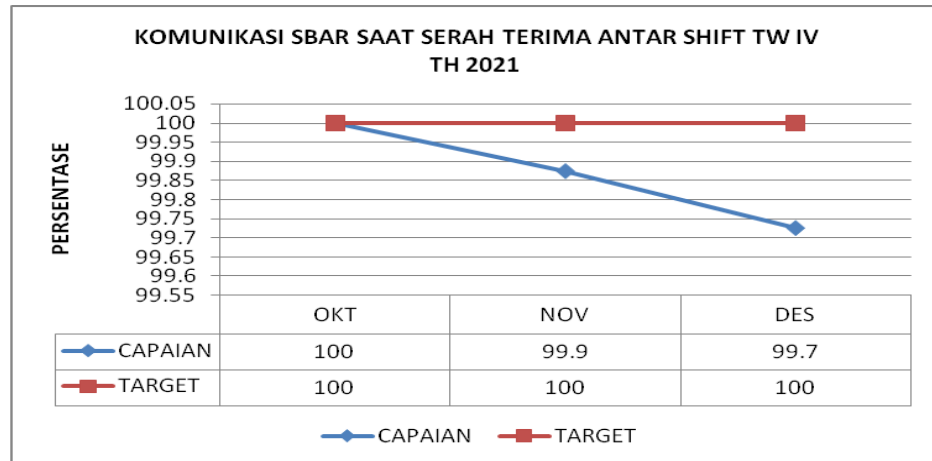
Grafik 45. Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Status Fisiologi Selama Anestesi dan Sedasi Triwulan IV Tahun 2021

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi status fisiologis selama anestesi dan sedasi pada bulan Oktober sd. Desember trendnya cenderung stabil telah mencapai standar. Standar indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian

indicator mutu ini adalah 0.2%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan.

9. KOMUNIKASI SBAR SAAT SERAH TERIMA ANTAR SHIFT

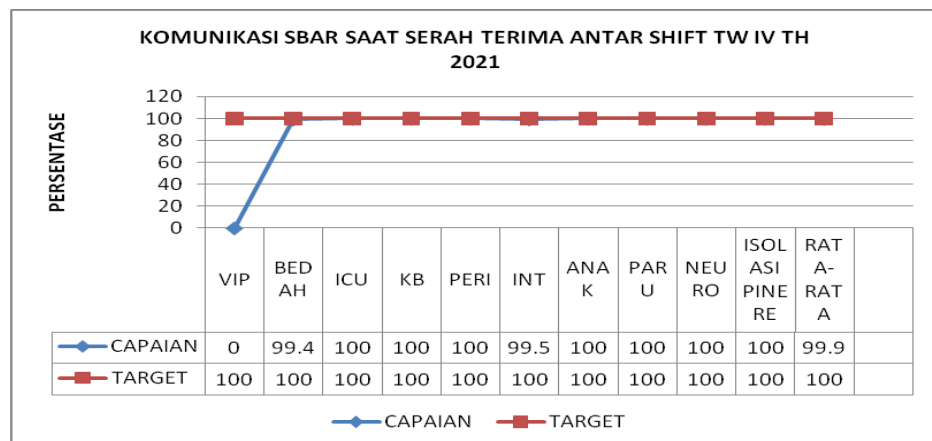
Persentase komunikasi SBAR serah terima antar shift pada bulan Oktober sd. Desember 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 46. Komunikasi SBAR Saat Serah Terima Antar Shift Triwulan IV Tahun 2021

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa komunikasi SBAR saat serah terima antar shift cenderung bervariasi.

Capaian rata-rata masing-masing ruangan dapat dilihat pada grafik berikut :



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

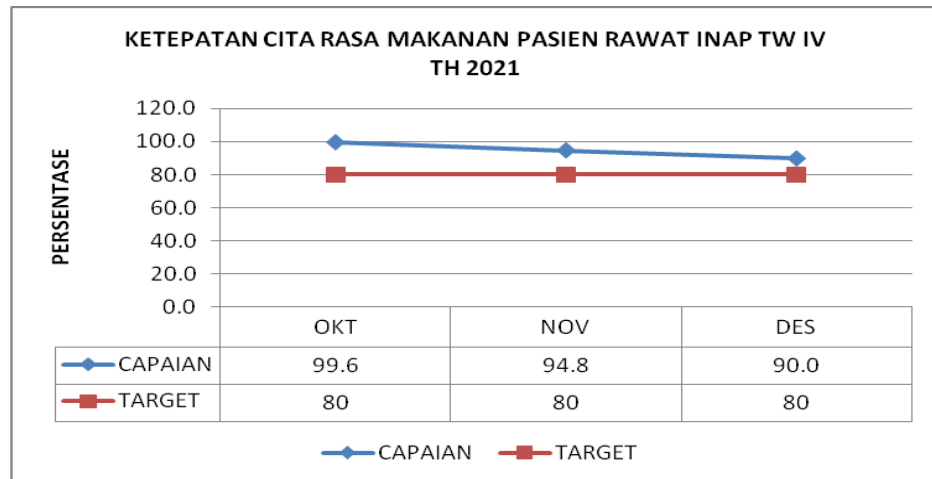
Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator Komunikasi pada ruangan ICU, KB, Perinatologi, Anak, Paru, Neurologi dan Isolasi Pinere sudah mencapai 100%. Ruangan yang belum mencapai target adalah ruangan Bedah dan Interne. Sementara rata-rata capaian indikator ini untuk Triwulan IV adalah 99.9%.

IV. INDIKATOR MUTU UNIT

1. INDIKATOR RUANGAN GIZI

1.1. KETEPATAN CITA RASA MAKANAN PASIEN RAWAT INAP

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



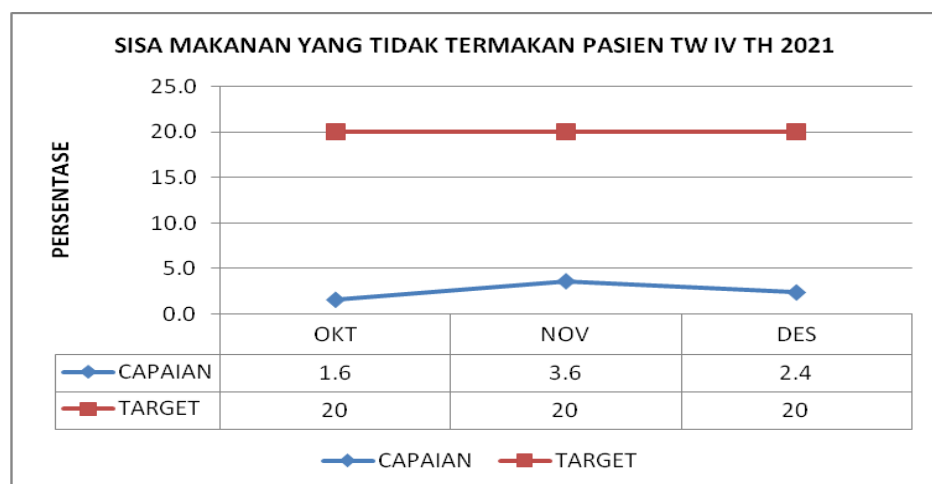
Grafik 48. Ketepatan Cita Rasa Makanan Pasien Rawat Inap Triwulan IV tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Ketepatan Cita Rasa Makanan Pasien rawat inap pada Triwulan IV tahun 2021. Standart indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 94,8%.

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 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

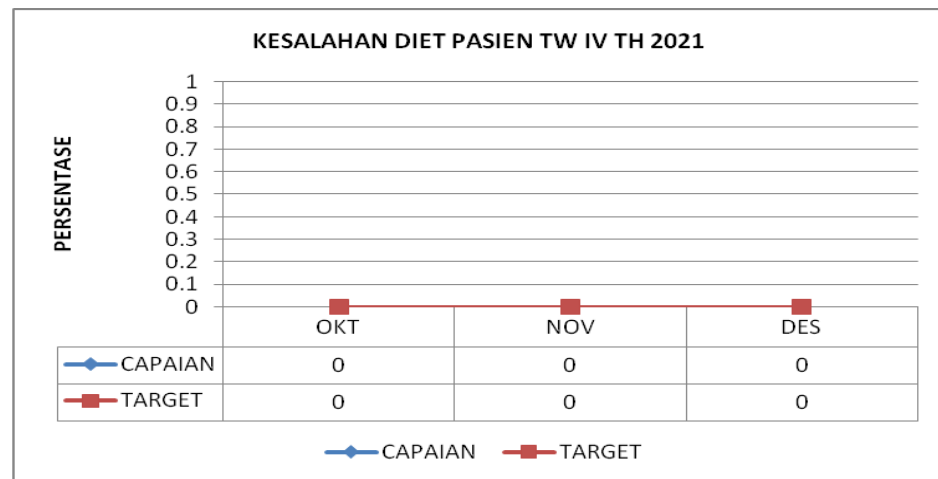


Grafik 49. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Pasien Triwulan IV Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu sisa makanan yang tidak termakan pasien pada Triwulan IV tahun 2021, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 20%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 2.6%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

1.3. KESALAHAN DIET PASIEN

Capaian kesalahan diet pasien pada bulan Oktober sd. Desember 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 50. Kesalahan Diet Pasien Triwulan IV Tahun 2021

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

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

2. INDIKATOR RUANGAN PARU

2.1. KETEPATAN PEMASANGAN GELANG IDENTITAS

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



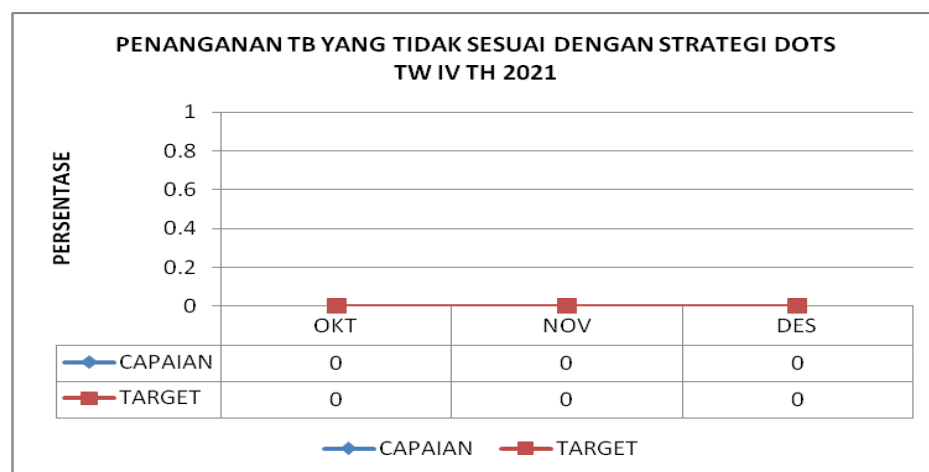
Grafik 51. Ketepatan Pemasangan Gelang Identitas Paru Triwulan IV Tahun 2021

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

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

2.2. PENANGANAN PASIEN TB YANG TIDAK SESUAI DENGAN STRATEGI DOTS

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



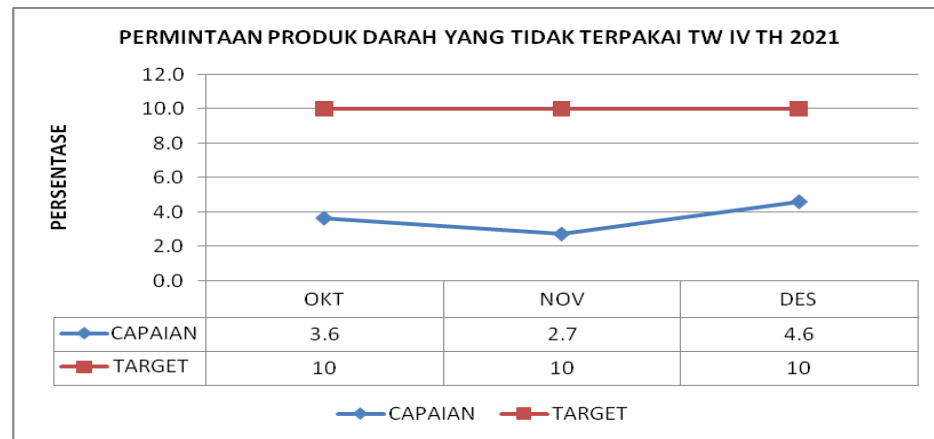
Grafik 52. Penaganan Pasien TB Yang Tidak Sesuai Dengan Strategi DOTS Triwulan IV Tahun 2021

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

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat.

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

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

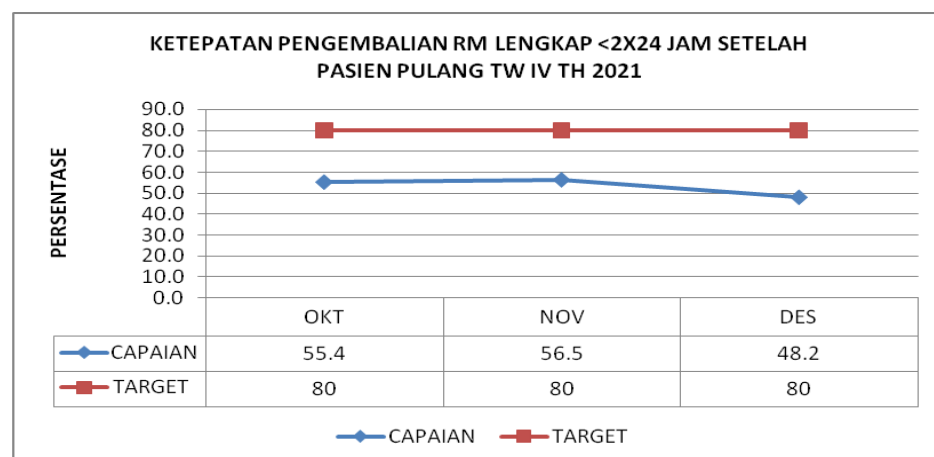


Grafik 53. Permintaan Produk Darah Yang Tidak Terpakai Triwulan IV Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu permintaan produk darah yang tidak terpakai pada Triwulan IV tahun 2021, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 10%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 3.7%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

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

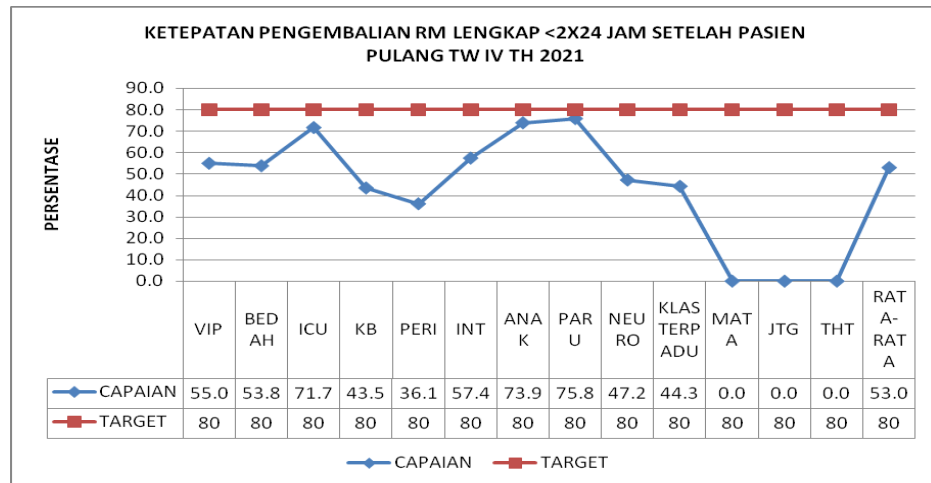
Capaian ketepatan pengembalian Rekam Medis Rawat Inap pada bulan Oktober sd. Desember 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 54. Ketepatan Pengembalian RM Rawat Inap Triwulan IV Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketepatan pengembalian Rekam Medis rawat inap pada Triwulan IV tahun 2021, trendnya cenderung bervariasi. Standar indikator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 53.0%.

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



Grafik 55. Ketepatan Waktu Pengembalian berkas Rekam Medik Inap Bulan Oktober sd. Desember 2021

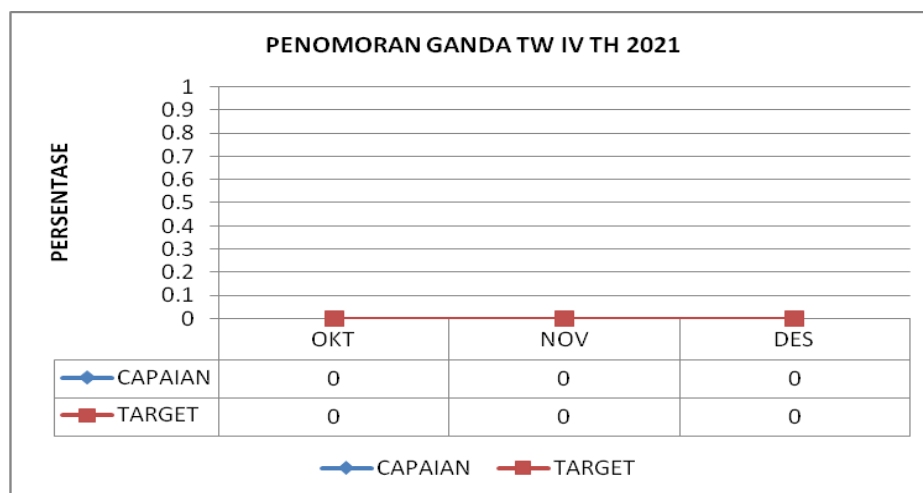
Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh beberapa hal: Komitmen yang belum adekuat dari seluruh staf medis dalam melengkapi rekam medis

Rekomendasi :

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

5. INDIKATOR RUANGAN PENDAFTARAN: PENOMORAN REKAM MEDIS GANDA

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



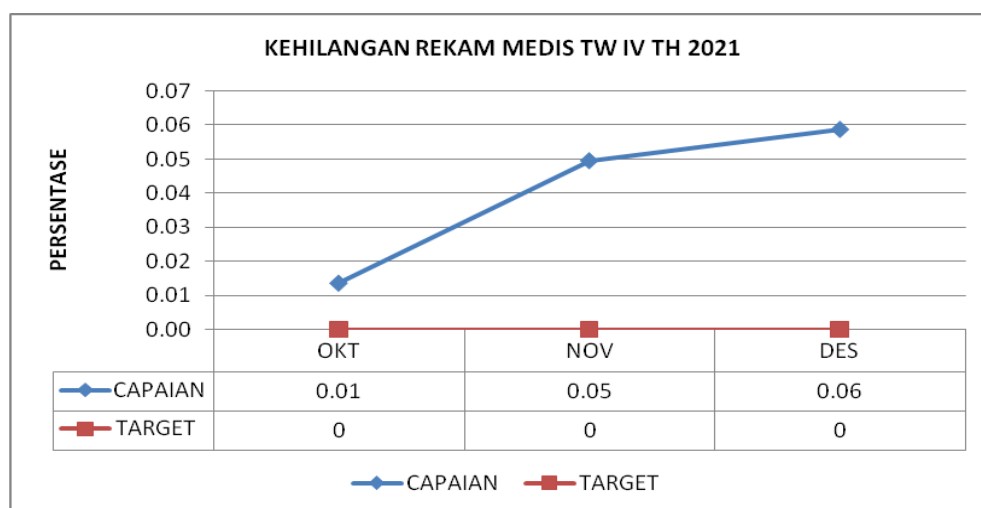
Grafik 56. Penomoran Rekam Medis Ganda Triwulan IV tahun 2021

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

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

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

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



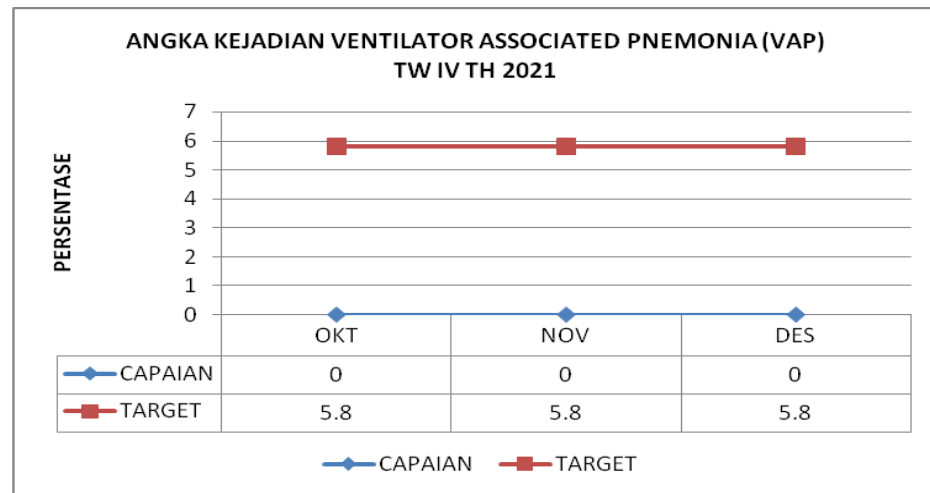
Grafik 57. Kehilangan Dokumen RM Rawat Inap Triwulan IV Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kehilangan dokumen RM rawat inap pada Triwulan IV tahun 2021, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 0%, dan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0,04%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan.

7. INDIKATOR MUTU KOMITE PPI

7.1. ANGKA KEJADIAN VAP

Capaian kejadian VAP pada bulan Oktober sd. Desember 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

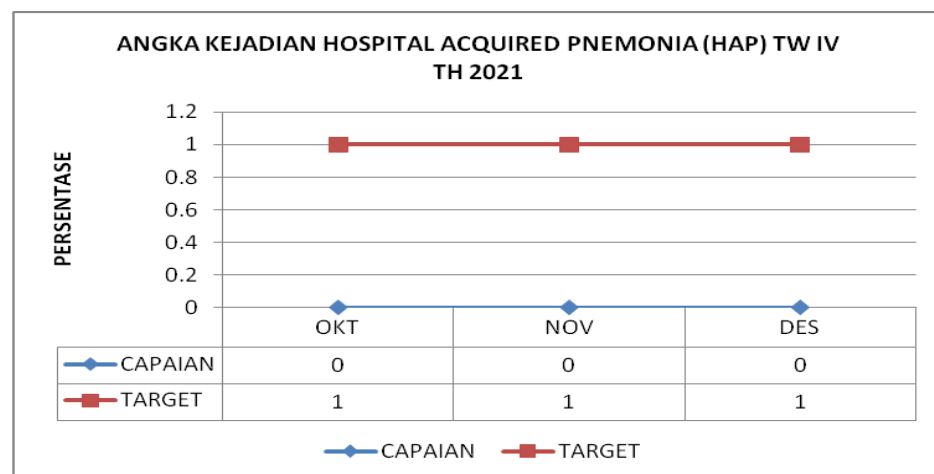


Grafik 58. Angka Kejadian VAP Triwulan IV Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian VAP pada Triwulan IV tahun 2021 adalah 0% karena tidak ada pasien dengan pemasangan ventilator.

7.2. ANGKA KEJADIAN HOSPITAL ACQUIRED PNEMONIA (HAP)

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

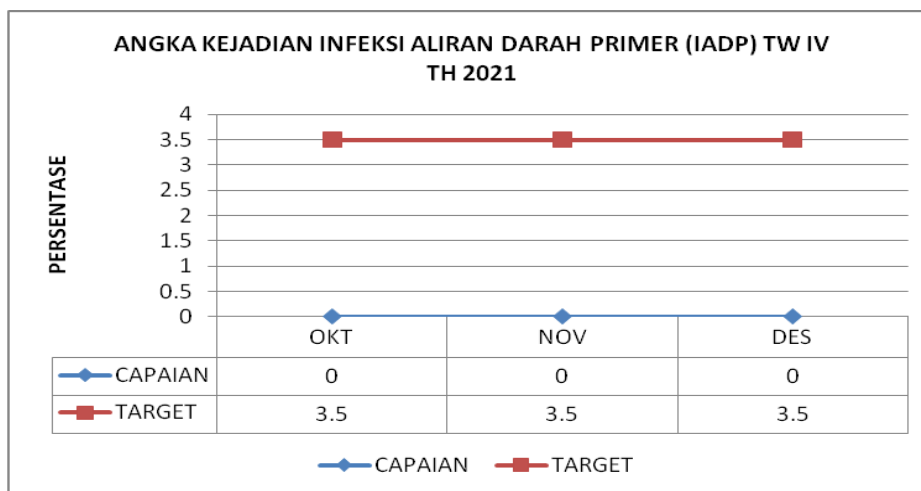


Grafik 59. Angka Kejadian IADP Triwulan IV Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu angka kejadian hospital acquired pnemonia (HAP) pada Triwulan IV tahun 2021 adalah 0%..

7.3. ANGKA KEJADIAN IADP

Capaian kejadian IADP pada bulan Oktober sd. Desember 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

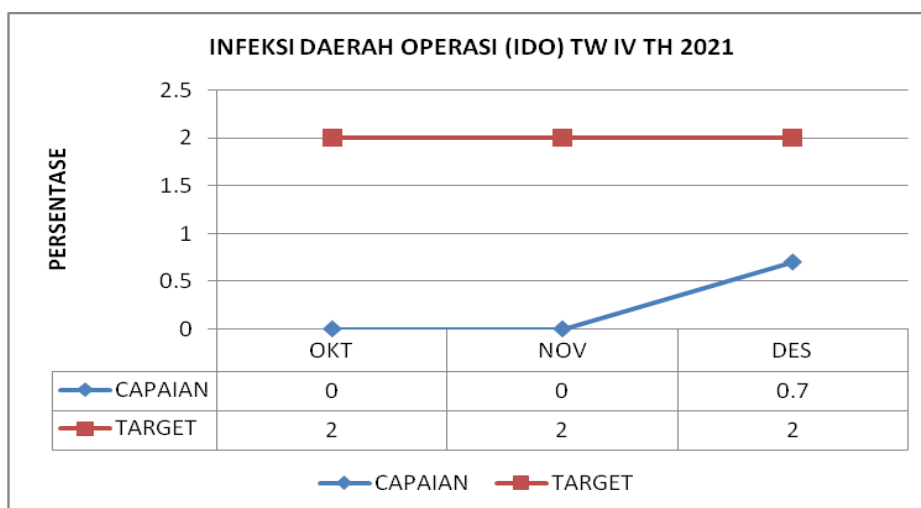


Grafik 60. Angka Kejadian IADP Triwulan IV Tahun 2021

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

7.4. ANGKA KEJADIAN IDO

Capaian kejadian IDO pada bulan Oktober sd. Desember 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

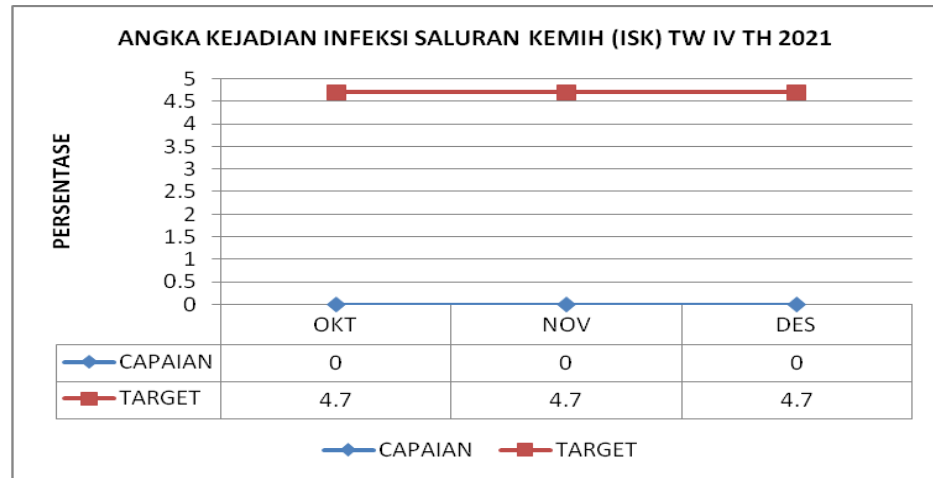


Grafik 61. Angka Kejadian IDO Triwulan IV Tahun 2021

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian IDO pada Triwulan IV tahun 2021 adalah 0.7%, masih dibawah standar yang ditetapkan.

7.5. ANGKA KEJADIAN ISK

Capaian kejadian ISK pada bulan Oktober sd. Desember 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

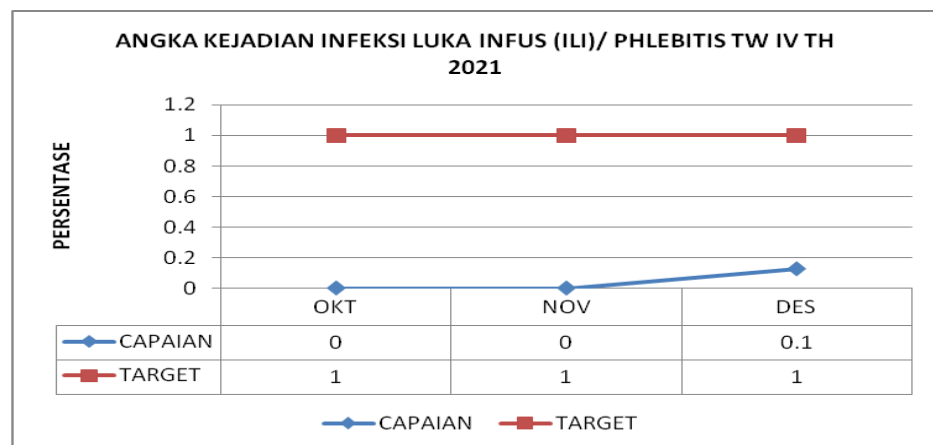


Grafik 62. Angka Kejadian ISK Triwulan IV Tahun 2021

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

7.6. ANGKA KEJADIAN PLEBITIS

Capaian kejadian plebitis pada bulan Oktober sd. Desember 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

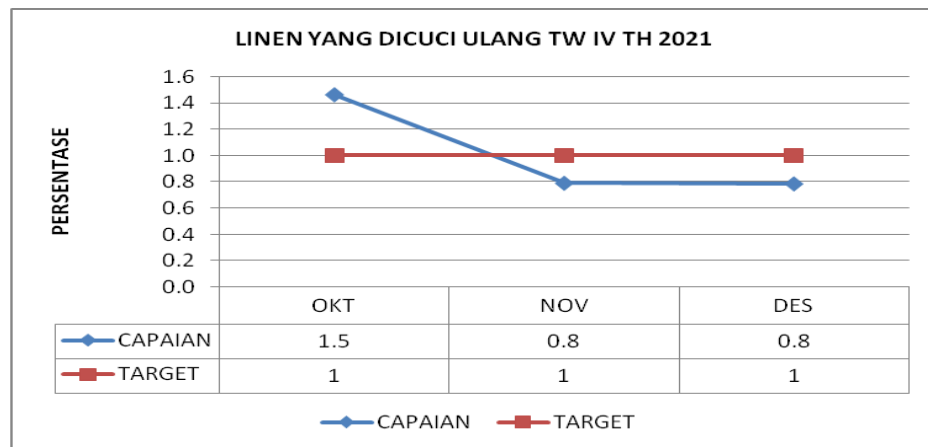


Grafik 63. Angka Kejadian Plebitis Triwulan IV Tahun 2021

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

8. INDICATOR LOUNDRY : LINEN YANG DICUCI ULANG

Pemantauan untuk indicator unit laundry dimulai pada bulan Oktober sd. Desember 2021, dengan capaian sebagai berikut:



Grafik 64. Angka Kejadian Linen yang Dicuci Ulang Triwulan IV Tahun 2021

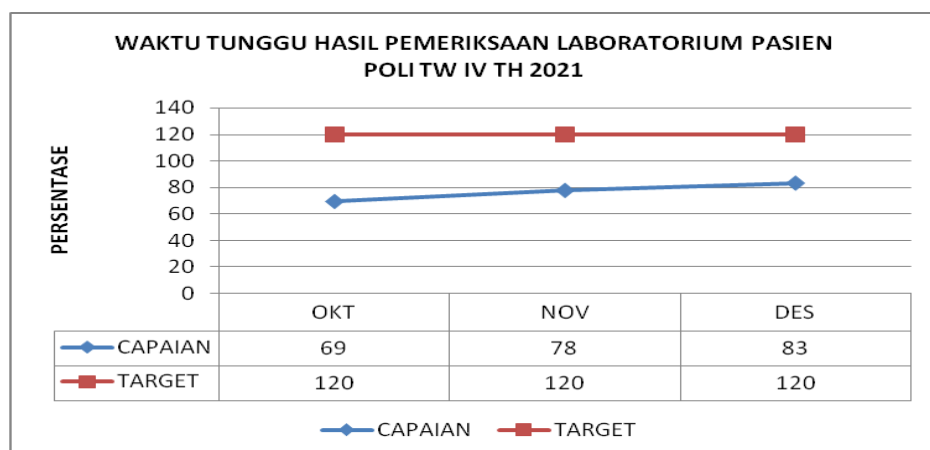
Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian untuk linen yang dicuci ulang mengalami peningkatan pada bulan Oktober 2021, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 1.1%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan (1%)

9. WAKTU TUNGGU HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

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

9.1. WAKTU TUNGGU HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM PADA PASIEN POLIKLINIK

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

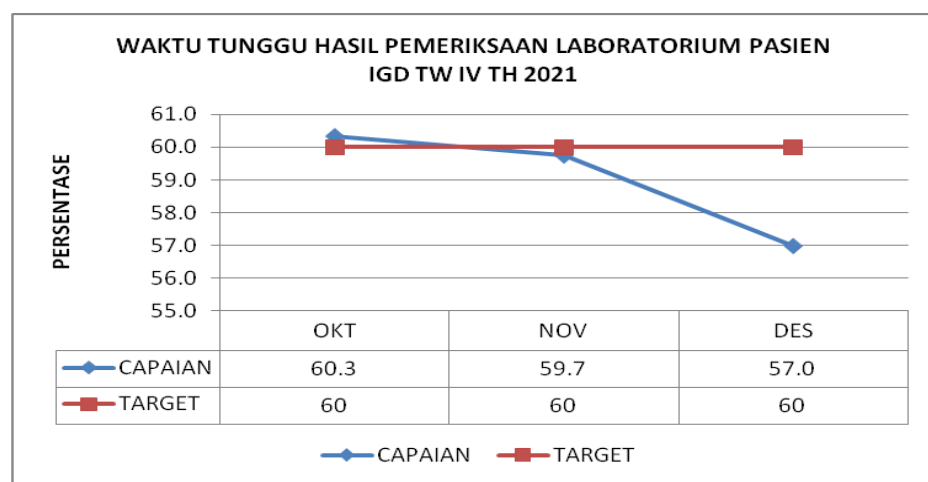


Grafik 65. Grafik Waktu Hasil Tunggu Pemeriksaan Laboratorium pada Pasien Poliklinik Triwulan IV Tahun 2021

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa angka waktu tunggu pemeriksaan laboratorium pada pasien poklinik cenderung bervariasi namun sudah mencapai standar dimana target dari indikator ini adalah 120 menit. Capaian paling baik terjadi pada bulan Oktober yakni mencapai 69 menit. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan (120%)

9.2. WAKTU TUNGGU HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM PADA PASIEN IGD

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



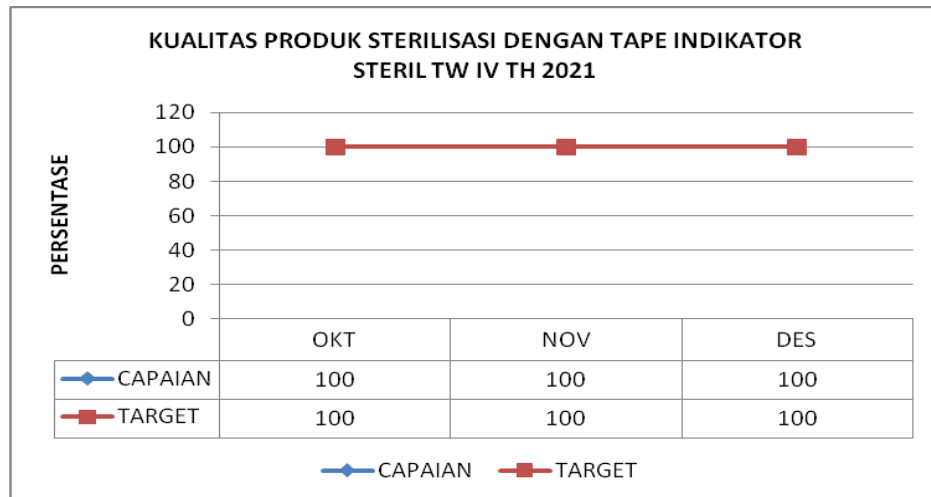
Grafik 66. Grafik Waktu Hasil Tunggu Pemeriksaan Laboratorium pada Pasien IGD Triwulan IV Tahun 2021

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

10. INDICATOR CSSD

10.1. KUALITAS PRODUK STERILISASI DENGAN TAPE INDIKATOR STERIL

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



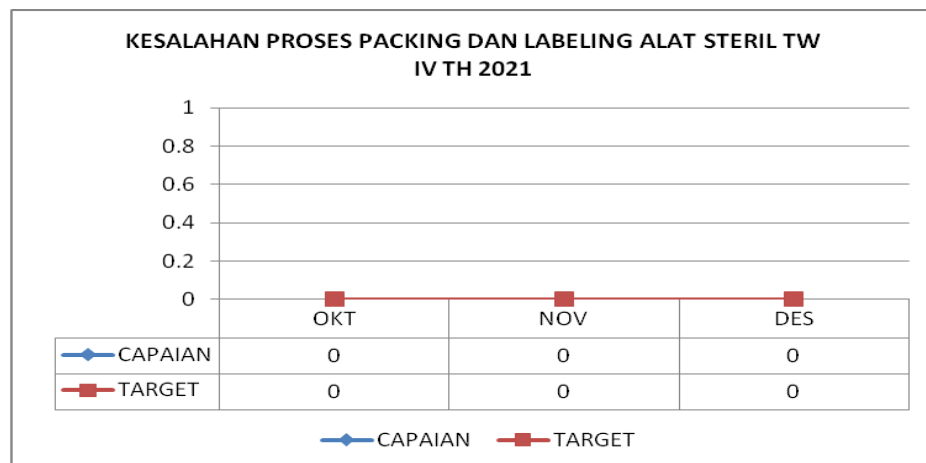
Grafik 67. Grafik Kualitas Produk Sterilisasi Dengan Tape Indikator Steril Triwulan IV Tahun 2021

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

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

10.2. KESALAHAN PRODUK STERILISASI DENGAN TAPE INDIKATOR STERIL

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



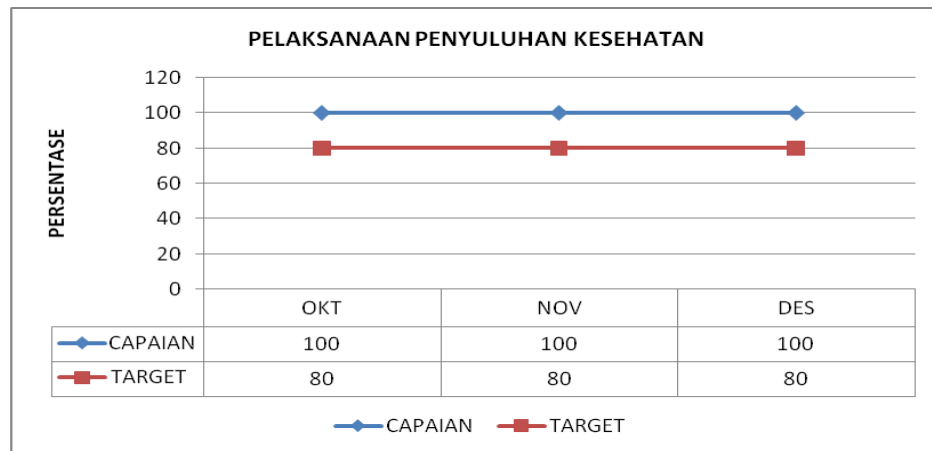
Grafik 68. Kesalahan Produk Sterilisasi dengan Tape Indikator Steril Triwulan IV Tahun 2021

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

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

11. INDIKATOR MUTU PKRS : PELAKSANAAN PENYULUHAN KESEHATAN

Pelaksanaan Penyuluhan Kesehatan ditunjukkan pada grafik dibawah ini:

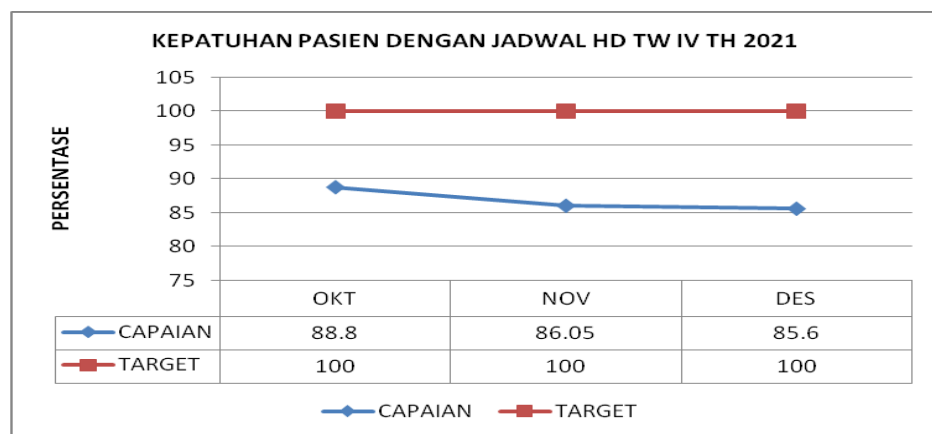


Grafik 69. Pelaksanaan Penyuluhan Kesehatan Triwulan IV Tahun 2021

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

12. INDIKATOR MUTU HEMODIALISA : KEPATUHAN PASIEN DENGAN JADWAL HD

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



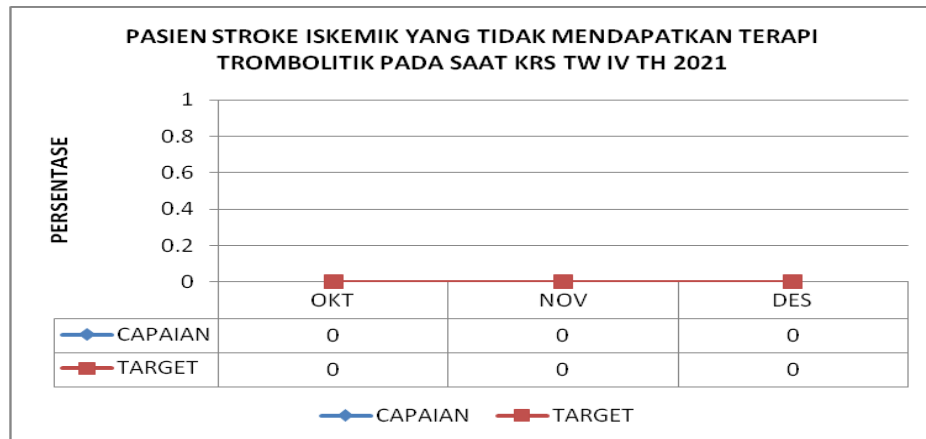
Grafik 70. Kepatuhan Pasien Dengan Jadwal Hemodialisa Triwulan IV Tahun 2021

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa Capaian Kepatuhan pasien dengan jadwal Hemodialisa belum mencapai target, trendnya cenderung barvariasi. Standart indicator mutu kepatuhan pasien dengan jadwal Hemodialisa 100%, sedangkan rata-rata capaian kepatuhan pasien dengan jadwal Hemodialisa 86.8%

13. INDICATOR RUANGAN NEUROLOGI

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

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



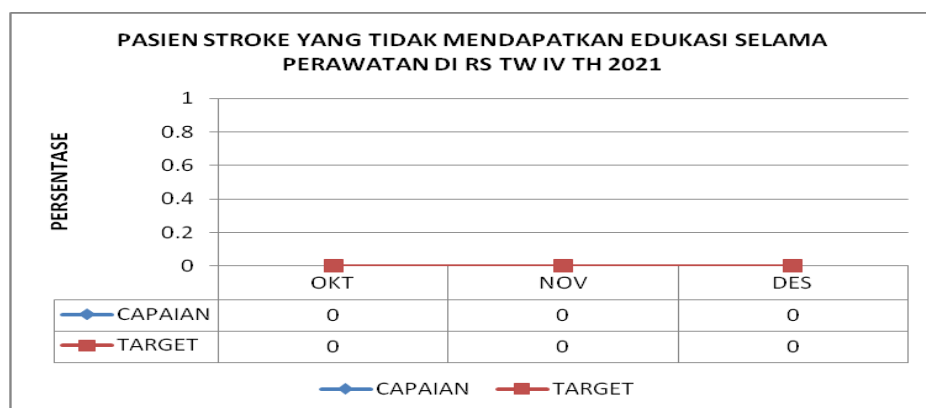
Grafik 71. Pasien Stroke Iskemik Yang Tidak Mendapatkan Terapi Trombolitik Pada Saat KRS Triwulan IV Tahun 2021

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

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

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

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



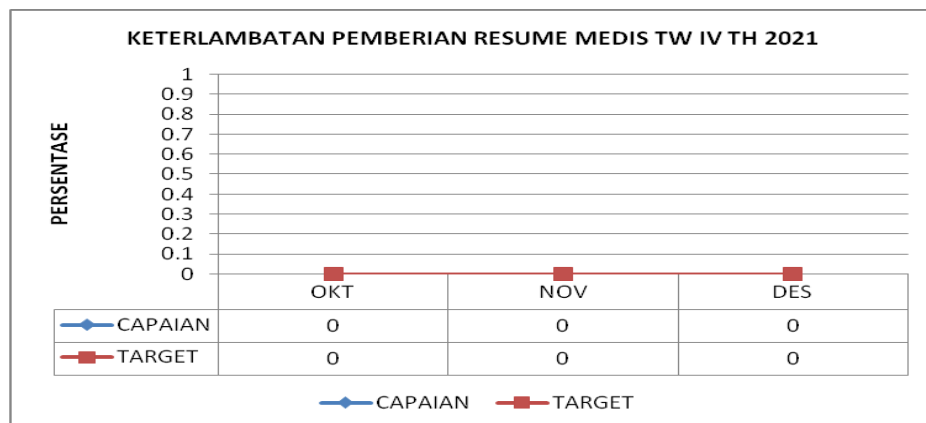
Grafik 72. Pasien Stroke Yang Tidak Mendapatkan Edukasi Selama Perawatan di RS Triwulan IV Tahun 2021

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

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

14. INDICATOR RUANGAN VIP : KETERLAMBATAN PEMBERIAN RESUME MEDIS

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

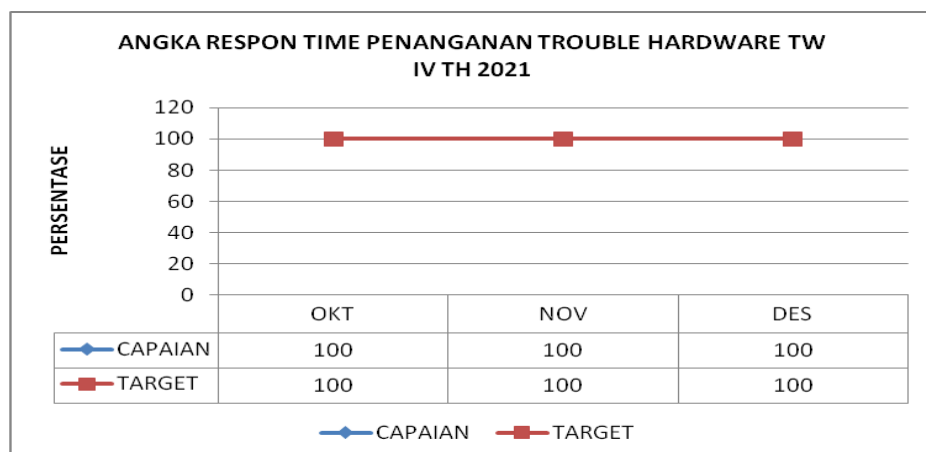


Grafik 73. Keterlambatan Pemberian Resume Medis Triwulan IV Tahun 2021

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian keterlambatan pemberian resume medis sudah mencapai target. Standart indicator mutu keterlambatan pemberian resume medis 0%.

15. ANGKA RESPON TIME PENANGANAN TROUBLE HARDWARE

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



Grafik 74. Angka Respon Time Penanganan Trouble Hardware

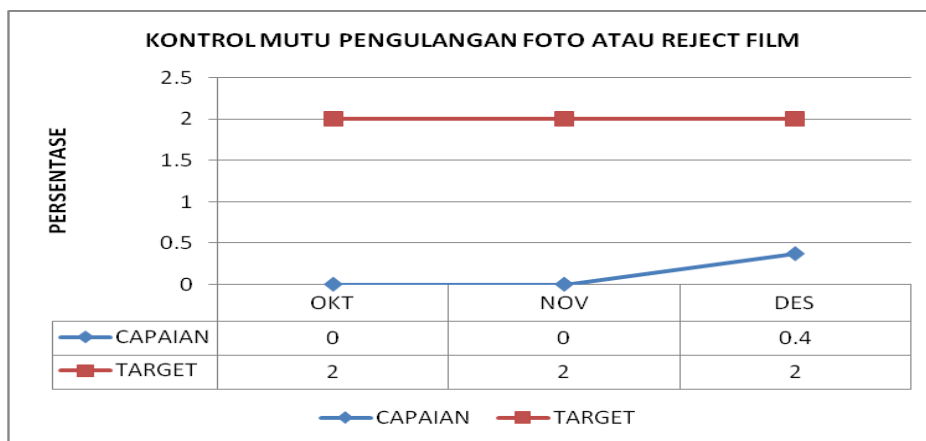
Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa angka respon time penanganan trouble hardware sudah mencapai target 100%.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

16. INDICATOR MUTU RADIOLOGI

16.1 PELAKSANAAN PENGULANGAN FOTO RONTGEN

Capaian indicator pelaksanaan pengulangan foto rontgen untuk Triwulan IV adalah :



Grafik 75. Angka Pelaksanaan Pengulangan Foto Rontgen

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian pelaksanaan pengulangan foto rontgen sudah mencapai target, trendnya stabil. Standart indicator mutu pelaksanaan pengulangan foto rontgen 2%, sedangkan rata-rata capaian capaian pelaksanaan pengulangan foto rontgen 0.1%

16.2 KETERLAMBATAN HASIL FOTO RAWAT JALAN LEBIH DARI 30 MENIT

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

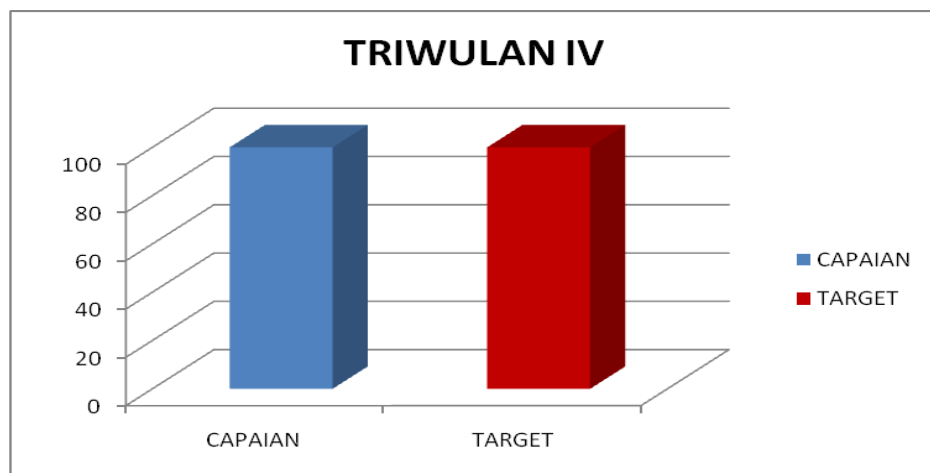


Grafik 76. Angka Keterlambatan Hasil Foto Rawat Jalan >30 Menit

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

17. KETEPATAN WAKTU INPUT DATA E-MONEV BAPPEDDA

Angka ketepatan waktu input data e-monev BAPPEDDA merupakan indicator mutu Bagian Perencanaan, Keuangan & Pelaporan. Capaian indicator ini untuk Triwulan IV adalah:



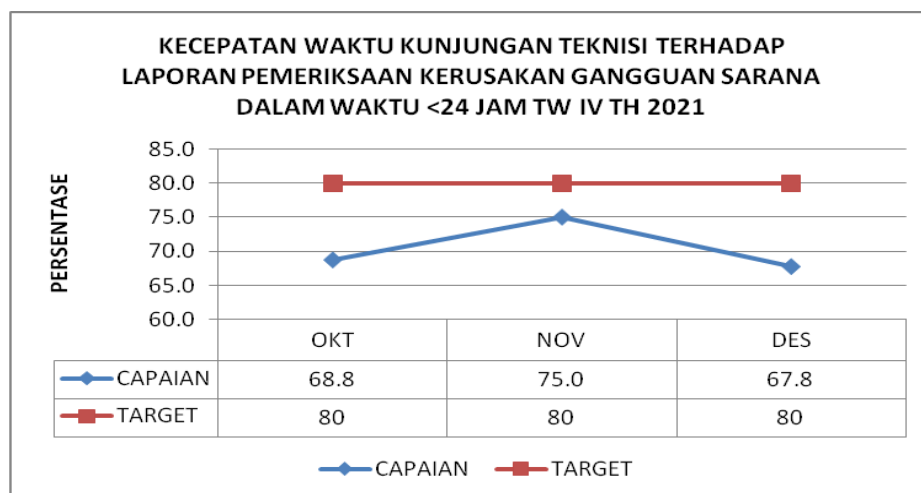
Grafik 77. Angka ketepatan waktu input data e-monev BAPPEDDA

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa angka ketepatan waktu input data e-monev BAPPEDDA sudah mencapai 100%.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

18. KECEPATAN WAKTU KUNJUNGAN TEKNISI TERHADAP LAPORAN PEMERIKSAAN KERUSAKAN GANGGUAN SARANA DALAM WAKTU <24 JAM

Angka Kecepatan Waktu Kunjungan Teknisi Terhadap Laporan Pemeriksaan Kerusakan Gangguan Sarana Dalam Waktu <24 jam merupakan indicator mutu IPSRS. Capaian indicator ini untuk Triwulan IV adalah:



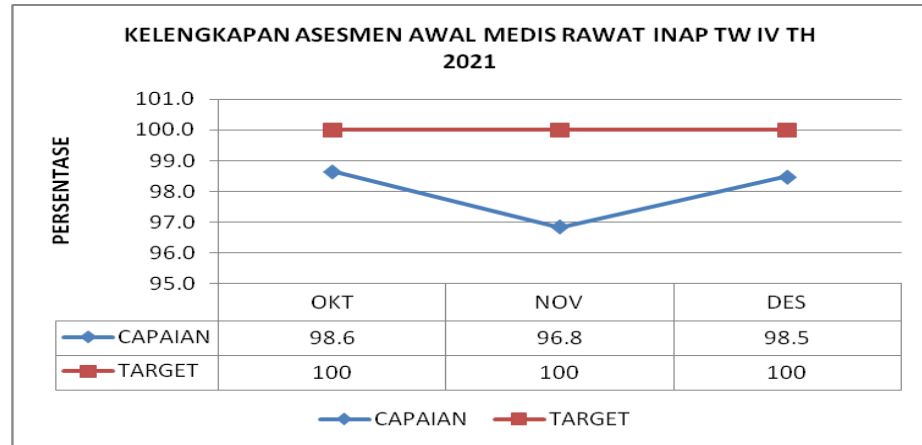
Grafik 78. angka ketepatan waktu input data e-monev BAPPEDDA

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian Angka Kecepatan Waktu Kunjungan Teknisi Terhadap Laporan Pemeriksaan Kerusakan Gangguan Sarana Dalam Waktu <24 jam belum mencapai target, trendnya cenderung bervariasi. Standar indikator mutu keterlambatan Angka Kecepatan Waktu Kunjungan Teknisi Terhadap Laporan Pemeriksaan Kerusakan Gangguan Sarana Dalam Waktu <24 jam 80%, sedangkan rata-rata capaian capaian 69.9%.

V. INDIKATOR MUTU PPA

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

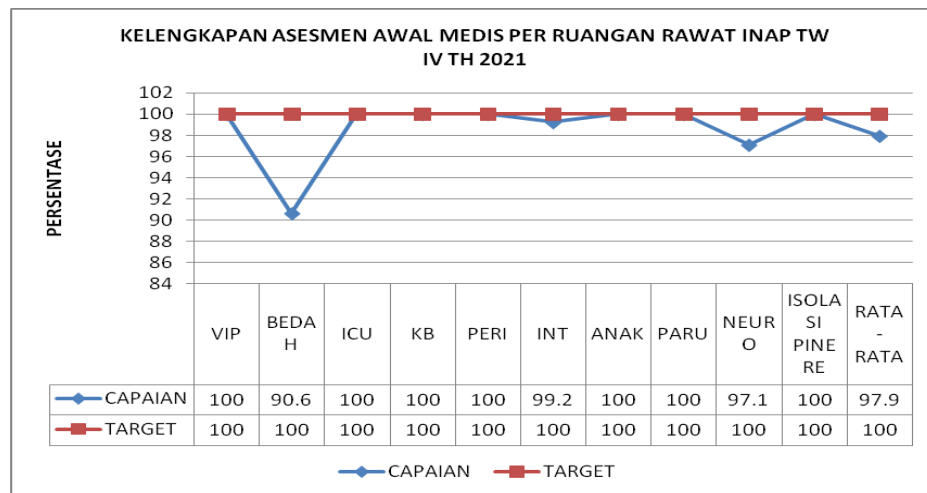
Capaian kelengkapan asesmen awal medis rawat inap pada bulan Oktober sd. Desember 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 79. Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Inap 1 x 24 Jam per Bulan Triwulan IV Tahun 2021

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa kelengkapan asesmen awal medis pada bulan Oktober sd. Desember 2021 masih belum mencapai target. Trendnya cenderung bervariasi.

Capaian masing-masing ruangan untuk indikator ini adalah:

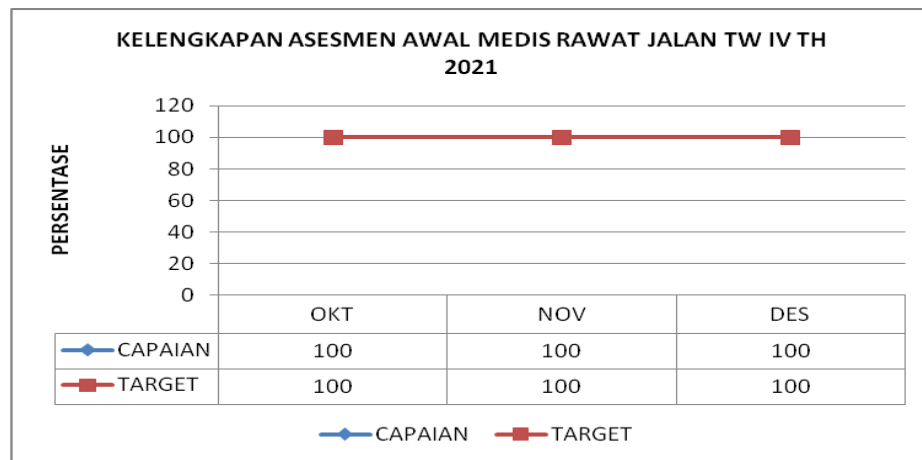


Grafik 80. Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Inap 1 x 24 Jam per Ruangan Triwulan IV Tahun 2021

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa ruangan VIP, ICU, KB, Anak, Paru dan Isolasi Pinere merupakan ruangan dengan capaian paling tinggi untuk kelengkapan asesmen medis rawat inap yakni sudah mencapai target (100%). Sedangkan capaian paling rendah adalah ruangan Bedah (88,9%), Interne (99.2%), dan Neurologi (97,1%). Rata-rata capaian RSUD adalah 97.7%.

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

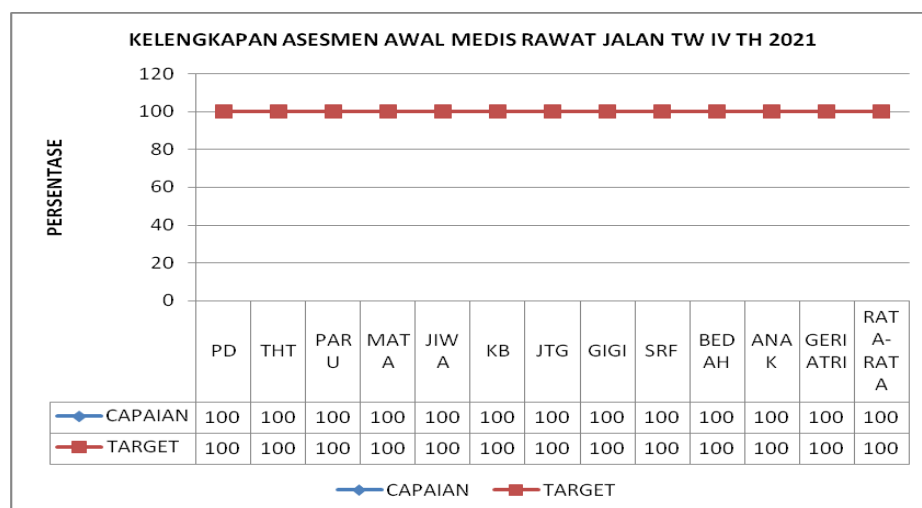
Capaian kelengkapan asesmen awal medis pasien rawat jalan pada bulan Oktober sd. Desember 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 81. Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit per Bulan Triwulan IV Tahun 2021

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

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

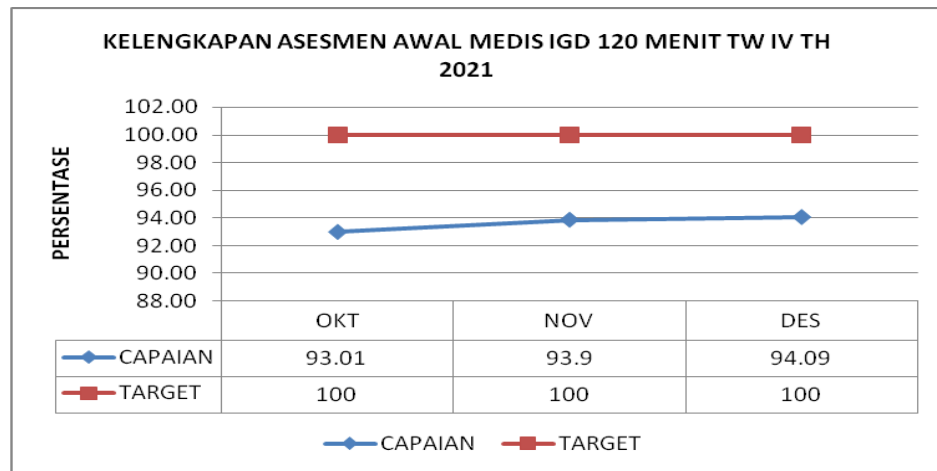


Grafik 82. Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit Triwulan IV Tahun 2021

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

3. KELENGKAPAN ASESMEN AWAL MEDIS PASIEN IGD ≤ 120 MENIT

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

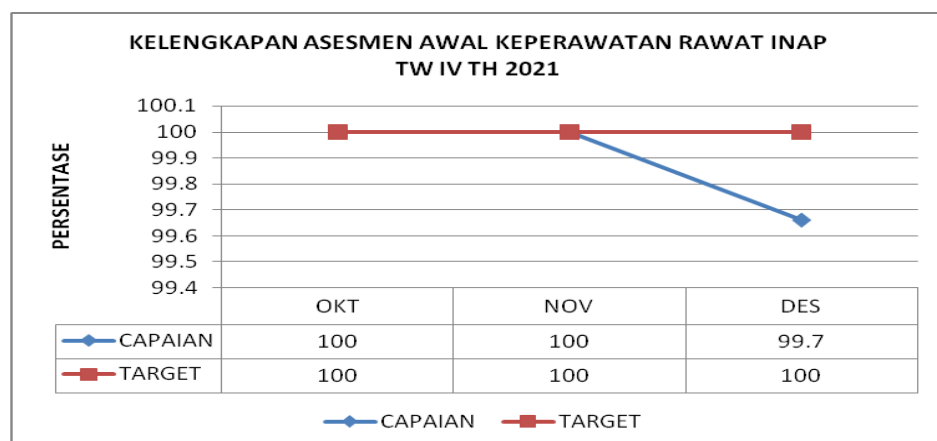


Grafik 83. Kelengkapan Asesmen Awal Medis IGD ≤ 120 Menit Triwulan IV Tahun 2021

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa kelengkapan asesmen medis IGD pada bulan Oktober sd. Desember 2021, trendnya masih dibawah standar 100%. Rata-rata capaian pada Triwulan IV adalah 93,7%.

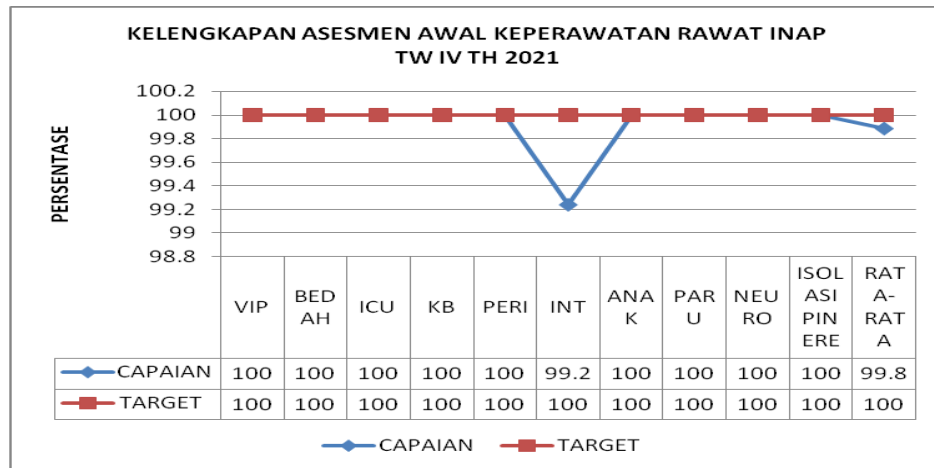
4. KELENGKAPAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP KURANG DARI 24 JAM

Capaian kelengkapan asesmen awal keperawatan rawat inap pada bulan Oktober sd. Desember 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 84. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap 1 x24 Jam per Bulan Triwulan IV Tahun 2021

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa kelengkapan asesmen keperawatan pada bulan Oktober sd. Desember 2021, trendnya bervariasi. Capaian masing-masing ruangan untuk indikator ini adalah:

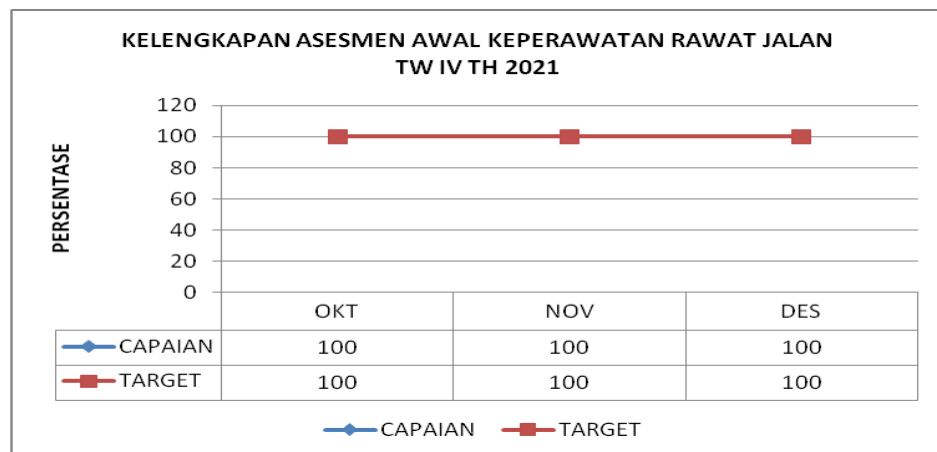


Grafik 85. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap 1 x24 Jam per ruangan Triwulan IV Tahun 2021

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa ruangan VIP, Bedah, ICU, KB, Peri, Anak, Paru, Neurologi dan Isolasi Pinere merupakan ruangan dengan capaian paling tinggi untuk kelengkapan asesmen keperawatan rawat inap yakni sudah mencapai target (100%). Sedangkan capaian paling rendah adalah ruangan Interne (99.2%). Rata-rata capaian RSUD adalah 99,8%.

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

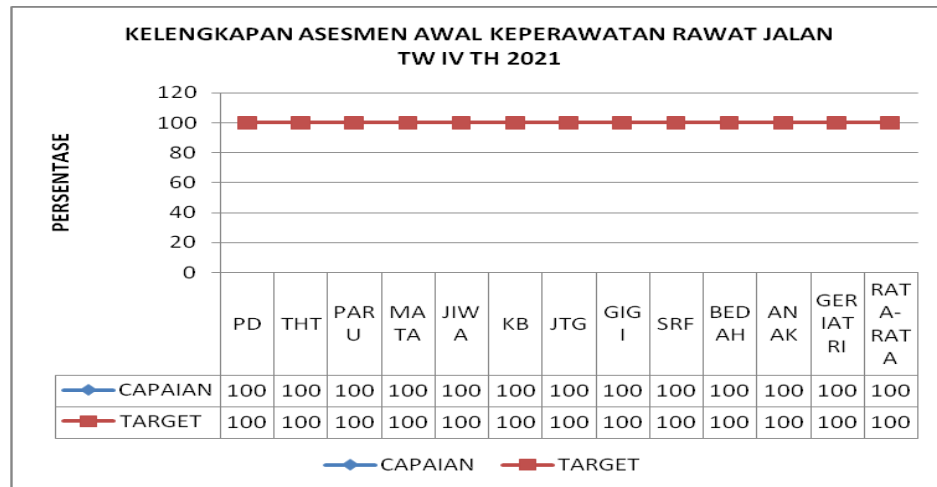
Capaian kelengkapan asesmen awal keperawatan pasien rawat jalan pada bulan Oktober sd. Desember 2021 dapat dilihat pada grafik dibawah ini



Grafik 86. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan ≤ 60 Menit Triwulan IV tahun 2021

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

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

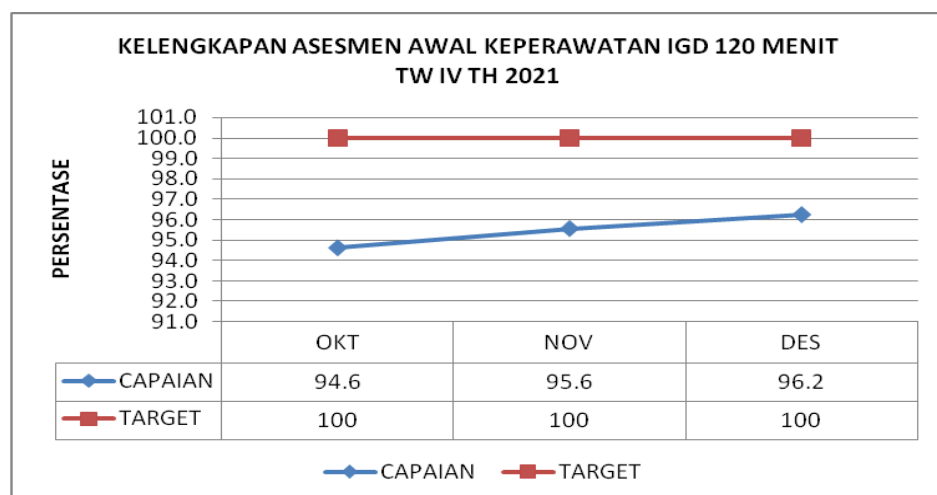


Grafik 87. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit Triwulan IV tahun 2021

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

6. KELENGKAPAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN PASIEN IGD ≤120 MENIT

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

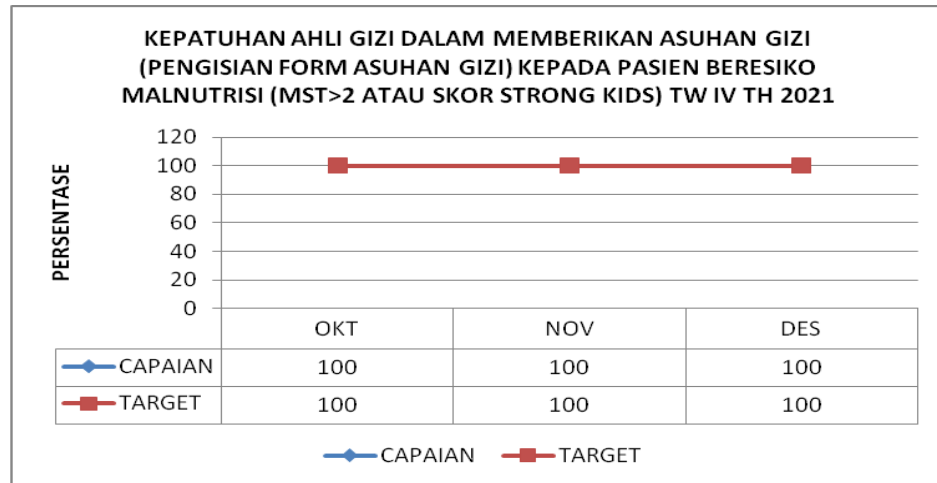


Grafik 88. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan IGD ≤120 Menit Triwulan IV Tahun 2021

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa kelengkapan asesmen keperawatan IGD pada bulan Oktober sd. Desember 2021, trendnya masih dibawah standar 100%. Rata-rata capaian pada Triwulan IV adalah 95,5%.

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

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

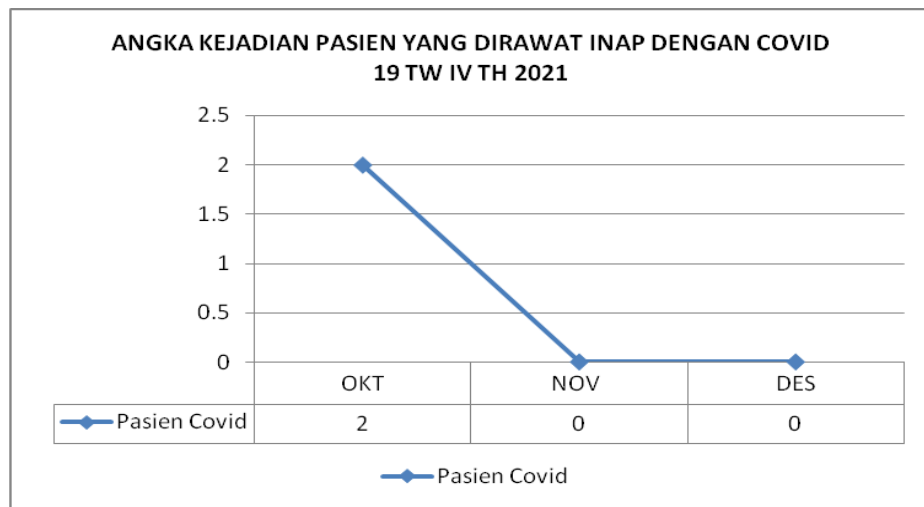


Grafik 89. Kepatuhan Ahli Gizi Dalam Memberikan Asuhan Gizi (Pengisian Form Asuhan Gizi) Triwulan IV Tahun 2021

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

VI. ISQUA

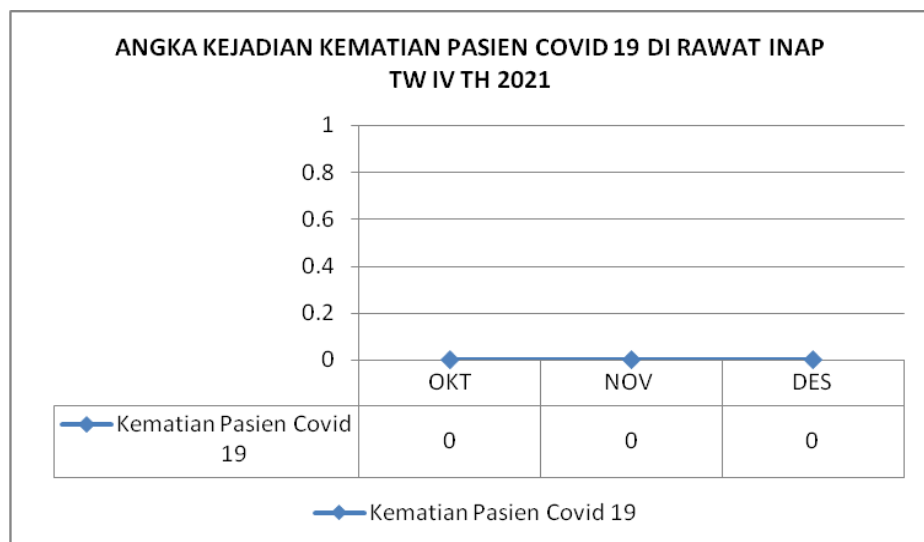
1. ANGKA KEJADIAN PASIEN YANG DIRAWAT INAP DENGAN COVID 19



Grafik 90. Angka kejadian pasien yang dirawat inap dengan Covid 19 Triwulan IV Tahun 2021

Dari grafik dapat dilihat angka kejadian pasien yang dirawat dengan Covid 19 cenderung menurun. Hal ini disebabkan kepatuhan masyarakat memakai masker sudah baik dan sudah divaksin.

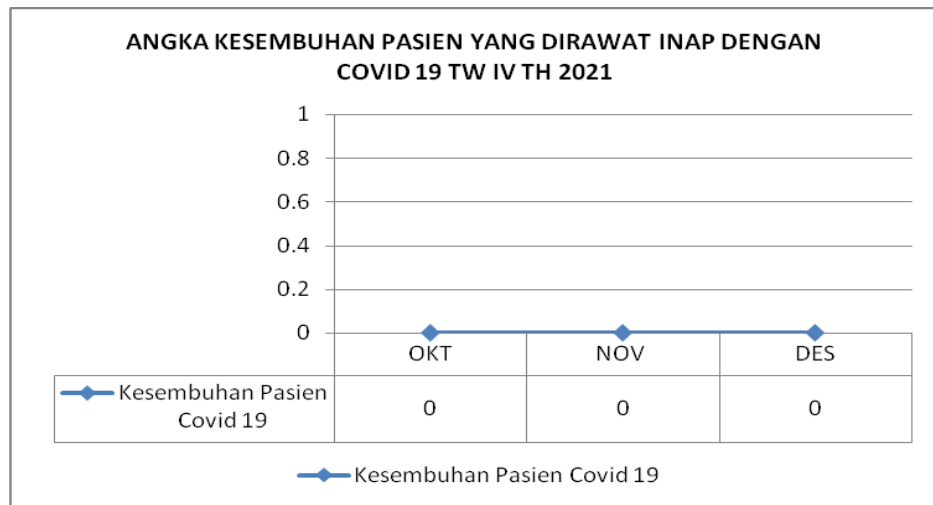
2. ANGKA KEJADIAN KEMATIAN PASIEN COVID 19 DI RAWAT INAP



Grafik 91. Angka kejadian kematian pasien Covid 19 di Rawat Inap Triwulan IV Tahun 2021

Dari grafik dapat dilihat angka kejadian kematian pasien yang dirawat dengan Covid 19 (0).

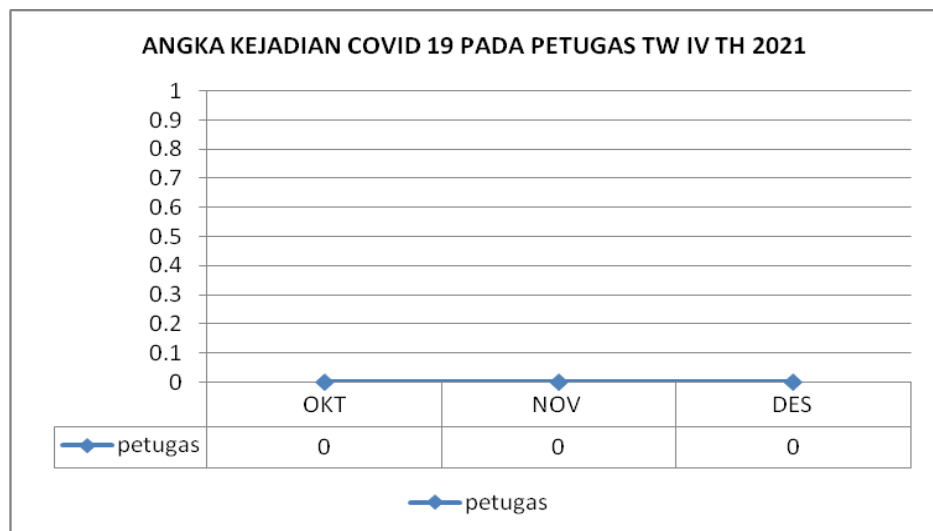
3. ANGKA KESEMBUHAN PASIEN YANG DIRAWAT INAP DENGAN COVID 19



Grafik 92. Angka Kesembuhan Pasien Covid 19 di Rawat Inap Triwulan IV Tahun 2021

Dari grafik dapat dilihat angka kesembuhan pasien yang dirawat dengan Covid 19 (0).

4. ANGKA KEJADIAN COVID 19 PADA PETUGAS



Grafik 93. Angka Kejadian Covid 19 Pada Petugas Triwulan IV Tahun 2021

Dari grafik dapat dilihat angka kejadian Covid 19 pada petugas tidak ada (0).

BAB IV

PENUTUP

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

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