

LAPORAN

**KOMITE MUTU
TRIWULAN II**

TAHUN 2022



Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611

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

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan Laporan Komite Mutu RSUD Dr. Muhammad Zein Painan Triwulan II Tahun 2022.

Laporan memuat data, analisis, dan rekomendasi terhadap pelaksanaan tindak lanjut kegiatan Peningkatan Mutu RSUD Dr. Muhammad Zein Painan selama Triwulan II Tahun 2022.

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

Pada akhirnya kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Laporan Triwulan II Tahun 2022 RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

Direktur



dr. Harefa. SpPD
NIP. 19730103 200212 1 005

Painan, 28 Juli 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 II Tahun 2022	
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	20
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 MgSO4 di Instalasi Farmasi Pada Troly Emergency Kebidanan	24
18. Kepuasan Pelanggan (KP) Ponek di Kebidanan	24
19. Kepuasan Pelanggan (KP) Ponek di Perinatologi	25
20. Kepatuhan Pemasangan Gelang Identitas Pasien Pada Pasien Ponek di IGD	25
21. Konfirmasi SBAR Saat Serah Terima Antar Shift Pada Ponek	26
22. Kepatuhan Pelaksanaan Double Chek Saat Pemberian Obat Hight Alert.....	27
23. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Kejadian Pasien Jatuh (Unit Kebidanan)	27

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

59.	Pelaksanaan Pengulangan Foto Rontgen	50
60.	Keterlambatan Hasil Foto Rawat Jalan Lebih Dari 30 Menit.....	50
61.	Kecepatan Waktu Kunjungan Teknisi Terhadap Laporan Perbaikan Ruangan dan Gangguan Jaringan Air Bersih Dalam Waktu <24 Jam.....	51
62.	Angka Kebersihan Ruangan Terhadap Kinerja Cleaning Service.....	51
63.	Rerata Waktu Pendistribusian Surat Tepat Sasaran <8Jam	52
64.	Kelengkapan Assesmen Awal Medis Pasien Rawat Inap	53
65.	Kelengkapan Assesmen Awal Medis Pasien Rawat Jalan.....	54
66.	Kelengkapan Assesmen Awal Medis Pasien IGD	55
67.	Kelengkapan Assesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap	55
68.	Kelengkapan Assesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan.....	56
69.	Kelengkapan Assesmen Awal Keperawatan Pasien IGD	57
70.	Kepatuhan Ahli Gizi Dalam Memberikan Asuhan Gizi.....	58
BAB IV PENUTUP		59

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Mutu Pelayanan Kesehatan menurut Pohan (2006) adalah suatu pelayanan kesehatan yang dibutuhkan, dalam hal ini akan ditentukan oleh profesi layanan kesehatan dan sekaligus diinginkan baik oleh pasien ataupun masyarakat serta terjangkau oleh daya beli masyarakat, sedangkan jaminan mutu pelayanan kesehatan adalah upaya yang sistematis dan berkesinambungan dalam memantau dan mengukur mutu serta melakukan peningkatan mutu yang di perlukan agar mutu pelayanan kesehatan senantiasa sesuai dengan standar layanan kesehatan yang di sepakati.

Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan hal utama dalam pelayanan kesehatan. Pelayanan yang bermutu tidak cukup dinilai dari kelengkapan teknologi, sarana prasarana yang canggih dan petugas kesehatan yang profesional, melainkan perlu dilihat proses pelayanan dan hasil pelayanan yang diberikan. Proses dan hasil pelayanan tersebut harus mampu memberikan jaminan bagi pelanggan sehingga terbebas dari risiko dan menggambarkan mutu pelayanan yang berkualitas di rumah sakit (Cahyono, 2008).

Rumah sakit sebagai salah satu institusi penyelenggara pelayanan kesehatan dituntut untuk memperhatikan masalah keselamatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menetapkan lima isu penting terkait keselamatan dirumah sakit, yaitu keselamatan pasien (*patient safety*), keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan kesehatan dirumah sakit yang dapat berdampak kepada keselamatan pasien dan petugas, keselamatan lingkungan (*green productivity*), dan keselamatan bisnis rumah sakit (KKPRS, 2005).

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

sistematik 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 dirumah sakit memiliki peran penting dalam program keselamatan pasien. Hal ini dikarenakan organisasi dan manajemen berada di daerah kemungkinan terjadinya kesalahan medis pada pasien. Oleh karena itu diperlukan eksplorasi yang lebih intensif untuk dapat mengetahui peran organisasi dalam menciptakan manajemen keselamatan pasien yang baik. Pelaksanaan fungsi dan kewajiban rumah sakit untuk menyediakan sarana dan prasarana yang dikelola dengan baik melalui fungsi manajemen tersebut difokuskan pada keselamatan pasien dan upaya peningkatan mutu pelayanan.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Terdokumentasinya pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan Triwulan II Tahun 2022.

2. Tujuan Khusus

Terdokumentasinya peningkatan mutu pelayanan melalui standarisasi dan monitoring indikator di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan Triwulan II Tahun 2022.

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 32 Indikator
- e. Indikator Mutu Kinerja PPA 7 Indikator

Berikut ini indikator mutu rumah sakit sesuai dengan SK Direktur Nomor 800/09./RSUD-SK/II/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	IMP-AM01	Kejadian Tidak Tersedianya MGS04 di Instalasi Farmasi Pada Trolley Emergency Kebidanan
18	IMP-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 termakan 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 3	Kehilangan dokumen RM pasien ranap
41	IMPU IPSRS	Kecepatan Waktu Kunjungan Teknisi Terhadap Laporan Pemeriksaan Kerusakan Gangguan Sarana Dalam Waktu <24 jam
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 IPLRS-01	Kecepatan Waktu Kunjungan Tenaga IPLRS Terhadap Laporan Perbaikan Ruangan dan Gangguan Jaringan Air Bersih Dalam Waktu <24 jam
62	IMPU IPLRS-02	Angka Kebersihan Ruangan Terhadap Kinerja Cleaning Service
63	IMPU UMUM & KEPEG-01	Rerata waktu pendistribusian surat tepat sasaran < 8 jam

64	IMPU UMUM & KEPEG-02	Ketepatan Waktu proses naik pangkat
E	PPA	INDIKATOR MUTU KINERJA
65	K.Dokter-01	Kelengkapan asesmen awal medis di Rawat Inap
66	K.Dokter-03	Kelengkapan asesmen awal medis di Rawat Jalan
67	K.Dokter-02	Kelengkapan asesmen awal medis di IGD
68	K.Perawat-01	Kelengkapan asesmen awal keperawatan di Rawat Inap
69	K.Perawat-03	Kelengkapan asesmen awal keperawatan di Rawat Jalan
70	K.Perawat-02	Kelengkapan asesmen awal keperawatan di IGD
71	K-GIZI05	Kepatuhan ahli gizi dalam memberikan asuhan gizi (Pengisian form asuhan gizi) di ruang rawat inap

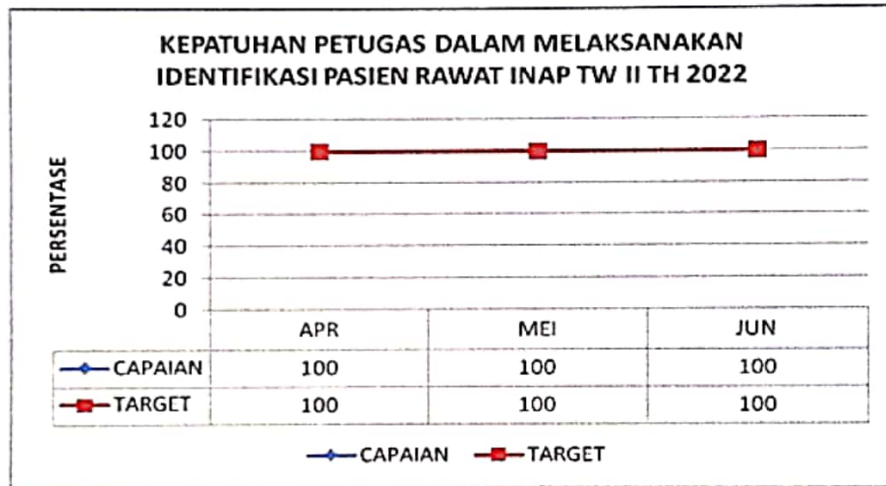
B. ANALISA DATA INDIKATOR MUTU TRIWULAN II TAHUN 2022

I. INDIKATOR MUTU NASIONAL

1. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN IDENTIFIKASI PASIEN

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

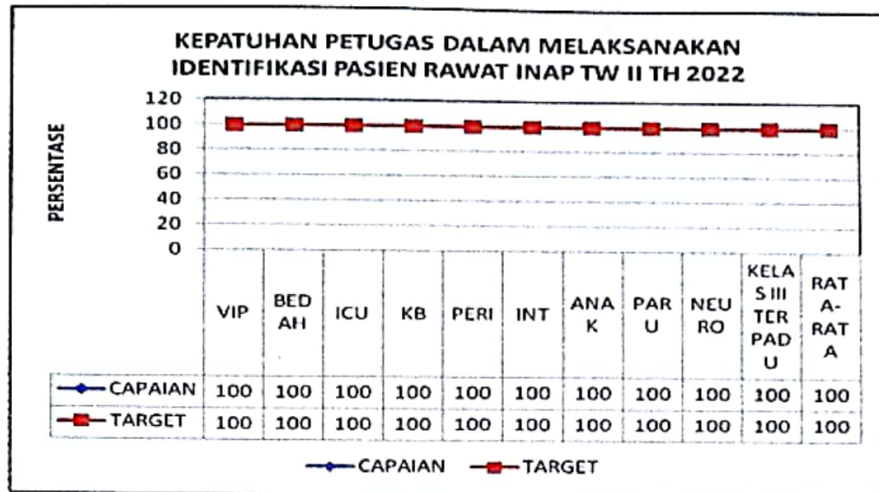
Kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien pada rawat inap pada Bulan April sd. Juni tahun 2022 dapat dilihat pada grafik berikut :



Grafik 1 Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien Rawat Inap Triwulan II Tahun 2022

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa identifikasi pada triwulan II sudah mencapai standart yang ditetapkan (100%), terjadi peningkatan dibandingkan dengan triwulan I (99.9%).

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



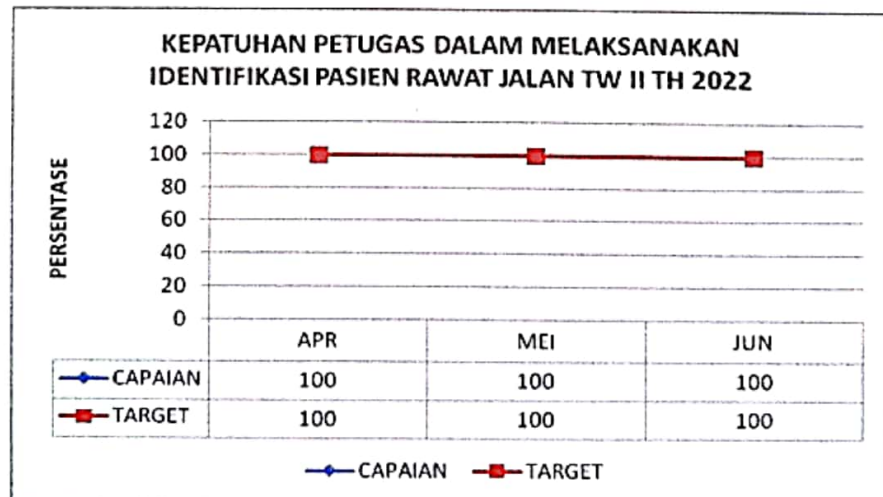
Grafik 2. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien per Ruang Rawat Inap

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien di Instalasi rawat inap pada Triwulan II tahun 2022, trendnya sudah mencapai standart (100%).

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada.

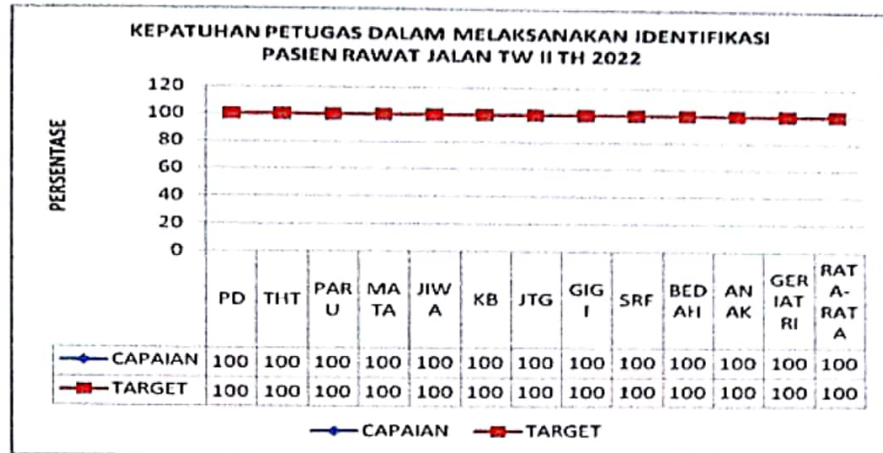
1.2. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN IDENTIFIKASI PASIEN DI UNIT RAWAT JALAN

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



Grafik 3. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien Rawat Jalan Triwulan II Tahun 2022

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa pada bulan April sd. Juni tahun 2022 capaian kepatuhan Identifikasi petugas pada pasien di unit Rawat jalan mencapai 100% sesuai target.



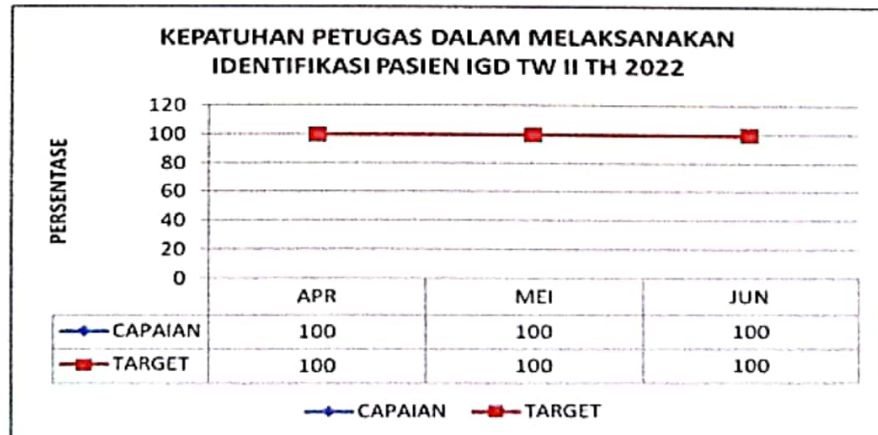
Grafik 4. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien per Unit Rawat Jalan

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

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indikator yang telah ada.

1.3. KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKSANAKAN IDENTIFIKASI PASIEN DI IGD

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

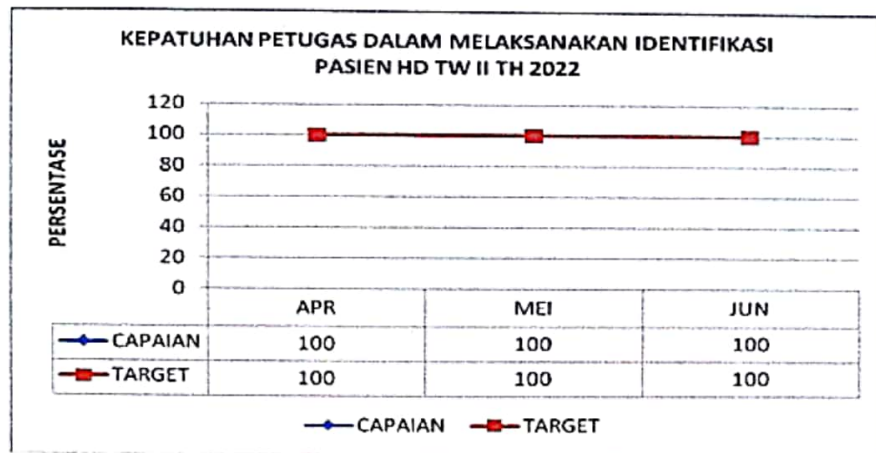


Grafik 5. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien di IGD

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:



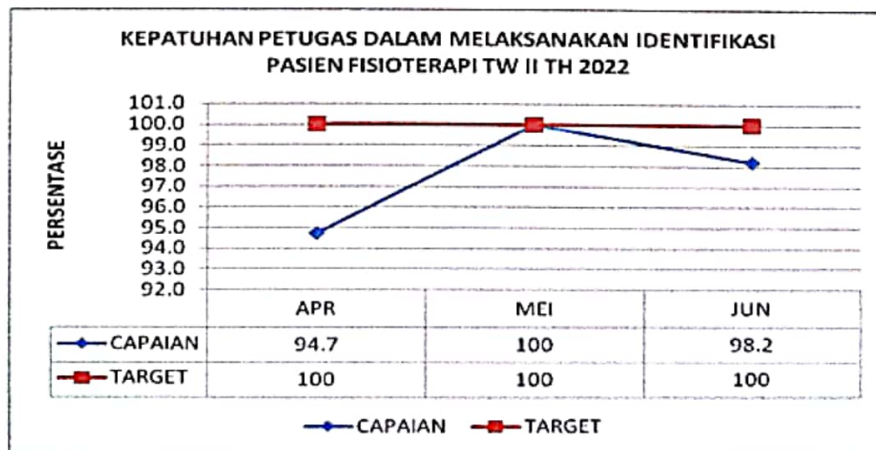
Grafik 6. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien Di Hemodialisa

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa di ruangan Hemodialisa pada triwulan II sudah mencapai target 100%, terjadi peningkatan dibandingkan dengan triwulan I (96.8%).

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indikator yang telah ada.

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

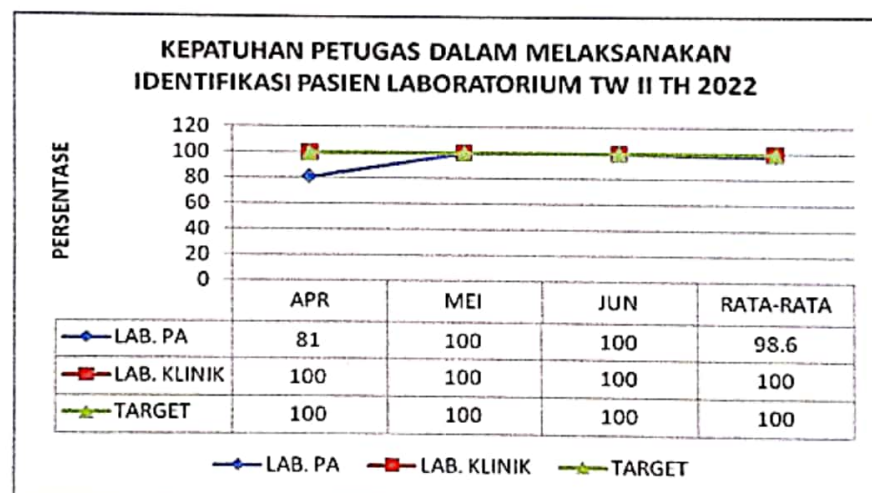
Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa di ruangan Fisioterapi trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 100%, rata-rata capaian indicator mutu pada triwulan II adalah 98.3%, terjadi penurunan dibandingkan dengan triwulan I (100%). Hal ini dikarenakan petugas belum patuh dalam melaksanakan identifikasi pasien.

Rekomendasi :

1. Lakukan monitoring dan evaluasi rutin tentang pelaksanaan identifikasi pasien
2. Lakukan supervisi oleh kepala ruangan dan Ka Instalasi terhadap staf masing2

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:



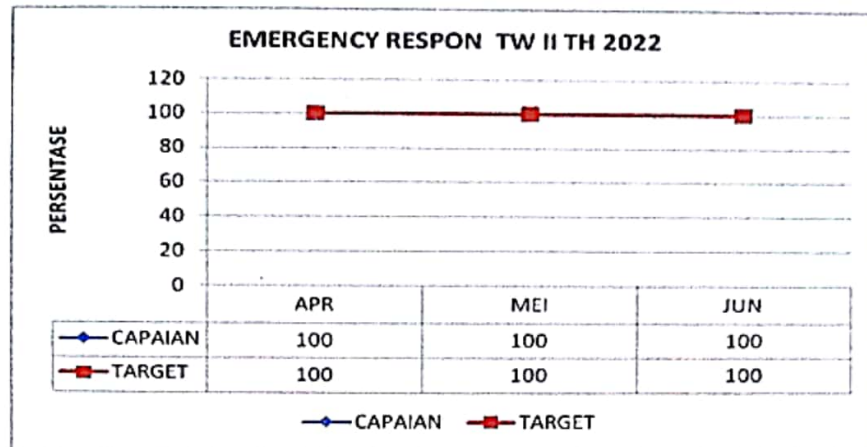
Grafik 8. Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien di Laboratorium Klinik & PA

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 mencapai standart di bulan mei dan juni (100%)

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indikator yang telah ada.

2. EMERGENCY RESPON TIME

Capaian Emergency Respon Time pada bulan April sd. Juni tahun 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 9. Emergency Respon Time Triwulan II Tahun 2022

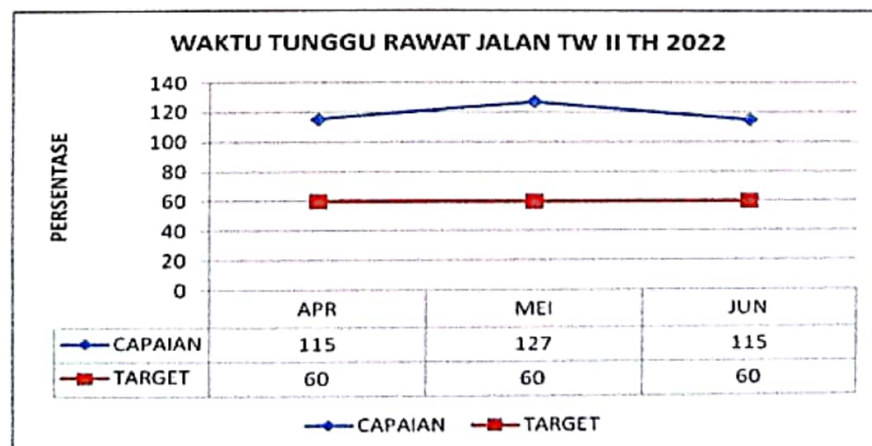
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu emergency respon time pada Triwulan II tahun 2022, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 100%, rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian indikator ini sudah mencapai standart.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada.

3. WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN

3.1. WAKTU TUNGGU PASIEN RAWAT JALAN

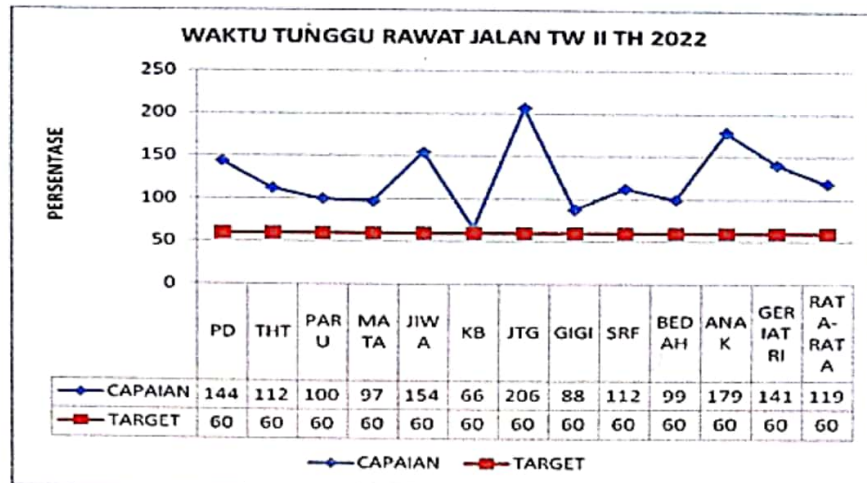
Capaian waktu tunggu rawat jalan pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik berikut ini:



Grafik 10. Waktu Tunggu Rawat Jalan Triwulan II Tahun 2022

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa waktu tunggu pasien di rawat jalan belum mencapai target, yakni 115 s.d 127 menit. Paling tinggi pada bulan Mei 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 II tahun 2022

Grafik diatas adalah capaian indicator mutu waktu tunggu rawat jalan pada Triwulan II tahun 2022. Standart indicator mutu ini adalah 60 menit, rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 119 menit, terjadi perbaikan waktu kunjungan bila dibandingkan dengan triwulan I dengan rata-rata capaian 121 menit.

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

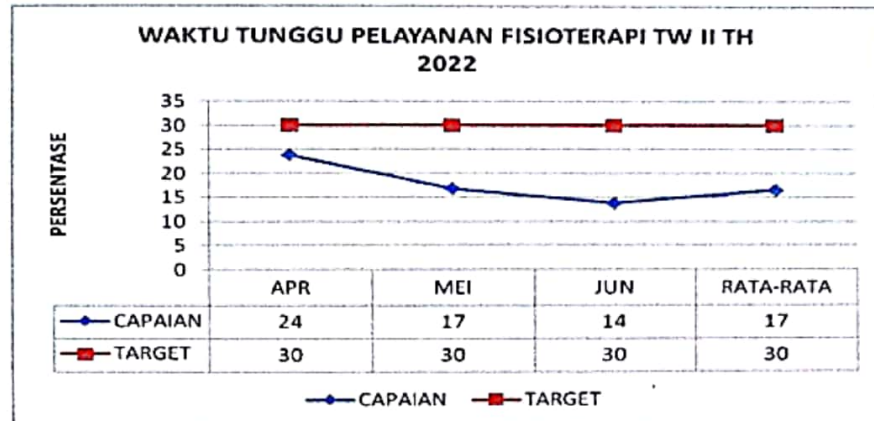
1. Belum semua DPJP datang tepat waktu ke rawat jalan
2. Adanya keterlambatan dalam pengantaran status

Rekomendasi :

1. Resosialisasi kepada DPJP tentang waktu pelayanan rawat jalan
2. Resosialisasi kembali dengan kurir pengantar status pasien.

3.2. WAKTU TUNGGU PASIEN FISIOTERAPI

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

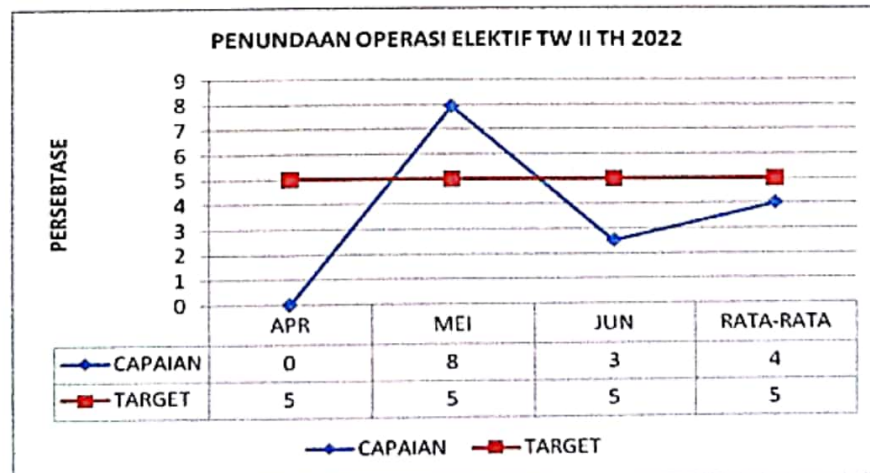


Grafik 12. Waktu Tunggu Pelayanan Fisioterapi Triwulan II Tahun 2022

Pada grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian waktu tunggu pelayanan fisioterapi dari bulan April s.d Juni sudah standart. Waktu tunggu pelayanan paling baik yaitu pada bulan Juni mencapai 14 menit. Rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 17 menit, terjadi perbaikan peningkatan waktu tunggu fisioterapi bila dibandingkan dengan triwulan I dengan rata-rata capaian 22 menit.

4. PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF

Penundaan Operasi elektif pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

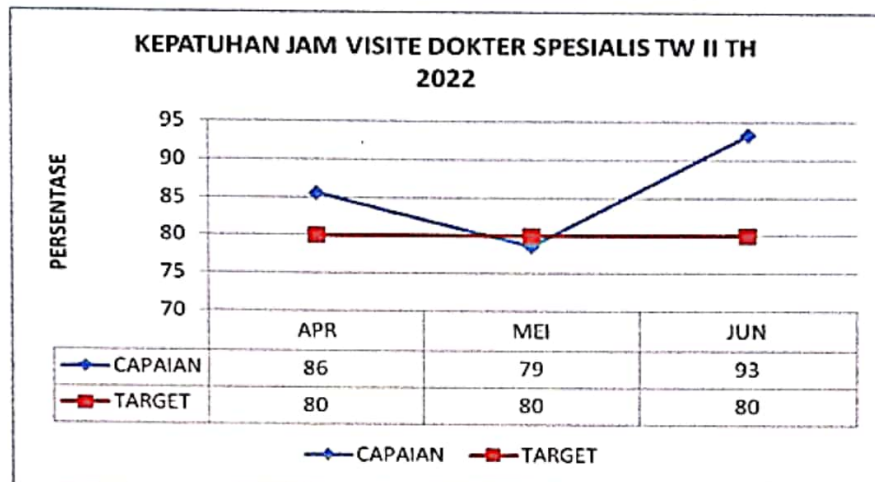


Grafik 13. Penundaan Operasi Elektif Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu penundaan operasi elektif pada Triwulan II tahun 2022, trendnya meningkat dibulan mei. Standart Indicator mutu ini adalah <5%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 4%. Capaian indicator ini sudah mencapai standart yang telah ditetapkan.

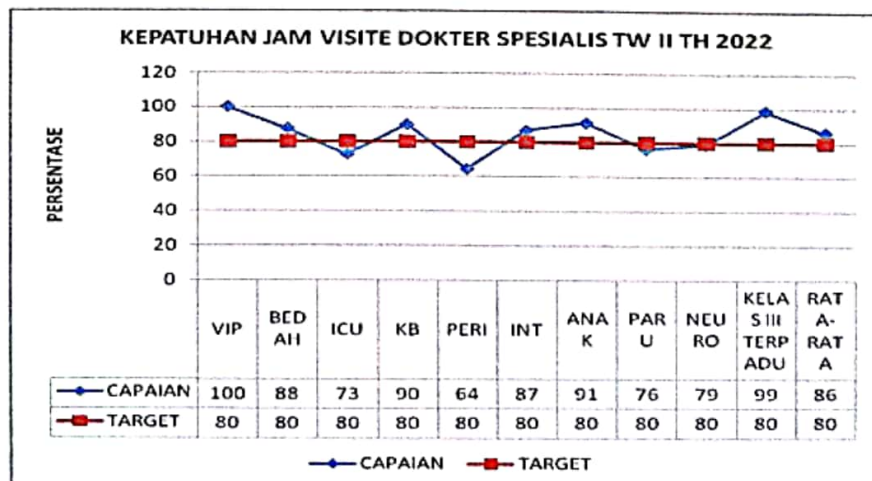
5. KETEPATAN JAM VISITE DOKTER SPESIALIS

Capaian jam visite dokter spesialis pada Bulan April sd. Juni 2022 dapat ditunjukkan pada grafik dibawah ini:



Grafik 14. Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis Per Triwulan II Tahun 2022

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 II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan jam visite dokter spesialis pada Triwulan II tahun 2022, trendnya sudah mencapai target. Standart indicator mutu ini adalah $\geq 80\%$, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 80%. Pencapaian indikator ini sudah mencapai target yang diharapkan. Namun dilihat dari tiap ruangan trendnya bervariasi. Ruangan yang memenuhi standar terdapat pada ruangan VIP, Bedah, KB, Interne, Anak, dan Kelas III Terpadu. Ruangan yang belum memenuhi standar indikator terdapat pada ruangan ICU, Perinatologi, Paru dan Neurologi.

Belum tercapainya target indicator ini disebabkan:

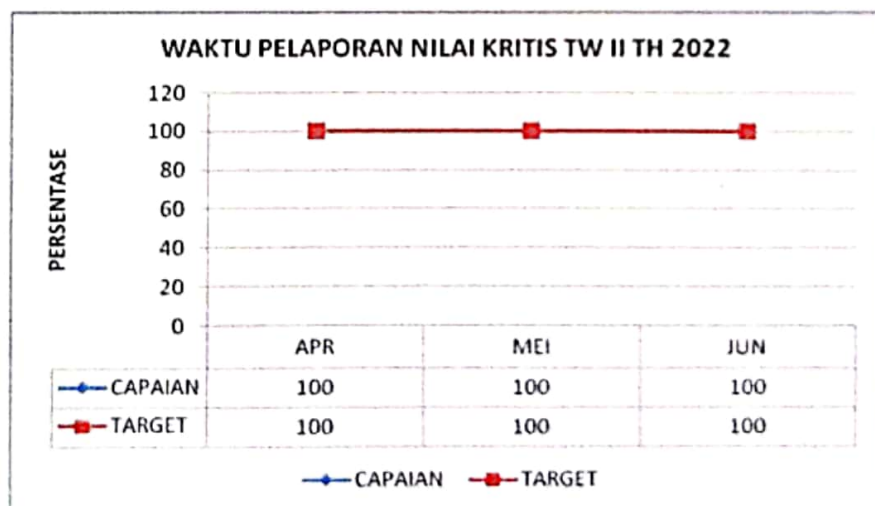
1. Belum semua dokter spesialis visite sebelum jam 14.00 wib

Rekomendasi:

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

6. WAKTU PELAPORAN NILAI KRITIS LABORATORIUM

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



Grafik 16. Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium Triwulan II Tahun 2022

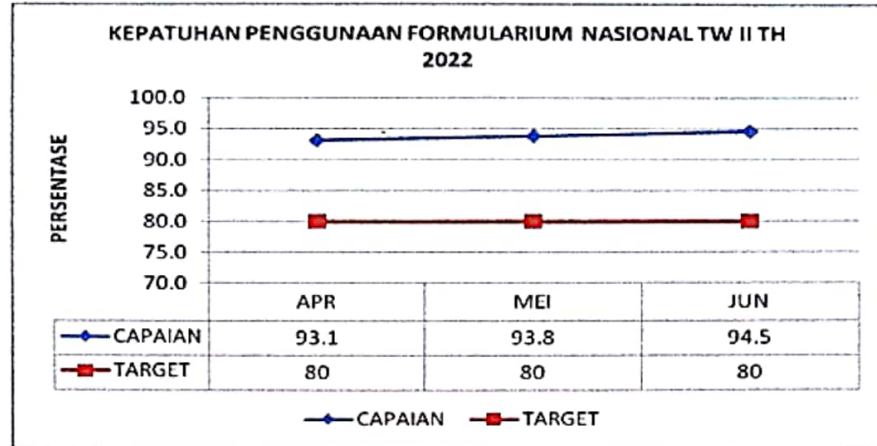
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu waktu pelaporan nilai kritis laboratorium pada Triwulan II tahun 2022 trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 100%, rata-rata capaian indicator mutu ini

adalah 100%. Capaian indikator ini sudah mencapai standart.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada.

7. KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL

Capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional Triwulan II tahun 2022 ditunjukkan pada grafik dibawah:



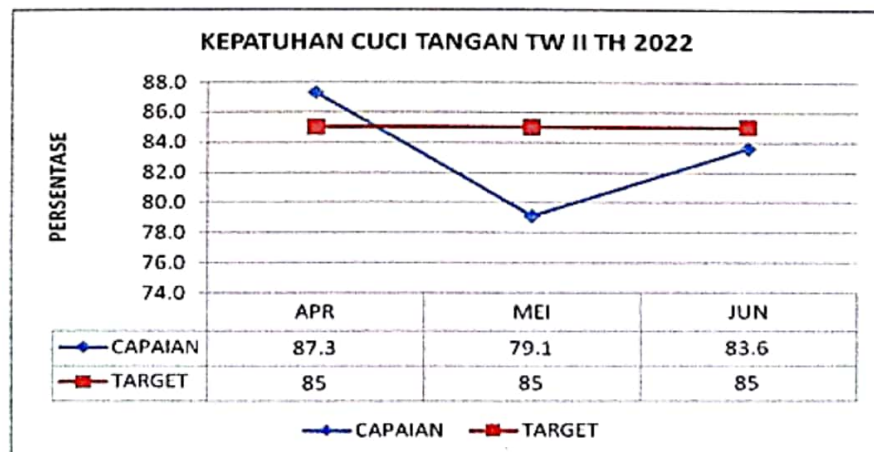
Grafik 17. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Triwulan II Tahun 2022

Standart indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 93.9%. Capaian indikator sudah mencapai standart yang telah ditetapkan

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

8. KEPATUHAN CUCI TANGAN

Capaian kepatuhan cuci tangan Triwulan II Tahun 2022 ditunjukkan pada grafik dibawah:

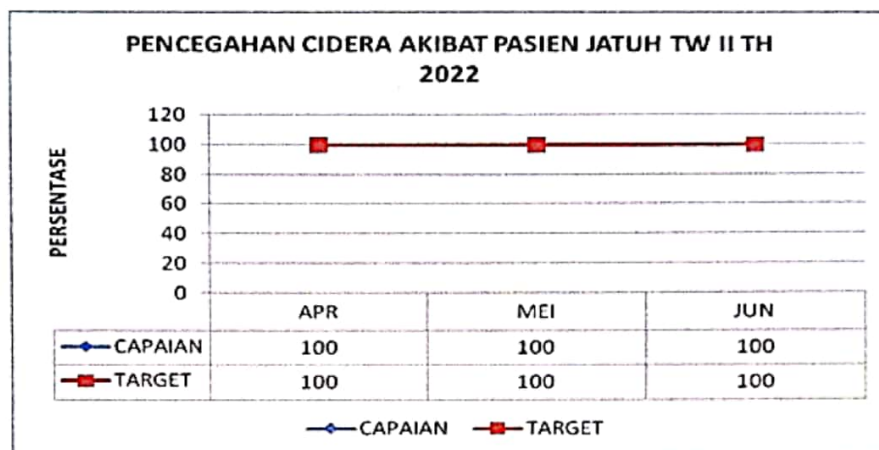


Grafik 18. Kepatuhan Cuci Tangan Triwulan II Tahun 2022

Standart indicator mutu ini adalah 85%, rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 83.3%, belum mencapai standart yang ditetapkan. Ditemukan rata-rata petugas melakukan kebersihan tangan setelah kontak dengan pasien.
 Rekomendasi : Tingkatkan monitoring dan edukasi IPCN dan IPLCN

9. KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RESIKO CIDERA AKIBAT PASIEN JATUH

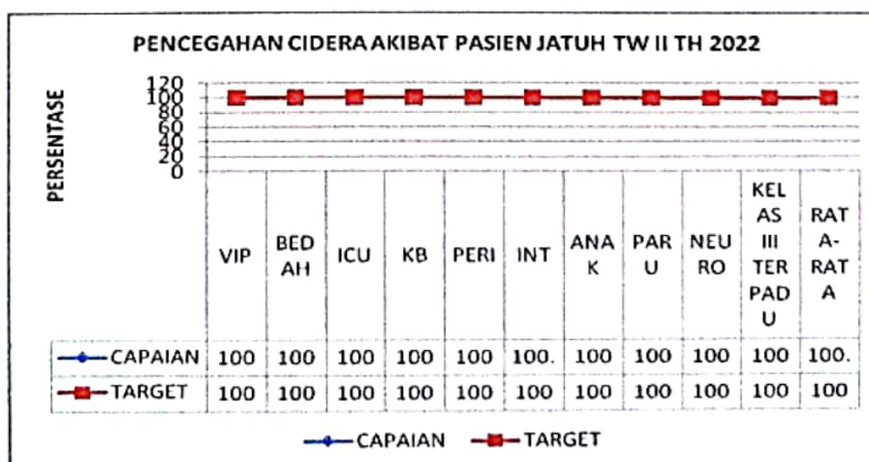
Capaian pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh ditunjukkan pada grafik dibawah ini :



Grafik 19. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh Triwulan II Tahun 2022

Dari grafik dapat dilihat bahwa upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien sudah mencapai target (100%).

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

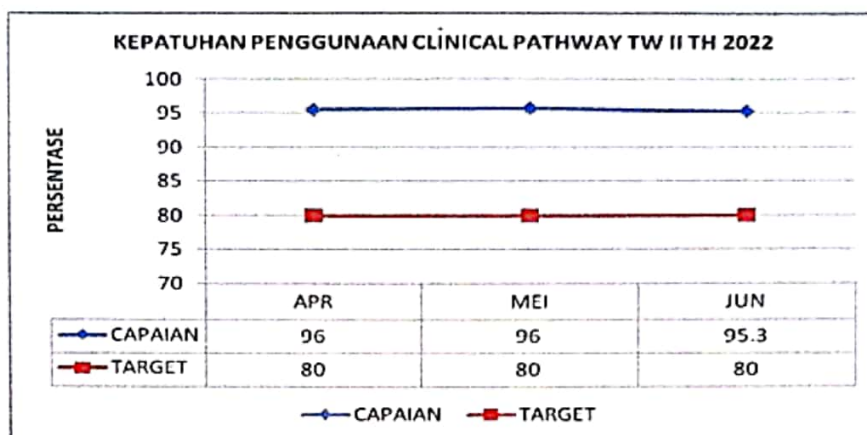


Grafik 20. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh pada Triwulan II tahun 2022. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian yang sudah mencapai standart.

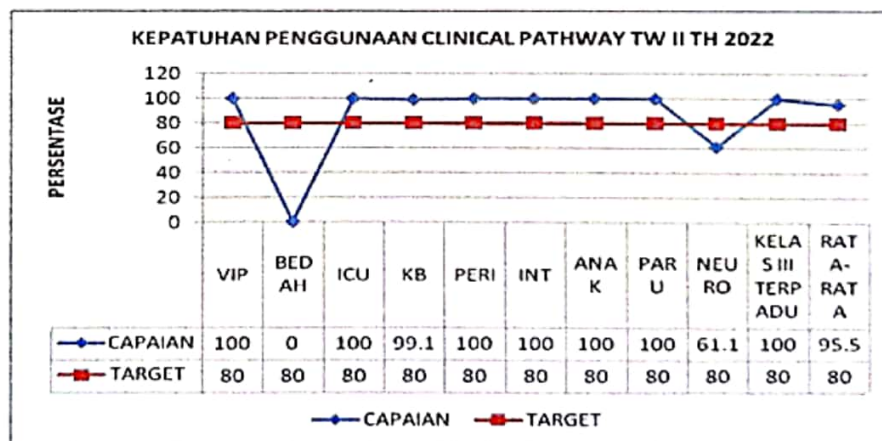
10. KEPATUHAN PENGGUNAAN CLINICAL PATHWAY

Capaian kepatuhan penggunaan clinical pathway bulan April sd. Juni 2022 ditunjukkan pada grafik dibawah:



Grafik 21. Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway Triwulan II Tahun 2022

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

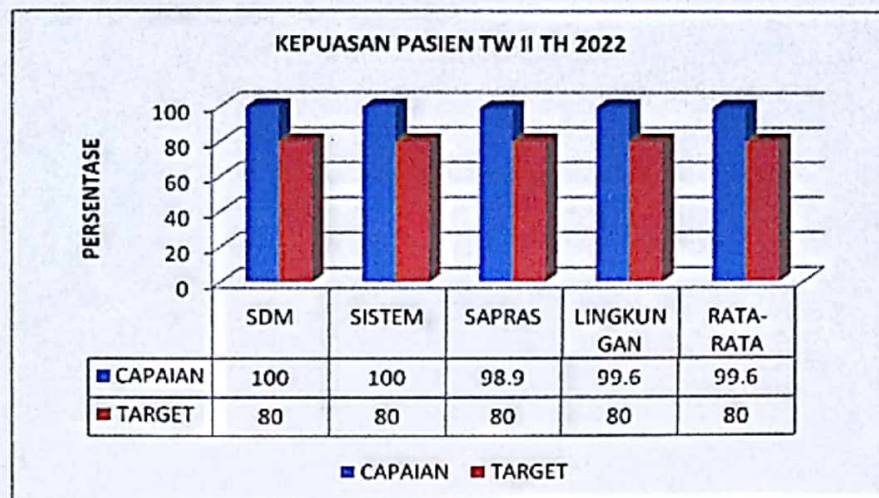


Grafik 22. Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan penggunaan clinical pathway pada Triwulan II tahun 2022, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 95.5%.

11. KEPUASAN PASIEN

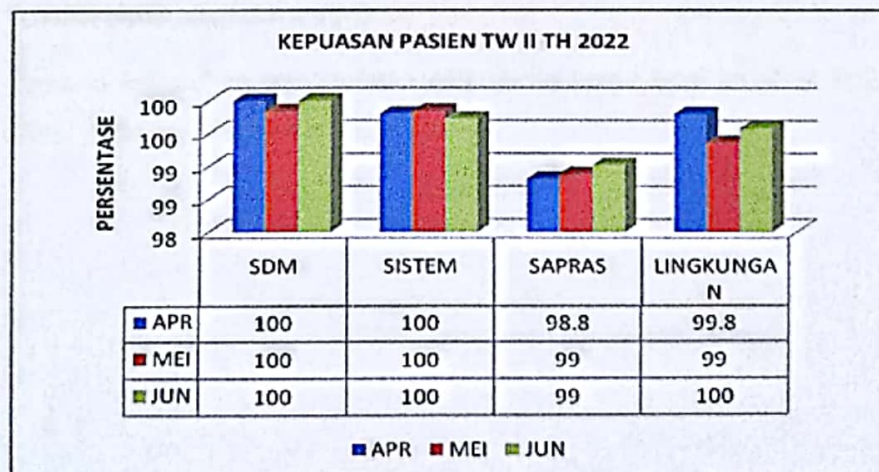
RSUD melakukan penilaian kepuasan pasien setiap bulan, capaian untuk indicator ini adalah :



Grafik 23. Tingkat Kepuasan Pelanggan Triwulan II tahun 2022

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 100%.

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

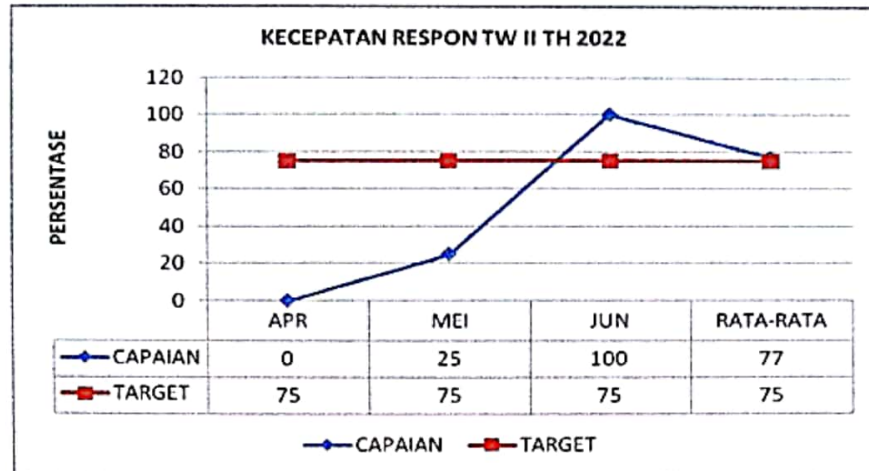


Grafik 24. Tingkat Kepuasan Pelanggan Bulan April sd. Juni Tahun 2022

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

12. KECEPATAN RESPON TERHADAP KOMPLAIN

Capaian kecepatan respon terhadap komplain pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



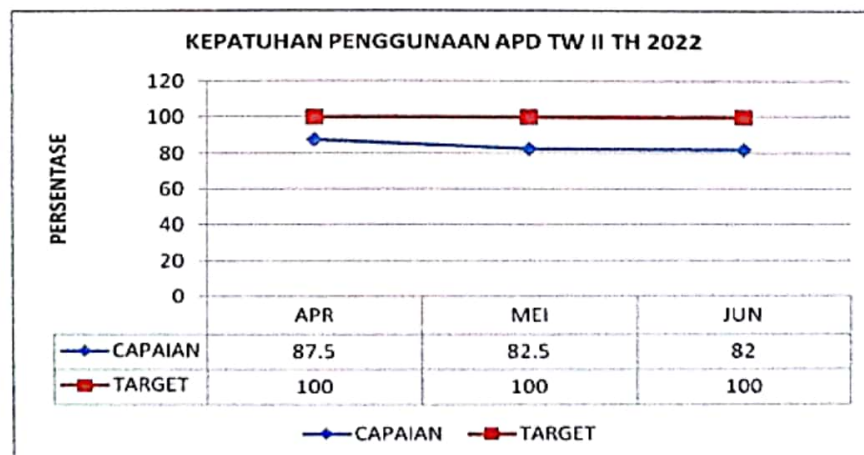
Grafik 25. Kecepatan Respon Terhadap Komplain Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kecepatan respon terhadap complain triwulan II, trendnya cenderung meningkat dibulan Juni, masalah dapat teratasi mencapai 100%. Rata-rata capaian indicator mutu ini 77%, sudah mencapai standar yang ditetapkan 75%.

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada

13. KEPATUHAN PENGGUNAAN APD

Capaian kepatuhan penggunaan APD pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 26. Kepatuhan Penggunaan APD Triwulan II Tahun 2022

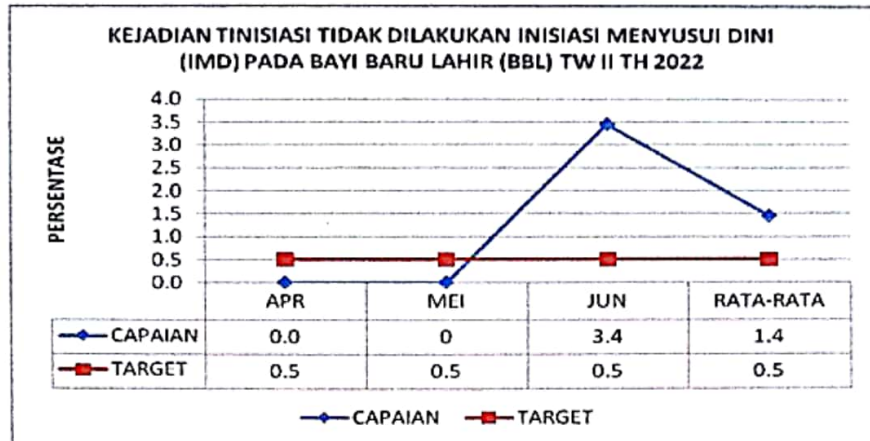
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan penggunaan APD. Rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 84.1%. Capaian untuk indicator ini belum mencapai target (100%), ini disebabkan petugas belum memahami pemakaian APD sesuai indikasi, contoh pada saat injeksi bolus petugas rata-rata masih menggunakan handscoon, dokter memeriksa pasien dengan memakai handscoon seluruh pasien dan member handrub pada handscoon yang dipakai

Rekomendasi : Lakukan Re-Sosialisasi kembali tentang pemakaian APD sesuai indikasi.

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 :



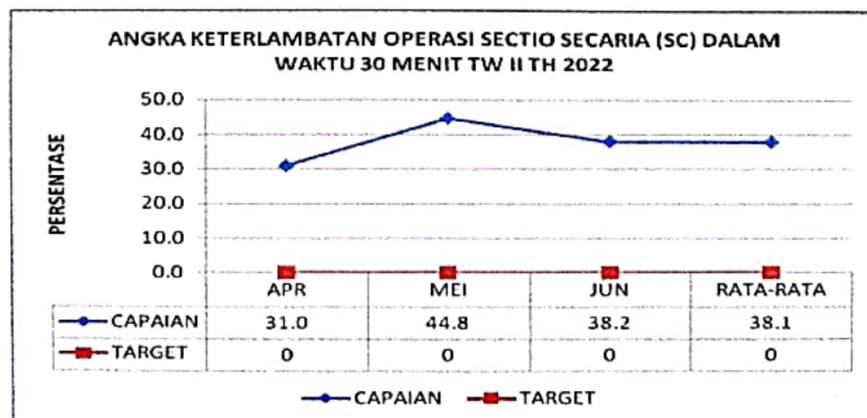
Grafik 27. Kejadian Tidak Dilaksanakan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) Pada Bayi Baru Lahir Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kejadian tidak dilaksanakan inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir pada Triwulan II tahun 2022, trendnya menurun di bulan Juni. Standart indicator mutu ini adalah 0.5%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 1.4%, menurun bila dibandingkan dengan triwulan I yang mencapai 0%.

Rekomendasi : Lakukan pengawasan dan edukasi ibu bayi agar menyusui dini (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 II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu keterlambatan operasi sectio secaria (SC) pada Triwulan II tahun 2022, trendnya cenderung jauh dari standart. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 38.1%. Artinya 38.1% terjadi keterlambatan operasi SC pada bulan April sd. Juni tahun 2022.

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

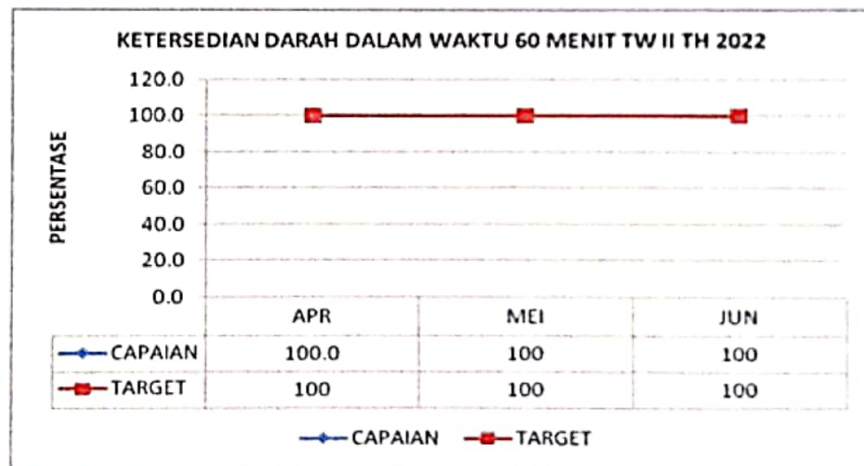
1. Instruksi sectio secaria dikeluarkan sebelum hasil laboratorium keluar, sehingga membutuhkan waktu 30 menit untuk menunggu hasil labor keluar.
2. Kepatuhan dalam pengisian jam order SC Cyto pasien masih kurang

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 April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah:



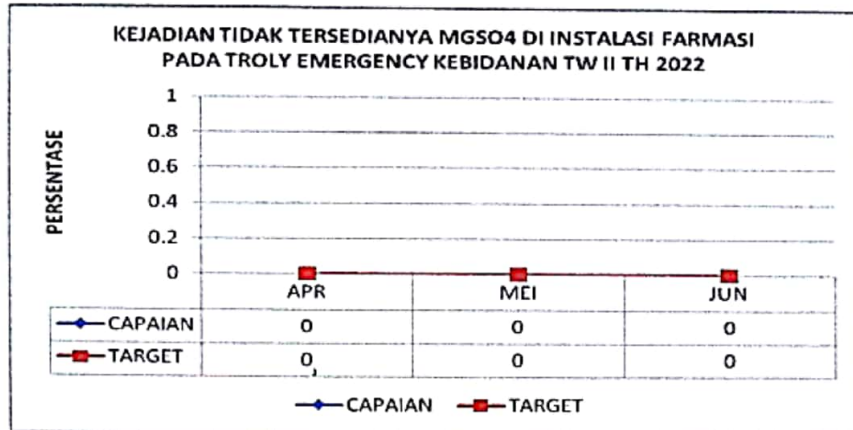
Grafik 29. Keterlambatan Ketersediaan Darah Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketersediaan darah dalam waktu 60 menit pada Triwulan II tahun 2022, trendnya cenderung stabil. Capaian indicator mutu ini 100% sesuai dengan satandard indicator mutu ini 100%

Rekomendasi : Pertahankan hasil capaian indicator yang telah ada.

4. KEJADIAN TIDAK TERSEDINYA MGSO4 DI INSTALASI FARMASI PADA TROLY EMERGENCY KEBIDANAN

Kejadian tidak tersedianya MgSO4 di Instalasi Farmasi pada trolley emergency kebidanan pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat dibawah ini:

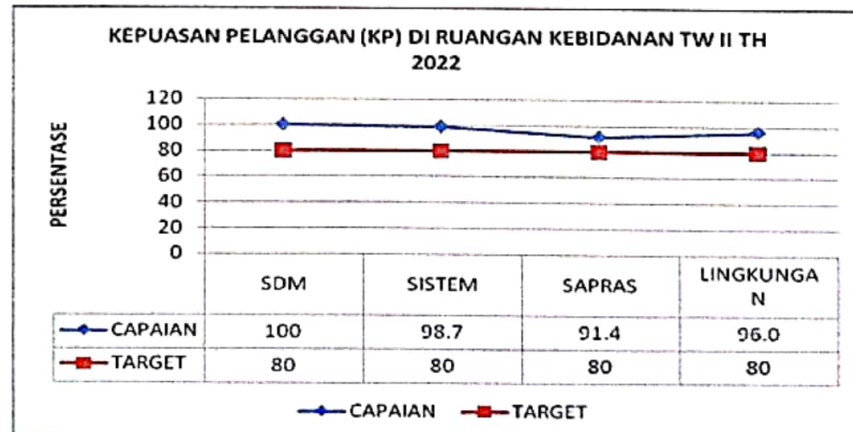


Grafik 30. Kejadian tidak tersedianya MgSO4 di Instalasi Farmasi pada trolley emergency kebidanan Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator mutu Kejadian tidak tersedianya MgSO4 di Instalasi Farmasi pada trolley emergency kebidanan pada Triwulan II tahun 2022. Standart indikator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indikator mutu ini adalah 0%.

5. KEPUASAN PELANGGAN (KP) DI KEBIDANAN

Kepuasan pelanggan di ruang Kebidanan pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat dibawah ini:

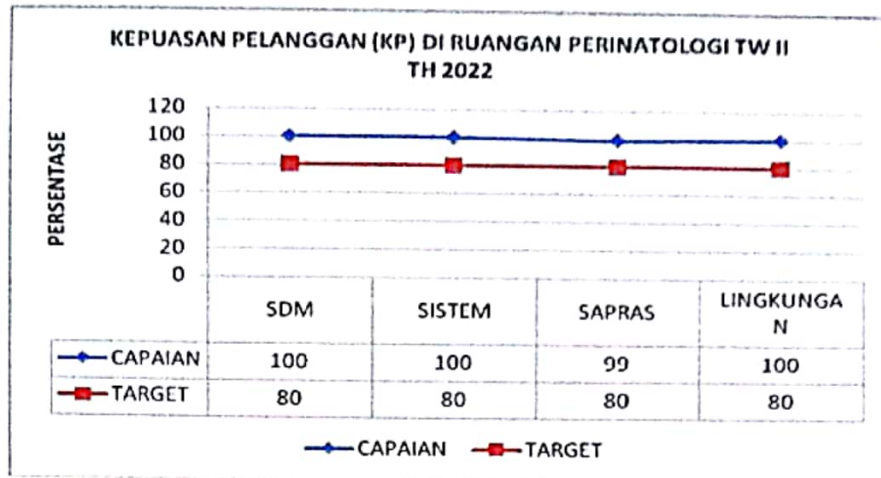


Grafik 31. Kepuasan Pelanggan Di Ruang Kebidanan Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah rata-rata capaian indikator mutu. Tingkat kepuasan pelanggan bervariasi untuk setiap aspek penilaian. Standart indikator mutu ini adalah 80%. Pencapaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan dengan rata-rata capaian 96.5%.

6. KEPUASAN PELANGGAN (KP) DI PERINATOLOGI

Kepuasan pelanggan di ruang Perinatologi pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat dibawah ini:



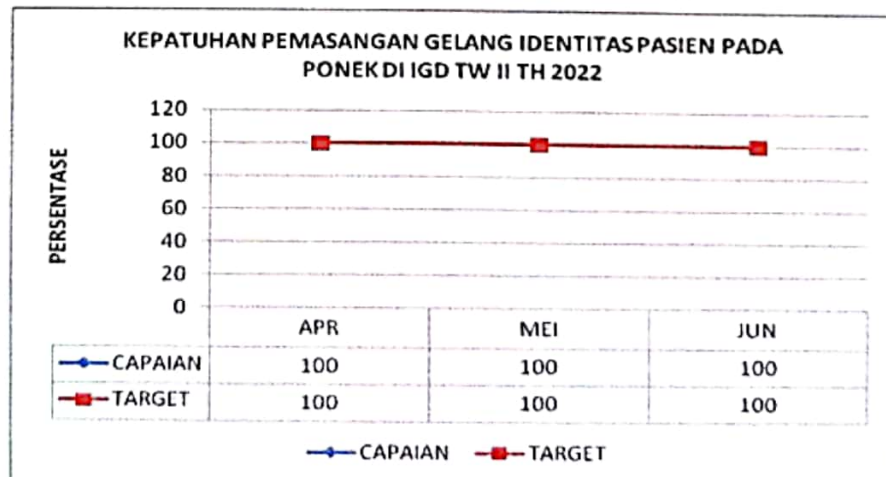
Grafik 32. Kepuasan Pelanggan Di Ruang Perinatologi Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah rata-rata capaian indikator mutu. Tingkat kepuasan pelanggan bervariasi untuk setiap aspek penilaian. Standart indikator mutu ini adalah 80%. Pencapaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan dengan rata-rata capaian 99.7%.

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:



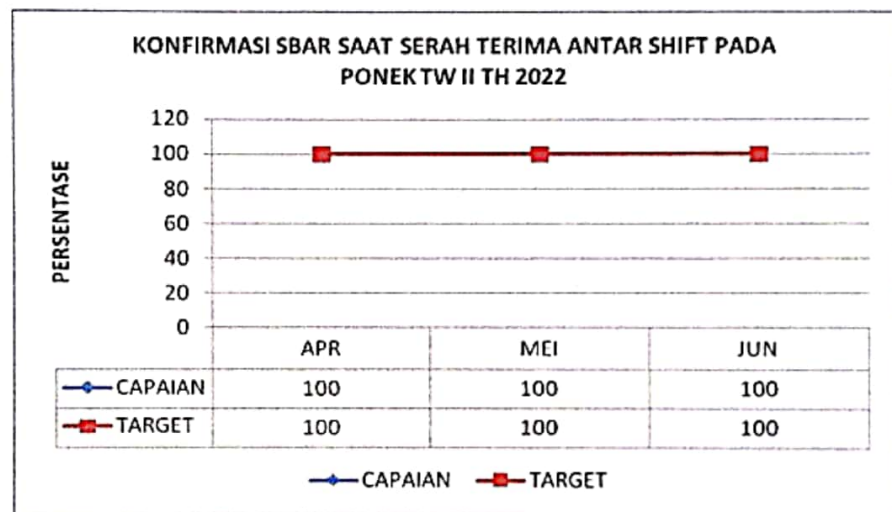
Grafik 33. Kepatuhan Pemasangan Gelang Identitas Pasien Pada Pasien PONEK DI IGD Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian Indicator mutu kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien pada pasien PONEK di IGD pada Triwulan II tahun 2022, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian sudah mencapai standart yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

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

Konfirmasi SBAR saat serah terima antar shift pada PONEK pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat dibawah ini:



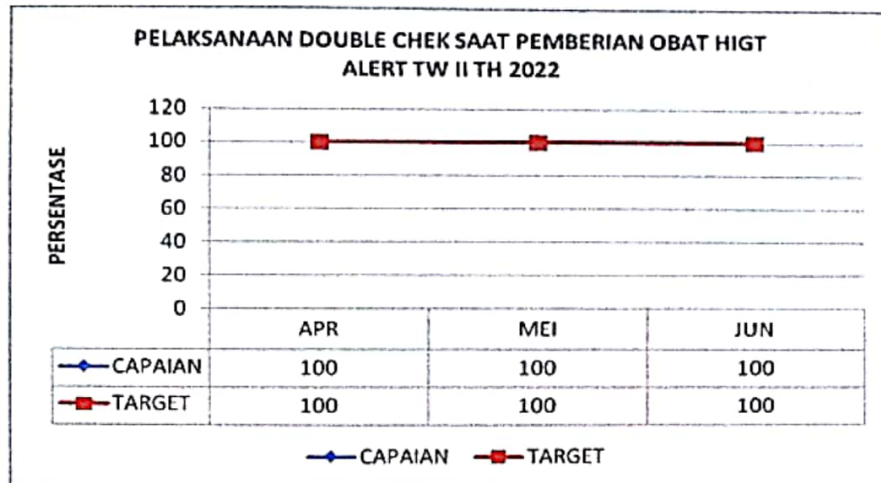
Grafik 34. Konfirmasi SBAR Saat Serah Terima Antar Shift Pada PONEK Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Konfirmasi SBAR saat serah terima antar shift pada PONEK pada Triwulan II tahun 2022, 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:



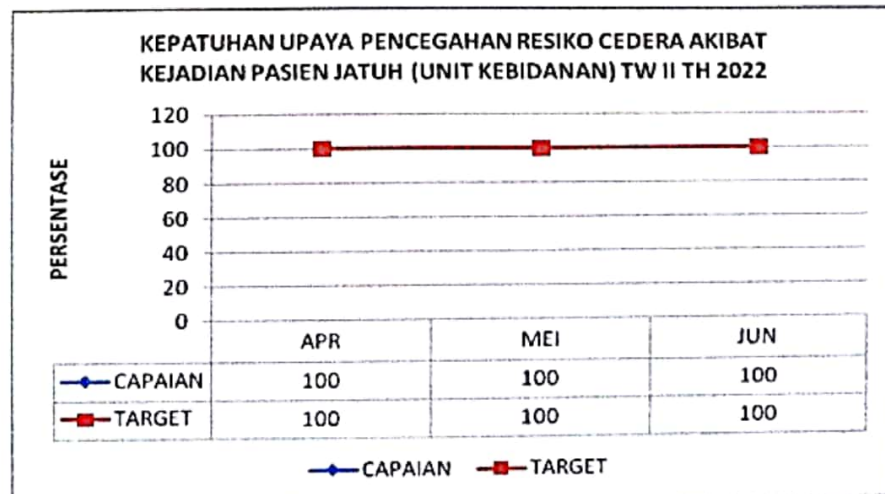
Grafik 35. Kepatuhan Pelaksanaan Double Chek Saat Pemberian Obat Higt Alert Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan pelaksanaan double chek saat pemberian obat high alert pada Triwulan II tahun 2022. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian belum mencapai standart yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Tingkatkan kepatuhan dalam melakukan doble chek saat pemberian obat high alert.

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:



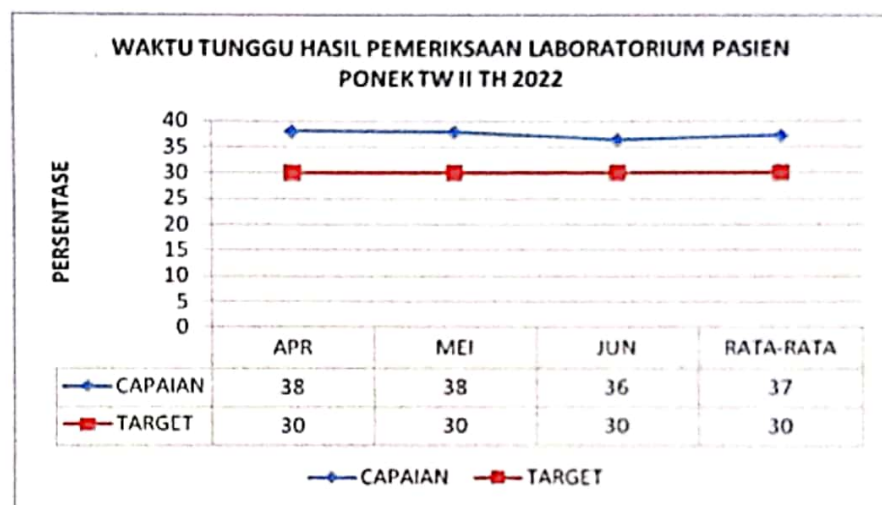
Grafik 36. Kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat kejadian pasien jatuh Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat kejadian pasien jatuh pada Triwulan II tahun 2022, 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:



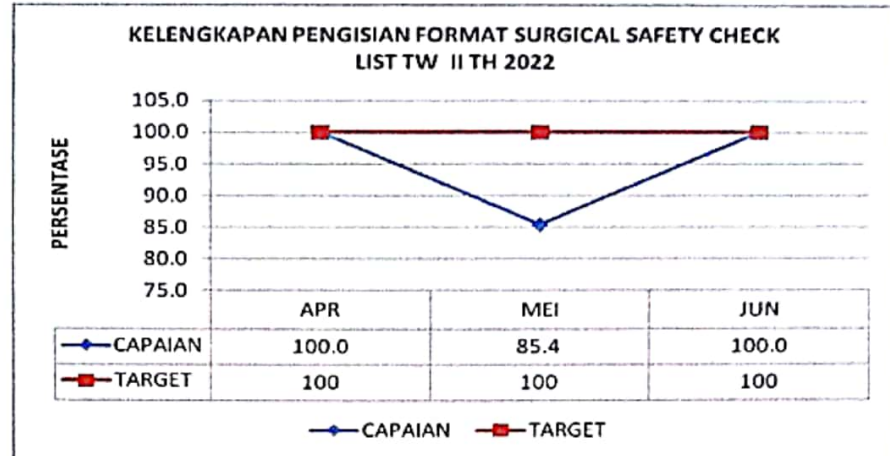
Grafik 37. Waktu Tunggu Hasil pemeriksaan Laboratorium pasien Ponek Triwulan II Tahun 2022

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

III. INDIKATOR YANG DIPERSYARATKAN BAB

1. KELENGKAPAN PENGISIAN FORMAT SURGICAL SAFETY CHECK LIST

Capaian pelaksanaan pengisian format surgical safety check list pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

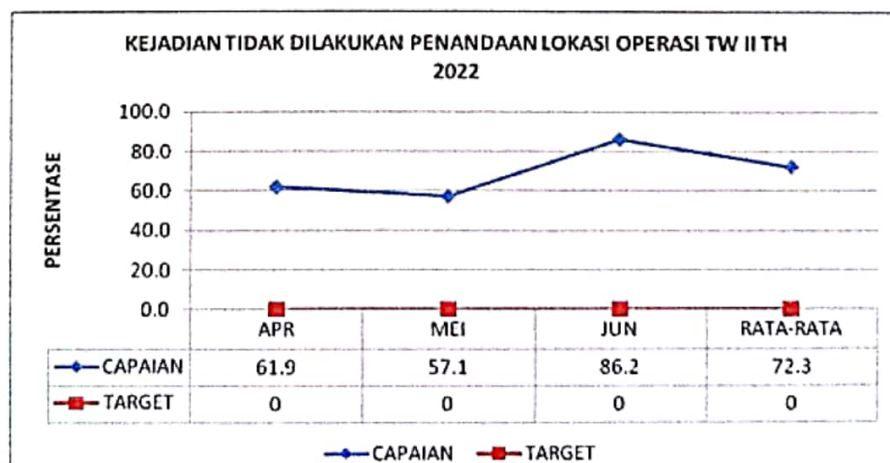


Grafik 38. Kelengkapan Pengisian Format Surgical Safety Check List Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator kelengkapan pengisian format surgical safety check list pada Triwulan II tahun 2022, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 95.4%.

2. KEJADIAN TIDAK DILAKUKAN PENANDAAN LOKASI OPERASI

Capaian pelaksanaan pengisian penandaan lokasi operasi pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 39. Kejadian Tidak Dilakukan Penandaan Lokasi Operasi Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi pada Triwulan II tahun 2022, trendnya Jjauh dari standart. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 72.3%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Belum tercapainya indicator mutu ini disebabkan oleh:

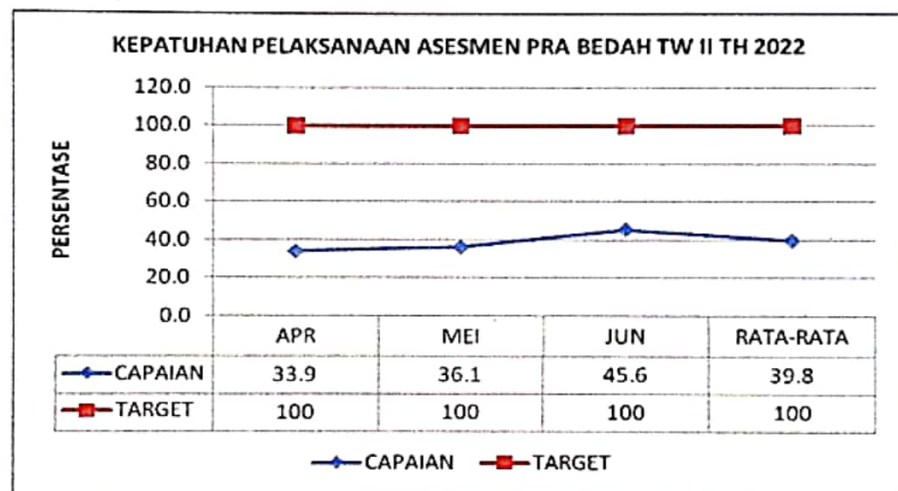
1. Belum menjadi budaya melakukan penandaan lokasi operasi dalam memberikan pelayanan ke pada pasien

Rekomendasi :

1. Lakukan evaluasi terhadap pelaksanaan di lapangan

3. PELAKSANAAN ASESMEN PRA BEDAH

Capaian pelaksanaan asesmen pra bedah pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 40. Kepatuhan Pelaksanaan Asesmen Pra Bedah Triwulan II Tahun 2022

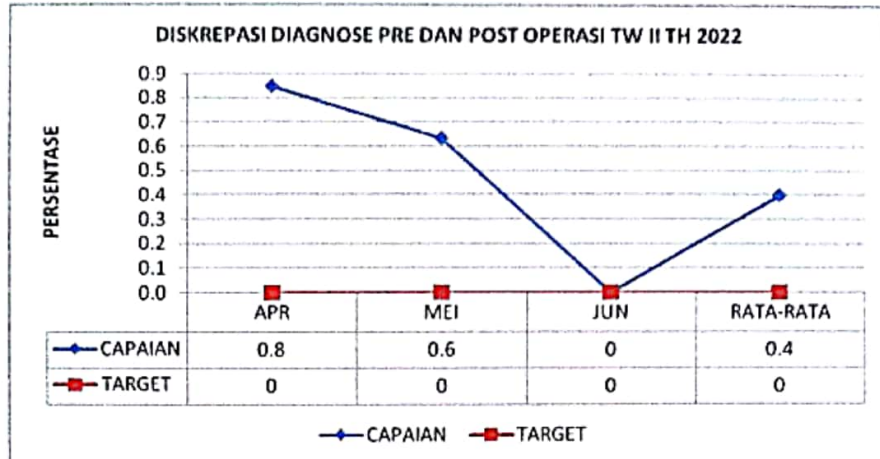
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kepatuhan pelaksanaan asesmen pra bedah pada Triwulan II tahun 2022, trendnya jauh dari standart. Standart indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 39.8%. terjadi penurunan standart bila dibandingkan triwulan I adalah 28.1%. 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 April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

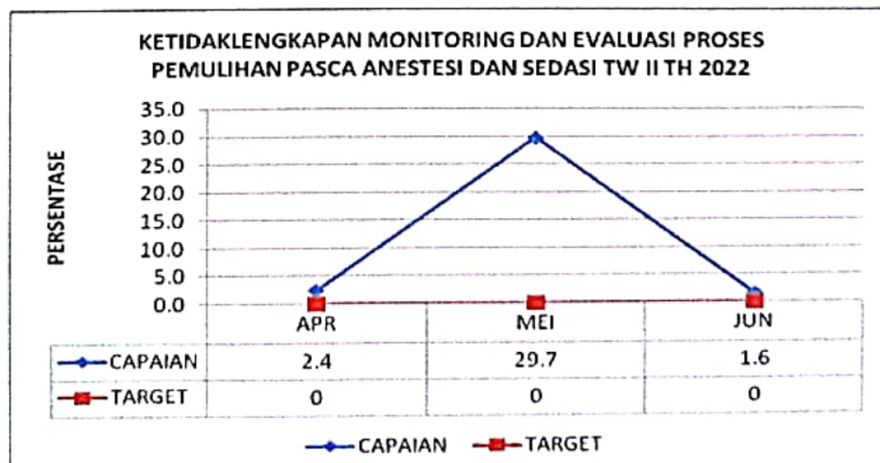


Grafik 41. Diskrepansi Diagnose Pre Dan Post Operasi Triwulan II Tahun 2022

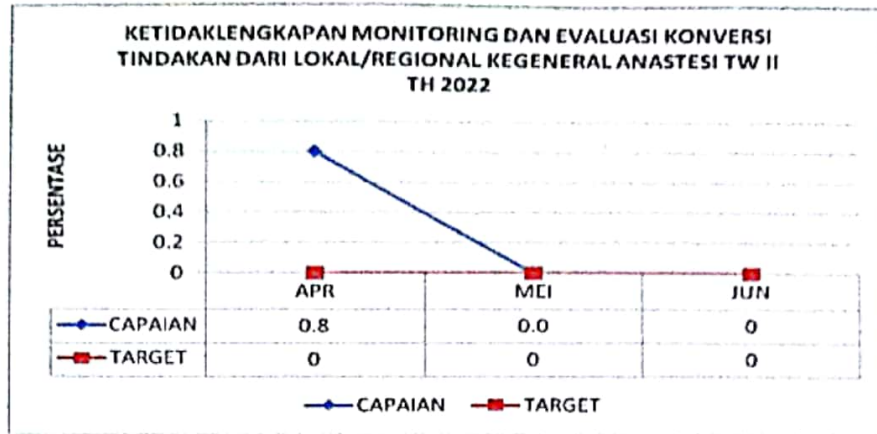
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu diskrepansi diagnose pre dan post operasi pada Triwulan II tahun 2022, trendnya bervariasi Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0.4%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan.

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

Capaian pelaksanaan ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi pasca pemulihan pasca anestesi dan sedasi pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 42. Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Proses Pemulihan Pasca Anestesi Dan Sedasi Triwulan II Tahun 2022

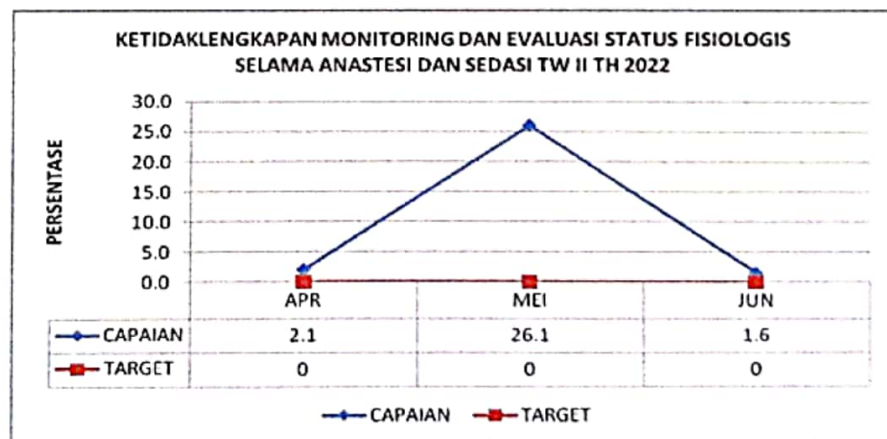


Grafik 44. Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Konversi Tindakan Dari Local/Regional Kegereneral Anastesi Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi konversi tindakan dari local/regional kegeneral anastesi pada Triwulan II tahun 2022, trendnya cenderung mendekati standart. Standar indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0.2%.

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 45. Ketidaklengkapan Monitoring Dan Evaluasi Status Fisiologi Selama Anastesi dan Sedasi Triwulan II Tahun 2022

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi status fisiologis selama anastesi dan sedasi pada bulan April sd. Juni trendnya belum mencapai standar. Standar indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 9.7%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan.

9. KOMUNIKASI SBAR SAAT SERAH TERIMA ANTAR SHIFT

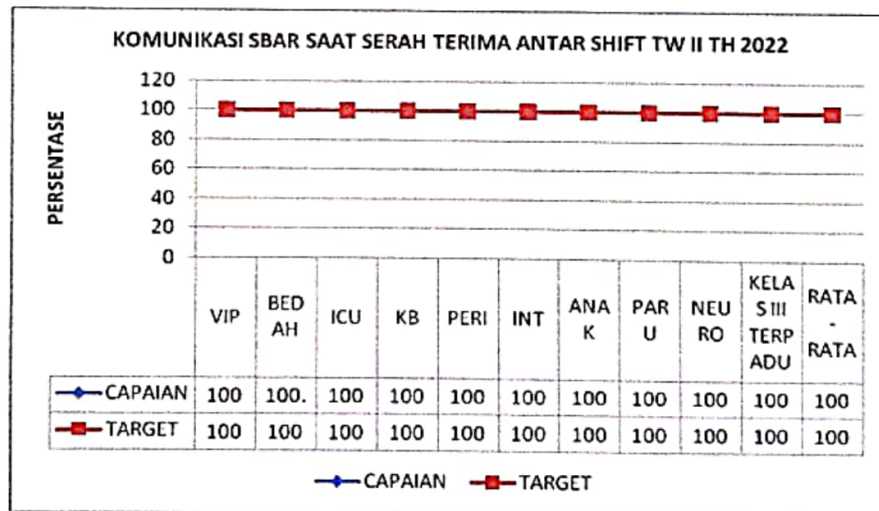
Persentase komunikasi SBAR serah terima antar shift pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 46. Komunikasi SBAR Saat Serah Terima Antar Shift Triwulan II Tahun 2022

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 II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indikator Komunikasi pada semua rawat inap. Rata – rata capaian indicator mutu ini 100% dan sudah mencapai Standart yang ditetapkan.

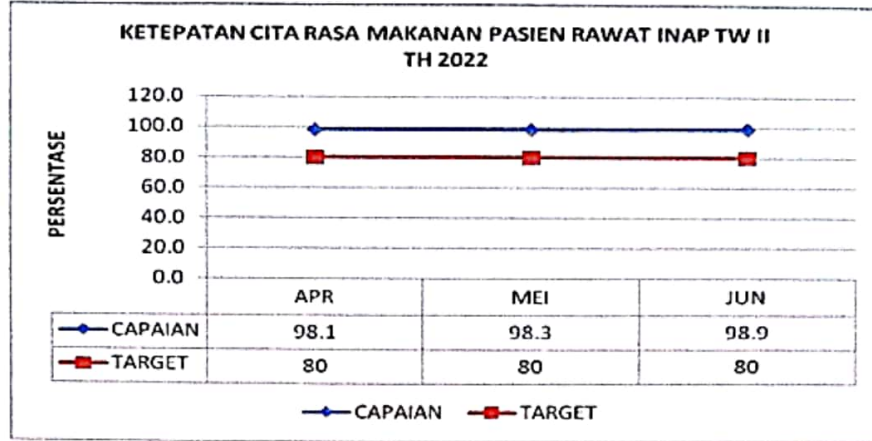
Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah didapat

IV. INDIKATOR MUTU UNIT

1. INDIKATOR RUANGAN GIZI

1.1. KETEPATAN CITA RASA MAKANAN PASIEN RAWAT INAP

Capaian cita rasa makanan pasien pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



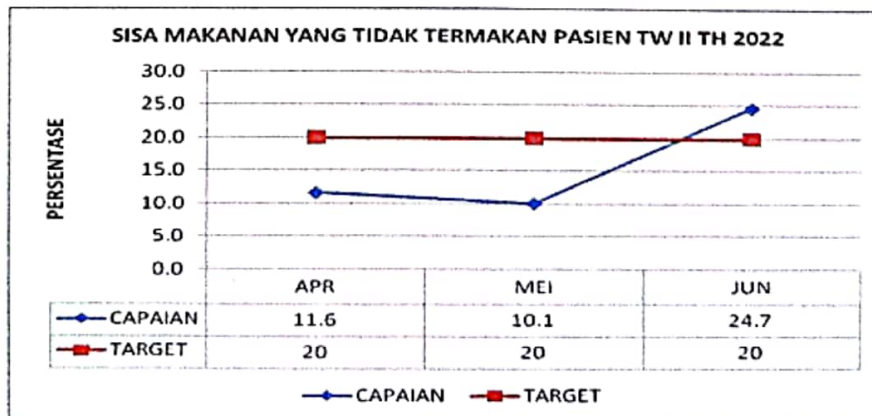
Grafik 48. Ketepatan Cita Rasa Makanan Pasien Rawat Inap Triwulan II tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Ketepatan Cita Rasa Makanan Pasien rawat inap pada Triwulan II tahun 2022. Standart indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 98.4%.

Rekomendasi : Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

1.2. SISA MAKANAN YANG TIDAK TERMAKAN PASIEN

Capaian sisa makanan yang tidak termakan pasien pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



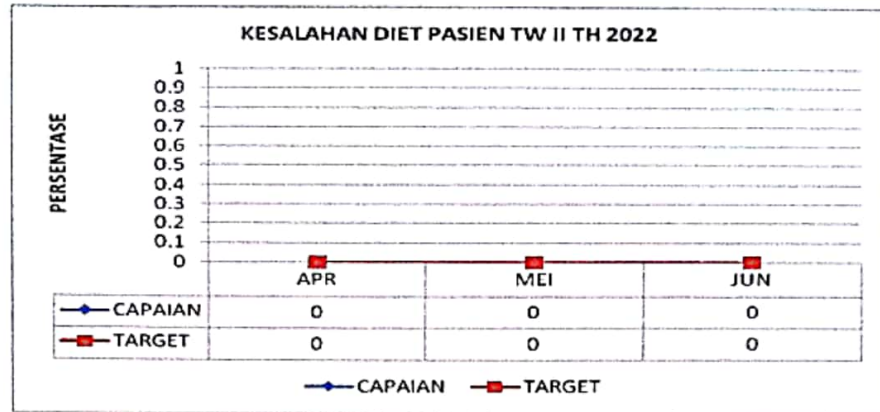
Grafik 49. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Pasien Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu sisa makanan yang tidak termakan pasien pada Triwulan II tahun 2022,

trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 20%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 14.9%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

1.3. KESALAHAN DIET PASIEN

Capaian kesalahan diet pasien pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 50. Kesalahan Diet Pasien Triwulan II Tahun 2022

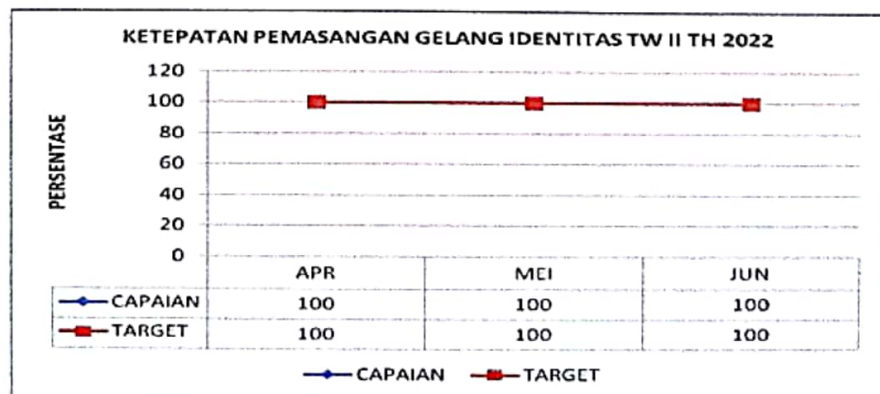
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kesalahan diet pasien pada Triwulan II tahun 2022, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 0%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standart yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

2. INDIKATOR RUANGAN PARU

2.1. KETEPATAN PEMASANGAN GELANG IDENTITAS

Capaian ketepatan pemasangan gelang identitas pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 51. Ketepatan Pemasangan Gelang Identitas Paru Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketepatan pemasangan gelang identitas pada Triwulan II tahun 2022, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 100%, dan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

2.2. PENANGANAN PASIEN TB YANG TIDAK SESUAI DENGAN STRATEGI DOTS

Capaian penanganan pasien TB yang tidak sesuai dengan strategi DOTS pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



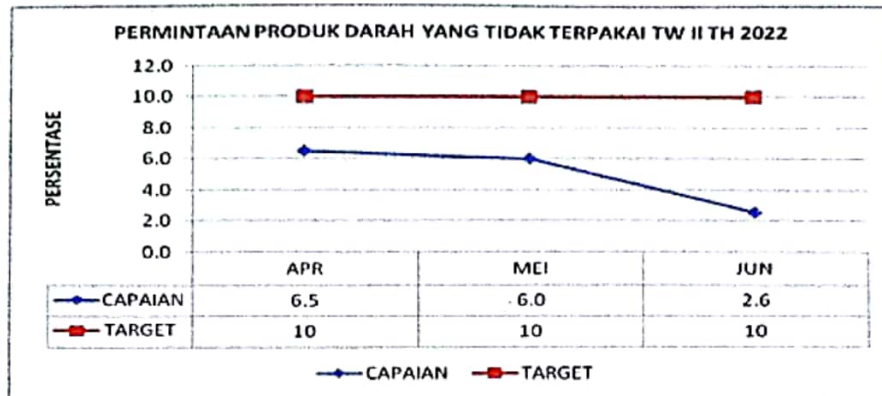
Grafik 52. Penanganan Pasien TB Yang Tidak Sesuai Dengan Strategi DOTS Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu penanganan pasien TB yang tidak sesuai dengan Strategi Dots pada Triwulan II tahun 2022, 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 April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 53. Permintaan Produk Darah Yang Tidak Terpakai Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu permintaan produk darah yang tidak terpakai pada Triwulan II tahun 2022, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 10%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 4.8%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

4. INDIKATOR RUANGAN CASEMIX : KETEPATAN WAKTU PENGEMBALIAN REKAM MEDIS (RM) \leq 2X24 JAM RAWAT INAP

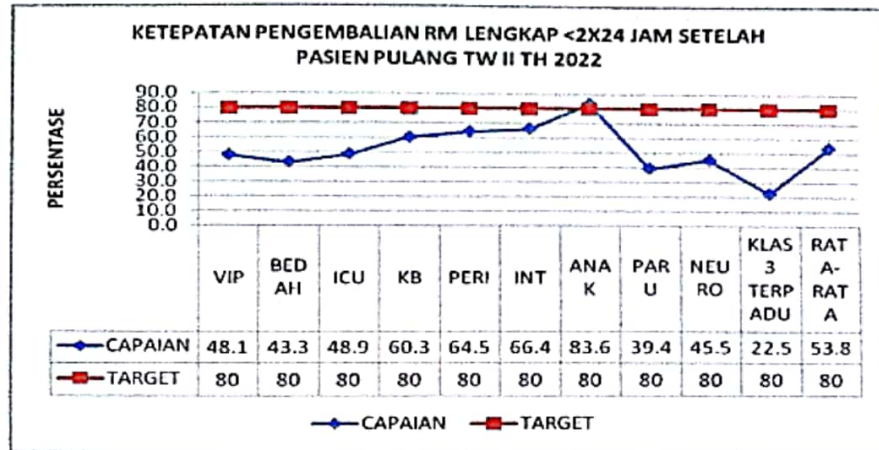
Capaian ketepatan pengembalian Rekam Medis Rawat Inap pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 54. Ketepatan Pengembalian RM Rawat Inap Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu ketepatan pengembalian Rekam Medis rawat inap pada Triwulan II tahun 2022, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu ini adalah 80%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 53.8%.

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



Grafik 55. Ketepatan Waktu Pengembalian berkas Rekam Medik Inap Bulan April sd. Juni 2022

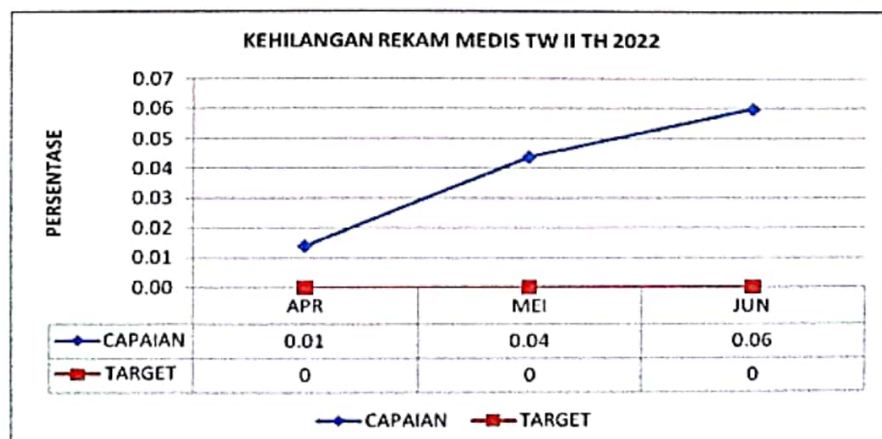
Pencapaian indikator ini belum mencapai target yang diharapkan. Namun dilihat dari tiap ruangan trendnya bervariasi. Ruangan yang memenuhi standar terdapat pada ruangan Anak, terjadi peningkatan standar dibandingkan dengan triwulan I (56.1%). Belum tercapainya indikator mutu ini disebabkan oleh beberapa 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

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

Capaian kehilangan dokumen RM pasien Rawat Inap pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 56. Kehilangan Dokumen RM Rawat Inap Triwulan II Tahun 2022

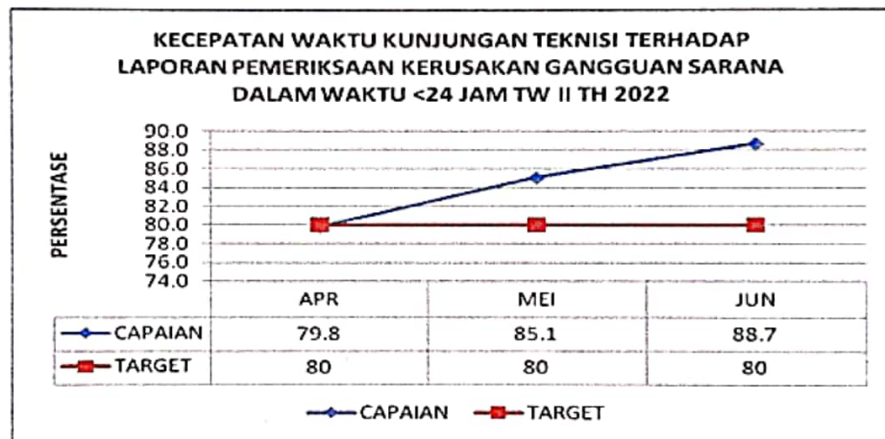
Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kehilangan dokumen RM rawat inap pada Triwulan II tahun 2022, trendnya cenderung meningkat. Standart indicator mutu ini adalah 0%, dan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0,04%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi :

1. Resosialisasi tentang cara penyimpanan dokumen rekam medis
2. Lakukan evaluasi tentang pelaksanaan dilapangan

6. 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 II adalah:



Grafik 57. angka Kecepatan Waktu Kunjungan Teknisi Terhadap Laporan Pemeriksaan Kerusakan Gangguan Sarana Dalam Waktu <24 jam

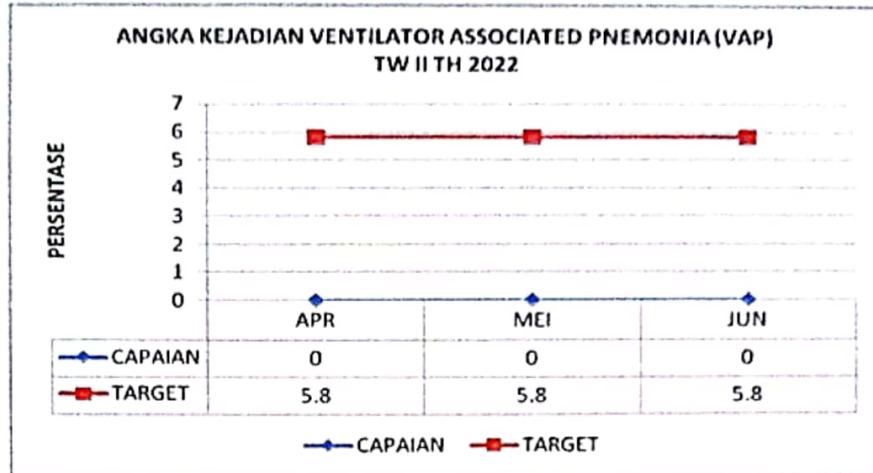
Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian Angka Kecepatan Waktu Kunjungan Teknisi Terhadap Laporan Pemeriksaan Kerusakan Gangguan Sarana Dalam Waktu <24 jam sudah mencapai standart. Standart indicator mutu Kecepatan Waktu Kunjungan Teknisi Terhadap Laporan Pemeriksaan Kerusakan Gangguan Sarana Dalam Waktu <24 jam 80%, sedangkan rata-rata capaian capaian 88.7%, meningkat dibandingkan triwulan I.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat.

7. INDIKATOR MUTU KOMITE PPI

7.1. ANGKA KEJADIAN VAP

Capaian kejadian VAP pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

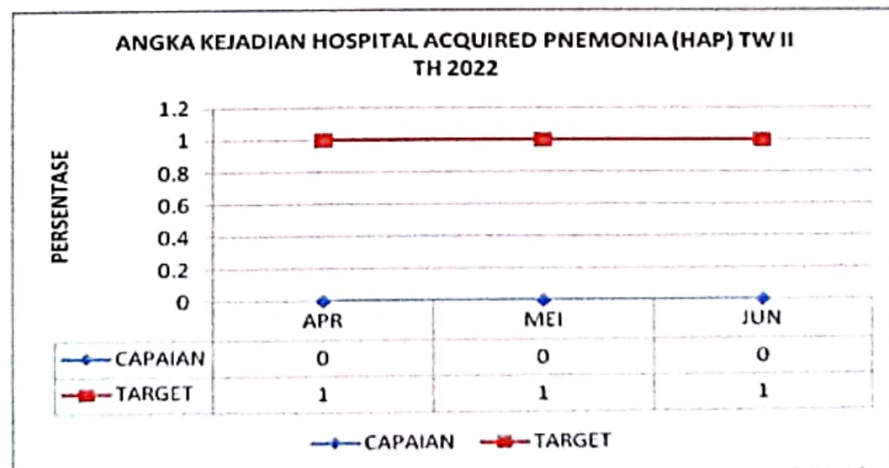


Grafik 58. Angka Kejadian VAP Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian VAP pada Triwulan II tahun 2022 adalah 0% karena tidak ada kejadian infeksi akibat pemasangan ventilator.

7.2. ANGKA KEJADIAN HOSPITAL ACQUIRED PNEMONIA (HAP)

Capaian angka kejadian hospital acquired pnemonia (HAP) pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

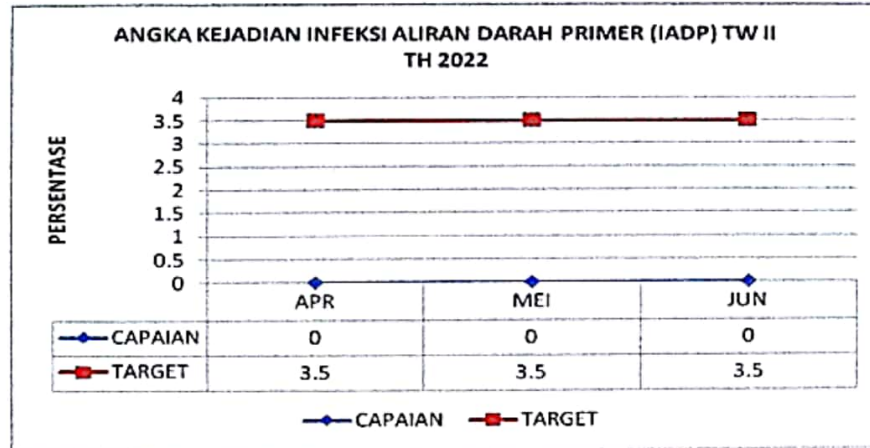


Grafik 59. Angka Kejadian IADP Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu angka kejadian hospital acquired pnemonia (HAP) pada Triwulan II tahun 2022 adalah 0%.

7.3. ANGKA KEJADIAN IADP

Capaian kejadian IADP pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

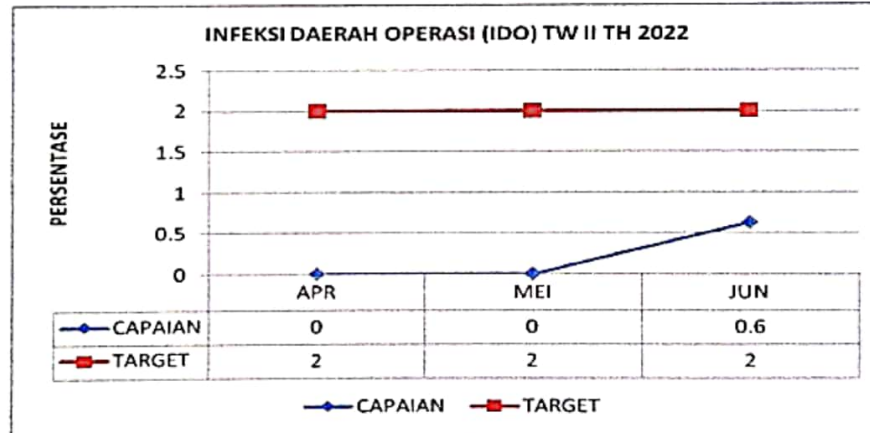


Grafik 60. Angka Kejadian IADP Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian IADP pada Triwulan II tahun 2022 adalah 0.

7.4. ANGKA KEJADIAN IDO

Capaian kejadian IDO pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



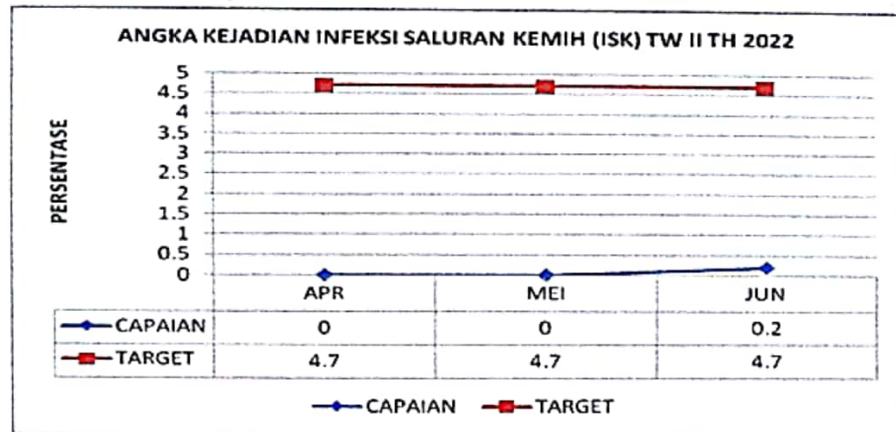
Grafik 61. Angka Kejadian IDO Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian IDO pada Triwulan II tahun 2022 adalah 0.25%, masih dibawah standar yang ditetapkan, namun PPI tetap melakukan koordinasi dengan keperawatan untuk mengidentifikasi penyebab yang mungkin berkontribusi pada kasus IDO.

Rekomendasi : petugas menggunakan form cheklis prosedur perawatan luka dan monitoring oleh IPCN dan IPCLN.

7.5. ANGKA KEJADIAN ISK

Capaian kejadian ISK pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

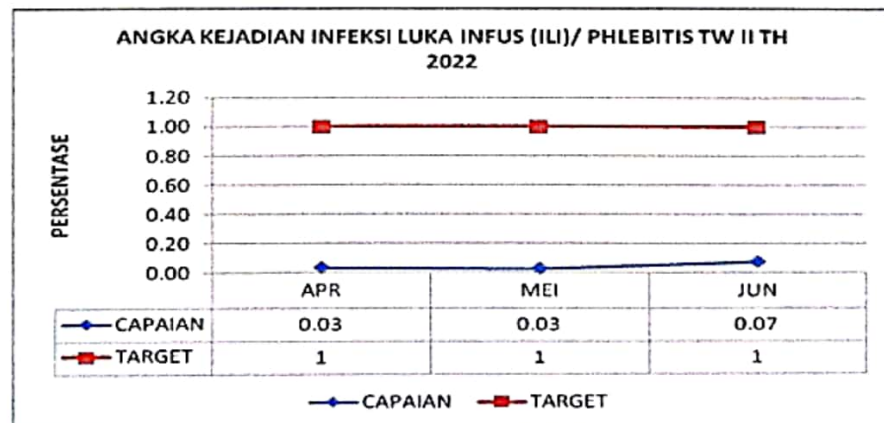


Grafik 62. Angka Kejadian ISK Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian ISK pada Triwulan II tahun 2022, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah $\leq 4,7\%$, capaian indicator mutu ini adalah 0.71%. Capaian sudah mencapai standar.

7.6. ANGKA KEJADIAN PLEBITIS

Capaian kejadian plebitis pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

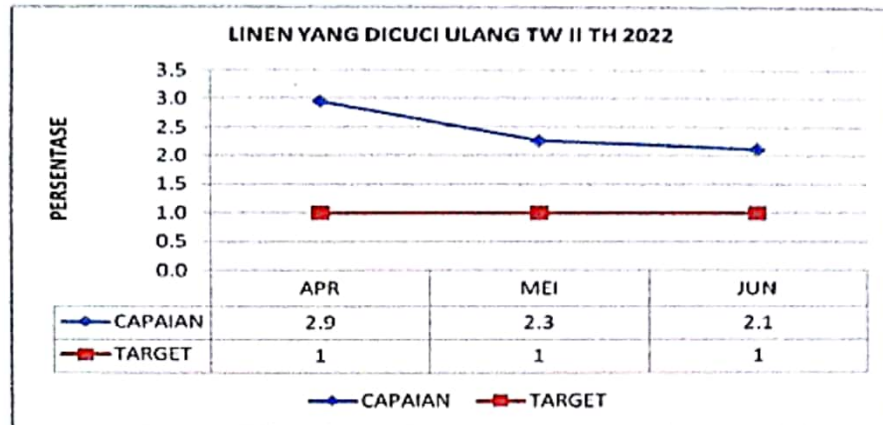


Grafik 63. Angka Kejadian Plebitis Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Angka Kejadian Plebitis pada Triwulan II tahun 2022, trendnya cenderung stabil. Standart indicator mutu ini adalah 1%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0.46%,

8. INDICATOR LOUNDRY : LINEN YANG DICUCI ULANG

Pemantauan untuk Indicator unit laundry dimulai pada bulan April sd. Juni 2022, dengan capaian sebagai berikut:



Grafik 64. Angka Kejadian Linen yang Dicuci Ulang Triwulan II Tahun 2022

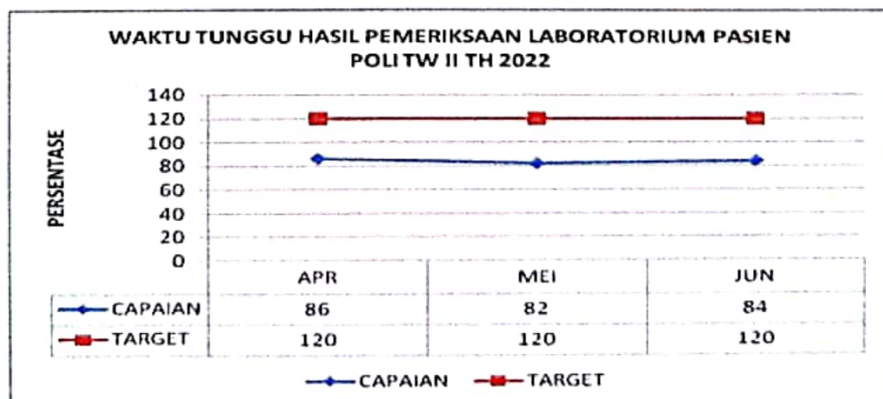
Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian untuk linen yang dicuci ulang trendnya bervariasi. Rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 2.4%. Capaian belum mencapai standar yang telah ditetapkan (1%).

9. WAKTU TUNGGU HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Pada Triwulan II 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 ditunjukkan pada grafik dibawah ini:



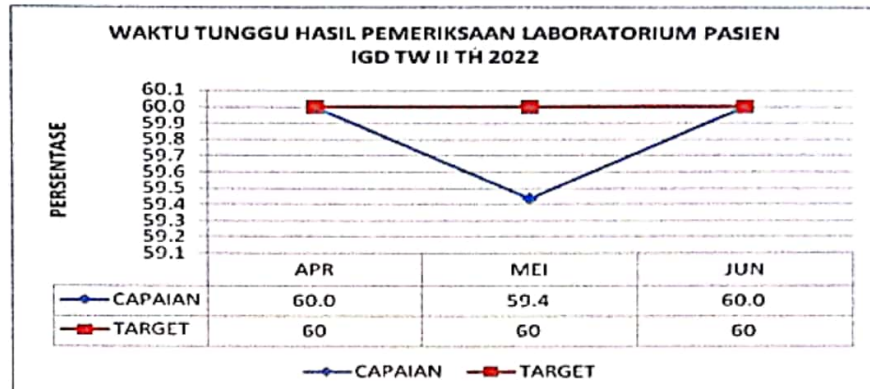
Grafik 65. Grafik Waktu Hasil Tunggu Pemeriksaan Laboratorium pada Pasien Poliklinik Triwulan II Tahun 2022

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa angka waktu tunggu pemeriksaan laboratorium pada pasien poklinik cenderung bervariasi namun sudah mencapai standar 120 menit. Rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 84 menit.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat.

9.2. WAKTU TUNGGU HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM PADA PASIEN IGD

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



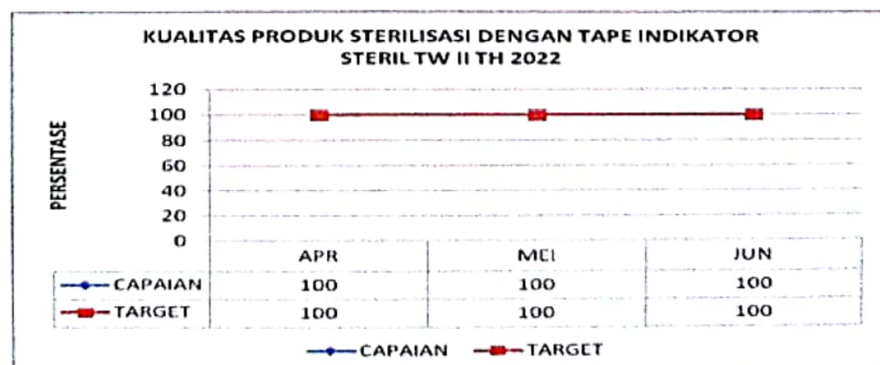
Grafik 66. Grafik Waktu Hasil Tunggu Pemeriksaan Laboratorium pada Pasien IGD Triwulan II Tahun 2022

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa angka waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien IGD cenderung bervariasi. rata-rata capaian waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien IGD 59.8%, belum mencapai standar yang telah ditetapkan 60%.

10. INDICATOR CSSD

10.1. KUALITAS PRODUK STERILISASI DENGAN TAPE INDIKATOR STERIL

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



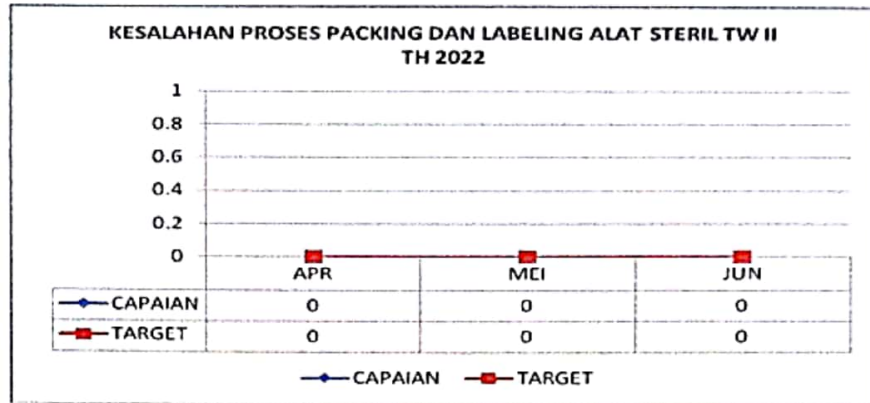
Grafik 67. Grafik Kualitas Produk Sterilisasi Dengan Tape Indikator Steril Triwulan II Tahun 2022

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 ditunjukkan pada grafik dibawah ini:



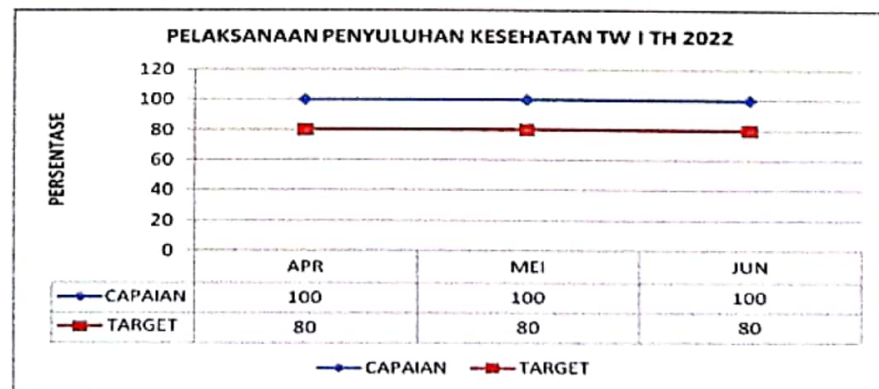
Grafik 68. Kesalahan Produk Sterilisasi dengan Tape Indikator Steril Triwulan II Tahun 2022

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:



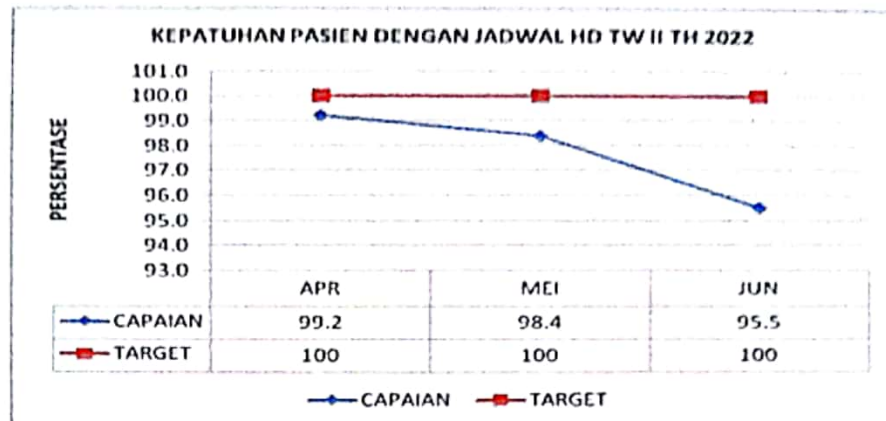
Grafik 69. Pelaksanaan Penyuluhan Kesehatan Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas menunjukkan 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%.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat.

12. INDIKATOR MUTU HEMODIALISA : KEPATUHAN PASIEN DENGAN JADWAL HD

Capaian Kepatuhan pasien dengan Jadwal Hemodialisa pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



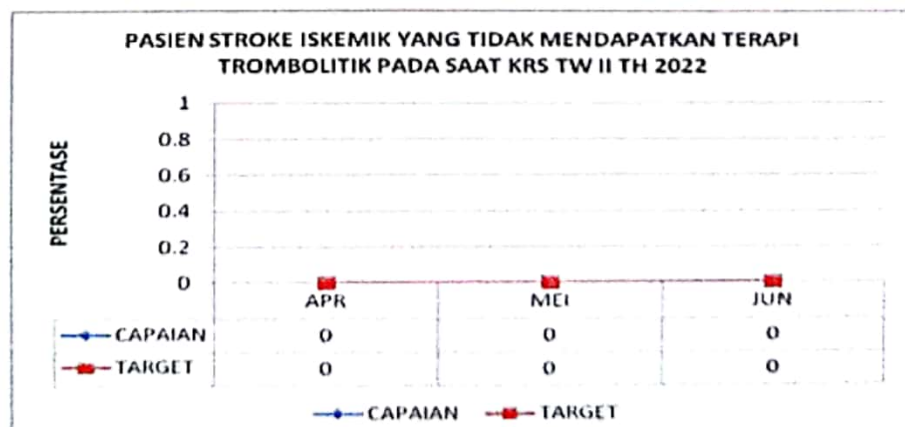
Grafik 70. Kepatuhan Pasien Dengan Jadwal Hemodialisa Triwulan II Tahun 2022

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa Capaian Kepatuhan pasien dengan jadwal Hemodialisa belum mencapai target, trendnya cenderung bervariasi. Standart indicator mutu kepatuhan pasien dengan jadwal Hemodialisa 100%, sedangkan rata-rata capaian kepatuhan pasien dengan jadwal Hemodialisa 97.8%. Hal ini dikarenakan jarak tempat tinggal pasien dengan rumah sakit jauh dan biaya yang tidak mencukupi.

13. INDICATOR RUANGAN NEUROLOGI

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

Capaian pasien stroke iskemik yang tidak mendapatkan terapi trombolitik pada saat KRS pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



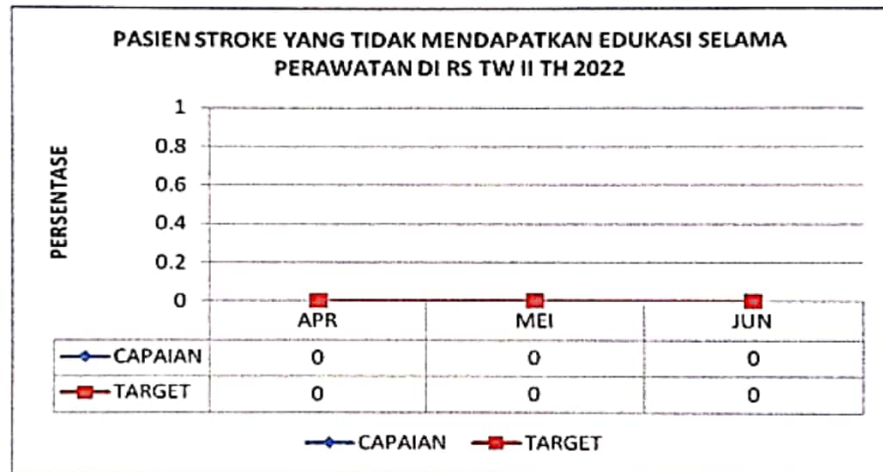
Grafik 71. Pasien Stroke Iskemik Yang Tidak Mendapatkan Terapi Trombolitik Pada Saat KRS Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu pasien stroke iskemik yang tidak mendapatkan terapi trombolitik pada saat KRS pada Triwulan II tahun 2022, Standart indicator mutu ini adalah 0%, dan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 0%. Capaian sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

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

Capaian pasien stroke yang tidak mendapatkan edukasi selama Perawatan di RS pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



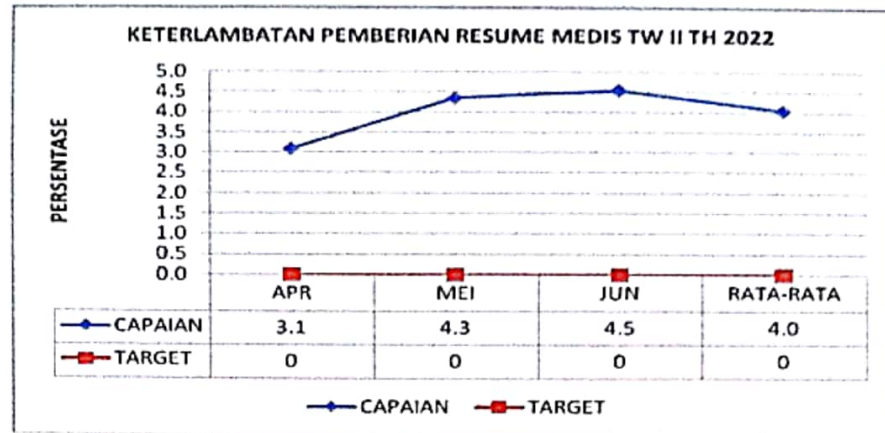
Grafik 72. Pasien Stroke Yang Tidak Mendapatkan Edukasi Selama Perawatan di RS Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu pasien stroke yang tidak mendapatkan edukasi selama perawatan di RS pada Triwulan II tahun 2022, 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 April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

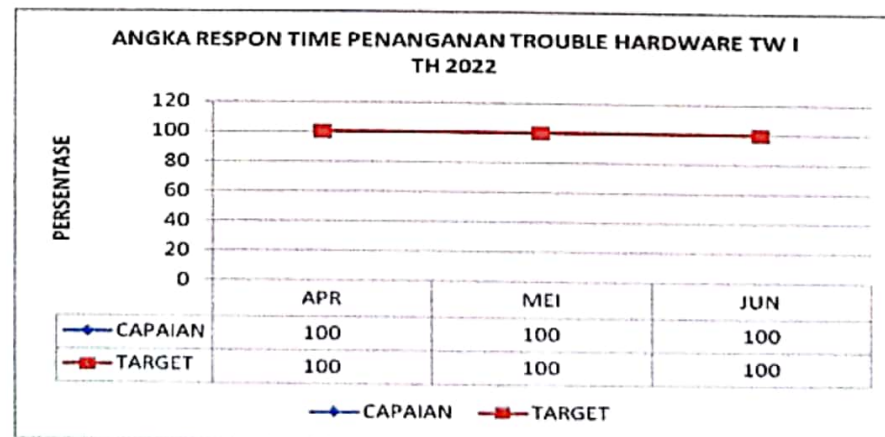


Grafik 73. Keterlambatan Pemberian Resume Medis Triwulan II Tahun 2022

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian keterlambatan pemberian resume medis belum mencapai target. Standart indicator mutu keterlambatan pemberian resume medis 0%, sedangkan rata rata capaian adalah 4%, Hal ini dikarenakan masih belum patuh dalam pengisian resume pasien sebelum pulang.

15. ANGKA RESPON TIME PENANGANAN TROUBLE HARDWARE

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



Grafik 74. Angka Respon Time Penanganan Trouble Hardware

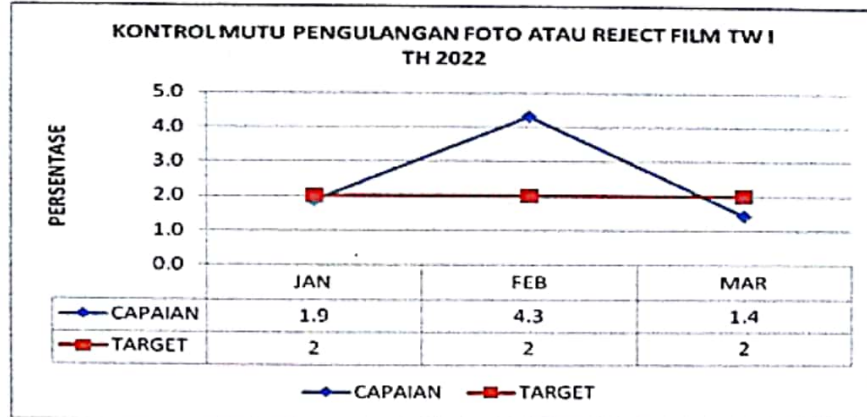
Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa angka respon time penanganan trouble hardware sudah mencapai target 100%.

Rekomendasi : Pertahankan capaian yang telah di dapat

16. INDICATOR MUTU RADIOLOGI

16.1 PELAKSANAAN PENGULANGAN FOTO RONTGEN

Capaian indikator pelaksanaan pengulangan foto rontgen untuk Triwulan II adalah :



Grafik 75. Angka Pelaksanaan Pengulangan Foto Rontgen

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian pelaksanaan pengulangan foto rontgen, trendnya bervariasi. Standart indikator mutu pelaksanaan pengulangan foto rontgen 2%, sedangkan rata-rata capaian pelaksanaan pengulangan foto rontgen 2.5% belum mencapai standart.

16.2 KETERLAMBATAN HASIL FOTO RAWAT JALAN LEBIH DARI 30 MENIT

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



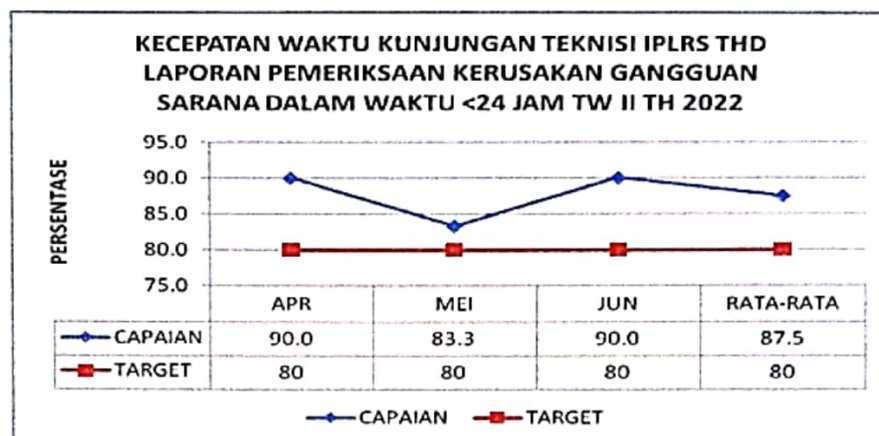
Grafik 76. Angka Keterlambatan Hasil Foto Rawat Jalan >30 Menit

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

17. INDICATOR MUTU IPLRS

17.1 KECEPATAN WAKTU KUNJUNGAN TENAGA IPLRS TERHADAP LAPORAN PERBAIKAN RUANGAN DAN GANGGUAN JARINGAN AIR BERSIH

Capaian indicator kecepatan waktu kunjungan tenaga IPLRS terhadap laporan perbaikan ruangan dan gangguan jaringan air bersih dalam Waktu <24 jam untuk Triwulan II adalah :

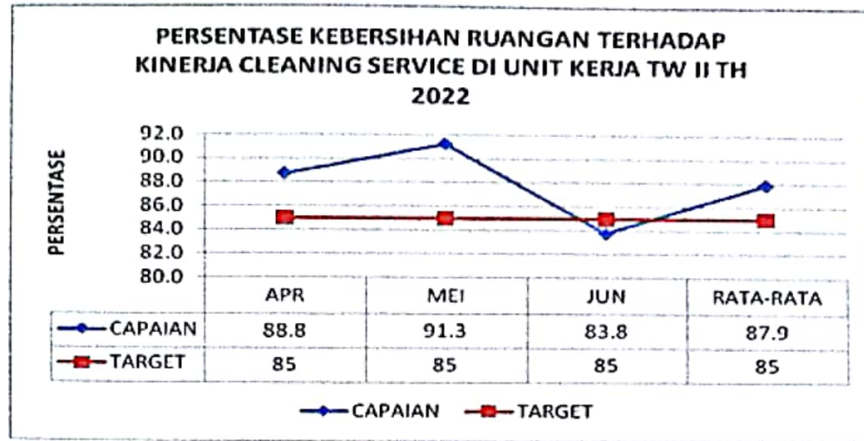


Grafik 77. kecepatan waktu kunjungan tenaga IPLRS terhadap laporan perbaikan ruangan dan gangguan jaringan air bersih dalam Waktu <24 jam

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa Capaian indicator kecepatan waktu kunjungan tenaga IPLRS terhadap laporan perbaikan ruangan dan gangguan jaringan air bersih dalam Waktu <24 jam. Standart indicator mutu kecepatan waktu kunjungan tenaga IPLRS terhadap laporan perbaikan ruangan dan gangguan jaringan air bersih dalam Waktu <24 jam 80%, sedangkan rata-rata capaian capaian pelaksanaan 87.5%, sudah mencapai standart.

17.2 ANGKA KEBERSIHAN RUANGAN TERHADAP KINERJA CLEANING SERVICE

Capaian indicator angka kebersihan ruangan terhadap cleaning service untuk Triwulan II adalah:

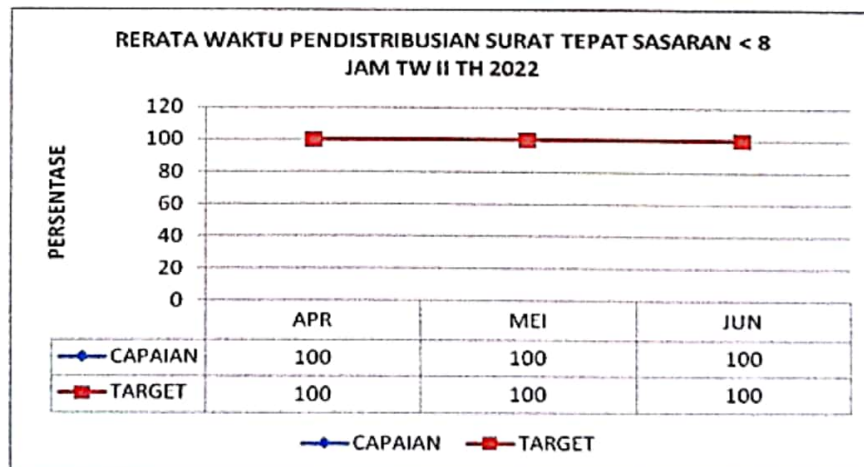


Grafik 78. angka kebersihan ruangan terhadap cleaning service

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian angka kebersihan ruangan terhadap cleaning service sudah mencapai target,. Standart indicator mutu angka kebersihan ruangan terhadap cleaning service 85%, sedangkan rata-rata capaian capaian pelaksanaan angka kebersihan ruangan terhadap cleaning service 87.9%, meningkat dibandingkan dengan triwulan I.

18. RERATA WAKTU PENDISTRIBUSIAN SURAT TEPAT SASARAN <8 JAM

Angka rerata waktu pendistribusian surat tepat sasaran <8 jam merupakan indicator mutu Bagian Umum dan Kepegawaian. Capaian indicator ini untuk Triwulan II adalah:



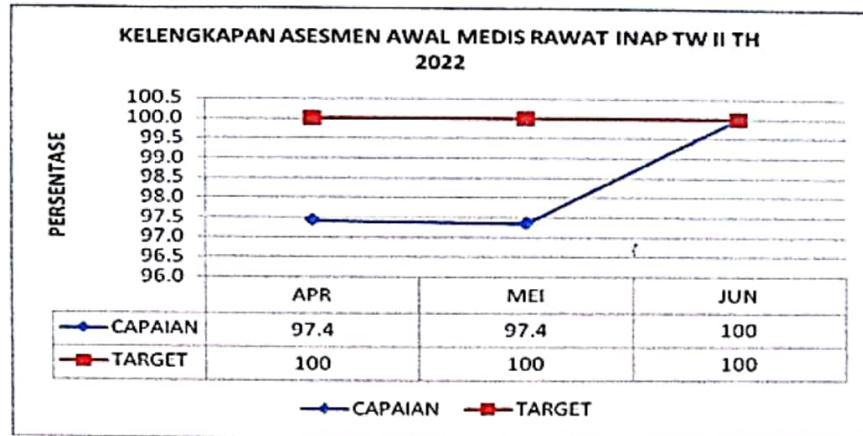
Grafik 79. Angka rerata waktu pendistribusian surat tepat sasaran <8 jam tw II th 2022

Dari grafik diatas dapat diketahui bahwa rerata waktu pendistribusian surat tepat sasaran <8 jam. Standart indicator mutu ini 100%, sedangkan rata-rata capaian rerata waktu pendistribusian surat tepat sasaran <8 jam 100%, sudah mencapai standart.

V. INDIKATOR MUTU PPA

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

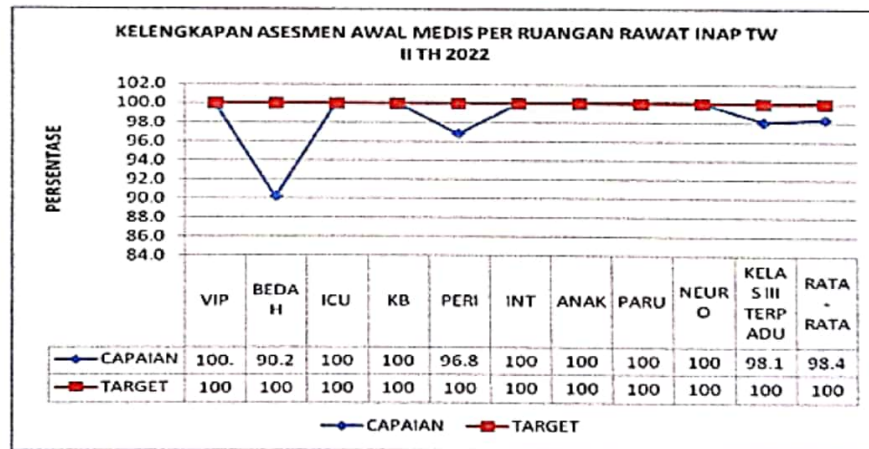
Capaian kelengkapan asesmen awal medis rawat inap pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 80. Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Inap 1 x 24 Jam per Bulan Triwulan II Tahun 2022

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa kelengkapan asesmen awal medis pada bulan April sd. Juni 2022 masih belum mencapai target. Trendnya cenderung meningkat dan mencapai standart di bulan juni.

Capaian masing-masing ruangan untuk indikator ini adalah:



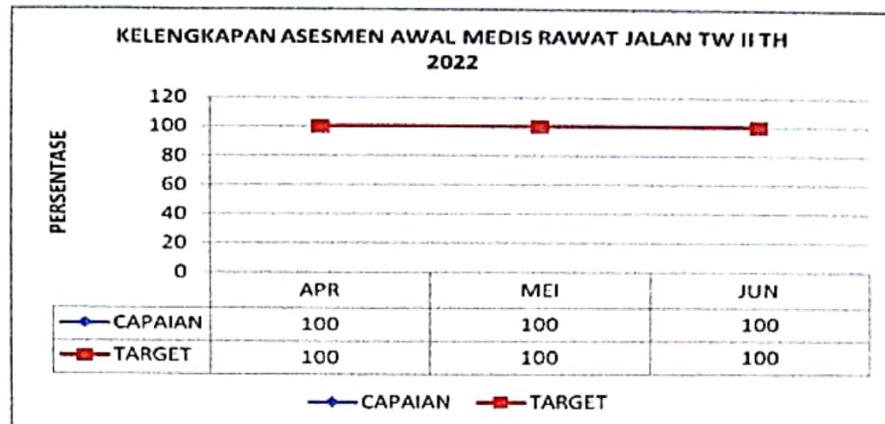
Grafik 81. Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Inap 1 x 24 Jam per Ruang Triwulan II Tahun 2022

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa ruangan VIP, ICU, KB, Interne, Anak, Paru dan Neorologi merupakan ruangan dengan capaian paling tinggi untuk kelengkapan asesmen medis rawat inap yakni sudah mencapai target (100%). Sedangkan capaian paling rendah adalah ruangan Bedah (90.2%), Peri (96.8%) dan Kelas III Terpadu (98.1%). Rata-rata capaian RSUD adalah 98.1%. Hal ini dikarenakan kepatuhan dalam pengisian asesment medis rawat inap masih kurang.

Rekomendasi : Lakukan pengawasan dilapangan

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

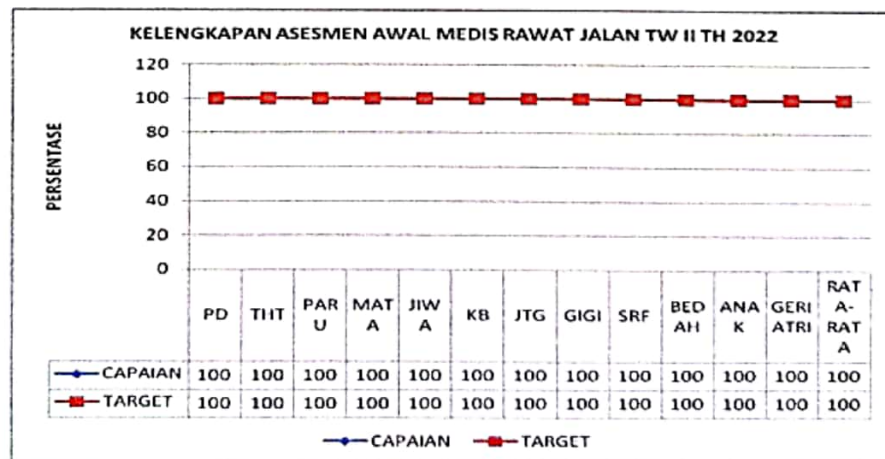
Capaian kelengkapan asesmen awal medis pasien rawat jalan pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 82. Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit per Bulan Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Kelengkapan Asesmen Awal medis Pasien Rawat Jalan pada Triwulan II tahun 2022, trendnya cenderung stabil. Target indicator mutu ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indicator mutu ini adalah 100%. Capaian sudah mencapai target yang telah ditetapkan.

Sedangkan capaian kelengkapan asesmen awal medis rawat jalan pada masing-masing ruangan di bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

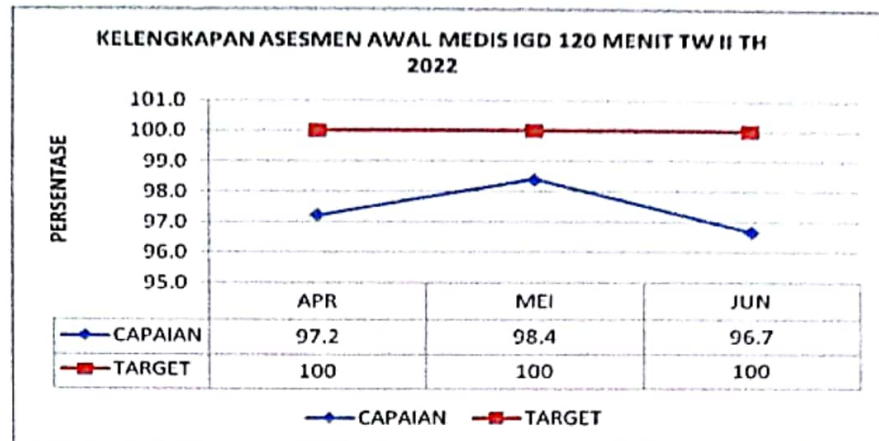


Grafik 83. Kelengkapan Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kelengkapan asesmen awal medis rawat jalan pada Triwulan II tahun 2022, semua ruangan rawat jalan sudah mencapai target indicator mutu ini 100%.

3. KELENGKAPAN ASESMEN AWAL MEDIS PASIEN IGD ≤ 120 MENIT

Capaian kelengkapan asesmen awal medis IGD pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



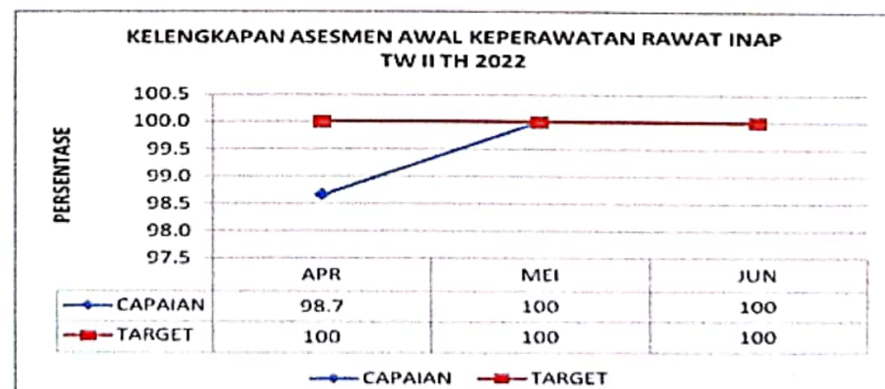
Grafik 84. Kelengkapan Asesmen Awal Medis IGD ≤ 120 Menit Triwulan II Tahun 2022

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa kelengkapan asesmen medis IGD pada bulan April sd. Juni 2022, trendnya masih dibawah standar 100%. Rata-rata capaian pada Triwulan II adalah 97.4%.

Rekomendasi : Tingkatkan lagi kepatuhan dalam kelengkapan pengisian asesmen medis

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

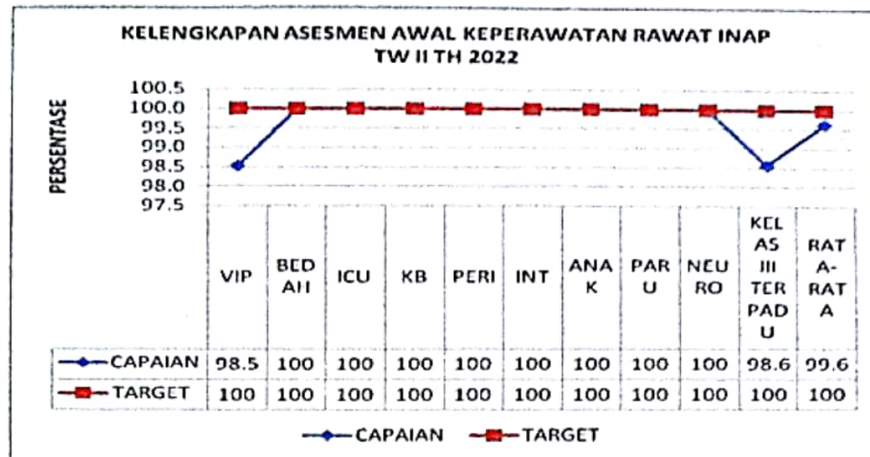
Capaian kelengkapan asesmen awal keperawatan rawat inap pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Grafik 85. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap 1 x24 Jam per Bulan Triwulan II Tahun 2022

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa kelengkapan asesmen keperawatan pada bulan April sd. Juni 2022, trendnya meningkat mencapai standart dibulan Meidan Juni.

Capaian masing-masing ruangan untuk indikator ini adalah:

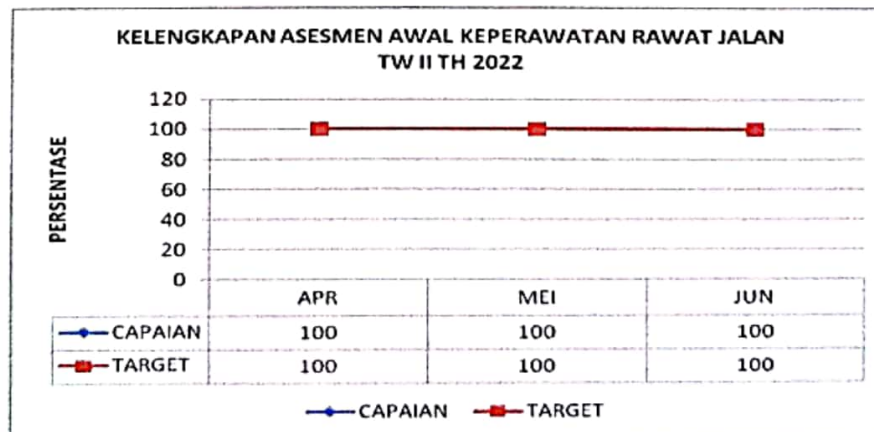


Grafik 86. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap 1 x24 Jam per ruangan Triwulan II Tahun 2022

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa ruangan Bedah, ICU, KB, Peri, Interne, Anak, Paru, dan Neurologi merupakan ruangan dengan capaian paling tinggi untuk kelengkapan asesmen keperawatan rawat inap yakni sudah mencapai target (100%). Sedangkan capaian paling rendah adalah ruangan VIP (98.5) dan Kelas III Terpadu (98.6%). Rata-rata capaian RSUD adalah 99,6%.

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

Capaian kelengkapan asesmen awal keperawatan pasien rawat jalan pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini

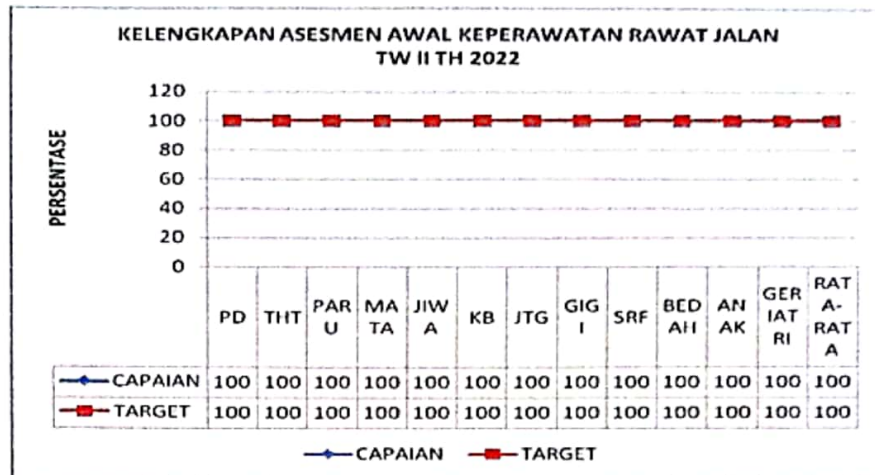


Grafik 87. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit Triwulan II tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan pada Triwulan II tahun

2022, 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 April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

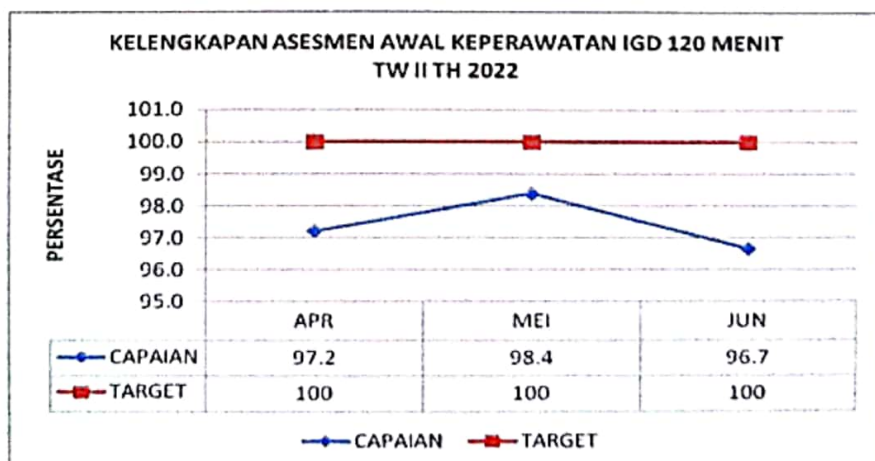


Grafik 88. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Jalan ≤60 Menit Triwulan II tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu kelengkapan assesmen awal keperawatan rawat jalan pada Triwulan II tahun 2022. Semua ruangan sudah mencapai standart indicator mutu ini 100%.

6. KELENGKAPAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN PASIEN IGD ≤120 MENIT

Capaian kelengkapan asesmen awal keperawatan IGD pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

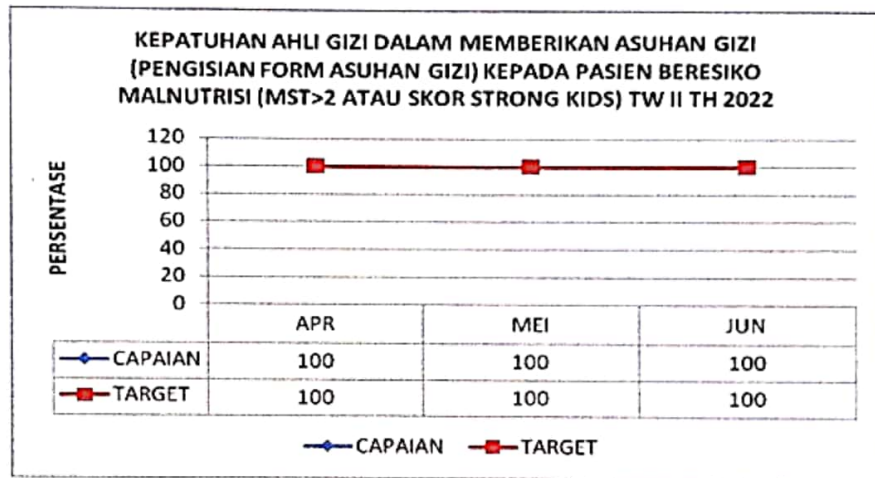


Grafik 89. Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan IGD ≤120 Menit Triwulan II Tahun 2022

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa kelengkapan asesmen keperawatan IGD pada bulan April sd. Juni 2022, trendnya masih dibawah standar 100%. Rata-rata capaian pada Triwulan II adalah 97.4%.
 Rekomendasi : Tingkatkan lagi kepatuhan dalam kelengkapan pengisian asesmen keperawatan dan lakukan pengawasan oleh kepala ruangan.

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

Persentase kepatuhan ahli gizi dalam memberikan asuhan gizi (pengisian form asuhan gizi) pada bulan April sd. Juni 2022 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 90. Kepatuhan Ahli Gizi Dalam Memberikan Asuhan Gizi (Pengisian Form Asuhan Gizi) Triwulan II Tahun 2022

Grafik diatas adalah presentasi capaian indicator mutu Kepatuhan ahli gizi dalam memberikan asuhan gizi (pengisian form asuhan gizi) pada Triwulan II tahun 2022, 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

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