

**LAPORAN HASIL KEGIATAN
PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
TRIWULAN III
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN LOMBOK UTARA**



**KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN LOMBOK UTARA
2022**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat Nya Laporan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit RSUD Kabupaten Lombok Utara dapat diselesaikan sesuai dengan kebutuhan dan harapan kita semua.

Dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan Rumah Sakit maka fungsi pelayanan RSUD Kabupaten Lombok Utara secara bertahap perlu terus ditingkatkan agar menjadi lebih efektif dan efisien serta memberi kepuasan kepada pasien, keluarga maupun masyarakat dengan meningkatkan mutu pelayanan di semua unit kerja terkait.

Dalam rangka pelaksanaan peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di RSUD Kabupaten Lombok Utara diperlukan penyusunan program untuk memperbaiki proses pelayanan terhadap pasien secara terpadu serta meningkatkan pelayanan kesehatan yang komprehensif sehingga semua kebutuhan pelayanan tercapai bagi masyarakat umum.

Kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggitingginya kepada Tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) RSUD Kabupaten Lombok Utara dan pihak pihak terkait yang telah membantu dalam penyusunan laporan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dapat diselesaikan dengan baik. Disamping itu kami harapkan dengan adanya laporan evaluasi ini pelayanan kepada masyarakat khususnya pasien dapat dilaksanakan sesuai standar yang telah ditetapkan.

Penyusun

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sesuai dengan misi RSUD Kabupaten Lombok Utara untuk dapat memberikan pelayanan bermutu dengan mengutamakan keselamatan pasien, untuk itu RSUD Kabupaten Lombok Utara melakukan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang sesuai dengan standar akreditasi Kementerian kesehatan, Kegiatan ini dilakukan di setiap unit kerja/instalasi terkait untuk mengukur kinerja pelayanan rumah sakit dan sebagai manajemen kontrol untuk mendukung pengambilan keputusan.

Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien RSUD Kabupaten Lombok Utara tahun 2022-2023, menetapkan indikator rumah sakit yang sesuai dengan standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien dari Kementerian Kesehatan. Berdasarkan standar PMKP 3, dapat diklarifikasikannya indikator rumah sakit sebagai berikut : 13 Indikator Mutu Nasional, 10 Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit dan 19 Indikator Mutu Prioritas Unit. Selain pemantauan yang dilakukan oleh instalasi/Unit kerja masing-masing, pemantauan juga dilakukan melalui program validasi data. Validasi data merupakan alat penting untuk memahami mutu dari data mutu dan untuk mencapai tingkat dimana data tersebut cukup meyakinkan bagi para pembuat keputusan. Laporan PMKP ini dibuat untuk mengevaluasi perkembangan hasil pemantauan indikator mutu yang diambil oleh instalasi/unit RSUD Kabupaten Lombok Utara.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Diketuinya mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien di RSUD Kabupaten Lombok Utara Triwulan III Tahun 2022

2. Tujuan Khusus

- a. Dievaluasinya peningkatan mutu Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Lombok Utara melalui pemantauan indikator mutu dan keselamatan pasien yang telah ditetapkan berdasarkan standar PMKP pada tahun 2022-2023 di tiap - tiap unit dan instalasi terkait.

- b. Dievaluasinya program keselamatan pasien dengan pemantauan insiden keselamatan pasien rumah sakit (IKPRS)
- c. Dievaluasinya pelaksanaan program mutu spesifik lain yang dilakukan oleh tim/komite/unit terkait dengan peningkatan mutu dan keselamatan pasien sebagai berikut:
 - 1) Program manajemen resiko di tim manajemen resiko
 - 2) Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) di unit kerja
 - 3) Pengembangan manajemen klinik (PMK) di bidang keperawatan
 - 4) Morning report di komite medik
 - 5) Pelaksanaan kerja sama dan perjanjian lainnya di tim pelaksana kerja sama
 - 6) Penilaian kinerja yang dilaksanakan di tim penilaian kinerja
- d. Didapatkan rekomendasi dari direktur rumah sakit dan dewan pengawas mengenai pelaksanaan program mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit Bhayangkara Mataram.

BAB II

KEGIATAN PENGUKURAN INDIKATOR MUTU TRIWULAN III TAHUN 2022

Kegiatan Pokok dan Rincian Kegiatan

A. Pengukuran Indikator Mutu

Kegiatan pengukuran indikator mutu dan keselamatan pasien periode Triwulan III Tahun 2022 di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Lombok Utara. Adapun indikator yang diukur adalah sebagai berikut:

1. Indikator Nasional Mutu (INM)
 - a. Kepatuhan kebersihan tangan
 - b. Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD)
 - c. Kepatuhan identifikasi pasien
 - d. Waktu tanggap seksio sesaria emergensi
 - e. Waktu tunggu rawat jalan
 - f. Penundaan operasi elektif
 - g. Kepatuhan waktu visite dokter
 - h. Pelaporan hasil kritis laboratorium
 - i. Kepatuhan penggunaan formularium nasional
 - j. Kepatuhan terhadap clinical pathway
 - k. Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh
 - l. Kecepatan waktu tanggap komplain
 - m. Kepuasan pasien
2. Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit
 - a. Kepatuhan Pemakaian Gelang Identitas Pasien Obgyn di Rawat Inap
 - b. Kepatuhan pelaksanaan dokumentasi SBAR pada rekam medis catatan terintegrasi pasien Obgyn
 - c. Kejadian obat high alert yang tidak diberi Stiker pada ruang perawatan pasien Obgyn
 - d. Kepatuhan Penerapan Keselamatan Operasi pasien Obgyn
 - e. Kepatuhan Kebersihan Tangan Diruang Perawatan Pasien Obgyn
 - f. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh diruang Perawatan Pasien Obgyn
 - g. Waktu Tunggu Pasien Operasi Elektif kasus SC

- h. Kejadian kematian ibu karena persalinan (Perdarahan, Pre-eklamsi/eklamsi, sepsis)
- i. Kejadian potensial infeksi daerah operasi pada pasien post SC
- j. Kejadian tertusuk benda medis tajam pada PPA yang mengani pasien Obgyn

3. Indikator Mutu Unit

- a. Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit
- b. Kelengkapan Pengisian Assesmen Awal Rawat Inap
- c. Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium pemeriksaan darah rutin pasien rawat jalan
- d. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto untuk pasien rawat jalan
- e. Kejadian tertinggal benda asing pada pasien operasi
- f. Waktu tunggu pelayanan obat jadi rawat jalan
- g. Tidak terpakainya produk darah yang sudah diorder
- h. Kelengkapan pengisian Rekam Medik 24 jam sejak selesai pelayanan rawat inap
- i. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr
- j. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
- k. Ketidak patuhan pasien tentang jadwal Hemodialisa
- l. Ketepatan Waktu Buka Pelayanan Rawat Jalan
- m. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
- n. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat
- o. Ketepatan pemrosesan sterilisasi alat dan bahan medis
- p. Tidak adanya kejadian linen yang hilang
- q. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
- r. Prosentase staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 Jam/orang per tahun
- s. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

B. Meningkatkan perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan berkelanjutan

C. Mengurangi varian dalam praktek klinis dengan:

- 1. Menerapkan PPK/Algoritme/Protokol
- 2. Melakukan pengukuran dengan clinical pathway.

- D. Mengukur dampak efisiensi dan efektivitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya.
- E. Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien.
- F. Penerapan sasaran keselamatan pasien.
- G. Evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen.
- H. Pelatihan semua staf sesuai perannya dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Cara Melakukan Kegiatan

1. Membentuk tim/kelompok kecil untuk pelaksanaan program supaya lebih efektif dan memudahkan koordinasi.
2. Melakukan rapat rutin maupun incidental, sebelum dan sesudah kegiatan.
3. Melaksanakan kegiatan sesuai jadwal. Apabila ada kegiatan yang dilaksanakan tidak sesuai jadwal maka harus di komunikasikan antara Komite Mutu dengan unit terkait.
4. Melakukan audit baik di tingkat unit maupun Komite Mutu, apabila ada hal-hal yang penting yang harus ditindaklanjuti dan dapat melibatkan Karumkit, jajaran pejabat Rumkit maupun unit lain yang terkait

Jadwal Kegiatan

1. Melakukan pelaporan hasil pemantauan indikator mutu oleh masing-masing bagian/unit dilakukan setiap bulan, menyusun program perbaikan mutu dengan teknik PDSA oleh penanggungjawab pengumpul data indikator mutu rumah sakit dilaporkan pada saat rapat triwulan.
2. Melakukan pemantauan indikator mutu serta valid data yang dilaksanakan berkesinambungan
3. Melakukan tabulasi terhadap data hasil pemantauan indikator mutu (dilaksanakan tiap bulan)
4. Melakukan penyampaian hasil pemantauan indikator mutu dan valid data mutu setiap 3 bulan
5. Menyusun laporan hasil pemantauan indikator mutu dan keselamatan pasien rumah sakit setiap 3 bulan

I. Pencatatan dan Pelaporan

1. Pencatatan harian dilakukan oleh petugas pengumpul data, kemudian dilakukan rekapitulasi dan analisa oleh Penanggungjawab pengumpul data. Hasil analisa tersebut kemudian dilaporkan ke Komite Mutu.
2. Data hasil pemantauan ditulis pada form pemantauan indikator mutu terintegrasi dan terkumpul di Komite Mutu dengan dilengkapi laporan tindak lanjut program dengan teknik PDCA untuk indikator yang belum sesuai dengan standar yang ditetapkan/setiap ditemukan suatu permasalahan di setiap unit kerja dan ditembuskan ke Komite Mutu setiap bulan selambat-lambatnya minggu pertama bulan berikutnya.
3. Hasil pengolahan dan analisa data di tuangkan dalam laporan tertulis kemudian akan dilaporkan kepada direktur setiap 3 bulan sekali dalam rapat evaluasi triwulan.

BAB III HASIL KEGIATAN

A. Pengukuran Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien

1. Indikator Nasional Mutu (INM)

1) Kepatuhan kebersihan tangan

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	$\geq 85 \%$	80.00%
2	Agustus	$\geq 85 \%$	80.00%
3	September	$\geq 85 \%$	80.00%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Kepatuhan kebersihan tangan	$\geq 85 \%$	80.00%

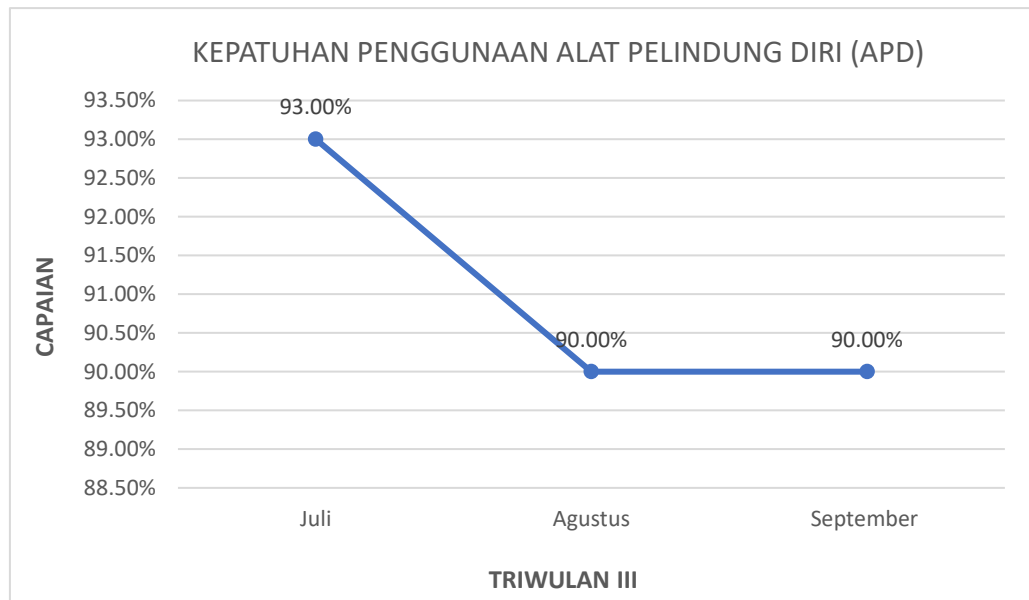
Analisa : Berdasarkan pemantauan capaian pengukuran mutu pada kepatuhan kebersihan tangan pada Triwulan III ditahun 2022 yaitu sebesar 80.00%, angka tersebut masih dibawah standar capaian nasional yaitu $\geq 85 \%$

RTL : Perlu ditingkatkan sosialisasi pada segenap petugas medis dalam melakukan setiap tindakan pelayanan, sehingga tercapai kepatuhan dalam kebersihan tangan.

Standar : $\geq 85 \%$

2) Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD)

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	100 %	93.00%
2	Agustus	100 %	90.00%
3	September	100 %	90.00%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD)	100 %	91.00%

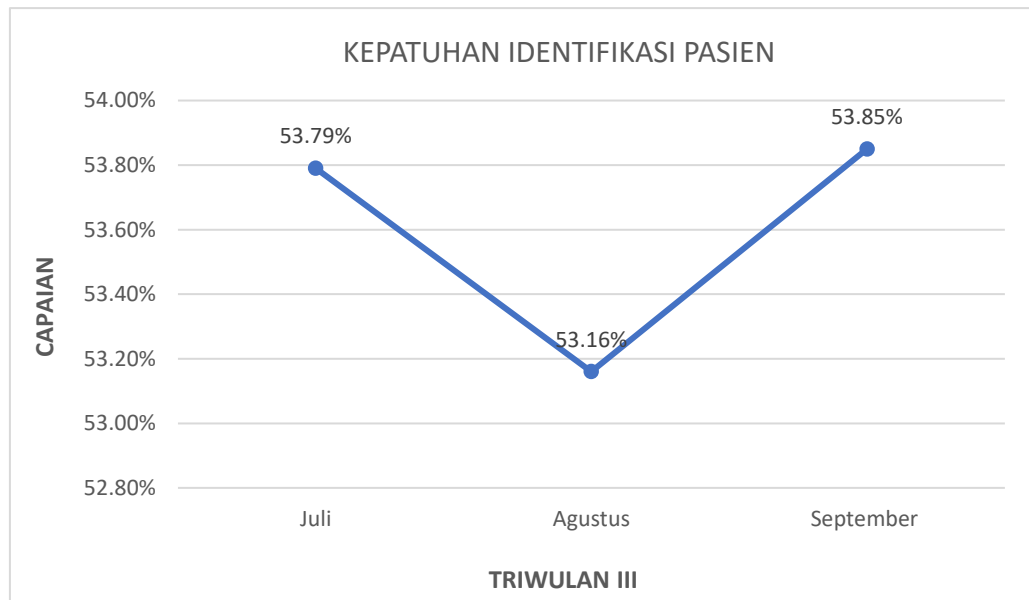
Analisa : Berdasarkan pemantauan capaian pengukuran mutu pada kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD) pada Triwulan III ditahun 2022 yaitu sebesar 91.00%, angka tersebut dibawah standar capaian nasional yaitu 100 %

RTL : Perlu ditingkatkan sosialisasi pada segenap petugas medis dalam melakukan setiap tindakan pelayanan, sehingga tercapai kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD).

Standar : 100 %

3) Kepatuhan identifikasi pasien

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	100 %	53.79%
2	Agustus	100 %	53.16%
3	September	100 %	53.85%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Kepatuhan identifikasi pasien	100 %	53.60%

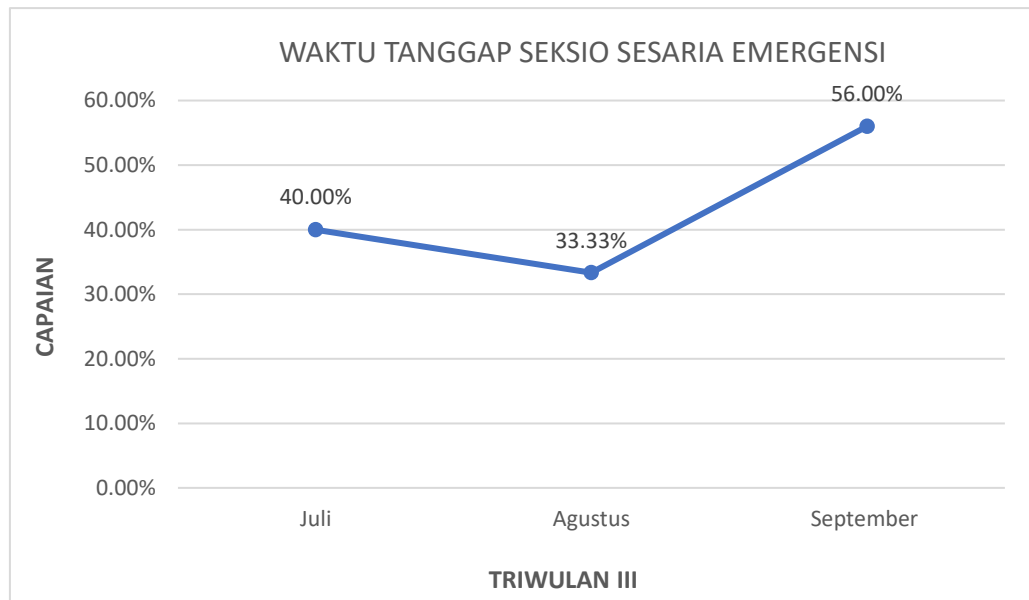
Analisa : Berdasarkan pemantauan capaian pengukuran mutu pada kepatuhan identifikasi pasien pada Triwulan III ditahun 2022 yaitu sebesar 53.60%, angka tersebut masih dibawah standar capaian nasional yaitu 100 %

RTL : Perlu ditingkatkan sosialisasi pada segenap petugas dalam melakukan setiap tindakan pelayanan, sehingga tercapai kepatuhan identifikasi pasien.

Standar : 100 %

4) Waktu tanggap seksio sesaria emergensi

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	$\geq 80 \%$	40.00%
2	Agustus	$\geq 80 \%$	33.33%
3	September	$\geq 80 \%$	56.00%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Waktu tanggap seksio sesaria emergensi	$\geq 80 \%$	43.11%

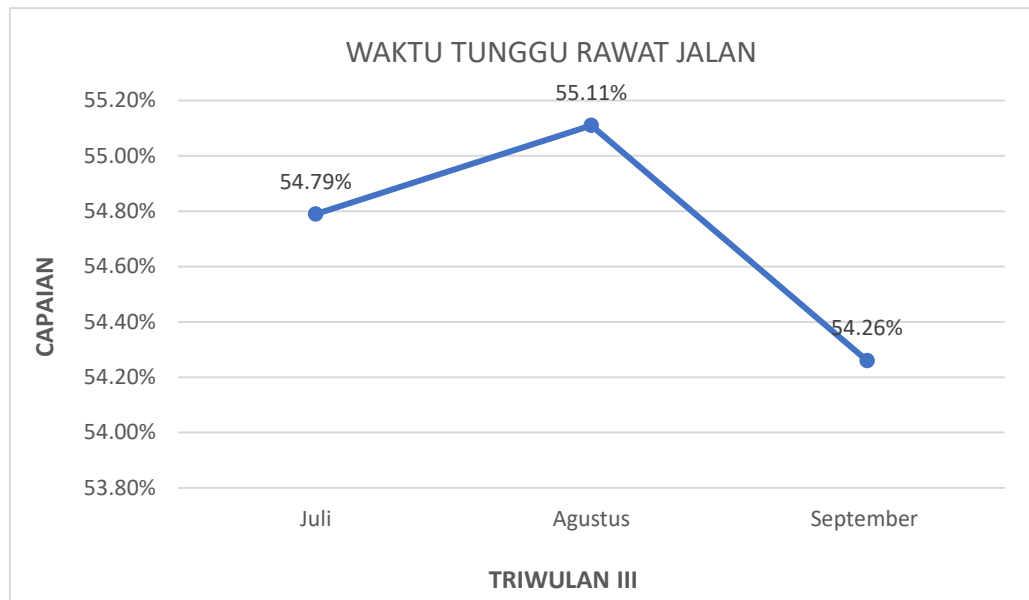
Analisa : Berdasarkan pemantauan capaian pengukuran mutu pada waktu tanggap seksio sesaria emergency pada Triwulan III ditahun 2022 yaitu sebesar 43.11%, angka tersebut masih jauh dibawah standar capaian nasional yaitu $\geq 80 \%$, sehingga capaian pada Triwulan III belum mencapai target yang ditentukan.

RTL : Perlu ditingkatkan koordinasi dan komunikasi antar bagian atau unit dalam memberikan pelayanan kasus seksio sesaria, sehingga tercapai waktu tanggap seksio sesaria emergency semakin meningkat sesuai standar yang ditetapkan.

Standar : $\geq 80 \%$

5) Waktu tunggu rawat jalan

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	$\geq 80 \%$	54.79%
2	Agustus	$\geq 80 \%$	55.11%
3	September	$\geq 80 \%$	54.26%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Waktu tunggu rawat jalan	$\geq 80 \%$	54.72%

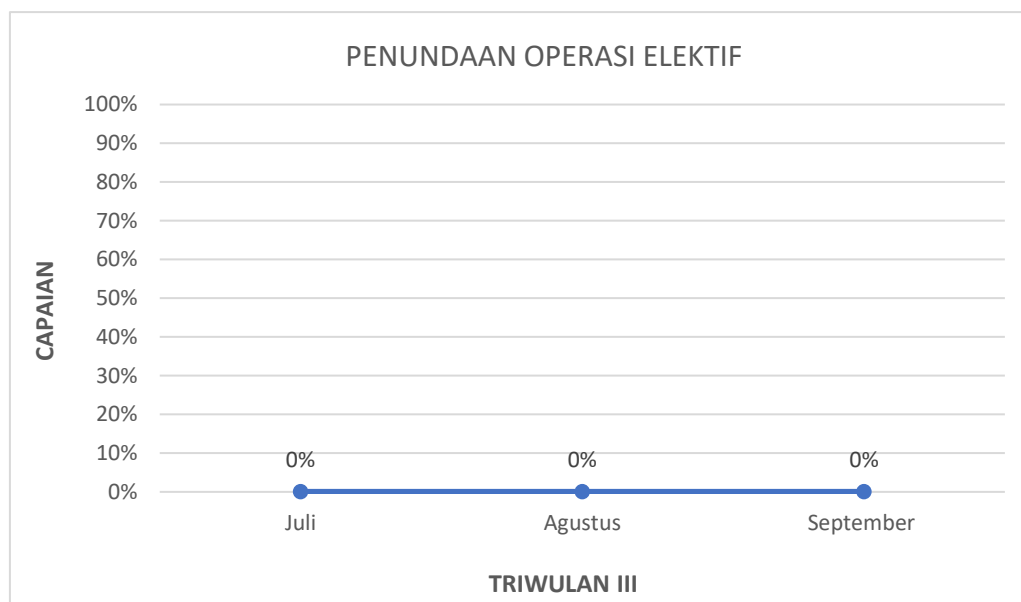
Analisa : Berdasarkan pemantauan capaian pengukuran mutu pada waktu tunggu rawat jalan pada Triwulan III ditahun 2022 didapatkan capaian 54.72%, angka tersebut masih dibawah standar capaian nasional yaitu $\geq 80 \%$

RTL : Perlu ditingkatkan koordinasi dan komunikasi antar bagian atau unit dalam memberikan pelayanan pasien dirawat jalan, sehingga tercapai waktu pelayanan pasien <60 menit untuk mendapatkan pelayanan pemeriksaan dokter DPJP

Standar : $\geq 80 \%$

6) Penundaan operasi elektif

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	$\leq 5 \%$	0%
2	Agustus	$\leq 5 \%$	0%
3	September	$\leq 5 \%$	0%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Penundaan operasi elektif	$\leq 5 \%$	0%

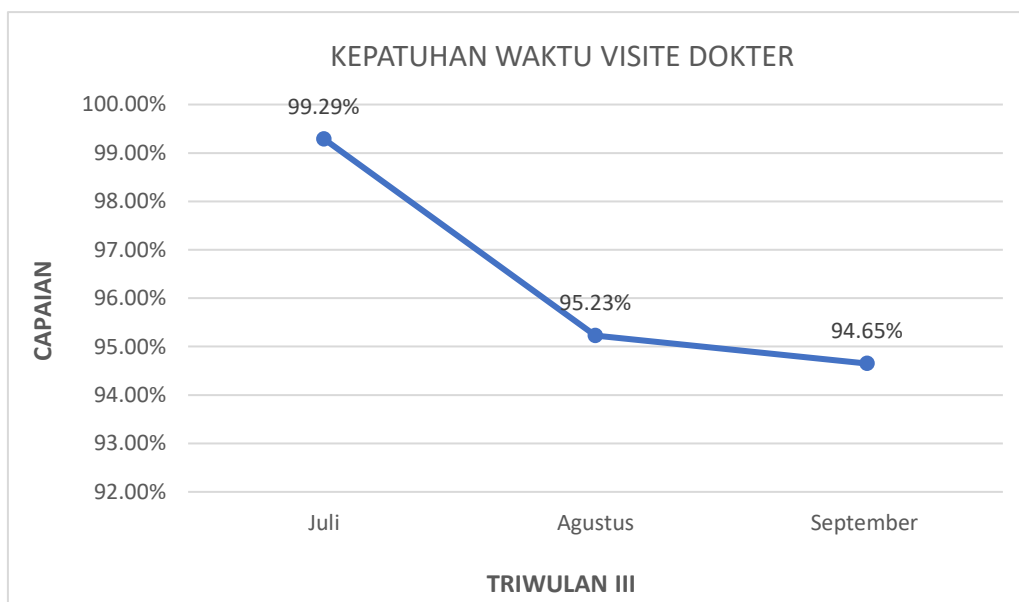
Analisa : Berdasarkan pemantauan capaian pengukuran mutu pada penundaan operasi elektif pada Triwulan III ditahun 2022 yaitu sebesar 0 %, angka tersebut sesuai standar capaian nasional yaitu $\leq 5 \%$. Angka tersebut menunjukan bahwa pada periode Triwulan III tidak ada kasus penundaan Operasi elektif yang lebih dari 2 hari.

RTL : Perlu dipertahankan dan ditingkatkan koordinasi dan komunikasi antar bagian staf medis maupun antar unit dalam memberikan kepastian jadwal operasi pasien, sehingga tidak memberikan jadwal lebih dari 2 hari, dan bisa tercapai penundaan operasi elektif kurang dari 2 hari

Standar : $\leq 5 \%$

7) Kepatuhan waktu visite dokter

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	≥ 80 %	99.29%
2	Agustus	≥ 80 %	95.23%
3	September	≥ 80 %	94.65%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Kepatuhan waktu visite dokter	≥ 80 %	96.39%

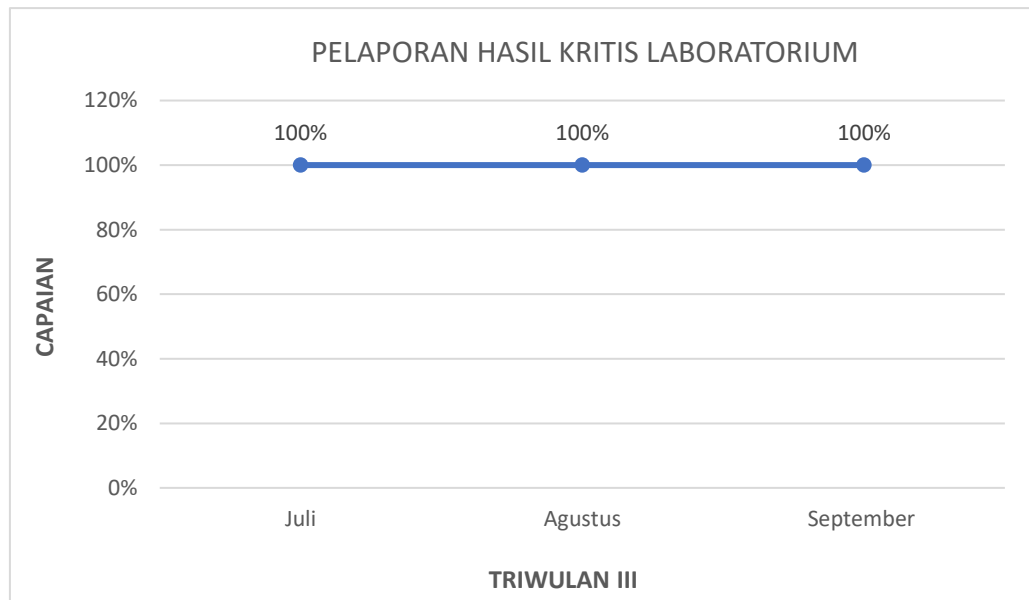
Analisa : Berdasarkan pemantauan capaian pengukuran mutu pada kepatuhan waktu visite dokter penanggung jawab pelayanan pada Triwulan III ditahun 2022 yaitu sebesar 96.39%, angka tersebut masih diatas standar capaian nasional.

RTL : Perlu dipertahankan dan ditingkatkan komunikasi dan koordinasi dengan DPJP dalam memberikan layanan visite tepat waktu, sehingga tercapai kepatuhan waktu visite dokter penanggung jawab pelayanan.

Standar : ≥ 80 %

8) Pelaporan hasil kritis laboratorium

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	100 %	100 %
2	Agustus	100 %	100 %
3	September	100 %	100 %



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Pelaporan hasil kritis laboratorium	100 %	100 %

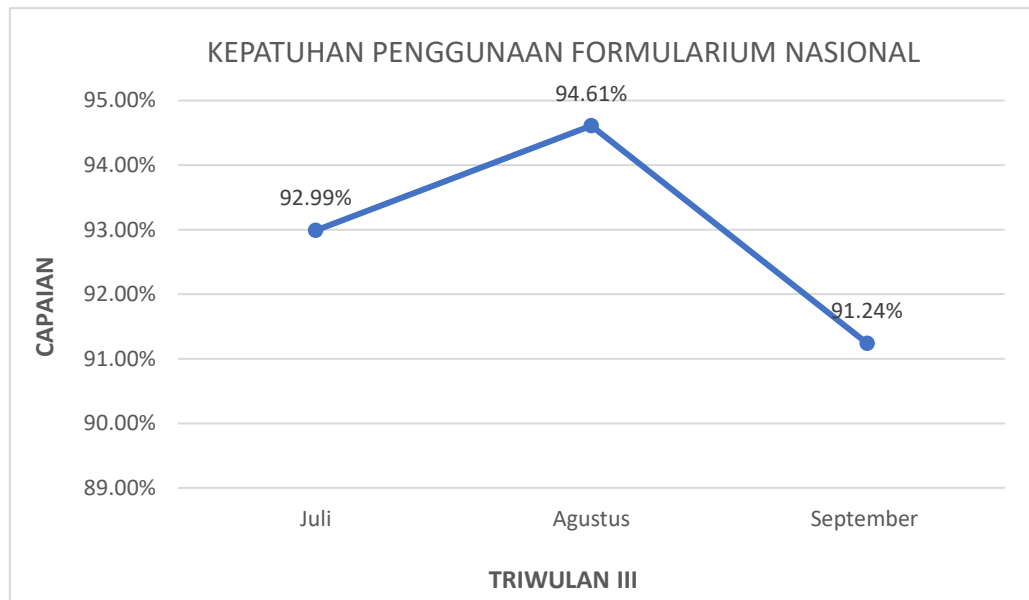
Analisa : Berdasarkan pemantauan capaian pengukuran mutu pada pelaporan hasil kritis laboratorium pada Triwulan III ditahun 2022 yaitu sebesar 100%, angka tersebut sudah mencapai standar capaian nasional

RTL : Perlu ditingkatkan pengawasan dan pencatatan dalam penanganan hasil lab kritis untuk dengan segera dilaporkan, sehingga tercapai pelaporan hasil kritis laboratorium yang sesuai standar

Standar : 100 %

9) Kepatuhan penggunaan formularium nasional

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	$\geq 80 \%$	92.99%
2	Agustus	$\geq 80 \%$	94.61%
3	September	$\geq 80 \%$	91.24%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Kepatuhan penggunaan formularium nasional	$\geq 80 \%$	92.95%

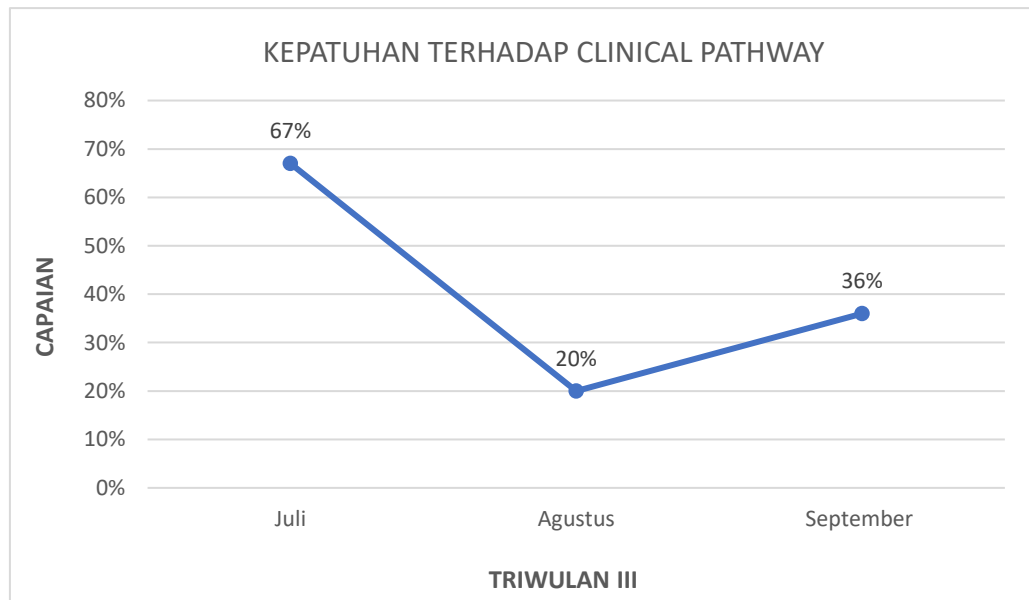
Analisa : Berdasarkan pemantauan capaian pengukuran mutu pada kepatuhan penggunaan formularium nasional pada Triwulan III ditahun 2022 yaitu sebesar 92.95%, angka tersebut masih diatas standar capaian nasional.

RTL : Perlu dipertahankan dan ditingkatkan sosialisasi dan pengawasan serta pendampingan kepada DPJP sehingga DPJP selalu berusaha mematuhi penggunaan Formularium Nasional untuk menjaga efisiensi dan tercapai kepatuhan penggunaan formularium nasional

Standar : $\geq 80 \%$

10)Kepatuhan terhadap clinical pathway

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	≥ 80 %	67%
2	Agustus	≥ 80 %	20%
3	September	≥ 80 %	36%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Kepatuhan terhadap clinical pathway	≥ 80 %	41%

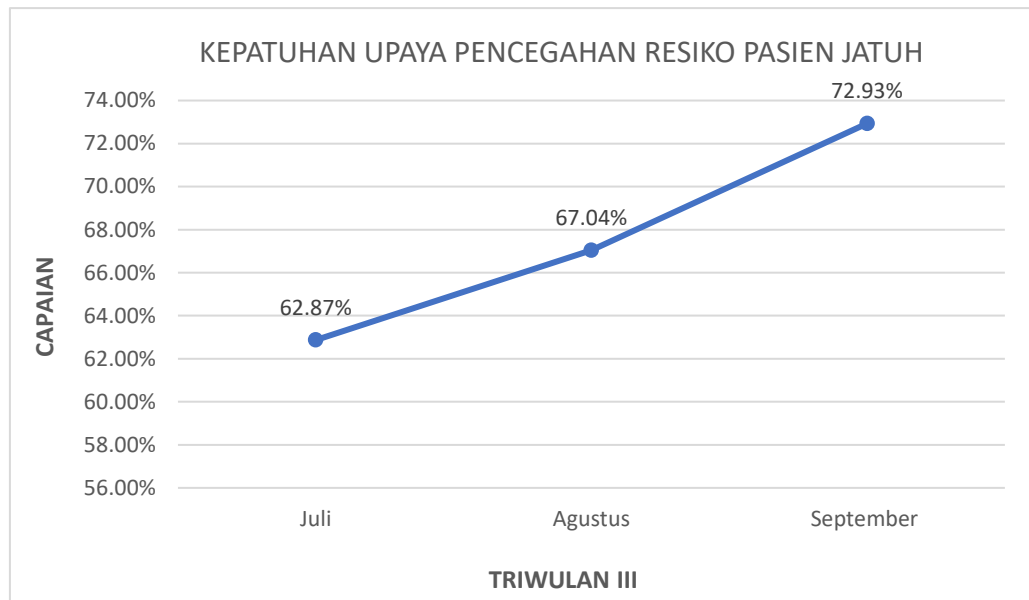
Analisa : Berdasarkan pemantauan capaian pengukuran mutu pada kepatuhan Kepatuhan terhadap clinical pathway pada Triwulan III ditahun 2022 yaitu sebesar 41%, angka tersebut masih dibawah standar capaian nasional

RTL : • Melaksanakan sosialisasi CP, tatacara penggunaannya sebagai panduan dan tatacara evaluasi kepatuhannya kepada PPA.
• Membuat aplikasi yang memudahkan PPA untuk mengakses CP berbagai kasus.
• Pembelajaran secara kontinu terkait CP

Standar : ≥ 80 %

11)Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	100 %	62.87%
2	Agustus	100 %	67.04%
3	September	100 %	72.93%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh	100 %	67.61%

Analisa : Berdasarkan pemantauan capaian pengukuran mutu pada kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh pada Triwulan III ditahun 2022 yaitu sebesar 67.61%, angka tersebut masih dibawah standar capaian nasional yaitu 100%

RTL : Perlu ditingkatkan sosialisasi, pengawasan pada segenap petugas rumah sakit dalam melakukan setiap tindakan pencegahan resiko pasien jatuh, sehingga tercapai kepatuhan dalam pencegahan resiko pasien jatuh.

Standar : 100 %

12)Kecepatan waktu tanggap komplain

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	$\geq 80 \%$	100%
2	Agustus	$\geq 80 \%$	100%
3	September	$\geq 80 \%$	100%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Kecepatan waktu tanggap komplain	$\geq 80 \%$	100%

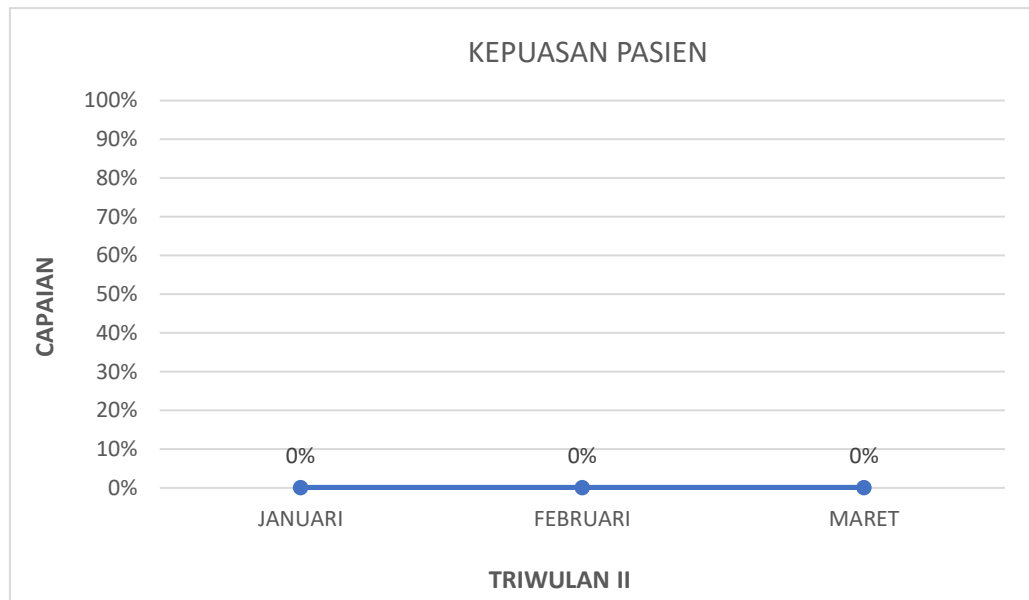
Analisa : Berdasarkan pemantauan capaian pengukuran mutu pada kecepatan waktu tanggap terhadap kompline pada Triwulan III ditahun 2022 yaitu sebesar 100 %, angka tersebut sesuai standar capaian nasional.

RTL : Perlu dipertahankan dan selalu memberikan respon yang cepat setiap ada komplain baik yang datang dari pasien, keluarga pasien maupun pengunjung rumah sakit, sehingga semua kompline dapat selalu direspon dengan cepat menghindari meluasnya komplain tersebut

Standar : $\geq 80 \%$

13)Kepuasan pasien

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	$\geq 76.61 \%$	
2	Agustus	$\geq 76.61 \%$	
3	September	$\geq 76.61 \%$	



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Kepuasan pasien	$\geq 76.61 \%$	

Analisa : Tidak dilakukan pengukuran pasien pada periode Triwulan III. Pengukuran kepuasan pasien dilakukan sekali dalam setahun yaitu pada Triwulan IV

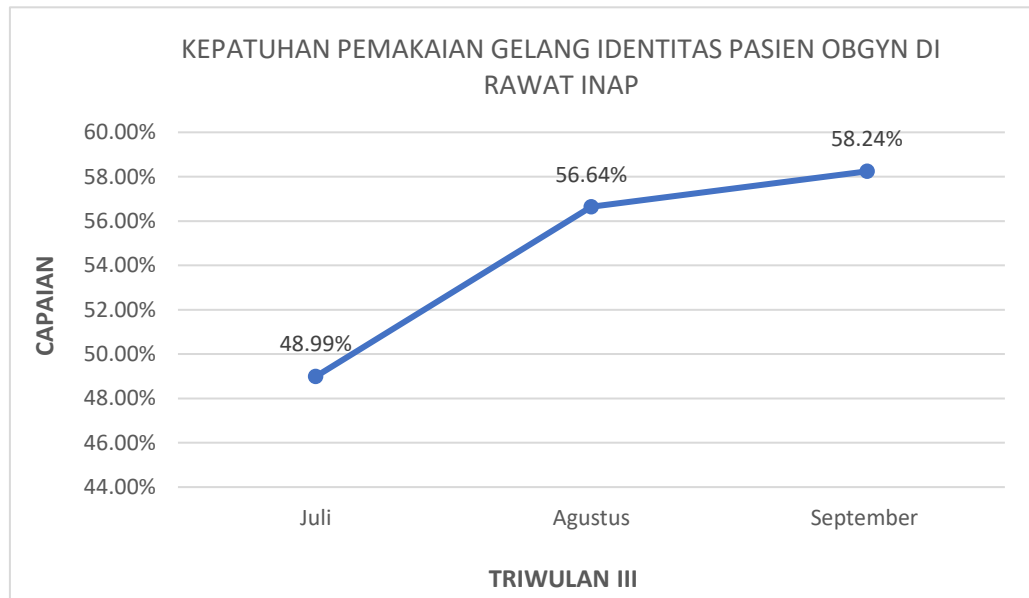
RTL : -

Standar : $\geq 76.61 \%$

2. Indikator Mutu PrioritSAas Rumah Sakit

1) Kepatuhan Pemakaian Gelang Identitas Pasien Obgyn di Rawat Inap

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	100 %	48.99%
2	Agustus	100 %	56.64%
3	September	100 %	58.24%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Kepatuhan Pemakaian Gelang Identitas Pasien Obgyn di Rawat Inap	100 %	54.62%

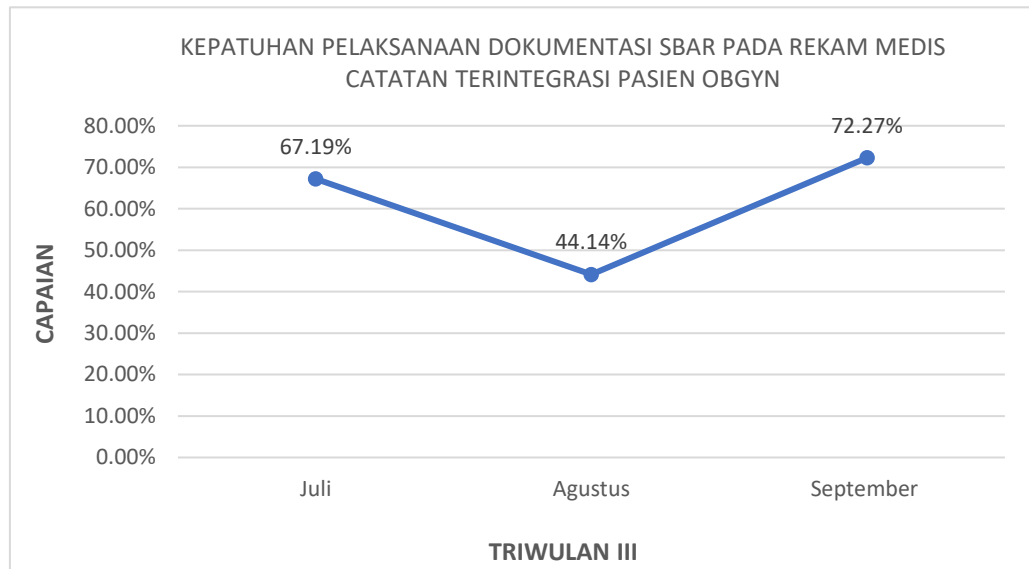
Analisa : Berdasarkan pemantauan capaian pengukuran mutu pada observasi terhadap kepatuhan pemakaian gelang identitas pasien Obgyn yang di rawat inap di Triwulan III ditahun 2022 yaitu sebesar 54.62%, terdapat peningkatan capaian pada bulan ketiga, namun angka tersebut masih dibawah standar capaian nasional yaitu 100%

RTL : Perlu ditingkatkan sosialisai dan supervisi kepada pihak terkait, sehingga tidak ditemukan pasien yang tidak menggunakan gelang identitas, serta harus dicek kembali sebelum melakukan serah terima pasien.

Standar : 100 %

2) Kepatuhan pelaksanaan dokumentasi SBAR pada rekam medis catatan terintegrasi pasien Obgyn

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	100 %	67.19%
2	Agustus	100 %	44.14%
3	September	100 %	72.27%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Kepatuhan pelaksanaan dokumentasi SBAR pada rekam medis catatan terintegrasi pasien Obgyn	100 %	61.20%

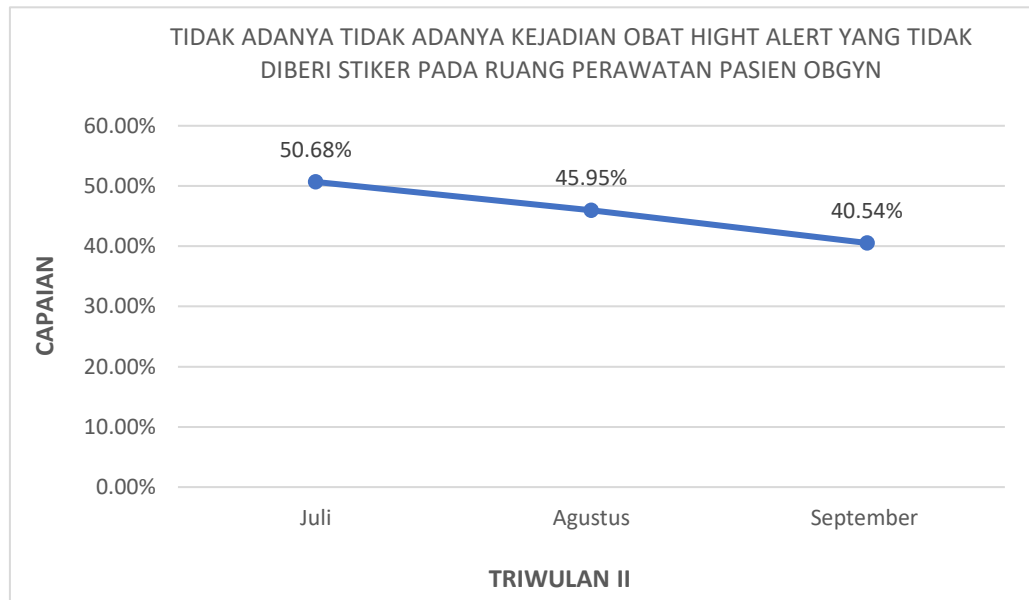
Analisa : Berdasarkan hasil pengukuran pada indikator kepatuhan pelaksanaan dokumentasi SBAR pada rekam medis catatan terintegrasi pasien Obgyn pada Triwulan III didapatkan rata-rata capaian sebesar 61.20%, angka tersebut masih dibawah standar capaian nasional yaitu 100%

RTL : Perlu ditingkatkan sosialisasi pada segenap petugas terhadap kepatuhan pelaksanaan dokumentasi SBAR pada rekam medis catatan terintegrasi pasien Obgyn setiap melakukan dokumentasi agar capaian sesuai dengan standar yang ditetapkan

Standar : 100 %

3) Kejadian obat high alert yang tidak diberi Stiker pada ruang perawatan pasien Obgyn

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	0%	50.68%
2	Agustus	0%	45.95%
3	September	0%	40.54%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Kejadian obat high alert yang tidak diberi Stiker pada ruang perawatan pasien Obgyn	0%	45.72%

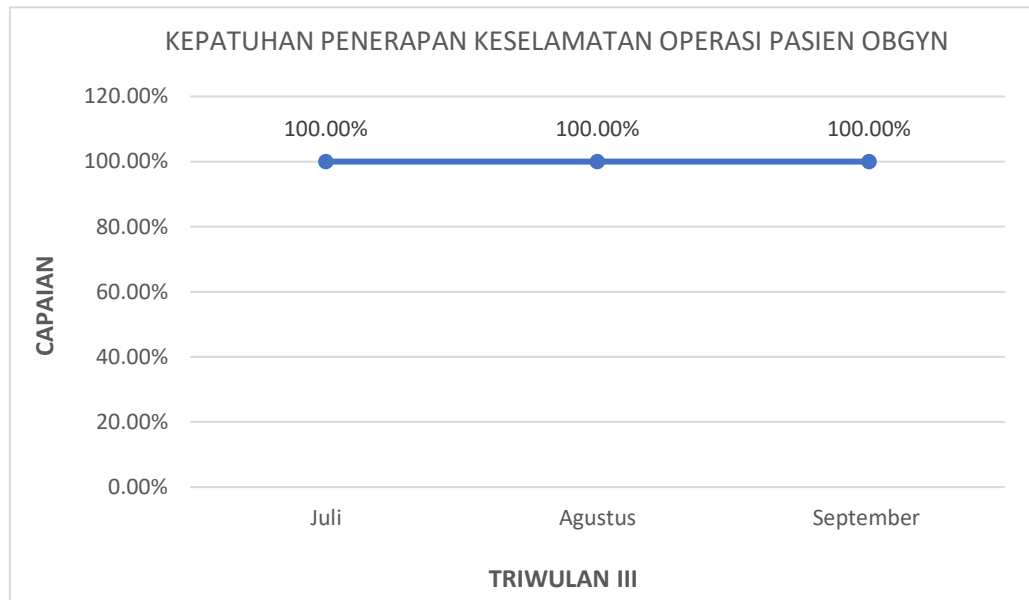
Analisa : Berdasarkan hasil pengukuran pada indikator kejadian obat high alert yang tidak diberi Stiker pada ruang perawatan pasien Obgyn pada Triwulan III didapatkan capaian yaitu 45.72%, angka ini menunjukkan masih banyak ditemukan obat High Alert yang tidak diberi stiker dan masih jauh dari standar yaitu 0%.

RTL : Perlu ditingkatkan sosialisasi dan pengawasan pada pihak terkait tentang penggunaan stiker pada obat Hight Alert sehingga Tidak adanya kejadian obat high alert yang tidak diberi Stiker pada ruang perawatan pasien Obgyn .

Standar : 0%

4) Kepatuhan Penerapan Keselamatan Operasi pasien Obgyn

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	100 %	100.00%
2	Agustus	100 %	100.00%
3	September	100 %	100.00%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Kepatuhan Penerapan Keselamatan Operasi pasien Obgyn	100 %	100 %

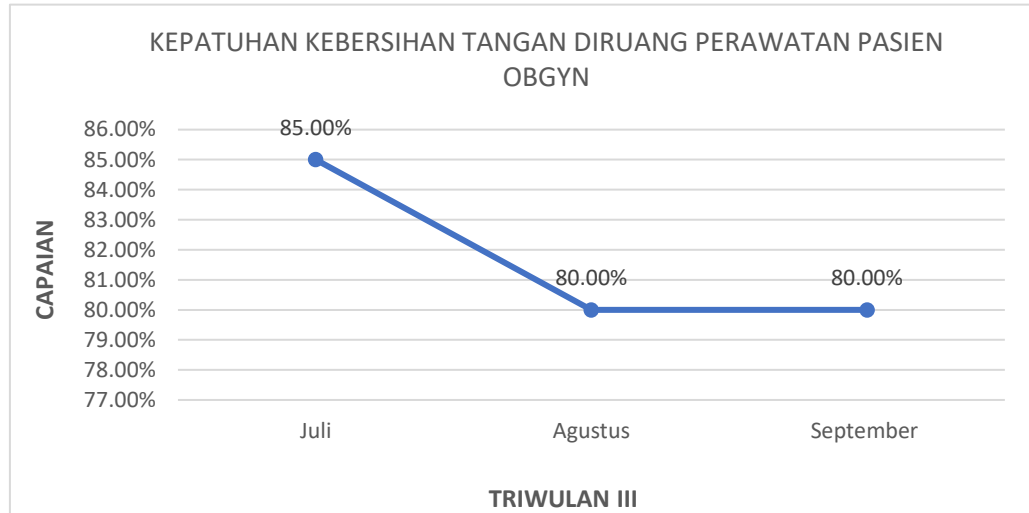
Analisa : Berdasarkan pemantauan capaian pengukuran mutu pada Kepatuhan Penerapan Keselamatan Operasi pasien Obgyn yang Akan Dilakukan Tindakan Operasi di Triwulan III ditahun 2022 menampilkan data yang bagus, yaitu 100%, angka ini sesuai standar yang ditetapkan

RTL : Perlu dipertahankan capaian mutu ini, selalu ingatkan kepada semua petugas terkait Penerapan Keselamatan Operasi pasien Obgyn sehingga Kepatuhan Penerapan Keselamatan Operasi pasien Obgyn dapat dilaksanakan sesuai dengan standar yang ditetapkan

Standar : $\geq 100\%$

5) Kepatuhan PPA dalam melaksanakan Kebersihan Tangan Diruang Perawatan Pasien Obgyn

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	$\geq 85\%$	85.00%
2	Agustus	$\geq 85\%$	80.00%
3	September	$\geq 85\%$	80.00%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Kepatuhan PPA dalam melaksanakan Kebersihan Tangan Diruang Perawatan Pasien Obgyn	$\geq 85\%$	81.67%

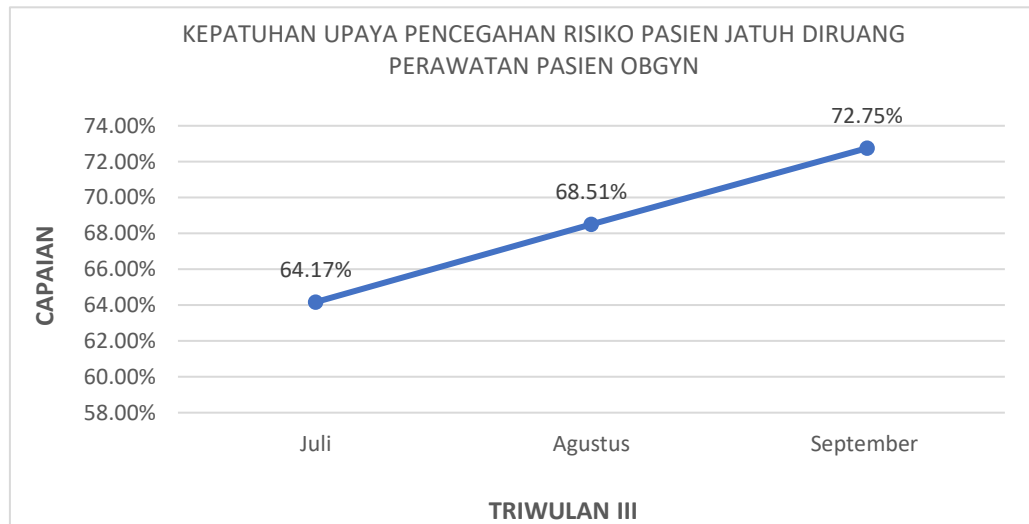
Analisa : Berdasarkan pemantauan capaian pengukuran mutu pada Survey Kepatuhan PPA dalam melaksanakan Kebersihan Tangan Diruang Perawatan Pasien Obgyn di Rumah Sakit di Triwulan III ditahun 2022 yaitu 81.67%, angka ini masih kurang dari standar yang ditetapkan

RTL : Perlu ditingkatkan sosialisasi pada segenap petugas dalam melakukan setiap tindakan pelayanan, sehingga capaian kepatuhan dalam kebersihan tangan semakin meningkat sesuai standar yang ditetapkan. Perlu dilakukan evaluasi capaian mutu ini, selalu saling mengingatkan, pasang poster poster tentang cuci tangan

Standar : $\geq 85\%$

6) Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh diruang Perawatan Pasien Obgyn

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	100 %	64.17%
2	Agustus	100 %	68.51%
3	September	100 %	72.75%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh diruang Perawatan Pasien Obgyn	100 %	68.48%

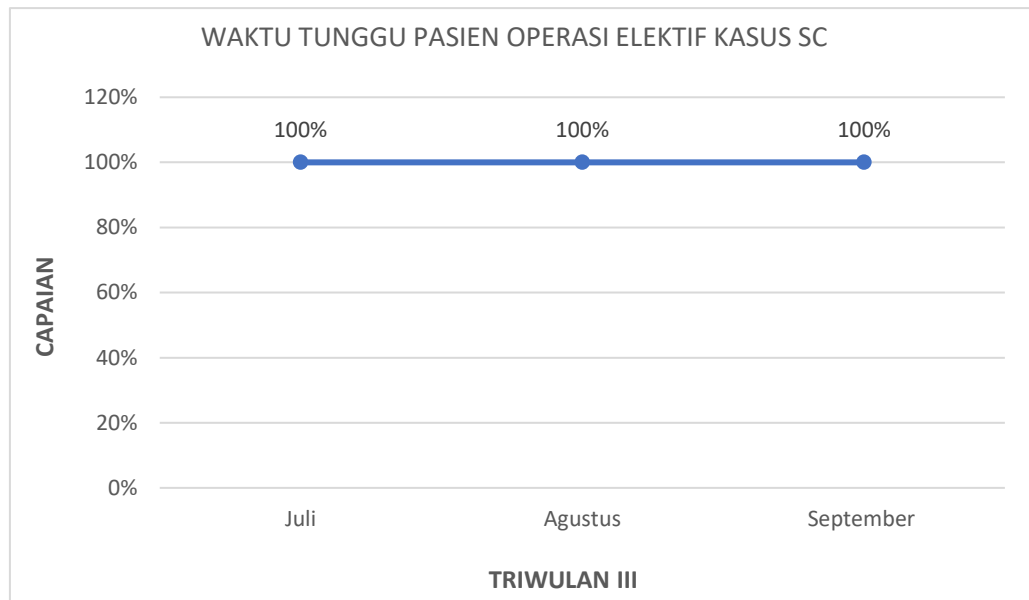
Analisa : Berdasarkan hasil pengukuran pada indikator Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh diruang Perawatan Pasien Obgyn pada Triwulan III didapatkan capaian sebesar 68.48%, angka ini masih kurang dari standar

RTL : 1) Selalu tingkatkan komunikasi dan pengawasan kepatuhan PPA untuk melakukan assesmen terhadap pasien Obgyn untuk mengetahui pasien memiliki resiko jatuh.
 2) Lakukan supervisi untuk mengecek kelengkapan lembar assesmen pasien resiko jatuh.
 3) Melakukan wawancara terhadap PPA mengenai pemahaman cara melakukan assesmen.

Standar : 100%

7) Waktu Tunggu Pasien Operasi Elektif kasus SC

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	100 %	100 %
2	Agustus	100 %	100 %
3	September	100 %	100 %



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Waktu Tunggu Pasien Operasi Elektif kasus SC	100 %	100 %

Analisa : Berdasarkan hasil pengukuran pada indikator Waktu Tunggu Pasien Operasi Elektif kasus SC rata-rata capaian 100% pada setiap bulan periode Triwulan III, angka tersebut sesuai standar capaian yang ditetapkan Rumah Sakit

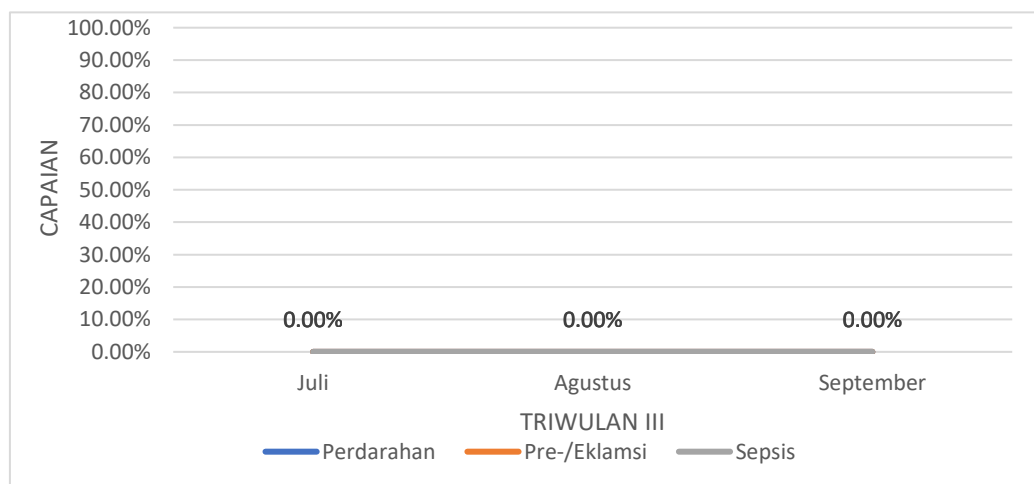
RTL :

- selalu tingkatkan komunikasi dan koordinasi antar unit kerja, sehingga pelayanan pasien dapat memberikan kepastian waktu layanan.
- Lakukan supervisi untuk mengecek rekam medis pasien kasus operasi elektif SC apakah selalu dibuat kapan dokter menginstruksikan untuk operasi dan kapan dilakukan operasi

Standar : 100%

- 8) Kejadian kematian ibu karena persalinan (Perdarahan, Pre-eklamsi/eklamsi, sepsis)

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	Perdarahan ≤ 1 %	0.00%
		Pre-eklampsia $\leq 30\%$	0.00%
		Sepsis $\leq 0,2$ %	0.00%
2	Agustus	Perdarahan ≤ 1 %	0.00%
		Pre-eklampsia $\leq 30\%$	0.00%
		Sepsis $\leq 0,2$ %	0.00%
3	Septemb er	Perdarahan ≤ 1 %	0.00%
		Pre-eklampsia $\leq 30\%$	0.00%
		Sepsis $\leq 0,2$ %	0.00%

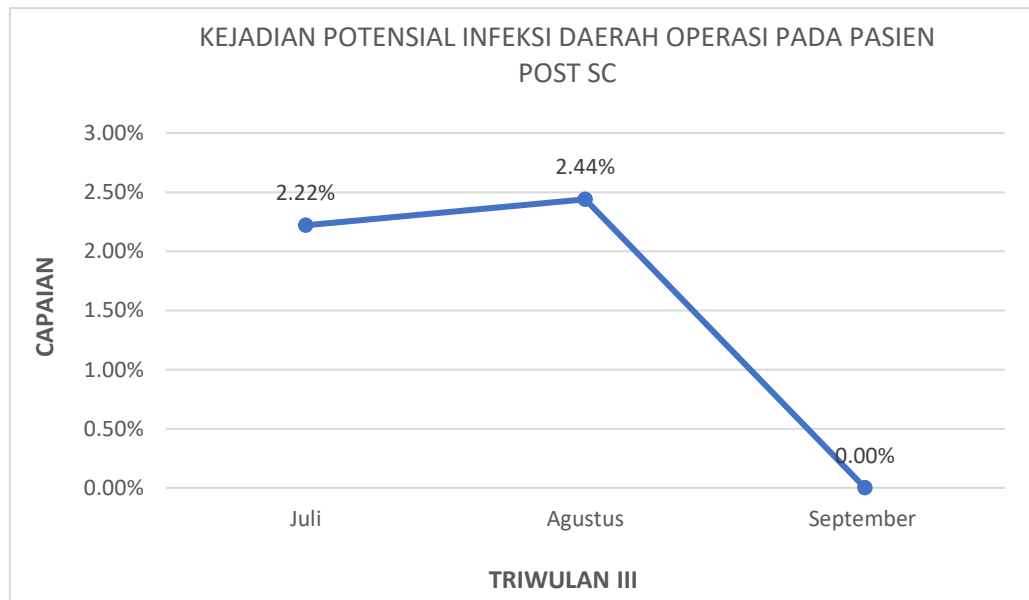


INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Kejadian kematian ibu karena persalinan (Perdarahan, Pre-eklamsi/eklamsi, sepsis)	- Perdarahan ≤ 1 % - Pre-eklampsia ≤ 30 % - Sepsis $\leq 0,2$ %	- Perdarahan= 0% - Pre-eklampsia= 0 % - Sepsis $\leq 0,2$ %= 0%

- Analisa : Berdasarkan hasil pengukuran pada indikator Kejadian kematian ibu karena persalinan periode Triwulan III didapatkan data untuk kasus kematian akibat perdarahan adalah 0%, Pre-eklampsia/Eklamsia adalah 0%, dan Kematian akibat sepsis 0%, angka tersebut sudah sesuai standar yang ditetapkan
- RTL : Perlu ditingkatkan pelayanan oleh semua pihak yang terkait agar Kejadian kematian ibu karena persalinan tidak terjadi sesuai dengan tujuan strategis Rumah Sakit.
- Standar :
 - Perdarahan ≤ 1 %
 - Pre-eklampsia ≤ 30 %
 - Sepsis $\leq 0,2$ %

9) Kejadian potensial infeksi daerah operasi pada pasien post SC

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	$\leq 2 \%$	2.22%
2	Agustus	$\leq 2 \%$	2.44%
3	September	$\leq 2 \%$	0.00%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Kejadian potensial infeksi daerah operasi pada pasien post SC	$\leq 2 \%$	1.55%

Analisa : Berdasarkan hasil pengukuran Triwulan III pada indikator Kejadian potensial infeksi daerah operasi pada pasien post SC yaitu sebanyak 1.55%, angka tersebut sesuai dengan standar yang ditetapkan yaitu $\leq 2 \%$

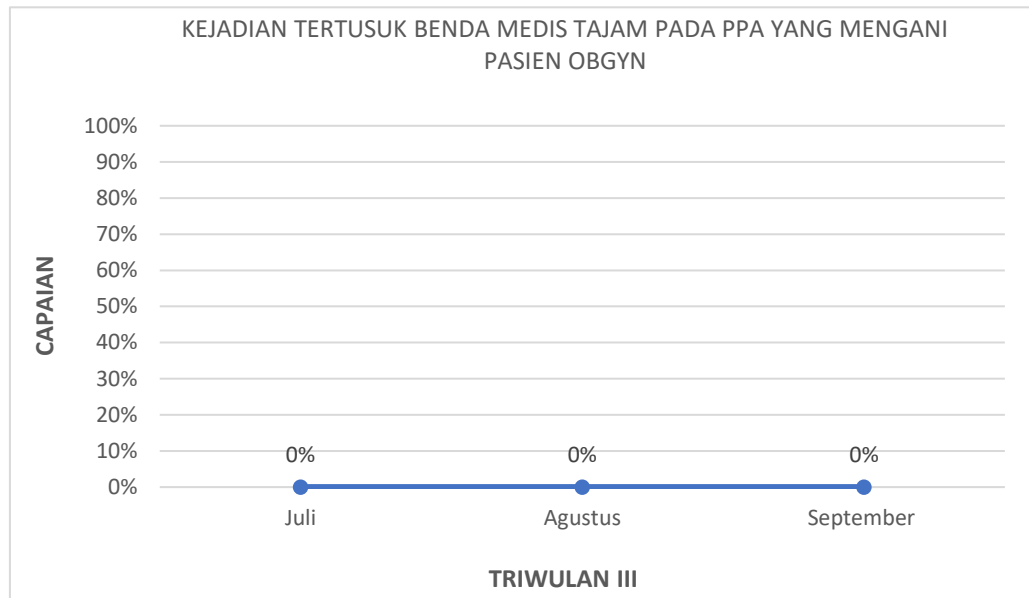
RTL : • Selalu monitor terus pasien-pasien post operasi yang memiliki potensi infeksi

• Lakukan supervisi menanyakan apakah ada pasien post SC dan apakah upaya-upaya yang dilakukan untuk mencegah infeksi.

Standar : $\leq 2 \%$

10) Kejadian tertusuk benda medis tajam pada PPA yang mengani pasien Obgyn

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	0 %	0 %
2	Agustus	0 %	0 %
3	September	0 %	0 %



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Kejadian tertusuk benda medis tajam pada PPA yang mengani pasien Obgyn	0 %	0%

Analisa : Berdasarkan hasil pengukuran pada indikator Kejadian tertusuk benda medis tajam pada PPA yang mengani pasien Obgyn pada Triwulan III yaitu sebesar 0%, angka tersebut sesuai standar yang ditetapkan

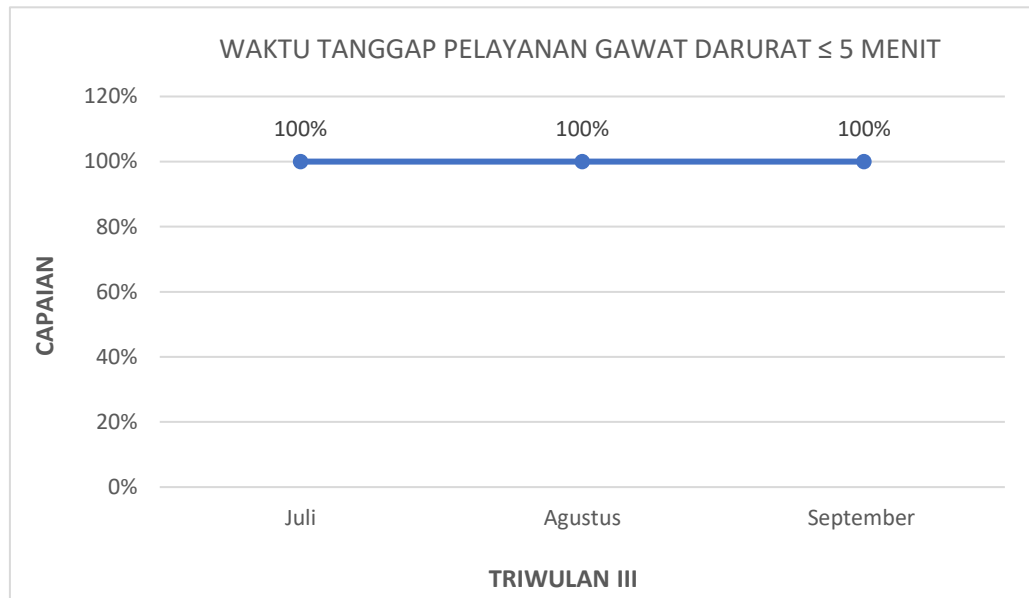
RTL : Perlu ditingkatkan sosialisasi pada segenap petugas agar selalu waspada dan hatai-hati dalam melakukan setiap tindakan pelayanan sehingga Kejadian tertusuk benda medis tajam pada PPA tidak terjadi.

Standar : 0 %

3. Indikator Mutu Unit

1) Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	100 %	100 %
2	Agustus	100 %	100 %
3	September	100 %	100 %



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit	100 %	100 %

Analisa : Berdasarkan hasil pengukuran pada indikator Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit periode Triwulan III didapatkan capaian sebesar 100% dan capaiannya setiap bulannya tetap konsisten pada angka 100%, angka tersebut sesuai standar yang ditetapkan yaitu 100%

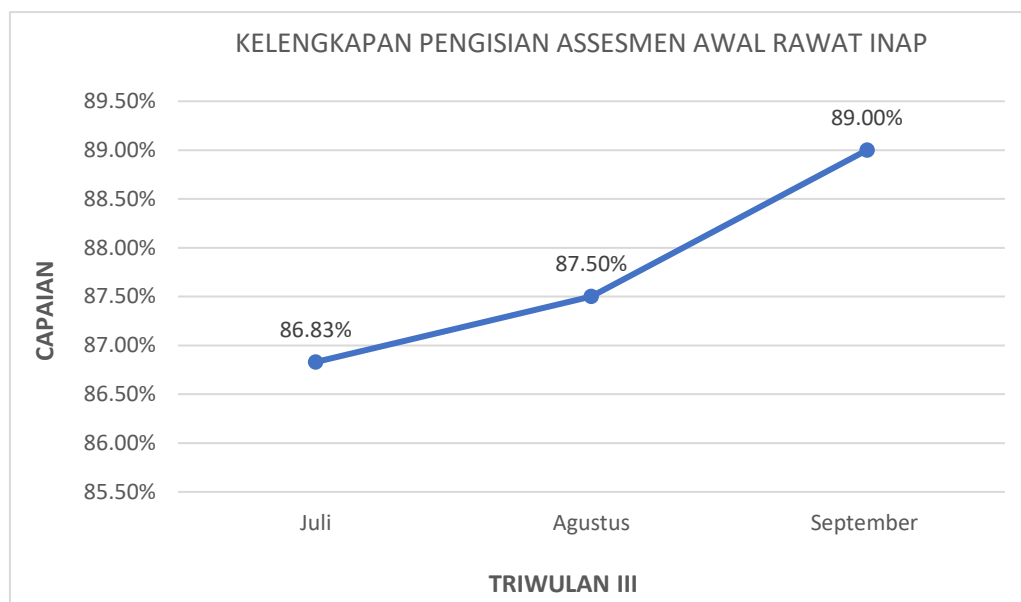
RTL :

- Selalu tingkatkan komunikasi dan koordinasi petugas igd untuk selalu cepat merespon pasien yang datang ke igd.
- Lakukan supervisi untuk aktif melakukan pengawasan pelayanan di IGD, sehingga terkontrol selalu siapa siapa yang lambat dalam memberikan tindakan kepada pasien

Standar : 100 %

2) Kelengkapan Pengisian Assesmen Awal Rawat Inap

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	$\geq 80 \%$	86.83%
2	Agustus	$\geq 80 \%$	87.50%
3	September	$\geq 80 \%$	89.00%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Kelengkapan Pengisian Assesmen Awal Rawat Inap	$\geq 80 \%$	87.78%

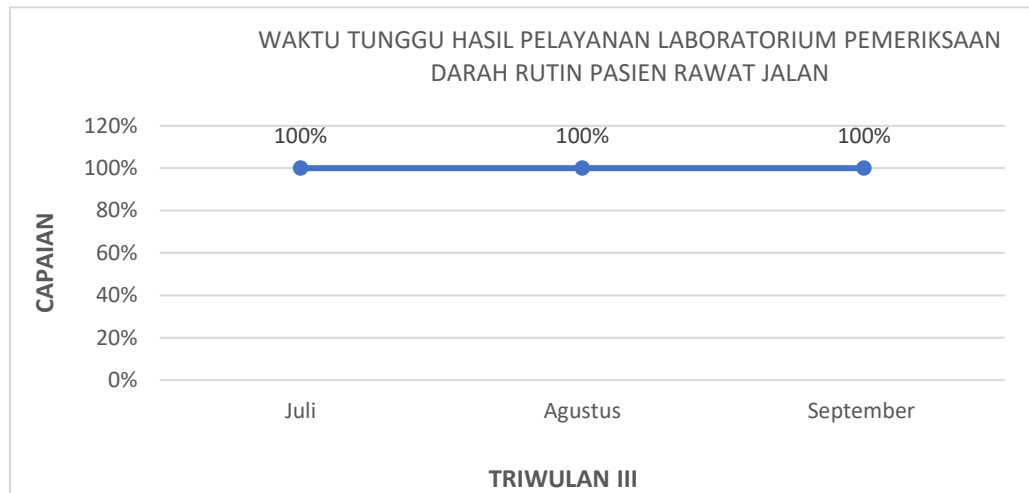
Analisa : Berdasarkan pemantauan capaian pengukuran mutu pada pengisian assesmen awal rawat inap di Triwulan III ditahun 2022 yaitu 87.78%, angka ini masih diatas standar yang ditetapkan

RTL : Perlu ditingkatkan sosialisasi pada segenap petugas agar selalu melengkapi catatan pasien, sehingga Pengisian Assesmen Awal Rawat Inap semakin meningkat sesuai standar yang ditetapkan.

Standar : $\geq 80 \%$

- 3) Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium pemeriksaan darah rutin pasien rawat jalan

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	$\geq 80 \%$	100%
2	Agustus	$\geq 80 \%$	100%
3	September	$\geq 80 \%$	100%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium pemeriksaan darah rutin pasien rawat jalan	$\geq 80 \%$	100%

Analisa : Berdasarkan hasil pengukuran periode Triwulan III pada indikator Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium pemeriksaan darah rutin pasien rawat jalan didapatkan capaian sebesar 100%, capaian ini konsisten setiap bulannya, angka tersebut diatas standar capaian yang ditetapkan yaitu $\geq 80 \%$

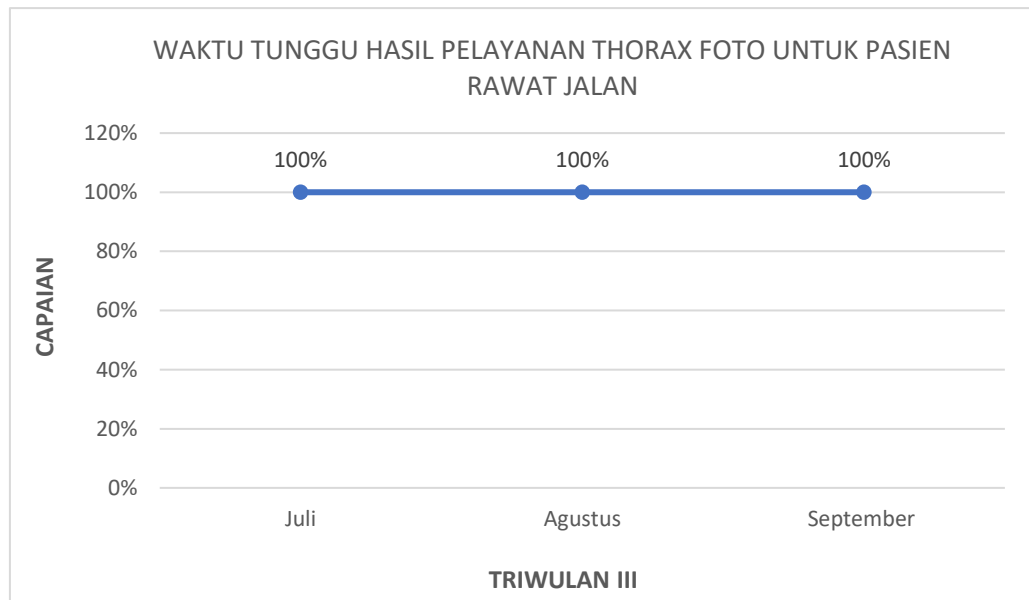
RTL :

- Selalu tingkatkan komunikasi dan koordinasi petugas lab untuk selalu cepat merespon pasien yang melakukan pemeriksaan darah rutin.
- Lakukan supervisi untuk aktif melakukan pengawasan waktu pelayanan pasien dalam melakukan pemeriksaan darah rutin.

Standar : $\geq 80 \%$

4) Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto untuk pasien rawat jalan

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	100 %	100%
2	Agustus	100 %	100%
3	September	100 %	100%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto untuk pasien rawat jalan	100 %	100%

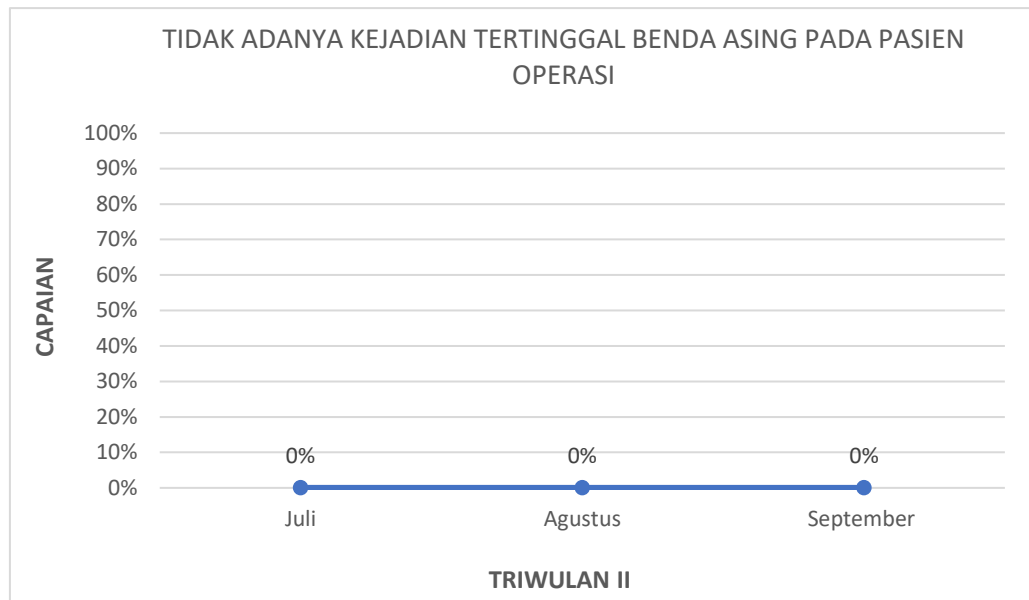
Analisa : Berdasarkan hasil pengukuran indikator Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto untuk pasien rawat jalan pada Triwulan III didapatkan capaian yaitu 100%, angka tersebut sesuai standar capaian yang ditetapkan

RTL : Perlu dipertahankan dan ditingkatkan pelayanan yang cepat tanggap sehingga Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto untuk pasien rawat jalan selalu tepat waktu sehingga pelayanan pasien sesuai dengan standar yang ditetapkan

Standar : 100 %

5) Kejadian tertinggal benda asing pada pasien operasi

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	0%	0%
2	Agustus	0%	0%
3	September	0%	0%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Kejadian tertinggal benda asing pada pasien operasi	0%	0%

Analisa : Berdasarkan hasil pengukuran indikator Kejadian tertinggal benda asing pada pasien operasi tidak ditemukan kejadian tertinggalnya benda asing pada saat dilakukan operasi, sehingga capaiannya sebesar 0%, angka ini sesuai dengan standar yang ditetapkan.

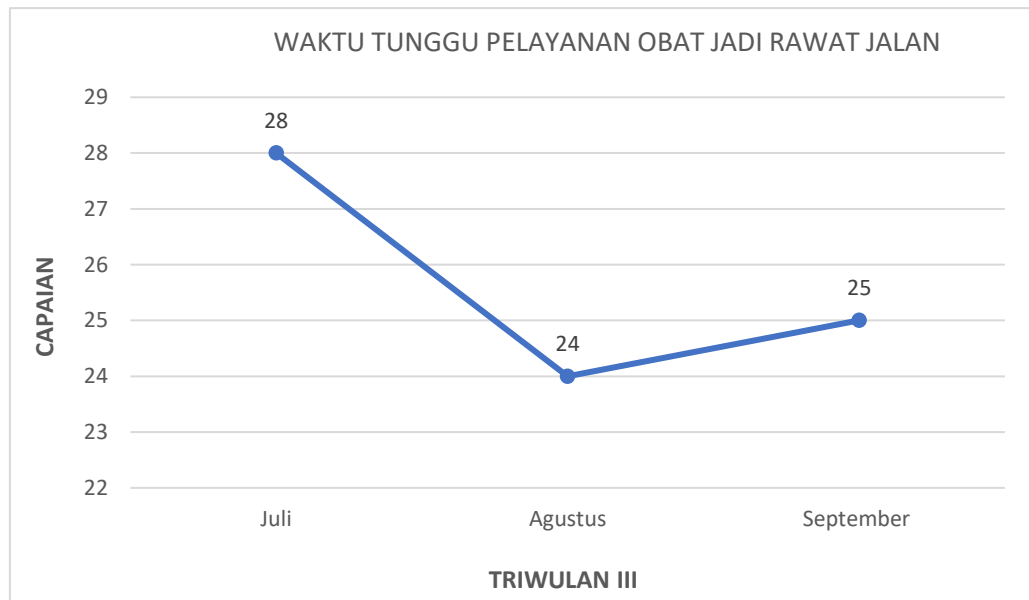
RTL :

- Pertahankan dan tingkatkan ketelitian petugas pada saat operasi sehingga Kejadian tertinggalnya benda asing pada saat operasi tidak terjadi
- Lakukan supervisi untuk aktif melakukan pengawasan kelengkapan terkait pelayanan pasien operasi

Standar : 0%

6) Waktu tunggu pelayanan obat jadi rawat jalan

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	≤ 30 menit	28 Menit
2	Agustus	≤ 30 menit	24 Menit
3	September	≤ 30 menit	25 Menit



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Waktu tunggu pelayanan obat jadi rawat jalan	≤ 30 menit	26 Menit

Analisa : Berdasarkan hasil pengukuran pada indikator Waktu tunggu pelayanan obat jadi rawat jalan didapatkan capaian pada Triwulan III yaitu rata-rata waktu tunggu 26 menit. Angka ini sudah sesuai standar yang ditetapkan yaitu ≤ 30 menit

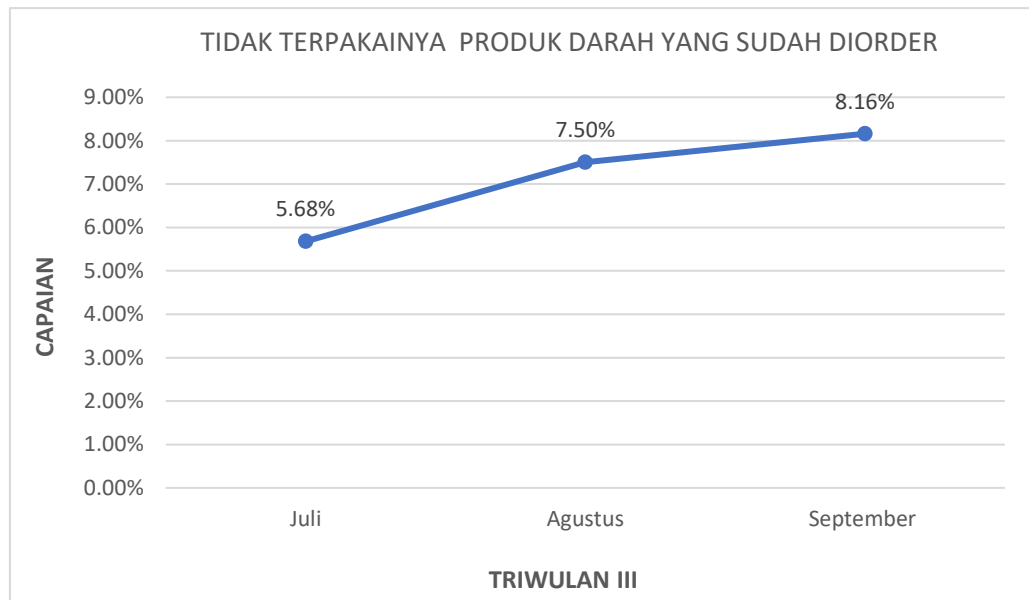
RTL : • Perlu dilakukan pengaturan pelayanan pada staf farmasi sehingga pelayanan obat bisa terlayani dengan cepat dan tepat waktu

• Lakukan supervisi untuk aktif melakukan pengawasan waktu pelayanan pasien dalam pelayanan obat

Standar : ≤ 30 menit

7) Tidak terpakainya produk darah yang sudah diorder

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	$\leq 10\%$	5.68%
2	Agustus	$\leq 10\%$	7.50%
3	September	$\leq 10\%$	8.16%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Tidak terpakainya produk darah yang sudah diorder	$\leq 10\%$	7.11%

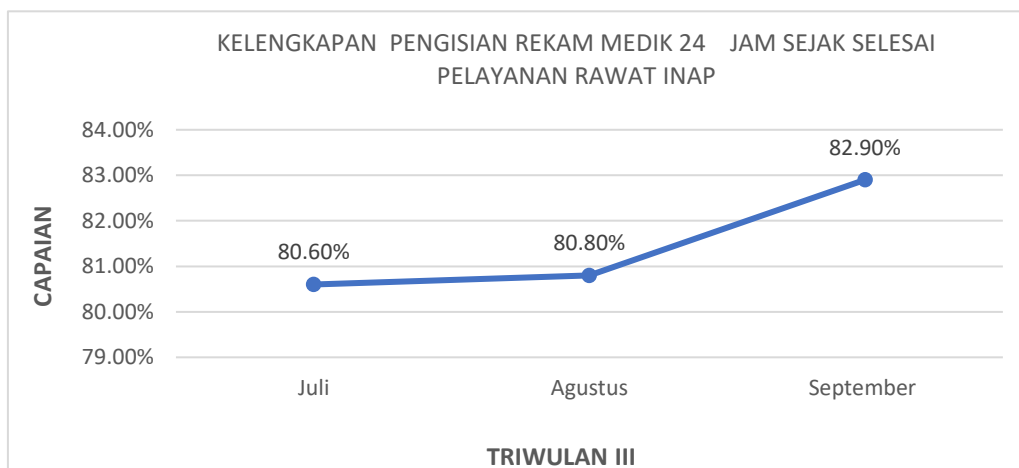
Analisa : Berdasarkan hasil pengukuran pada indikator Tidak terpakainya produk darah yang sudah diorder periode Triwulan III didapatkan capaian yaitu sebesar 7.11%, meskipun capaian setiap bulannya terjadi fluktuasi namun angka tersebut masih diatas standar capaian yang ditetapkan yaitu $\leq 10\%$

RTL : Perlu dipertahankan pelayanan dan ditingkatkan sosialisasi pada segenap petugas yang melakukan order darah supaya memastikan kebutuhan dengan tepat sehingga tidak ada produk darah yang sudah diorder tidak dipakai.

Standar : $\leq 10\%$

- 8) Kelengkapan pengisian Rekam Medik 24 jam sejak selesai pelayanan rawat inap

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	100%	80.60%
2	Agustus	100%	80.80%
3	September	100%	82.90%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Kelengkapan pengisian Rekam Medik 24 jam sejak selesai pelayanan rawat inap	100%	81.43%

Analisa : Berdasarkan pemantauan capaian pengukuran mutu pada kelengkapan pengisian Rekam Medik 24 jam sejak selesai pelayanan rawat inap di Triwulan III ditahun 2022 menampilkan data mengalami penurunan setiap bulan dengan rata-rata capaian 81.43%, angka tersebut masih dibawah standar yang ditetapkan yaitu 100%

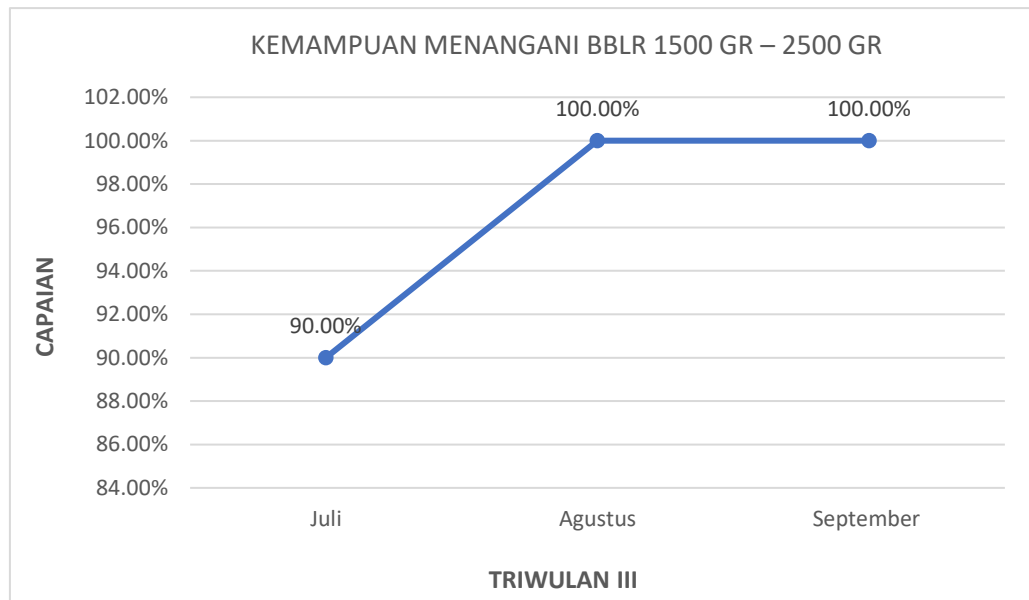
RTL : • Lakukan monitoring selalu terhadap rekam medis semasih dilakukan perawatan rawat inap, dan mengingatkan petugas agar mengecek dulu rekam medis kelengkapan pencatatannya sebelum diserahkan ke rekam medis.

• Lakukan evaluasi kepatuhan petugas dalam melengkapi status rekam medis pasien saat pulang.

Standar : 100%

9) Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	100 %	90.00%
2	Agustus	100 %	100.00%
3	September	100 %	100.00%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100 %	96.67%

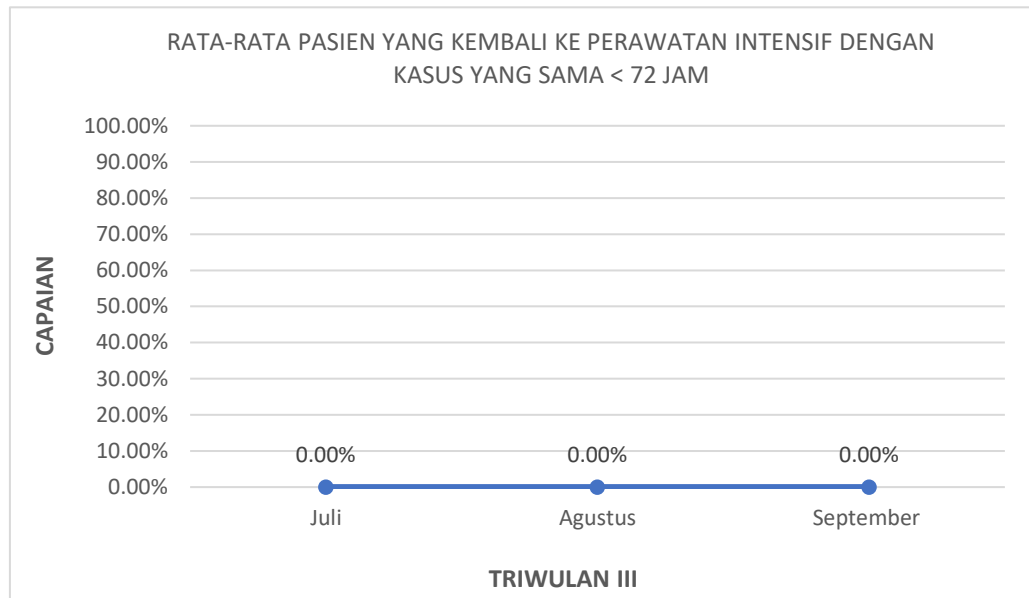
Analisa : Berdasarkan hasil pengukuran pada indikator Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr di Triwulan III didapatkan capaian sebesar 96.67%, angka tersebut masih dibawah standar capaian yang ditetapkan yaitu 100%

RTL : • Lakukan evaluasi pada pelayanan pasien BBLR
• Lakukan pelatihan kepada petugas yang menangani pasien BBLR.

Standar : 100 %

10) Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	$\leq 3 \%$	0.00%
2	Agustus	$\leq 3 \%$	0.00%
3	September	$\leq 3 \%$	0.00%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	$\leq 3 \%$	0%

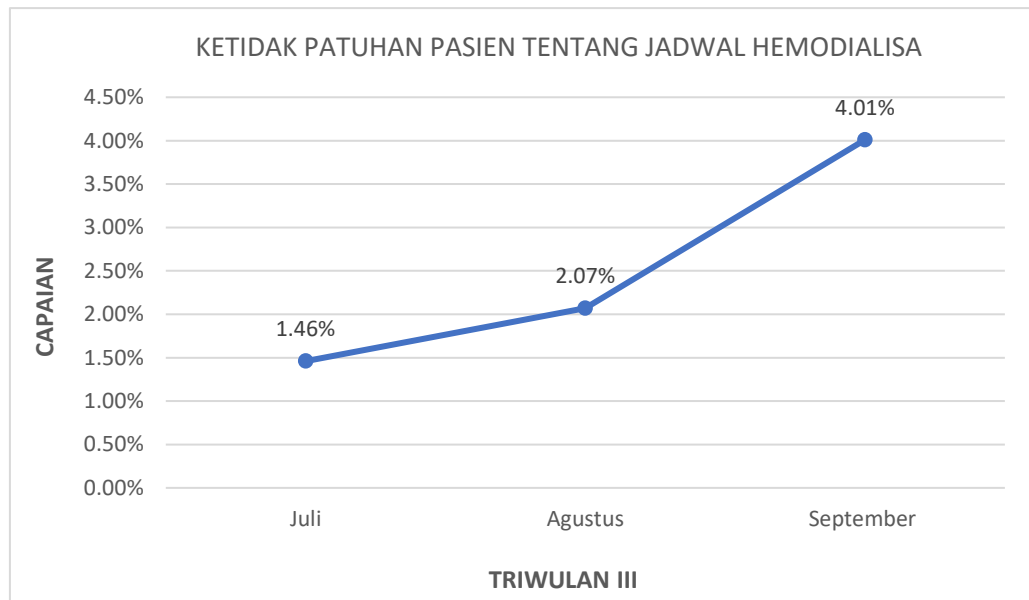
Analisa : Berdasarkan hasil pengukuran pada indikator Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam di Triwulan III didapatkan capaian rata-rata 0%, angka tersebut menunjukkan bahwa tidak ada pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama selama < 72 jam

RTL : • Lakukan evaluasi pelayanan pada pasien dengan kasus intensif
• Lakukan sosialisai dan pelatihan kepada petugas ruang intensif

Standar : $\leq 3 \%$

11) Ketidak patuhan pasien tentang jadwal Hemodialisa

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	$\leq 0,4 \%$	1.46%
2	Agustus	$\leq 0,4 \%$	2.07%
3	September	$\leq 0,4 \%$	4.01%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Ketidak patuhan pasien tentang jadwal Hemodialisa	$\leq 0,4 \%$	2.51%

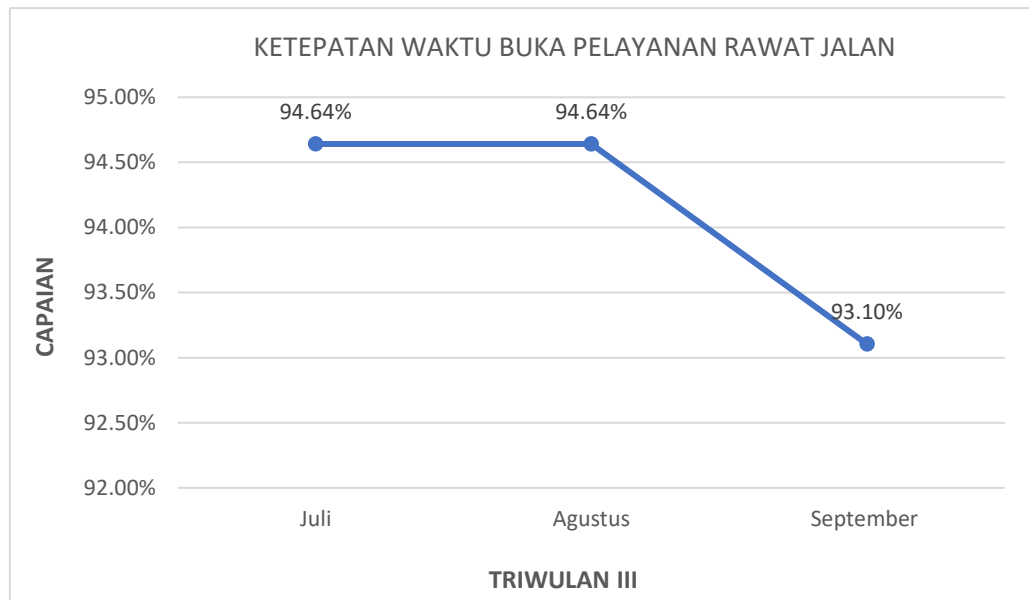
Analisa : Berdasarkan hasil pengukuran pada indikator Ketidak patuhan pasien tentang jadwal Hemodialisa periode Triwulan III didapatkan capaian yaitu sebesar 2.51%, angka ini menunjukkan masih ada pasien HD yang tidak patuh terhadap jadwal yang sudah ditetapkan.

RTL : Perlu ditingkatkan sosialisasi kepada pasien agar mengikuti jadwal HD yang ditetapkan, sehingga ketidak patuhan pasien tentang jadwal Hemodialisa tidak terjadi.

Standar : $\leq 0,4 \%$

12) Ketepatan Waktu Buka Pelayanan Rawat Jalan

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	$\geq 80\%$	94.64%
2	Agustus	$\geq 80\%$	94.64%
3	September	$\geq 80\%$	93.10%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Ketepatan Waktu Buka Pelayanan Rawat Jalan	$\geq 80\%$	94.13%

Analisa : Berdasarkan hasil pengukuran pada indikator Ketepatan Waktu Buka Pelayanan Rawat Jalan periode Triwulan III didapatkan capaian yaitu sebesar 94.13%, angka tersebut diatas standar capaian yang ditetapkan yaitu $\geq 80\%$

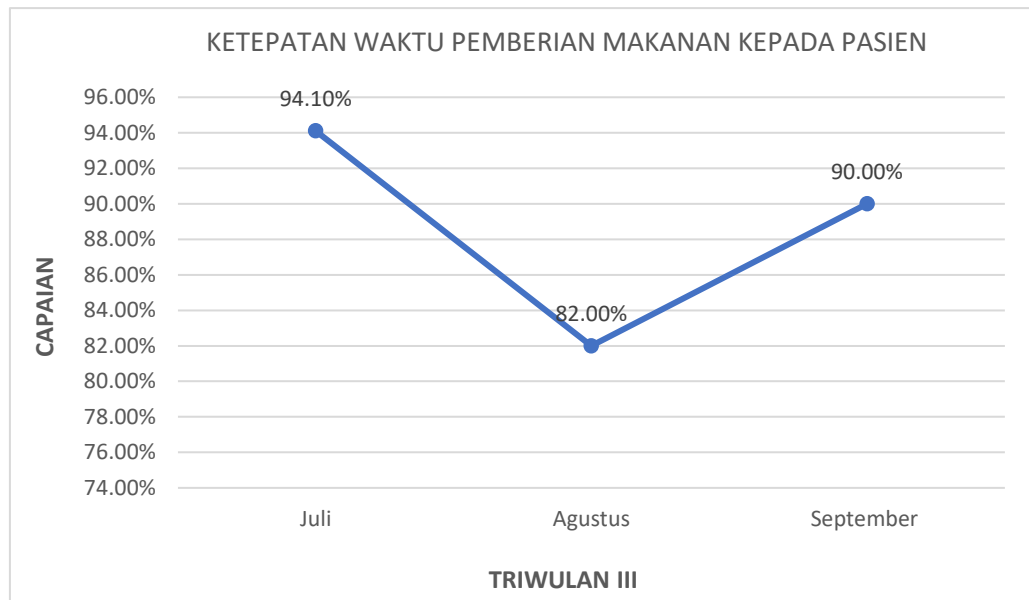
RTL : • Tingkatkan komunikasi dan koordinasi petugas poli dengan dokter spesialis mengingatkan jam buka pelayanan, harus konsisten agar tidak berdampak pada pasien yang akan menunggu lama.

• Lakukan supervisi untuk aktif melakukan pengawasan operasional pelayanan poli rawat jalan

Standar : $\geq 80\%$

13) Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	$\geq 90 \%$	94.10%
2	Agustus	$\geq 90 \%$	82.00%
3	September	$\geq 90 \%$	90.00%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	$\geq 90 \%$	88.70%

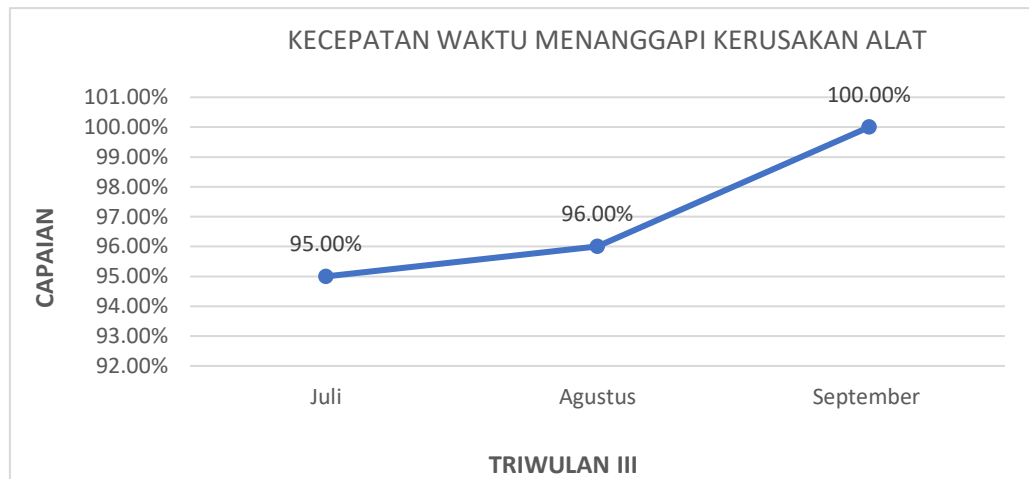
Analisa : Berdasarkan pemantauan capaian pengukuran mutu Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien di Triwulan III ditahun 2022 yaitu 88.70%, angka ini masih kurang dari standar yang ditetapkan

RTL : Perlu dipertahankan dan ditingkatkan sosialisasi pada segenap petugas dalam Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien, sehingga capaian semakin meningkat sesuai standar yang ditetapkan.

Standar : $\geq 90 \%$

14)Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	≥ 80%	95.00%
2	Agustus	≥ 80%	96.00%
3	September	≥ 80%	100.00%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat	≥ 80%	97.00%

Analisa : Berdasarkan hasil pengukuran pada indikator Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat periode Triwulan III didapatkan capaian yaitu sebesar 97.00%, angka tersebut diatas standar capaian yang ditetapkan yaitu ≥ 80%. Artinya IPSRS sidah sigap dalam menanggapi laporan kerusakan alat yang dismaikan

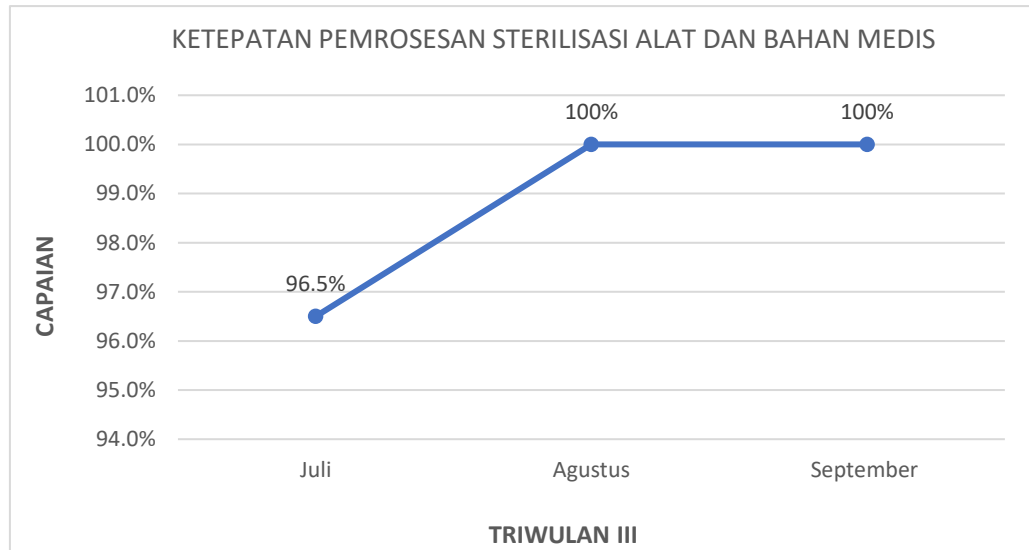
RTL :

- Pertahanakan dan selalu melakukan Evaluasi terhadap kendala-kendala yang terjadi dalam pengelolaan atau manajemen respon terhadap setiap kerusakan alat yang ada dari masing masing unit kerja.
- Petugas IPSRS harusnya selalu aktif melakukan sambang keunit-unit kerja, sekaligus mensurvey kalau ada alat yang sudah mulai dirasakan ada masalah, jadi tidak menunggu betul betul rusak.

Standar : ≥ 80%

15) Ketepatan pemrosesan sterilisasi alat dan bahan medis

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	100%	96.5%
2	Agustus	100%	100%
3	September	100%	100%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Ketepatan pemrosesan sterilisasi alat dan bahan medis	100%	98.83%

Analisa : Berdasarkan hasil pengukuran pada indikator Ketepatan pemrosesan sterilisasi alat dan bahan medis periode Triwulan III didapatkan capaian yaitu sebesar 98.83%, angka tersebut masih dibawah standar capaian yang ditetapkan yaitu 100%

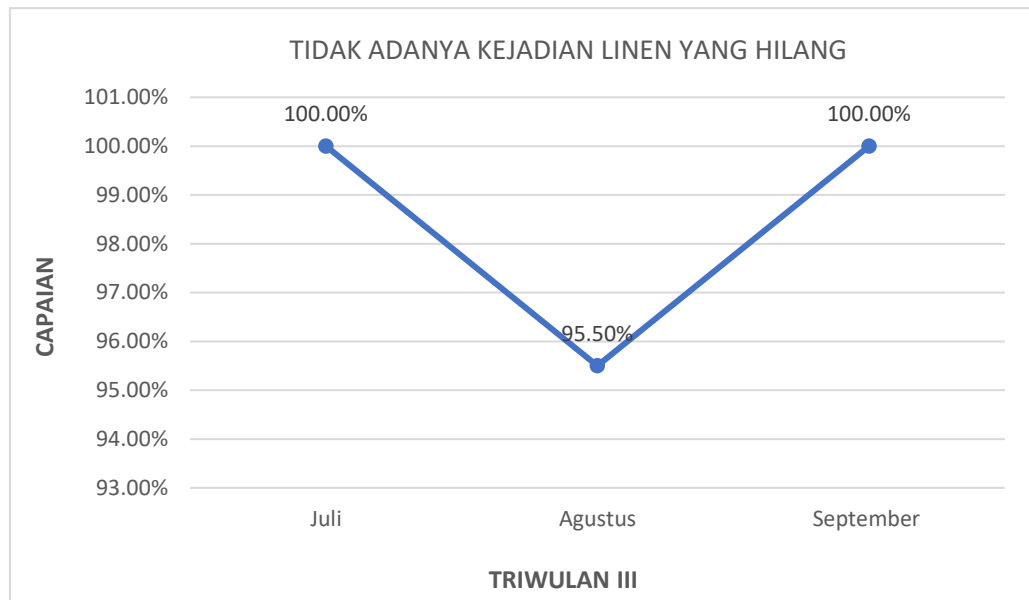
RTL :

- Lakukan evaluasi ketepatan petugas dalam melakukan pemrosesan alat dan bahan medis
- Berikan pelatihan secara berkala kepada petugas CSSD agar pemahaman tentang pemrosesan sterilisasi alat dan bahan medis semakin meningkat
- Lakukan pemeliharaan alat-alat cssd agar tidak mengalami kerusakan yang bisa berdampak keterlambatan pelayanan

Standar : 100%

16) Tidak adanya kejadian linen yang hilang

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	100%	100.00%
2	Agustus	100%	95.50%
3	September	100%	100.00%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	98.50%

Analisa : Berdasarkan pemantauan capaian pengukuran mutu pada ada tidaknya kejadian linen yang hilang di Triwulan III ditahun 2022 menampilkan data yang mengalami fluktuasi dimana terdapat kasus kehilangan linen pada bulan agustus. Rata-rata capaian pada Triwulan III yaitu sebesar 98.50%, angka ini masih dibawah standar yang ditetapkan yaitu 100%

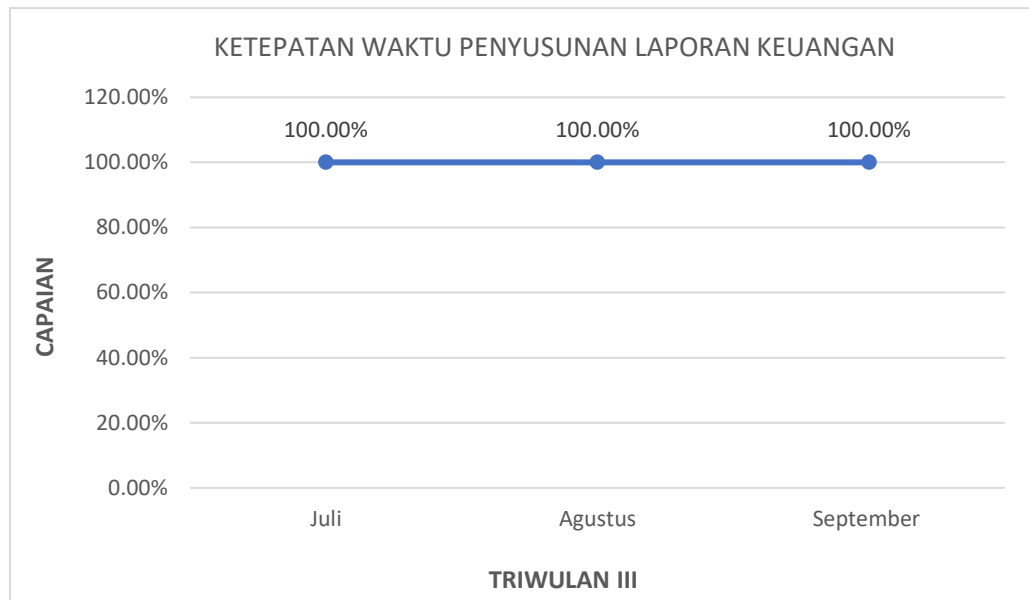
RTL :

- Lakukan evaluasi unit-unit layanan yang menggunakan linen agar melakukan pencatatan agar pemakaian linen tersebut bisa terkontrol
- Lakukan supervisi untuk aktif melakukan pengawasan kelengkapan terkait pelayanan linen, dari register dan distribusinya.

Standar : 100%

17) Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	100%	100.00%
2	Agustus	100%	100.00%
3	September	100%	100.00%



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%

Analisa : Berdasarkan pemantauan capaian pengukuran mutu pada Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan di Triwulan III ditahun 2022 didapatkan capaian sebesar 100%, angka ini menunjukkan penyusunan laporan keuangan dikejakan tepat waktu karena menggunakan sistem terkomputerisasi.

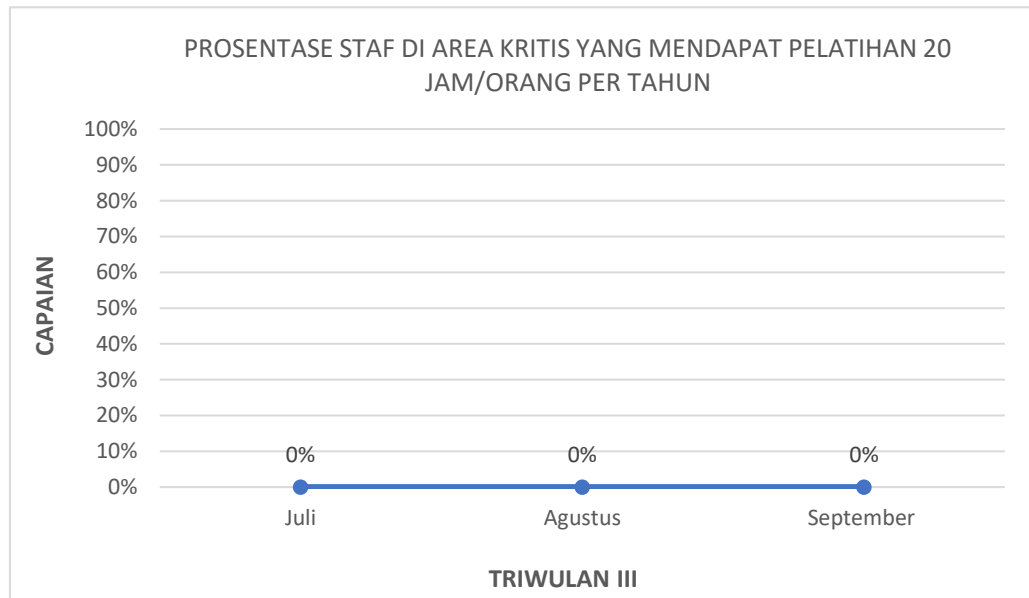
RTL :

- Melakukan supervisi terkait laporan yang dibuat unit keuangan apakah sudah sesuai waktu.
- Tingkatkan ketepatan waktu petugas dalam mengerjakan laporan keuangan.
- Lakukan supervisi apakah sudah sesuai dengan SOP waktu penyusunan laporan..

Standar : 100%

18) Prosentase staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 Jam/orang per tahun

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	Tahun 2022 → 50%	
2	Agustus		
3	September		



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Prosentase staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 Jam/orang per tahun	Tahun 2022 → 50%	

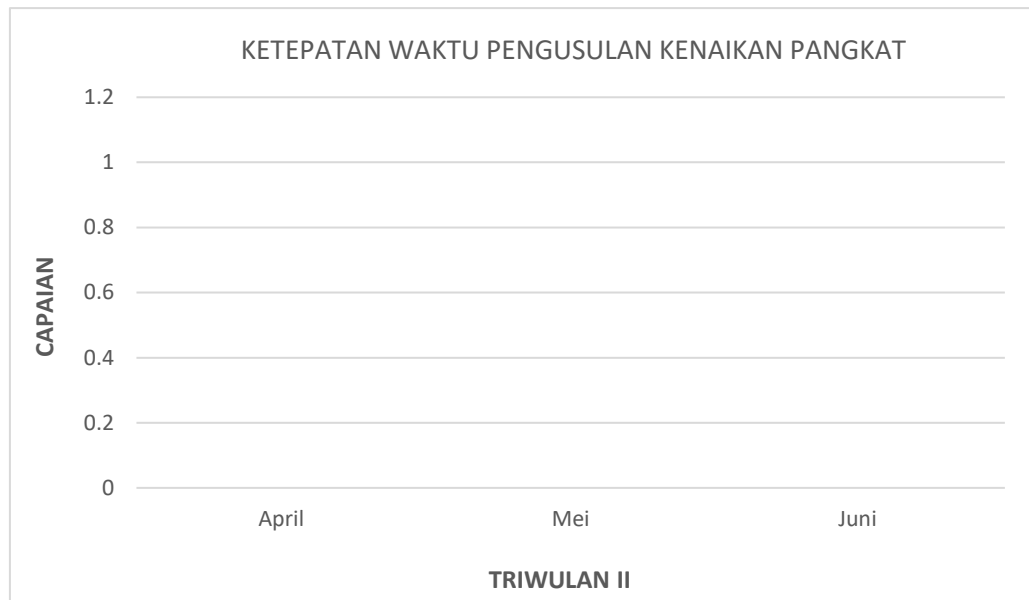
Analisa : Tidak dilakukan pengukuran pada Triwulan III, karena indikator ini diukur setiap 1 tahun sekali yaitu pada Triwulan IV

RTL : -

Standar : Tahun 2022 → 50%

19) Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

NO	BULAN	STANDAR	CAPAIAN
1	Juli	100%	
2	Agustus		
3	September		



INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III
Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	

Analisa : Tidak dilakukan pengukuran pada Triwulan III, karena indikator ini diukur pada triwulan I dan Triwulan IV

RTL : -

Standar : 100%

B. Meningkatkan perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan berkelanjutan

Pada setiap sajian data capaian diberikan analisa dan tindak lanjut untuk menjaga dan meningkatkan perbaikan mutu layanan.

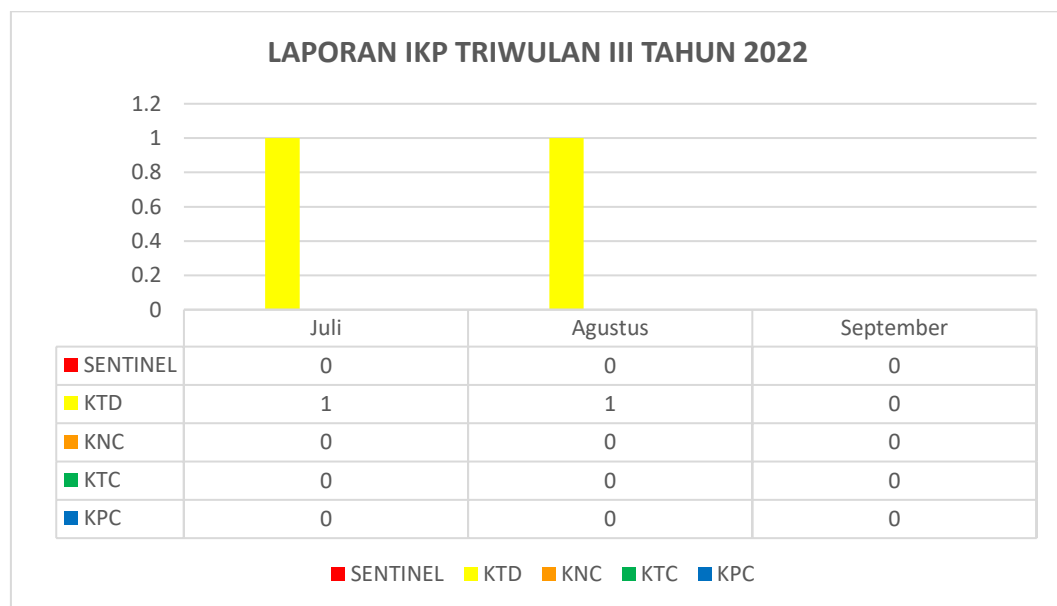
C. Mengurangi Varian dalam Praktek klinis dengan

1. Menetapkan PPK/Algoritma/Protokol
2. Melakukan pengukuran dengan Clinical Pathway

D. Mengukur dampak Efisiensi dan Efektifitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya

E. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Triwulan III Tahun 2022

NO	BULAN	JENIS INSIDEN					JML
		SENTINEL	KTD	KNC	KTC	KPC	
1	Juli	0	1	0	0	0	1
2	Agustus	0	1	0	0	0	1
3	September	0	0	0	0	0	0
TOTAL		0	2	0	0	0	2



Analisa : Berdasarkan Laporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) pada periode Triwulan III Tahun 2022 didapatkan data kejadian KTD sebanyak 2 kasus, sedangkan kejadian Sentinel, KNC, KTC, dan KPC tidak ada laporan kejadian.

- RTL : 1. Perlu ditingkatkan sosialisasi pada segenap petugas di Rumah Sakit agar selalu aktif untuk melakukan pelaporan jika terjadi atau menemukan kejadian Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di lingkungan Rumah Sakit melalui media yang telah disediakan, sehingga dapat tercipta budaya keselamatan pasien.
2. Perlu dilakukan evaluasi dan supervisi secara berkala kepada seluruh staf terhadap kepatuhan dalam melaporkan kejadian IKP

F. Penerapan sasaran Keselamatan Pasien

G. Evaluasi Kontrak klinis dan kontrak Manajemen

H. Pelatihan semua staff sesuai perannya dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien

Didalam meningkatkan pengetahuan dan kemampuan semua staff dimasing-masing unit pelayanan klinis maupun manajemen, Komite Mutu sudah mengikuti pelatihan yang dilakukan baik eksternal maupun internal, dimana salah satu staff yang berkompeten mengikuti pelatihan maupun workshop , serta untuk di internal rumah sakit bagian diklit bekerja sama dengan unit-unit yang terkait mengadakan pelatihan, sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan staff dalam menjaga maupun meningkatkan mutu layanan baik klinis maupun manajemen, serta menjaga keselamatan pasien

BAB IV PEMBAHASAN

A. Issue Terkait Manajemen Resiko

1. Keselamatan dan keamanan
 - a. Angka kasus Infeksi Daerah Operasi masih terjadi di ruang rawat inap, terutama di Ruang Obgyn pada pasien dengan Operasi Sectio Caesaria (SC). Pada triwulan III terdapat 2 kasus infeksi luka operasi pada pasien SC. Kejadian ini lebih sedikit dibandingkan dengan Triwulan sebelumnya. Terjadinya infeksi daerah operasi dapat mengakibatkan peningkatan pada LOS, Cost dalam perawatan pasien.
 - b. Untuk kasus Insiden Keselamatan Pasien (IKP) yang lain masih belum ada laporan dikarenakan sosialisasi yang belum optimal kepada seluruh staf untuk melaporkan IKP.

B. Hambatan-hambatan pelaksanaan program PMKP

1. Penanggungjawab pengumpulan data mutu di unit belum melaksanakan tugas secara optimal sehingga ada data yang salah yang dilaporkan kepada tim PMKP
2. Waktu pengumpulan data sering terlambat dari jadwal yang ditetapkan yaitu pada tanggal 5 setiap bulannya.
3. Belum semua unit mau melaporkan insiden keselamatan pasien

C. Rekomendasi / Saran Perbaikan

1. Data yang di upload adalah pencapaian bulan Juli s.d September 2022
2. Semua unit terkait agar selalu melakukan Pengukuran dan pelaporan indikator mutu tepat waktu sesuai dengan Indikator mutu masing-masing unit
3. Merekomendasikan kepada bidang pelayanan agar melakukan sosialisasi untuk para dokter dan PPA lainnya agar selalu melengkapi pengisian Rekam Medis Pasien
4. Untuk insiden pasien jatuh agar dilakukan pengawasan yang lebih ketat terhadap pasien yang beresiko jatuh dan pasien anak-anak.
5. Semua staf di masing-masing unit supaya selalu aktif dalam melaporkan kejadian Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

6. Manajemen akan melakukan monitoring mutu dan manajemen resiko bersama tim dari rumah sakit.

BAB V

PENUTUP

Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dilakukan disemua unit pelayanan, baik pada unit pelayanan, penunjang medis dan non medis, maupun pada unit pelayanan administrasi dan manajemen, dan dilakukan monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

Laporan hasil pencapaian indikator PMKP RS ini dapat dijadikan acuan bagi pengelola rumah sakit untuk melakukan perbaikan mutu layanan serta menyusun perencanaan, pembiayaan pada setiap jenis pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Lombok Utara

Tanjung, Oktober 2022
Ketua Tim Mutu dan Keselamatan Pasien
RSUD Kabupaten Lombok Utara



dr. Erna Romauli Bora Tobing, Sp.PK
Pangkat/Gol: Penata Tk.I/III.d
NIP.198305112009012008