



LAPORAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN TRIMESTER III TAHUN 2022



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT

RSUD MOHAMMAD NATSIR

Jl.Simpang Rumbio Kota Solok Telp. (0755) 20003 Faks: (0755) 20003

Website: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

KOTA SOLOK

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit Mohammad Natsir Solok adalah Rumah Sakit kelas B merupakan Rumah Sakit rujukan untuk wilayah Solok dan sekitarnya. Berbagai upaya telah dilakukan untuk merubah citra pelayanan Rumah Sakit Mohammad Natsir Solok.

Pelayanan yang berkualitas merupakan cerminan dari sebuah proses yang berkesinambungan dan berorientasi pada hasil yang memuaskan. Perkembangan masyarakat yang semakin kritis, mutu pelayanan rumah sakit tidak hanya disorot dari aspek klinis medis saja namun juga dari aspek keselamatan pasien dan aspek pemberian pelayanannya, karena muara dari pelayanan rumah sakit adalah pelayanan jasa yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien.

Sebagai tolak ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Mohammad Natsir Solok di gunakan indikator mutu yang terdiri dari indikator mutu nasional, indikator mutu prioritas rumah sakit dan indikator mutu prioritas unit.

Penanggung jawab unit melakukan penilaian pada indikator mutu nasional, indikator mutu prioritas rumah sakit dan indikator mutu prioritas unit yang ada dimasing-masing unit tersebut. Penilaian indikator mutu dilakukan setiap hari oleh PIC melalui blanko yang telah tersedia dan diinput ke dalam google spreadsheet setiap bulan. Komite mutu melakukan pemantauan pengisian indikator yang dilakukan oleh PIC dan membuat laporan capaian indikator mutu. Capaian indikator mutu nasional dilaporkan kepada direktur dan kepada kemenkes melalui website <https://mutufasyankes.go.id/simar> dan selanjutnya diteruskan kepada dewan pengawas. Indikator mutu yang tidak mencapai standar akan dilakukan PDSA oleh direktur dan jajarannya yang nantinya akan dievaluasi kembali. Komite mutu melakukan supervise dan validasi data ke setiap unit untuk mengetahui kebenaran data yang diinput oleh masing-masing PIC.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit Mohammad Natsir Solok

2. Tujuan Khusus

- a. Memantau penerapan dan pencapaian indikator mutu Rumah Sakit Mohammad Natsir Solok
- b. Terlaksananya kegiatan peningkatan mutu berkelanjutan sesuai standar
- c. Terlaksananya peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pelayanan yang bermutu.

BAB II
HASIL KEGIATAN PENGUKURAN INDIKATOR MUTU
TRIMESTER III TAHUN 2022

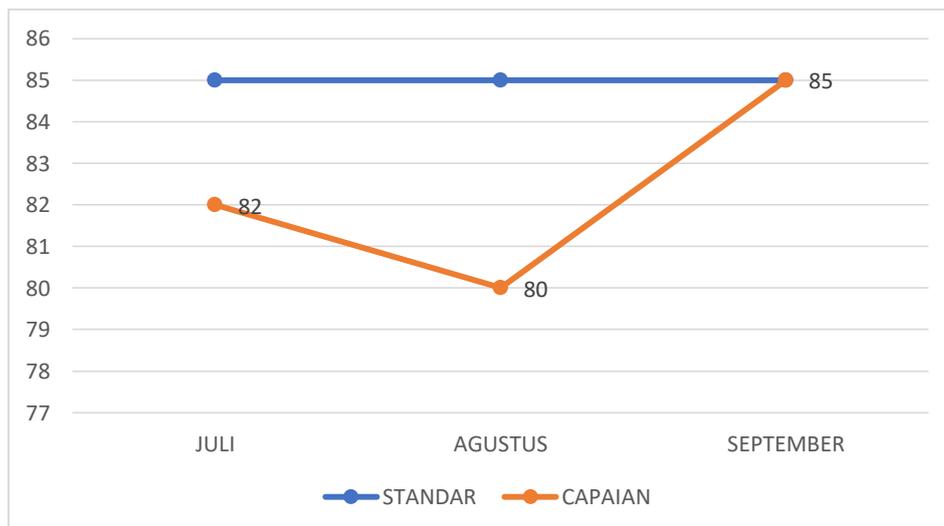
1. Kepatuhan Kebersihan tangan

Definisi:

Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan jelas kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alcohol (alcohol-based handrubs) bila tangan tidak tampak kotor. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan terhadap petugas yang melakukan kebersihan tangan sesuai dengan 5 indikasi (Five moments) yang terdiri dari :

- a. Sebelum kontak dengan pasien
- b. Sesudah Kontak dengan pasien
- c. Sebelum melakukan Prosedur aseptik
- d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien
- e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien

Grafik:



Analisis:

Berdasarkan data diatas kepatuhan kebersihan tangan rata-rata 82%. Data tersebut belum mencapai standar yang ditetapkan. Hal ini terjadi karena belum

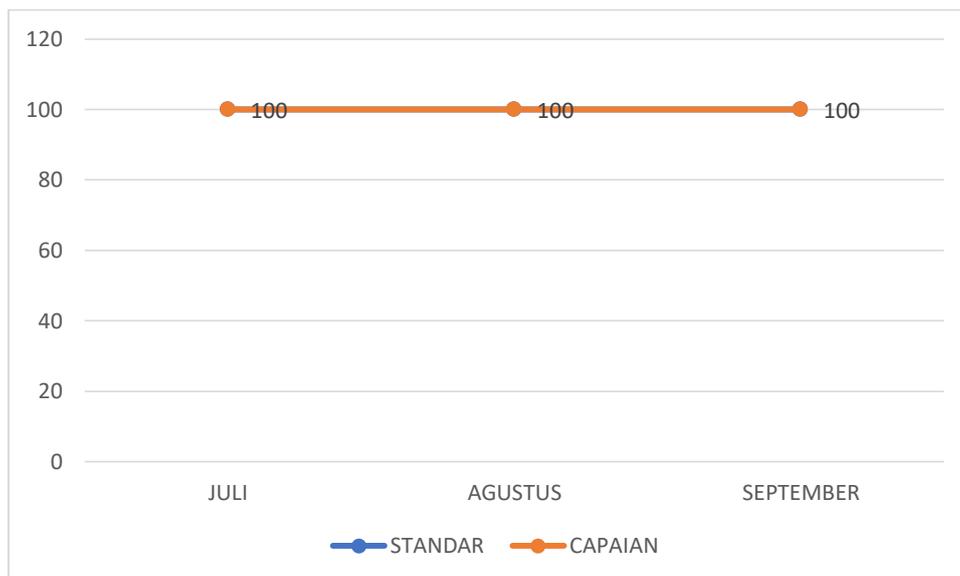
maksimalnya petugas terhadap pelaksanaan 5 momen cuci tangan. Selain itu penilaian cuci tangan juga dilakukan kepada mahasiswa yang praktker di RSUD Mohammad Natsir. Dari hasil pemantauan yang dilakukan oleh IPCN dan IPCLN rata-rata untuk momen cuci tangan setelah kontak dengan pasien sudah maksimal dilakukan namun untuk momen sebelum kontak dengan pasien masih sering terlupakan.

2. Kepatuhan penggunaan APD

Definisi:

Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas kesehatan dalam menggunakan APD sesuai standar dan indikasi. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian yang dilakukan terhadap petugas kesehatan dalam menggunakan APD saat melakukan tindakan atau prosedur pelayanan Kesehatan.

Grafik:



Analisis:

Dari data diatas kepatuhathuan penggunaan APD sudah mencapai standar yang ditetapkan 100%. Data tersebut menunjukan bahwa kepatuhan petugas dalam menggunakan APD sesuai dengan indikasinya.

3. Kepatuhan identifikasi pasien

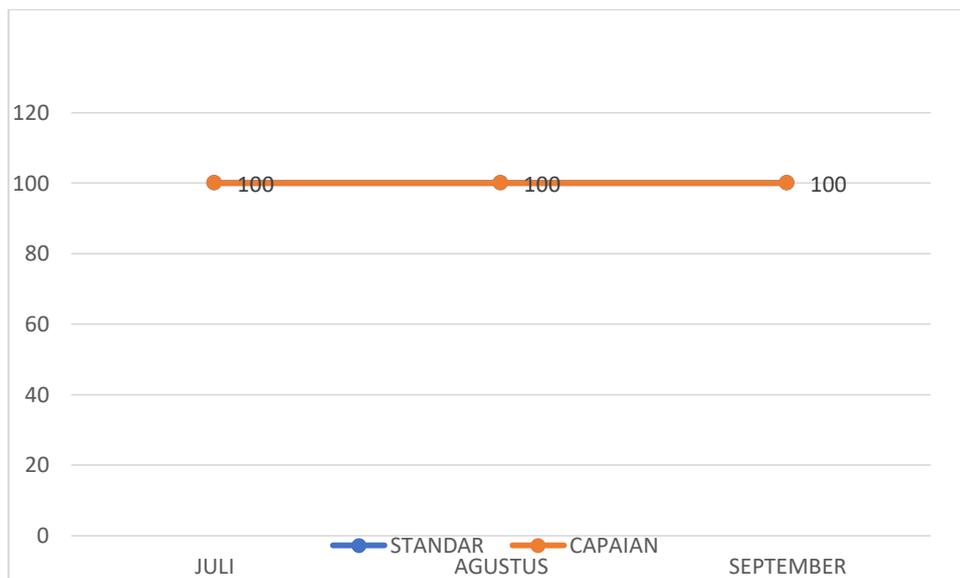
Definisi:

Identifikasi pasien secara benar adalah proses mencocokkan identitas pasien menggunakan minimal dua dari tiga identitas yang tercantum pada gelang, label atau bentuk alat identifikasi lainnya sebelum memberikan pelayanan dan sesuai dengan regulasi yang berlaku di rumah sakit.

Peluang adalah indikasi dilakukan identifikasi pasien secara benar pada saat :

- a. Pemberian pengobatan : pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi.
- b. Prosedur tindakan : tindakan operasi atau tindakan invasive lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit.
- c. Prosedur diagnostik : pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi dll.

Grafik:



Analisis:

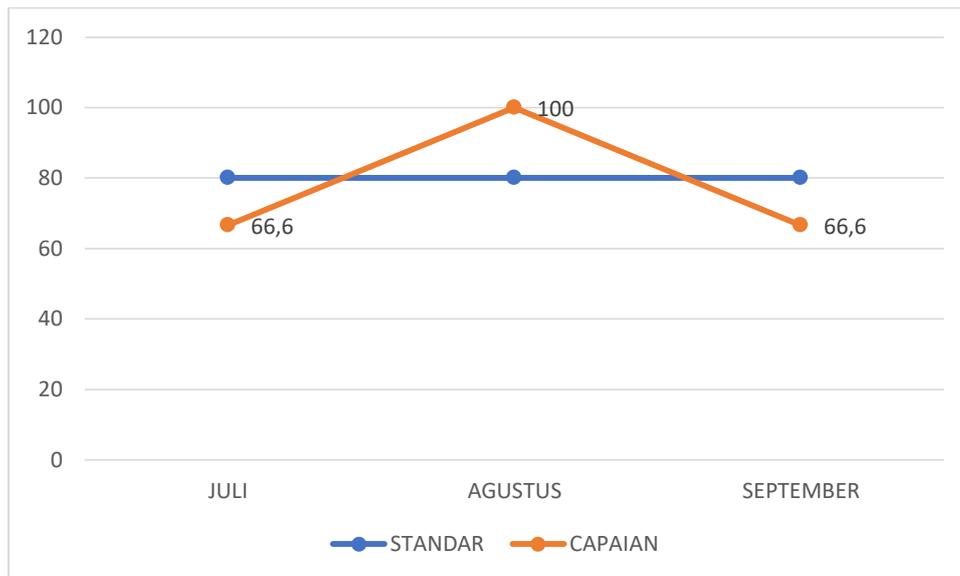
Dari data diatas rata-rata kepatuhan identifikasi pasien sudah mencapai standar yang ditetapkan 100%. Data tersebut menggambarkan bahwa kepatuhan petugas dalam mengidentifikasi pasien sebelum melakukan tindakan sudah sangat baik.

4. Waktu tanggap SC emergency

Definisi:

Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu ≤ 30 menit.

Grafik:



Analisis:

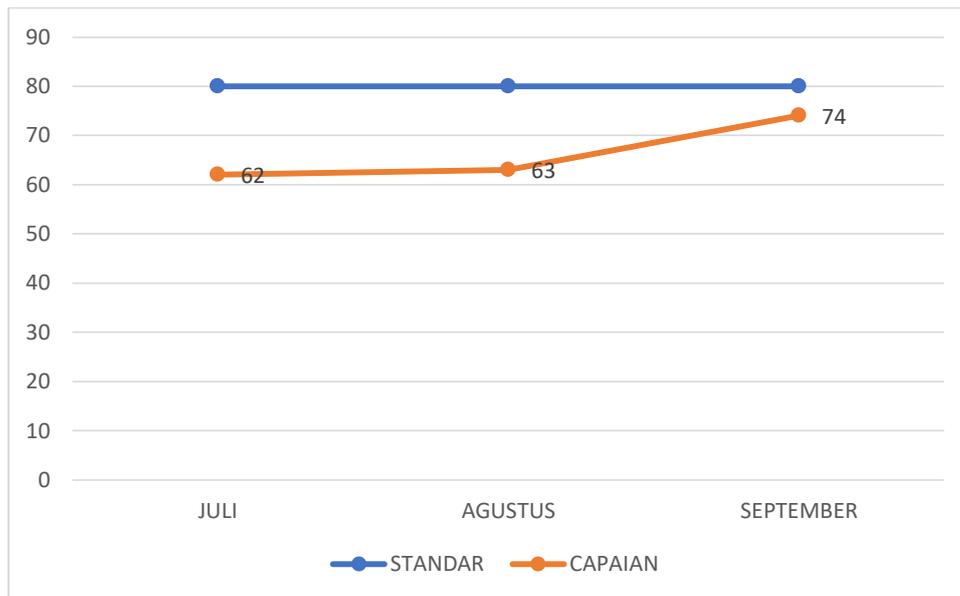
Dari data diatas waktu tanggap SC emergency rata-rata 77,7%. Data tersebut belum mencapai standar yang ditetapkan. Hal ini terjadi karena waktu tunggu untuk labor cyto masih lama dan adanya petugas yang masih on call yang membuat memanjangnya waktu tunggu operasi SC emergency.

5. Waktu tunggu rawat jalan

Definisi:

Waktu tunggu rawat jalan (WTRJ) adalah rata-rata waktu yang diperlukan mulai dari pasien kontak dengan petugas pendaftaran (saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat data pasien atau saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran) sampai mendapat pelayanan dokter/ Dokter spesialis < 60 menit.

Grafik:



Analisis:

Dari data diatas rata-rata waktu tunggu rawat jalan 66%. Data tersebut belum mencapai standar yang ditetapkan. Hal ini terjadi karena beberapa factor diantaranya:

- a. Rekam Medik yang lama sampai ke poli klinik. Hal ini terjadi karena 2 faktor diantaranya:
 - Rekam medik yang masih di rawat inap karena resume yang belum di isi oleh DPJP yang bersangkutan, sehingga saat jadwal control ke poli klinik petugas RM harus menelpon ke ruangan yang bersangkutan terlebih dahulu. Hal tersebut membuat memanjangnya waktu tunggu pasien.
 - Petugas RM yang terkadang kewalahan karena banyaknya status yang diantar ke masing-masing poli klinik selain poli klinik geriatri sehingga status menumpuk di RM. Namun untuk respon time petugas RM khusus

di poli klinik geriatri sudah sangat cepat sehingga waktu tunggu di poli klinik geriatri dapat mencapai standar yang ditetapkan.

b. Dokter

Waktu masuk dokter ke poli klinik masih belum tertata dengan baik.

c. Pasien

Adanya pasien yang belum berada di poli klinik saat dokter dan petugas poli klinik sudah memanggil pasien yang bersangkutan.

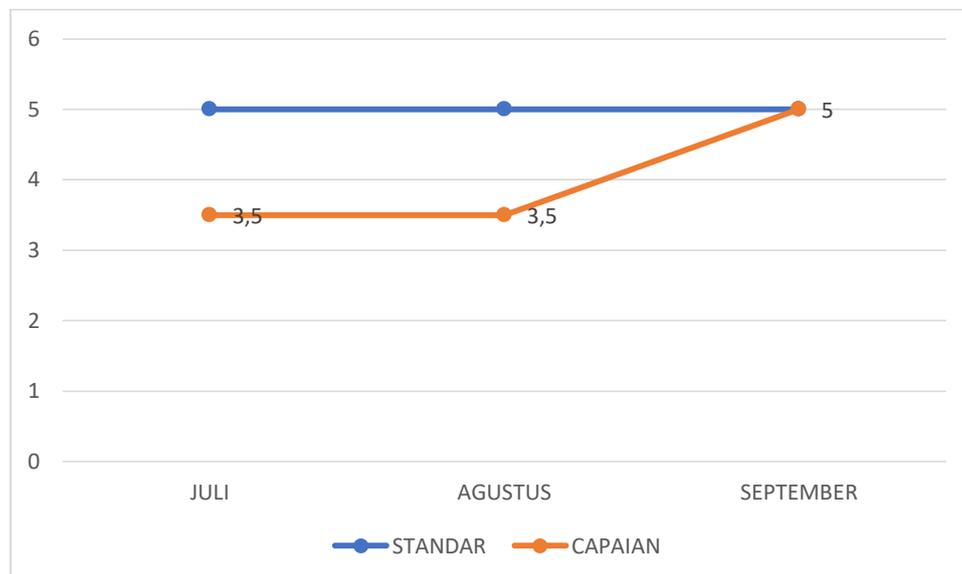
6. Penundaan operasi elektif

Definisi:

Penundaan operasi elektif adalah Jumlah pembatalan atau penundaan operasi elektif akibat persiapan operasi yang kurang optimal (Tidak tersedekti penyakit, Ketidaksiapan alat dan tim operasi) dibandingkan dengan jumlah operasi elektif dalam satu bulan .

Waktu penundaan 60 menit dihitung sejak waktu operasi yang dijadwalkan sampai dengan pelaksanaan operasi.

Grafik:



Analisis:

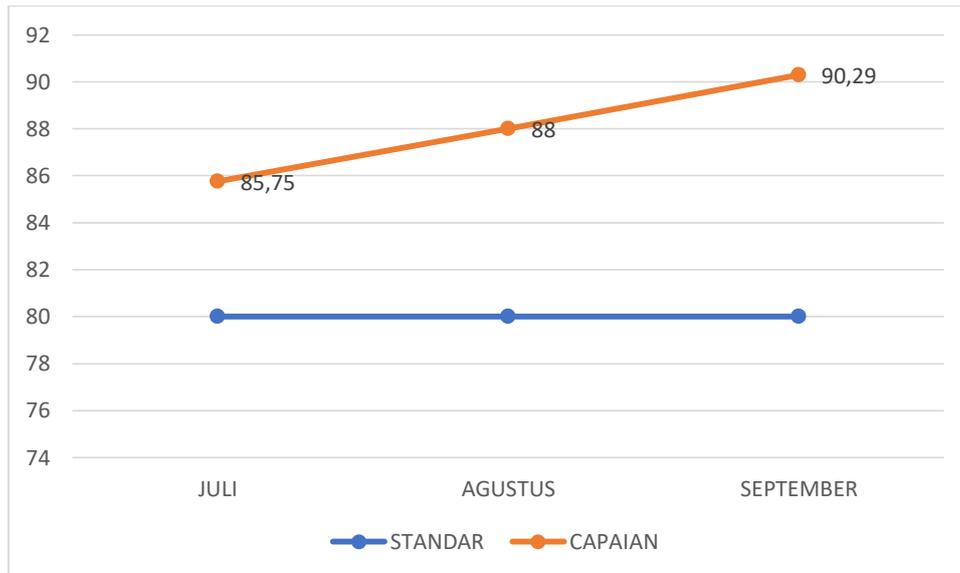
Dari data diatas menggambarkan bahwa rata-rata penundaan operasi elektif dari bulan Juli s/d September tahun 2022 sebanyak 4%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan namun masih perlu dilakukan perbaikan agar penundaan operasi elektif dapat diminimalkan.

7. Kepatuhan jam visite dokter spesialis

Definisi:

Kepatuhan jam visite dokter spesialis sebagai DPJP adalah kunjungan dokter spesialis untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya setiap hari sebelum jam 14.00 termasuk hari libur.

Grafik:



Analisis:

Dari data diatas rata-rata kepatuhan jam visite dokter spesialis sebanyak 88%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan. Namun demi peningkatan kepuasan pasien di rumah sakit kepatuhan jam visite dokter perlu ditingkatkan lagi.

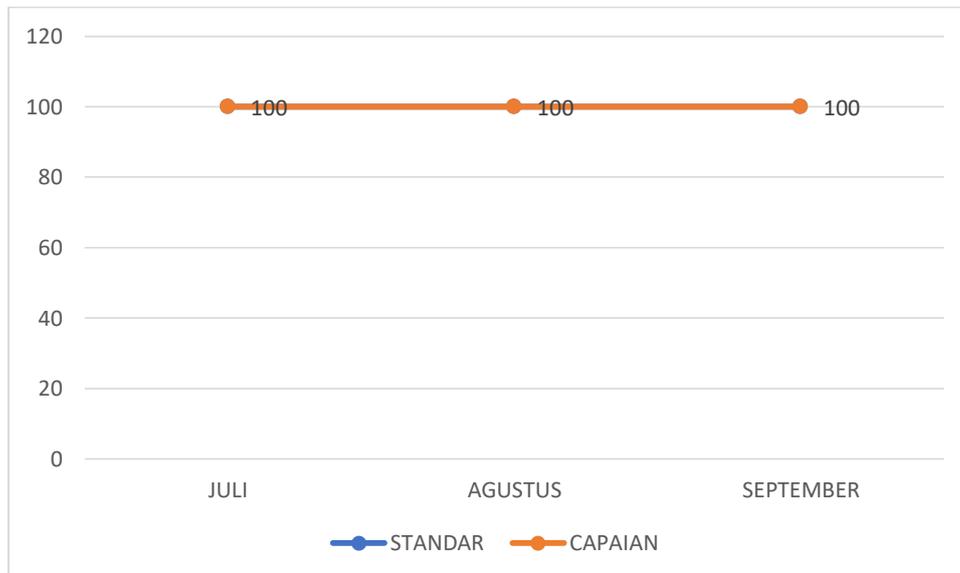
8. Pelaporan hasil kritis laboratorium

Definisi:

Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium adalah Waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter spesialis patologi klinik sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan).

Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 30 (tiga puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan, Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medic. Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.

Grafik:



Analisis:

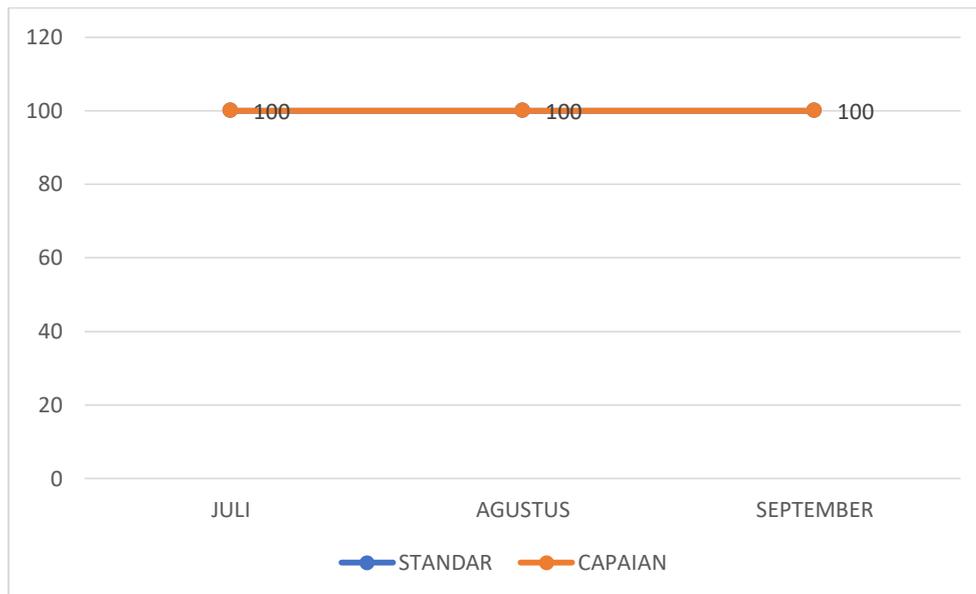
Dari data diatas rata-rata pelaporan hasil kritis laboratorium sudah mencapai standar yang ditetapkan. Data tersebut menggambarkan bahwa respon time petugas laboratorium dalam pelaporan hasil kritis sudah sangat baik.

9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional

Definisi:

Formularium Nasional adalah daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan harus tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan dalam rangka pelaksanaan JKN. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah Peresepan obat oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional.

Grafik:



Analisis:

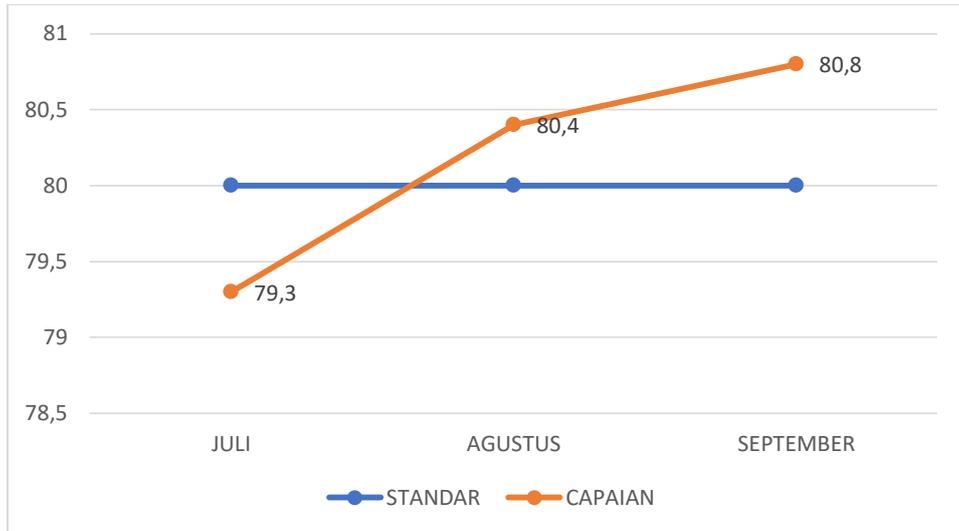
Dari data diatas rata-rata capaian kepatuhan penggunaan formularium sudah mencapai standar yang ditetapkan.

10. Kepatuhan alur CP

Definisi:

Kepatuhan terhadap clinical pathway adalah kepatuhan para staf medis/DPJP dalam menggunakan clinical pathway untuk memberikan asuhanklinis pasien secara terstandarisasi dan terintegrasi sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses asuhan klinis. Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.

Grafik:



Analisis:

Rata-rata kepatuhan terhadap alur CP 80,1%. Dari data diatas kepatuhan terhadap alur CP sudah mencapai standar yang ditetapkan. Data diatas menggambarkan bahwa kepatuhan petugas terhadap alur CP terus mengalami peningkatan setiap bulannya.

11. Kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh

Definisi:

Upaya pencegahan jatuh meliputi:

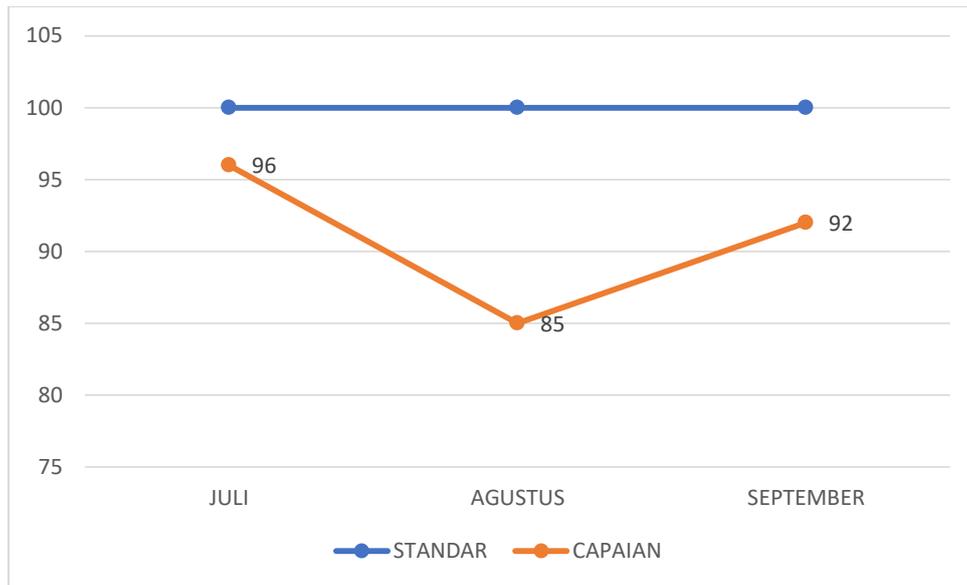
1. Screening di rawat jalan/ IGD
2. Asesmen awal resiko jatuh
3. Asesmen ulang resiko jatuh
4. Edukasi Pencegahan pasien jatuh

Disebut patuh apabila melaksanakan seluruh upaya pencegahan jatuh pada pasien yang berisiko sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh RS.

Catatan :

Assesment awal hanya dilakukan pada pasien rawat inap untuk pasien rawat jalan dan IGD hanya dilakukan screening.

Grafik:



Analisis:

Dari data diatas rata-rata kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh 91%. Data tersebut belum mencapai standar yang ditetapkan. Hal ini terjadi masih ditemukan pasien dengan resiko jatuh tidak menggunakan gelang kuning dan penyangga tempat tidur yang tidak terpasang saat keluarga tidak berada disamping pasien.

12. Kecepatan waktu tanggap complain

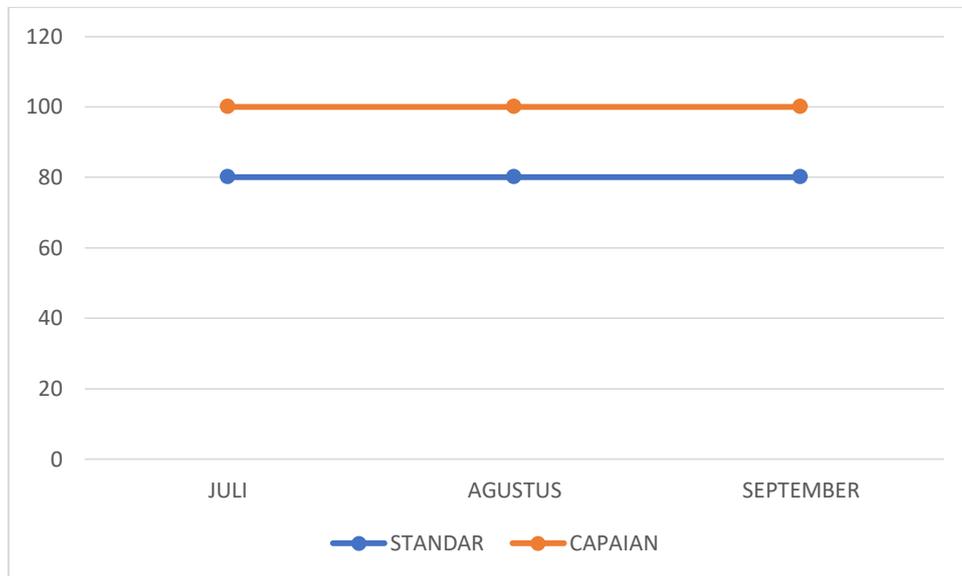
Definisi:

Kecepatan respon terhadap complain adalah kecepatan rumah sakit dalam menanggapi complain baik tertulis, lisan, atau melalui mass media yang sudah diidentifikasi tingkat risiko dan dampak risiko dengan penetapan grading/ dampak risiko berupa ekstrim (merah), tinggi (kuning), rendah (hijau) dan dibuktikan dengan data, dan tindak lanjut atas respon time complain tersebut sesuai dengan kategorisasi/ grading/ dampak risiko.

- a. Warna merah cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, potensi kerugian material dll. Ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam.
- b. Warna kuning cenderung berhubungan dengan pemberitaan media potensi kerugian in material. Ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari.

- c. Warna hijau tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial. Ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari.

Grafik:



Analisis:

Dari data diatas kecepatan waktu tanggap complain sudah sesuai dengan kategorinya dan mencapai standar yang ditetapkan. Data tersebut menggambarkan bahwa respon time petugas dalam menanggapi complain sudah sangat baik.

13. Kepuasan pasien RSMN

Definisi:

Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS. Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survei kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM).

Pemantauan dan pengukuran kepuasan pasien dan keluarga adalah kegiatan untuk mengukur tingkatan kesenjangan pelayanan RS yang diberikan dengan harapan pasien dan keluarga di rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat.

Analisis:

Angka Kepuasan pasien dan keluarga RSUD M. Natsir tahun 2021 adalah 91,38% mutu A dan kinerja pelayanan sangat baik.

14. Kepuasan pasien terhadap peserta didik

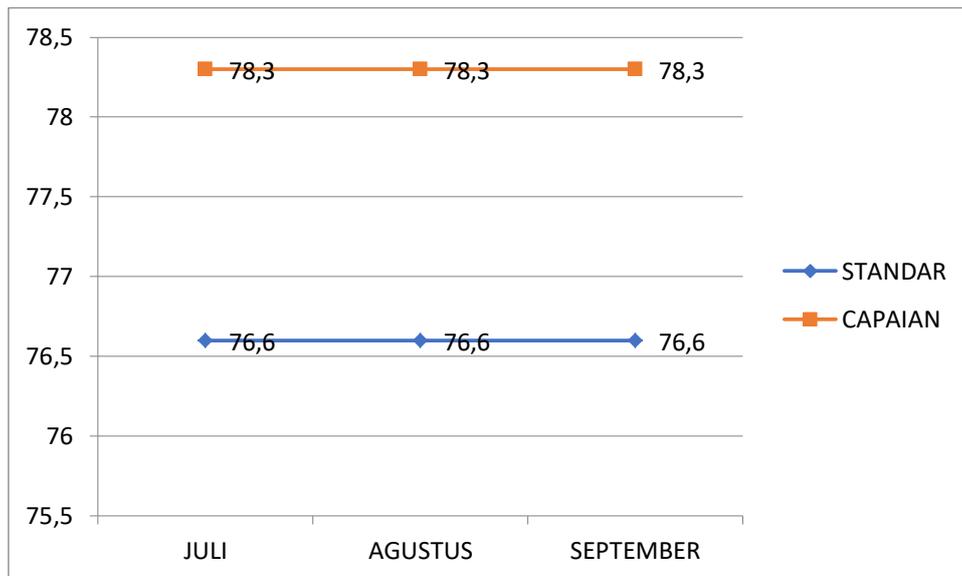
Definisi:

Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS. Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan

Pelayanan yang diukur berdasarkan persepsi dan pengalaman pasien terhadap:

- Fasilitas: sarana, prasarana, alat
- SDM: Perawat, Dokter, Petugas lain seperti mahasiswa praktek

Grafik:



Analisis:

Rata-rata hasil survey kepuasan pasien terhadap peserta didik yang dilakukan oleh Komkordik adalah 78.3%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan. Capaian tersebut menggambarkan bahwa pelayanan yang diberikan oleh peserta didik kepada pasien atau keluarga sudah baik.

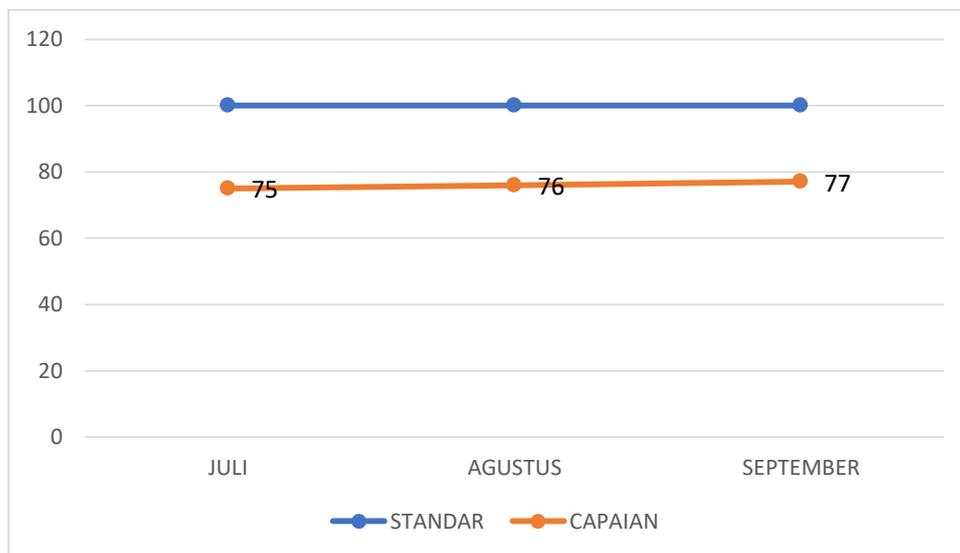
15. Lama observasi IGD

Definisi:

IGD merupakan suatu organisasi pelayanan kegawatdaruratan pertama selama 24 jam pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan. IGD juga merupakan unit pelayanan kesehatan rumah sakit yang memberi pelayanan segera untuk mengurangi risiko kematian ataupun kecacatan (PERMENKES, 2011).

lama rawat IGD < 6-8 jam (Depkes 2011).

Grafik:



Analisis:

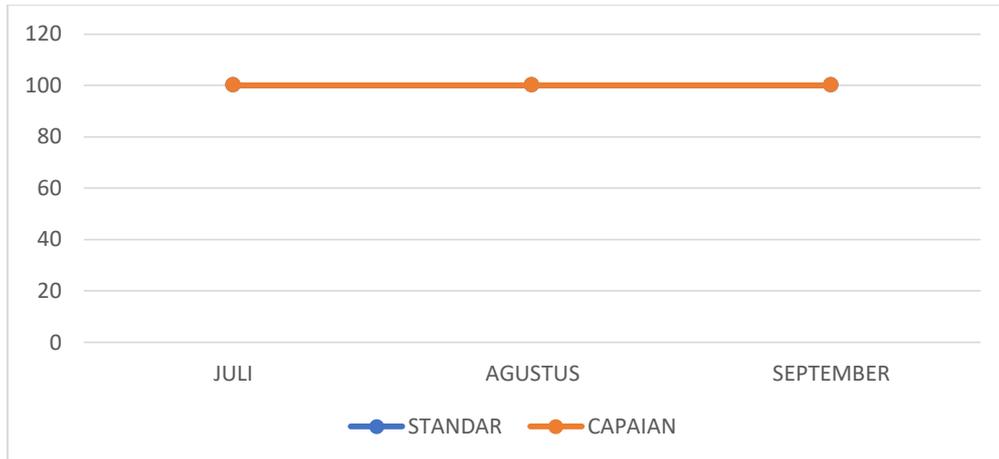
Dari data diatas rata-rata lama observasi IGD < 8 jam 76%. Data tersebut belum mencapai standar yang ditetapkan. Namun sudah mengalami peningkatan setiap bulannya.

16. Emergency respon time < 5 menit

Definisi:

Waktu tanggap pelayanan UGD yaitu waktu yang dibutuhkan sejak pasien tiba di UGD sampai mendapat pelayanan dengan waktu < 5 menit.

Grafik:



Analisis:

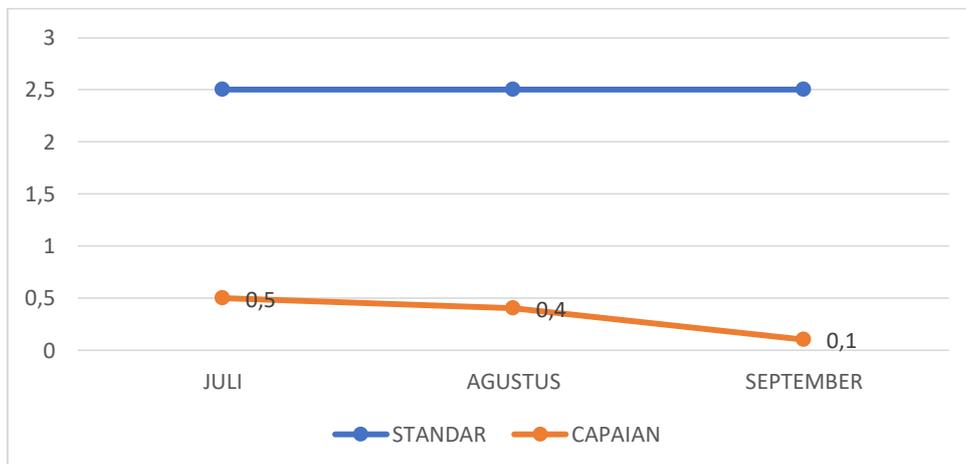
Dari data diatas emergency respon time IGD sudah mencapai standar yang ditetapkan. Data tersebut menggambarkan respon petugas dalam menanggapi pasien sudah sangat cepat.

17. Kematian pasien IGD

Definisi:

Kematian pasien di IGD adalah kematian pasien yang terjadi dalam periode ≤ 8 jam sejak pasien datang ke IGD.

Grafik:



Analisis:

Dari data diatas kematian pasien IGD rata-rata 0,3%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

18. Dekubitus

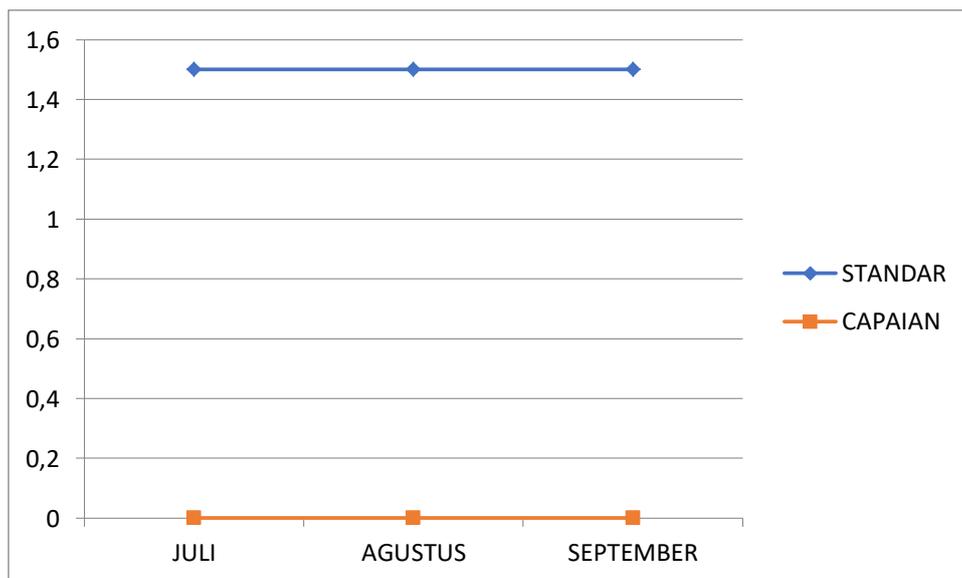
Definisi:

Kejadian dekubitus adalah terjadinya pasien yang mengalami dekubitus selama dalam perawatan di rawat inap RS. Dekubitus adalah luka pada jaringan kulit yang disebabkan oleh tekanan yang berlangsung lama dan terus menerus. (Doh, 1993 dalam Martin, 1997).

Kriteria :

- a. Pasien paling tidak mempunyai 2 gejala dan tanda berikut, yang tidak diketahui penyebab lainnya : kemerahan sakit atau pembengkakan ditepian luka dekubitus.
- b. Minimal ditemukan 1 dari bukti berikut :
 - Hasil kultur positif dari cairan atau jaringan yang diambil secara benar
 - Hasil kultur darah positifDokter yang merawat menyatakan adanya dekubitus dan diberi pengobatan antimikroba

Grafik:



Analisis:

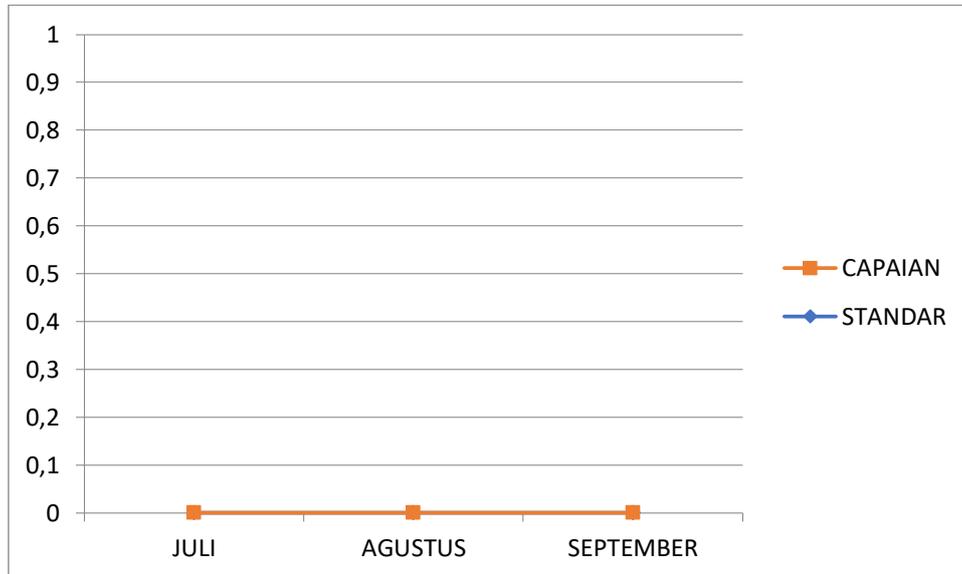
Dari hasil pemantauan yang dilakukan oleh IPCN dan IPCLN rata-rata kejadian decubitus sudah mencapai standar yang ditetapkan. Data tersebut menggambarkan bahwa kepedulian petugas terhadap personal higien khusus pasien tirah baring sudah sangat baik.

19. Ketidaktepatan pemberian obat

Definisi:

Ketidaktepatan pemberian obat kepada pasien yang dinilai berdasarkan 5 benar, yaitu: Benar pasien, Benar obat, Benar dosis, Benar Waktu pemberian dan Benar cara pemberian.

Grafik:



Analisis:

Dari data diatas tidak ada kesalahan pemberian obat. Data tersebut menggambarkan bahwa sudah meningkatnya kepatuhan identifikasi pasien serta kepatuhan terhadap komunikasi SBAR.

20. Infeksi Saluran Kencing (ISK)

Definisi:

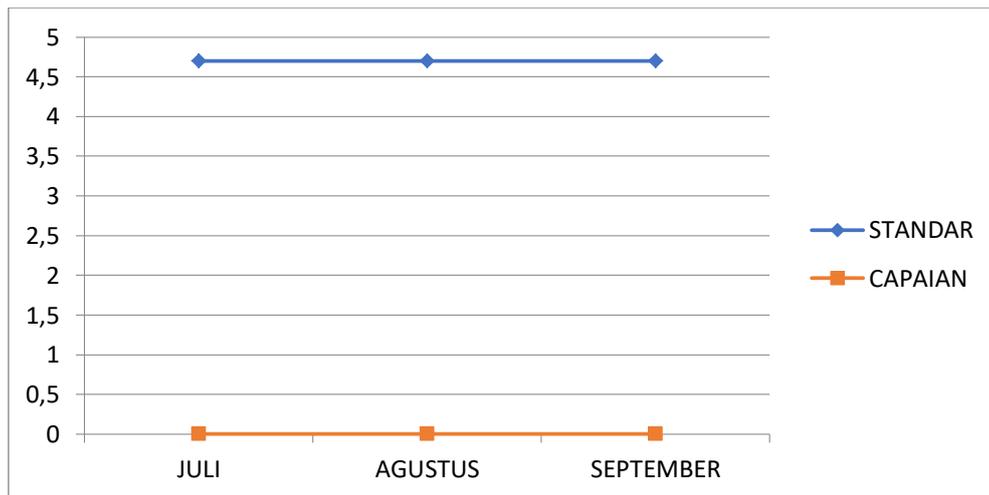
Infeksi Saluran Kencing (ISK) adalah Infeksi yang terjadi sebagai akibat dari pemasangan kateter > 48 jam.

Kriteria :

Gejala dan Tanda :

- a. Umum : demam, urgensi, frekuensi, disuria, nyeri suprapubik
Usia < 1 tahun : demam, hipotermi, apneu, bradikardi, letargia, muntah-muntah.
- b. Nitrit dan/atau leukosit esterase positif dengan carik celup (dipstick)
- c. Pyuria > 10 leukosit/LPB sedimen urin atau >10 leukosit/mL atau >
- d. leukosit/LPB dari urine tanpa dilakukan sentrifus
- e. Terdapat koloni mikroorganisme pada hasil pemeriksaan urine kultur
- f. Diagnosis dokter yang merawat menyatakan adanya ISK
- g. Terapi dokter sesuai ISK

Grafik:



Analisis:

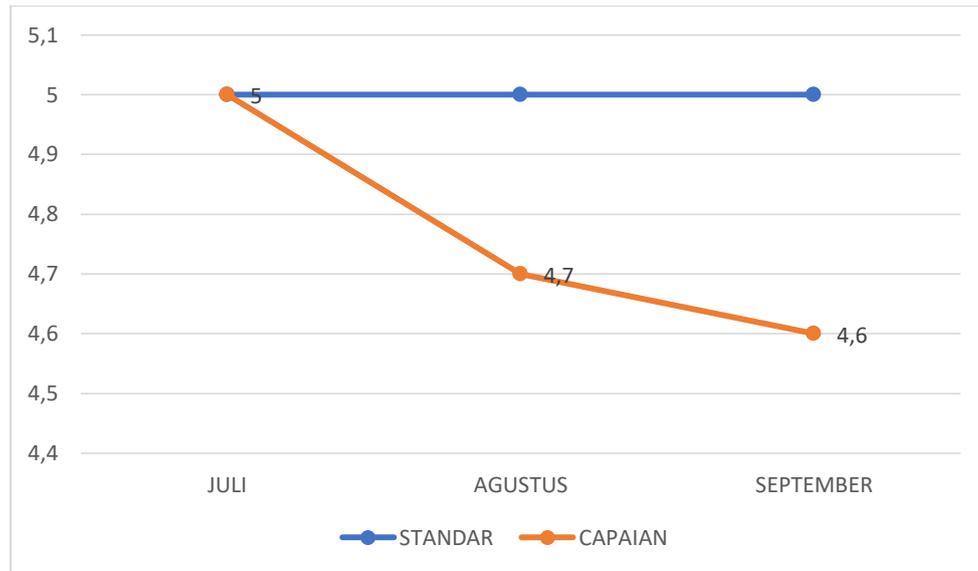
Dari hasil pemantauan yang dilakukan oleh IPCN dan IPCLN rata-rata kejadian ISK rata-rata 0% dan sudah mencapai standar yang ditetapkan. Data tersebut menggambarkan kepedulian petugas terhadap personal hygiene pasien sudah sangat baik.

21. Plebhitis

Definisi:

Phlebitis merupakan inflamasi pada vena, yang ditandai dengan adanya daerah yang merah, nyeri dan pembengkakan di daerah penusukan atau sepanjang vena (Brunner dan Sudarth, 2002)

Grafik:



Analisis:

Dari hasil pemantauan yang dilakukan oleh IPCN dan IPCLN rata-rata kejadian Plebhitis rata-rata 0% dan sudah mencapai standar yang ditetapkan.

22. Ventilator-Associated Pneumonia (VAP)

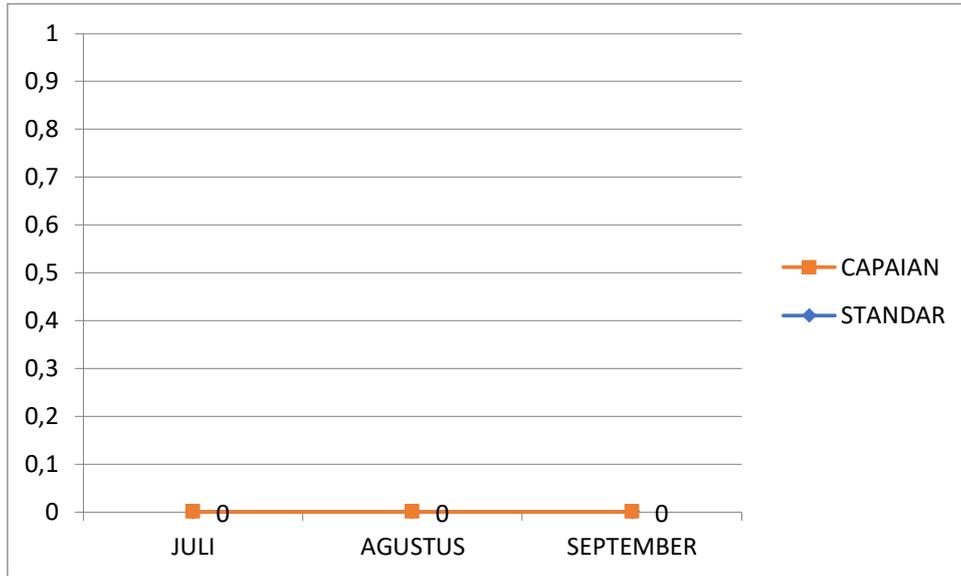
Definisi:

Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) adalah infeksi saluran napas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik > 48 jam, dan sebelumnya tidak ditemukan tanda-tanda infeksi saluran napas.

Ditemukan minimal dari tanda dan gejala klinis :

- Demam (≥ 38 °C) tanpa ditemui penyebab lainnya.
- Leukopenia (< 4.000 WBC/mm³) atau Leukositosis (≥ 12.000 SDP/mm³).
- Untuk penderita berumur ≥ 70 tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya.

Grafik:



Analisis:

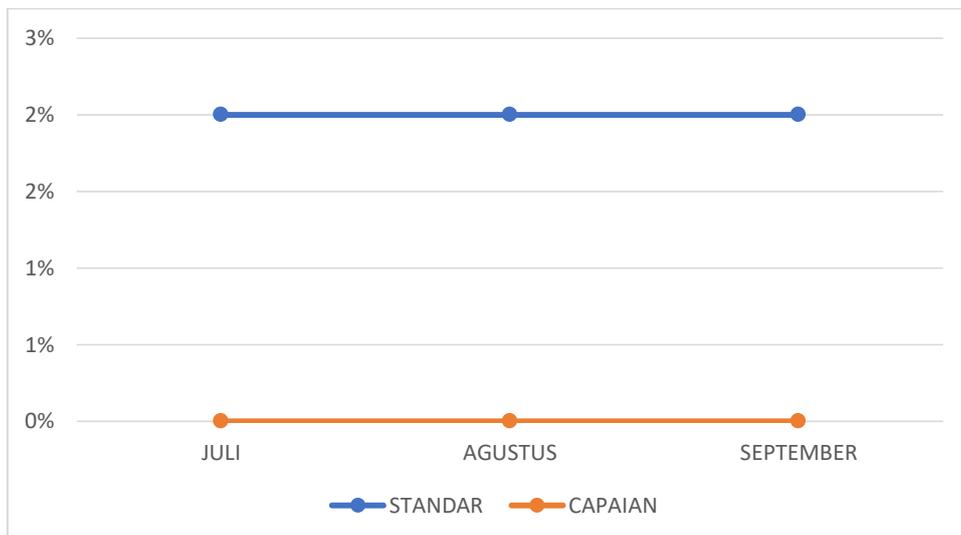
Dari hasil pemantauan yang dilakukan oleh IPCN dan IPCLN rata-rata kejadian VAP rata-rata 0% dan sudah mencapai standar yang ditetapkan.

23. Infeksi Daerah Operasi (IDO)

Definisi:

Infeksi Daerah Operasi adalah Infeksi yang terjadi pada daerah insisi daerah operasi dalam waktu 30 hari tanpa implan dan satu tahun dengan implan pasca bedah.

Grafik:



Analisis:

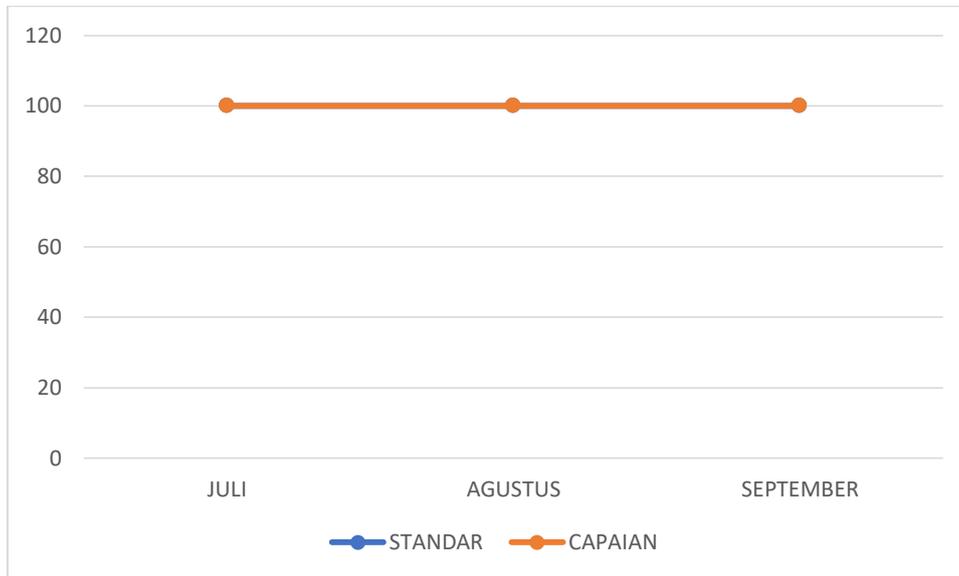
Rata-rata infeksi daerah operasi 0%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

24. Ketersediaan APD

Definisi:

APD (Alat Pelindung Diri) adalah alat standar yang digunakan untuk melindungi tubuh dari tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di rumah sakit, seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun.

Grafik:



Analisis:

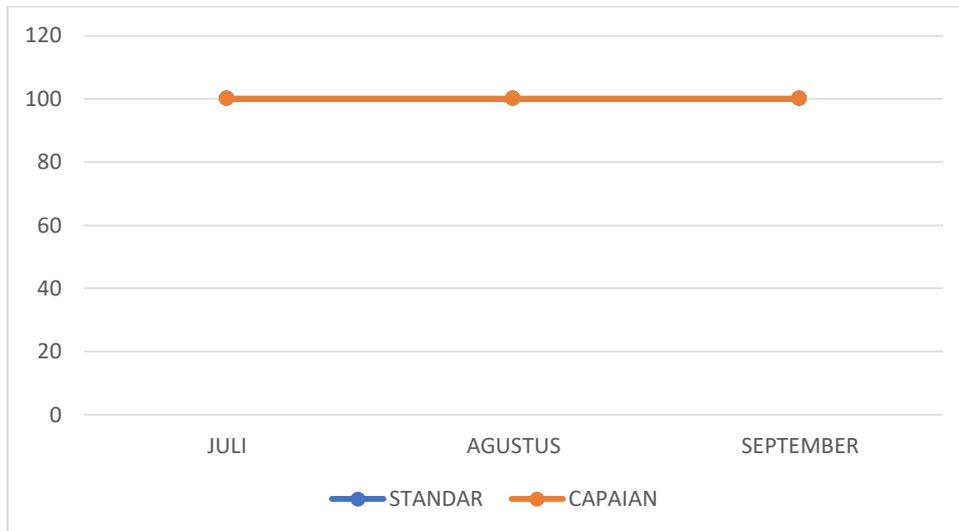
Dari data diatas rata-rata ketersediaan APD 100%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

25. Ketersediaan Obat

Definisi:

Ketersediaan obat di rumah sakit adalah tersedianya kebutuhan obat sesuai dengan formularium rumah sakit.

Grafik:



Analisis:

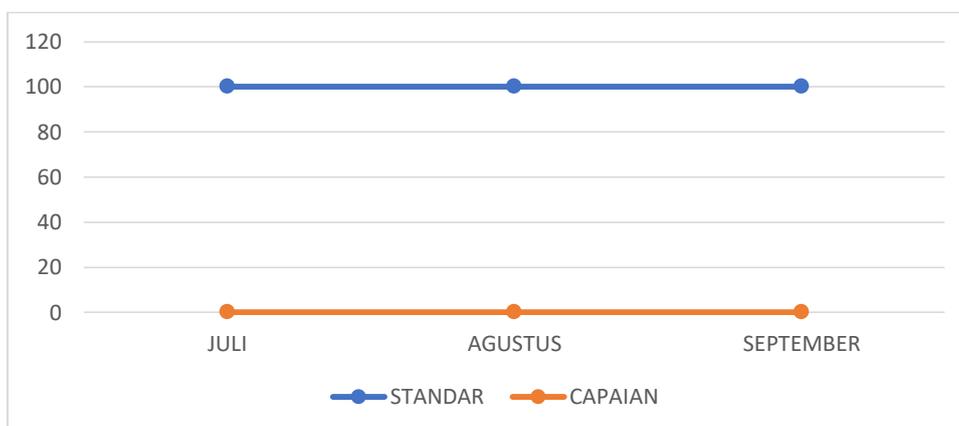
Dari data diatas rata-rata ketersediaan obat yang sesuai dengan formularium nasional 100%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

26. Kepatuhan pelabelan obat high alert

Definisi:

High alert adalah obat yang sering menyebabkan terjadinya kesalahan/kesalahan serius (sentinel event), obat yang beresiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan seperti obat yang terlihat mirip atau obat yang kedengaran mirip (Look alike Sound Alike/ LASA). Obat yang sering mendapatkan perhatian adalah sediaan cairan konsentrat tinggi dan obat LASA. Pelabelan adalah pemberian identitas higt alert pada suatu kesedian.

Grafik:



Analisis:

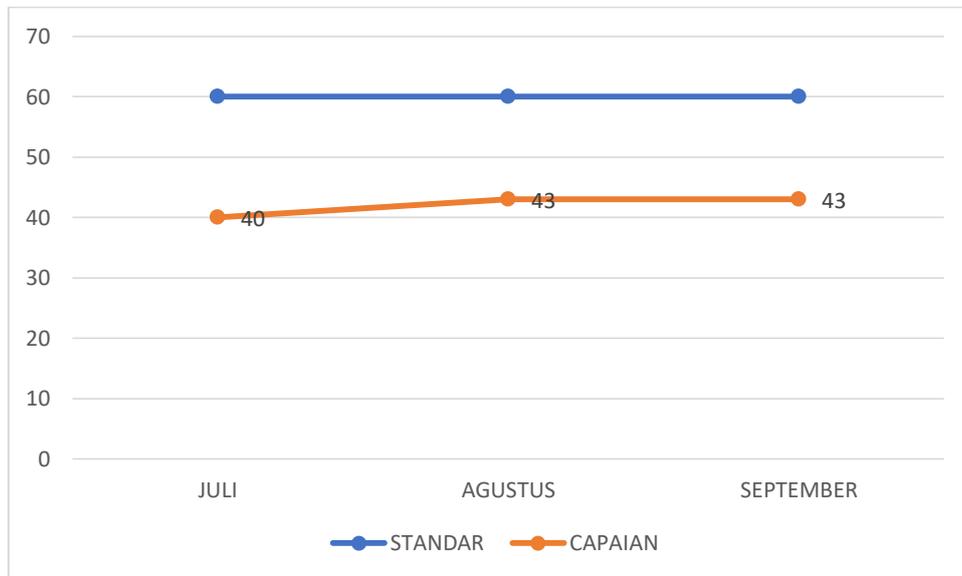
Dari data diatas rata-rata kepatuhan pelabelan obat high alert 0%. Data tersebut masih jauh dibawah standar yang ditetapkan. Hal ini terjadi karena belum tersedianya stiker atau label yang akan digunakan untuk obat high alert tersebut.

27. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Definisi:

Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan sejak pasien menyerahkan resep obat di loket apotek sampai dengan menerima/mendapatkan obat jadi dari petugas farmasi dengan waktu < 60 menit.

Grafik:



Analisis:

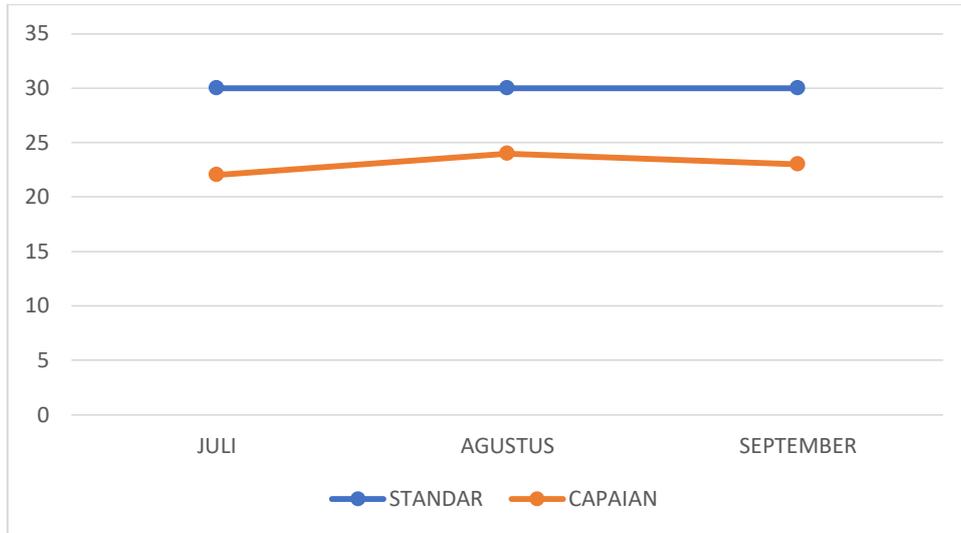
Dari data diatas rata-rata waktu tunggu pelayanan obat racikan 42 menit. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

28. Waktu tunggu pelayanan obat non racikan

Definisi:

Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan sejak pasien menyerahkan resep obat di loket apotek sampai dengan menerima/mendapatkan obat jadi dari petugas farmasi dengan waktu < 30 menit.

Grafik:



Analisis:

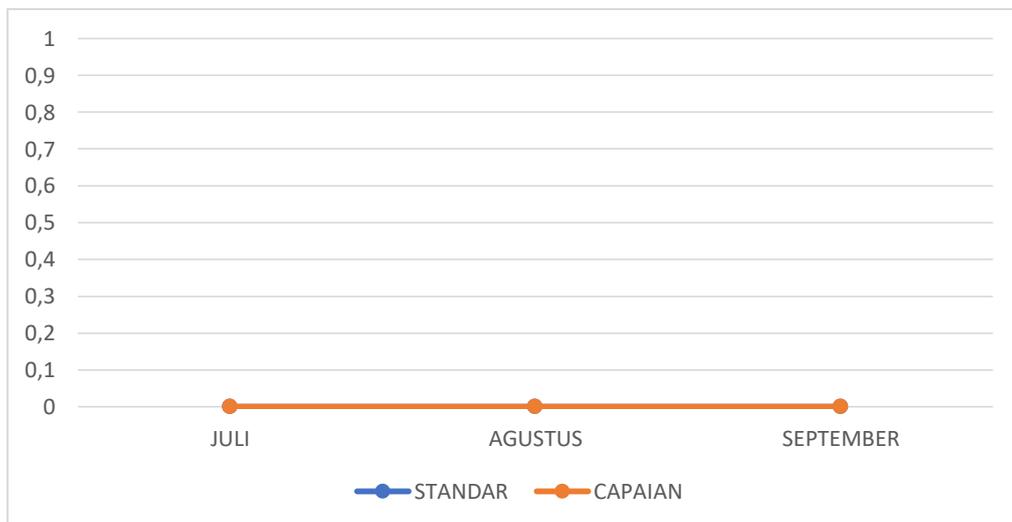
Dari data diatas rata-rata waktu tunggu pelayanan obat non racikan 23 menit. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

29. Ketidaklengkapan inform concent

Definisi:

Informed Concent adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien / keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.

Grafik:



Analisis:

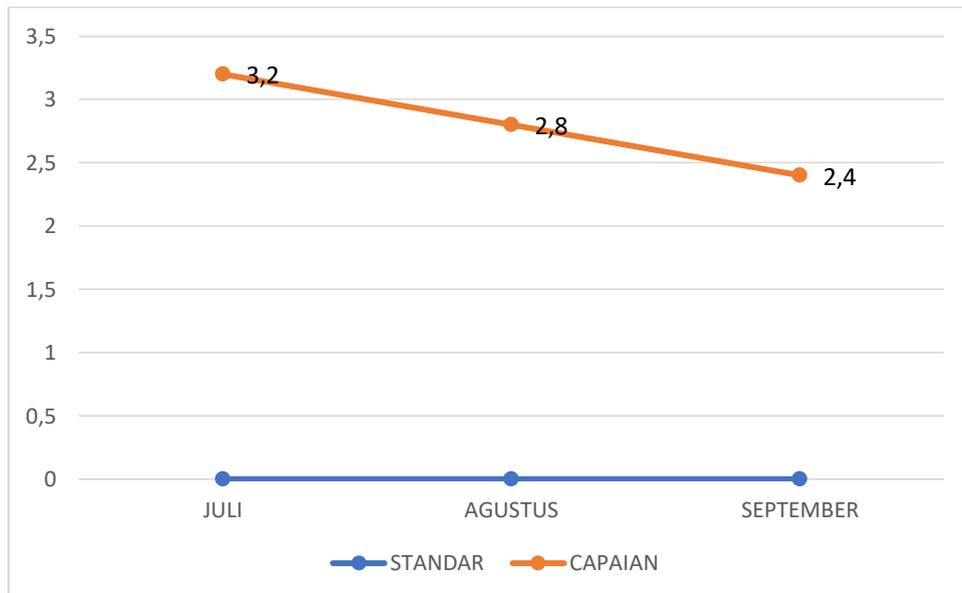
Dari data diatas rata-rata ketidaklengkapan inform concent 0%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

30. Ketidaklengkapan catatan medis pasien (KLPCM)

Definisi:

KLPCM adalah Ketidaklengkapan seluruh catatan medis pasien yang berisi seluruh informasi tentang pasien sesuai dengan formular yang disediakan khususnya resume medis dan resume keperawatan termasuk seluruh hasil pemeriksaan penunjang dalam waktu 14 hari setelah pasien keluar dari RS.

Grafik:



Analisis:

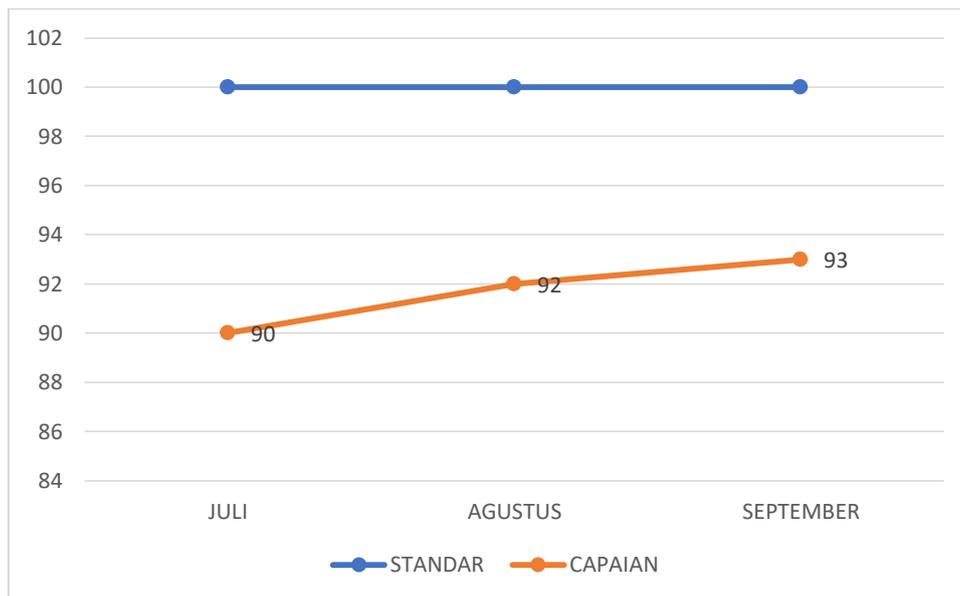
Dari data diatas rata-rata KLPCM 2,8%. Data tersebut belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Hal ini terjadi karena masih adanya PPA yang tidak mengisi format sesuai dengan ketentuan yang sudah ditetapkan. Beberapa PPA juga mengeluh belum adanya sosialisasi dalam pengisian beberapa format yang ada di rekam medis pasien

31. Kelengkapan RM pasien setelah selesai rawatan.

Definisi:

Rekam medis rawat inap yang lengkap adalah rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah pasien selesai dirawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume.

Grafik:



Analisis:

Dari data diatas rata-rata Kelengkapan RM pasien setelah selesai rawatan 92%. Data tersebut belum mencapai standar yang ditetapkan karena masih banyaknya status pasien yang diserahkan > 24 jam setelah selesai rawatan.

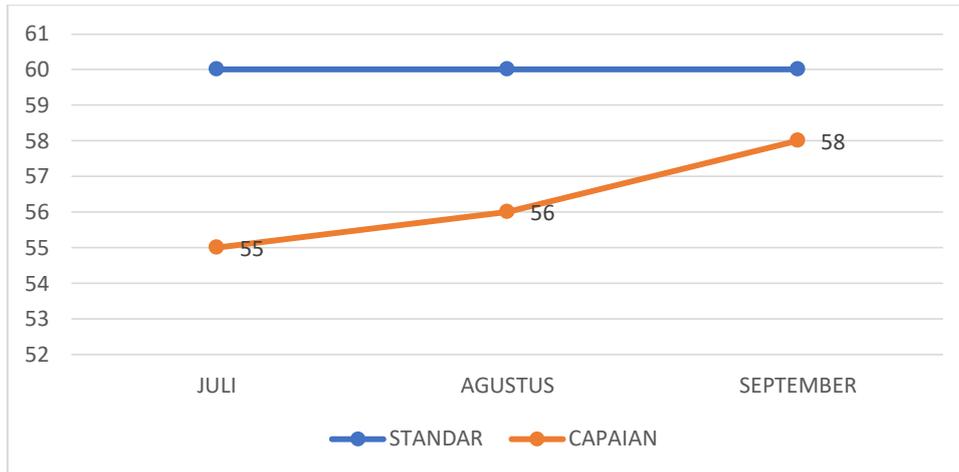
32. Waktu tunggu pelaporan hasil kritis radiologi

Definisi:

Waktu lapor hasil tes kritis radiologi adalah Waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter spesialis radiologi sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan). Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 60 (enam puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan Untuk lisan harus ada bukti TBAK (Tulis, Baca,

Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medic Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.

Grafik:



Analisis:

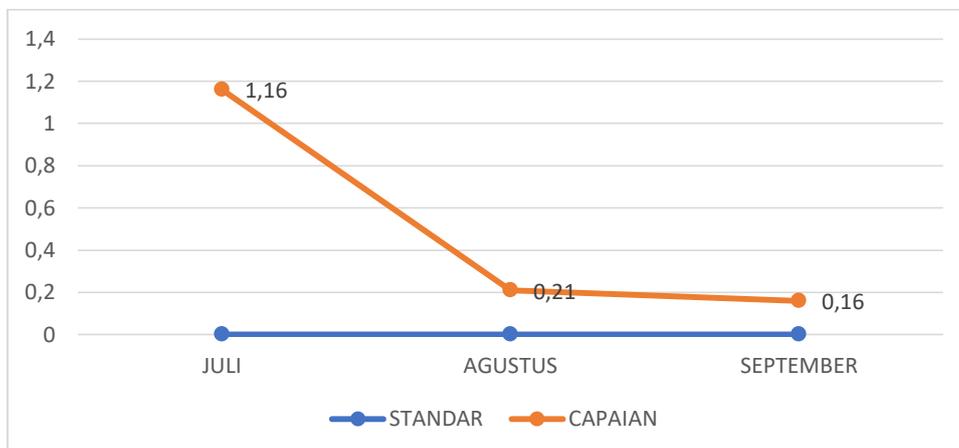
Dari data diatas rata-rata waktu lapor tes kritis radiologi 56 menit. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

33. Kesalahan cetak film pada pemeriksaan radiologi

Definisi:

Terjadinya kesalahan cetak film dimana cetak film pemeriksaan radiologi tidak sesuai dengan hasil cetak film seperti yang di harapkan oleh dokter pengirim maupun dokter radiologi.

Grafik:



Analisis:

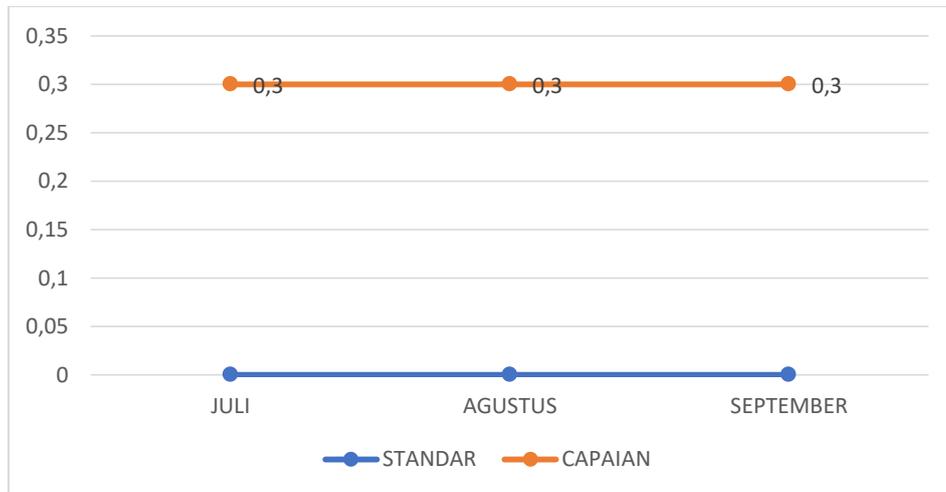
Rata-rata kesalahan cetak film pada pemeriksaan radiologi 0,51. Data tersebut belum mencapai standar yang ditetapkan. Hal ini terjadi karena kualitas pencitraan dari komputer yang kurang baik sehingga Hasil foto rongen tidak bisa dibaca dan kesalahan cetak ukuran (besar/kecil) dan kesalahan dari unit computer radiografi yang dalam hal ini printer kadang memprint tester tanpa perintah.

34. Kesalahan posisi pada pemeriksaan radiologi

Definisi:

Terjadi kesalahan posisi pemeriksaan dimana hasil tindakan pemeriksaan radiologi terhadap pasien tidak sesuai dengan posisinya seperti yang di harapkan dokter pengirim.

Grafik:



Analisis:

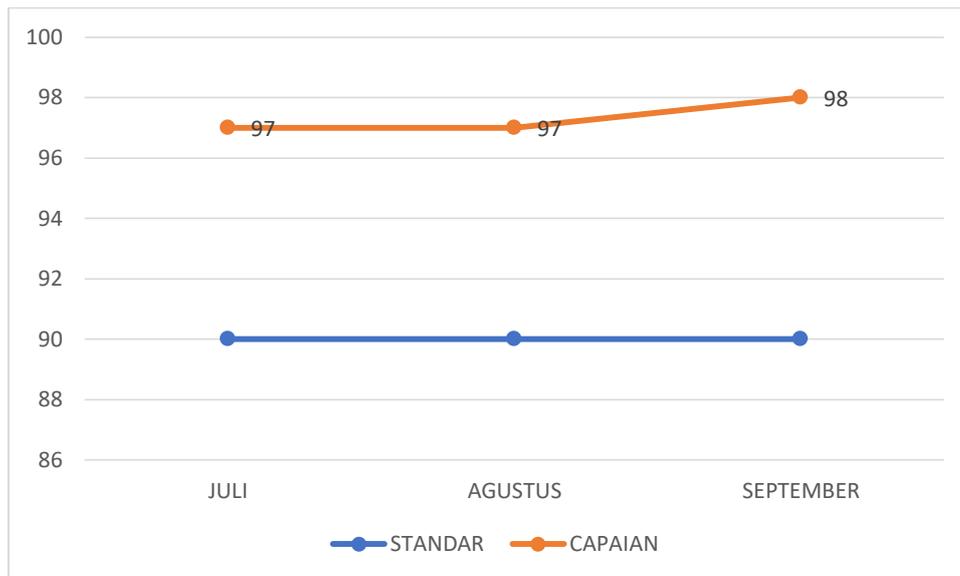
Rata-rata kesalahan posisi pada pemeriksaan radiologi 0,3%. Data tersebut belum mencapai standar yang ditetapkan. Hal ini terjadi karena kurang ketelitian dalam memposisikan pasien, posisi kaset yang bergerak atau pasien yang kurang kooperatif.

35. Waktu tunggu labor cyto

Definisi:

Waktu tunggu adalah waktu yang dibutuhkan untuk memperoleh hasil pemeriksaan laboratorium dari pengambilan sampel sampai keluar hasil adalah < 120 menit.

Grafik:



Analisis:

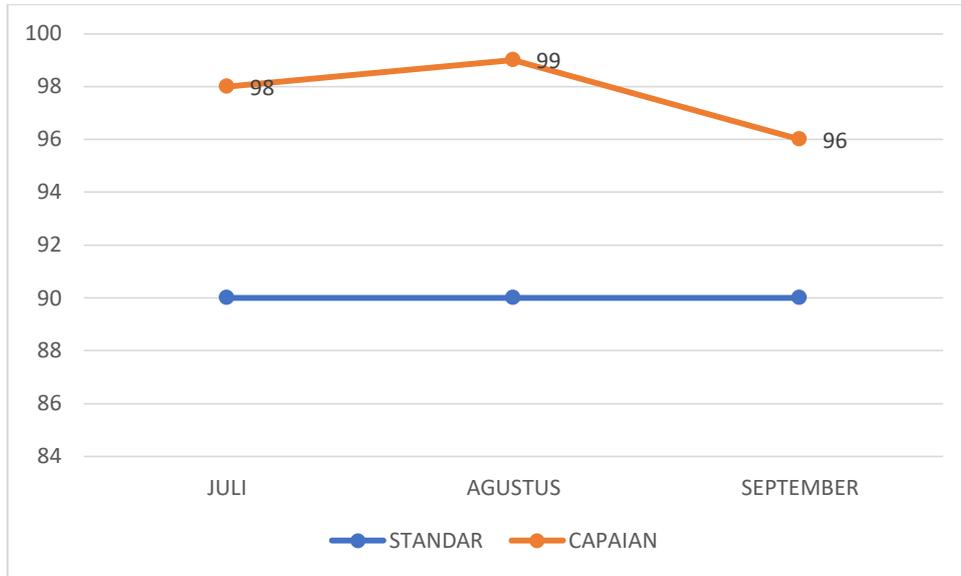
Rata-rata capaian untuk waktu tunggu labor cyto 97%. Data tersebut sudah mencapai target yang ditetapkan. Data tersebut menggambarkan bahwa respon time petugas laboratorium terhadap pemeriksaan labor cyto sudah sangat baik dan cepat.

36. Waktu tunggu labor regular

Definisi:

Waktu tunggu adalah waktu yang dibutuhkan untuk memperoleh hasil pemeriksaan laboratorium dari pengambilan sampel sampai keluar hasil adalah < 300 menit.

Grafik:



Analisis:

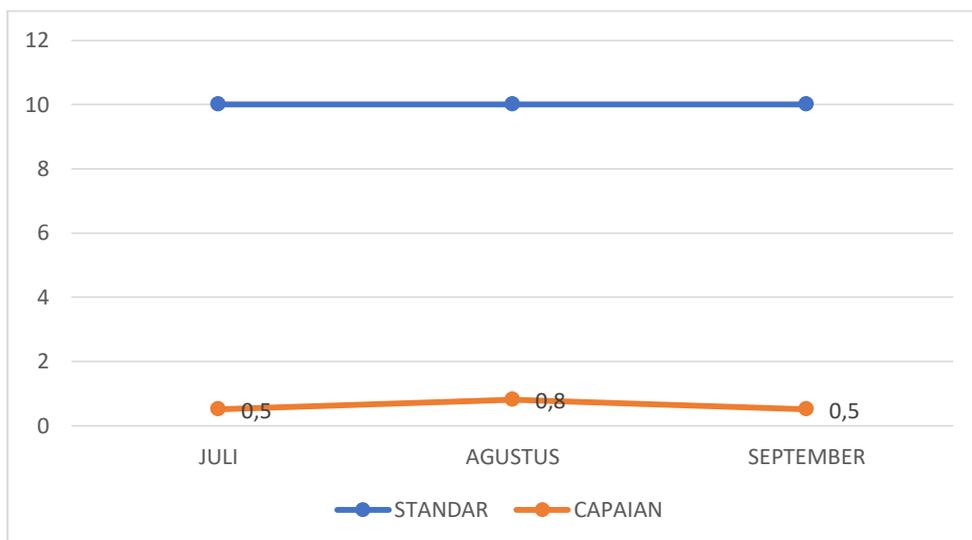
Rata-rata capaian waktu tunggu hasil laboratorium regular 97%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

37. Kejadian droup out pada pasien rehabilitasi medis

Definisi:

Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan.

Grafik:



Analisis:

Rata-rata kejadian droup out pada pasien rehabilitasi medis 0,6%. Data tersebut sudah mencapai target yang ditetapkan. Kejadian droup ini terjadi karena beberapa faktor diantaranya:

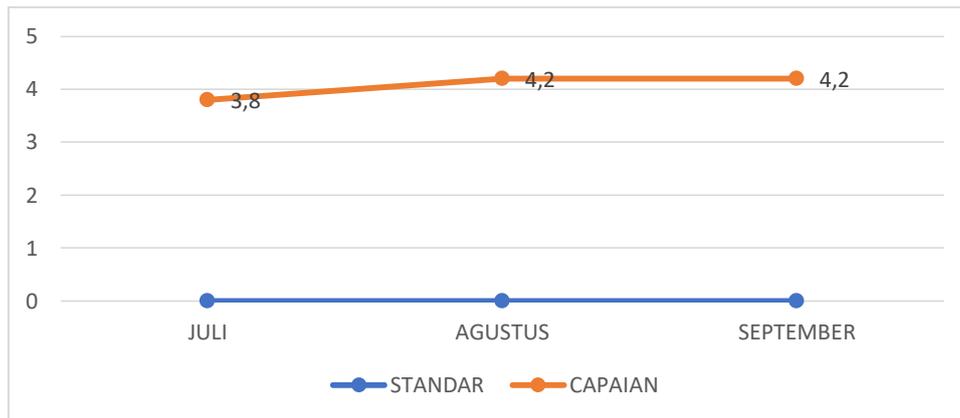
- a. Tempat tinggal yang jauh
- b. Biaya
- c. Pekerjaan pasien.

38. Keterlambatan Tindakan HD

Definisi:

Ketidakpatuhan pasien tentang jadwal HD adalah ketidakpatuhan pasien HD dalam menjalani terapi hemodialysis sesuai dengan terapi yang dijadwalkan oleh dokter.

Grafik:



Analisis:

Rata-rata keterlambatan jadwal pasien HD 4%. Data tersebut belum mencapai standar yang ditetapkan. Hal ini terjadi karena faktor diantaranya:

- a. Tempat tinggal yang jauh dari rumah sakit
- b. Kebiasaan individu sendiri.

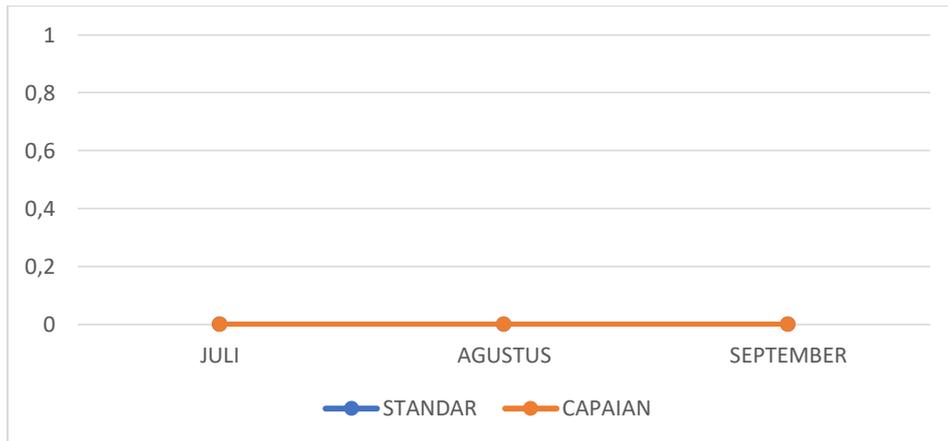
39. Ketidaktepatan insersi arteri vena pada pasien HD

Definisi:

Ketidaktepatan pelaksanaan akses intravaskuler baik vena maupun arteri perifer atau AV shunt Insersi arteri vena adalah tindakan menyisipkan jarum AV Fistula

ke dalam pembuluh darah arteri atau vena untuk akses darah masuk ke dalam mesin hemodialisis (inlet) dan akses darah masuk kembali ke tubuh pasien (outlet). Ketidaktepatan insersi arteri vena adalah apabila terjadi ketidaktepatan akses pada arteri atau vena, berupa bengkak dan perdarahan (rembes).

Grafik:



Analisis:

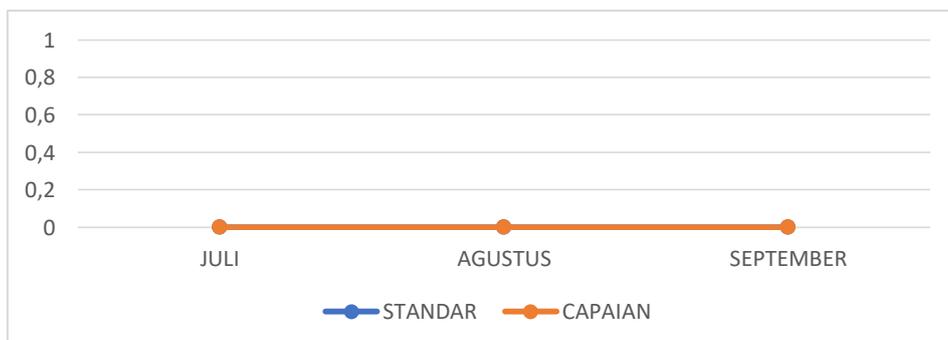
Rata-rata ketidaktepatan insersi arteri vena 0%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

40. Kesalahan diit pasien

Definisi:

Kesesuaian jenis diit antara yang diminta oleh dokter dengan yang disajikan pada saat makan. Kesesuaian diit meliputi jumlah kalori, jenis makanan, volume diit cair.

Grafik:



Analisis:

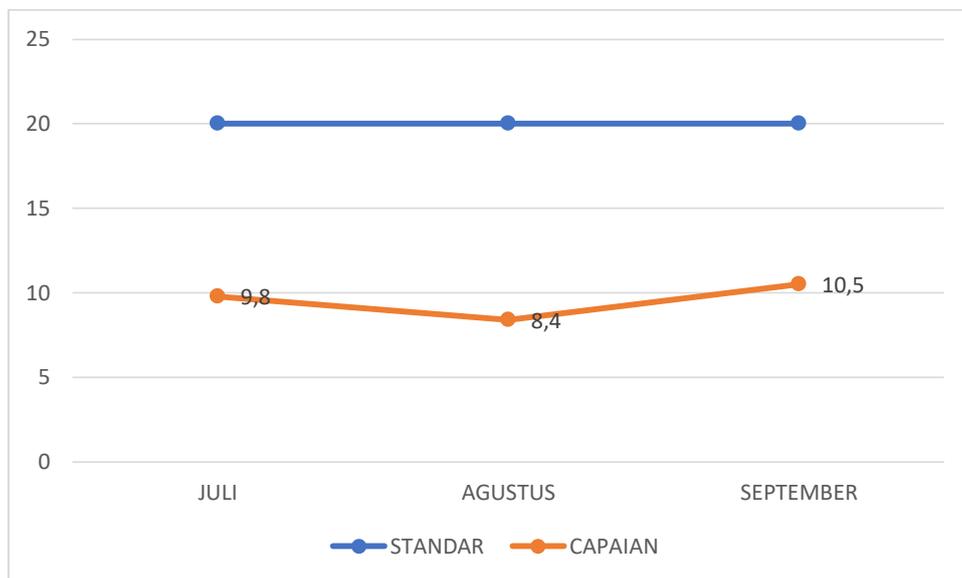
Rata-rata kesalahan pemberian diit pasien 0%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

41. Sisa makan siang pasien non diit

Definisi:

Porsi makan siang yang tidak habis dimakan oleh pasien non diit $\geq \frac{1}{2}$ porsi makan yang disediakan untuk pasien.

Grafik:



Analisis:

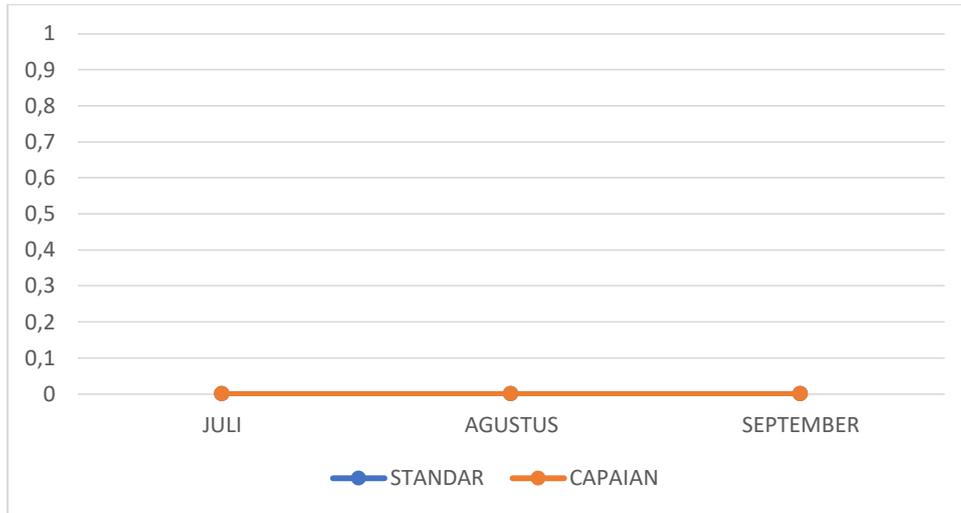
Rata-rata sisa makan siang pasien non diit 9,5%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan. Namun perlu ditingkatkan lagi kualitas makanan yang disajikan agar sisa makan siang pasien non diit dapat berkurang.

42. Linen hilang

Definisi:

Kejadian linen hilang adalah hilangnya salah satu atau beberapa jenis linen yang jumlahnya tidak sesuai antara alokasi awal dengan saat dilakukan stock opname

Grafik:



Analisis:

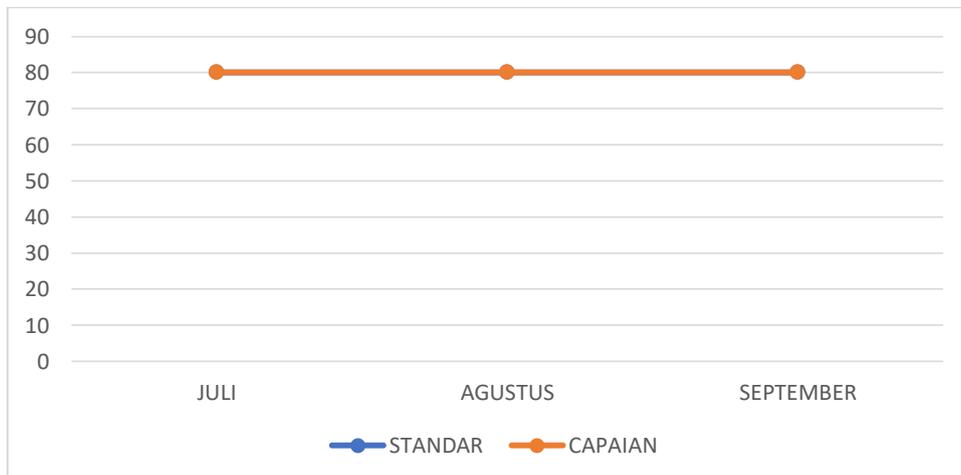
Rata-rata kejadian linen hilang 0%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan. Namun perlu dilakukan pencatatan yang jelas antara linen yang masuk dan linen keluar di masing-masing unit agar tidak terjadi kekeliruan terhadap total keseluruhan linen yang tersedia.

43. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Definisi:

Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi.

Grafik:



Analisis:

Rata-rata kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 80%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan. Data tersebut menggambarkan bahwa respon time petugas dalam menanggapi kerusakan alat sudah sangat cepat dan baik.

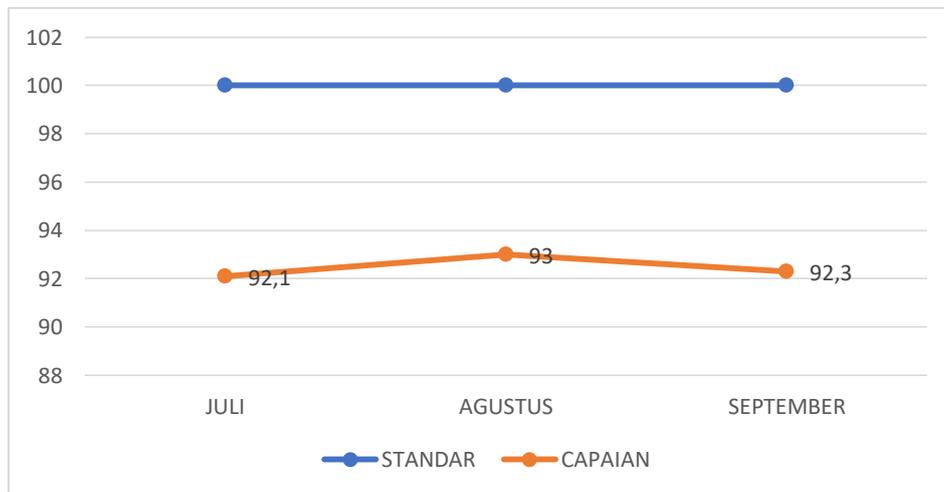
44. Kelengkapan assesmen medis 1x24 jam setelah pasien masuk rawat inap

Definisi:

Yang dimaksud asesmen medis lengkap dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap adalah:

- Proses kegiatan mengevaluasi pasien-oleh tenaga medis-paling lambat 24 jam setelah pasien masuk rawat inap meliputi mengumpulkan informasi,
- Menganalisa informasi dan membuat rencana pelayanan untuk memenuhi semua kebutuhan pasien yang telah diidentifikasi.

Grafik:



Analisis:

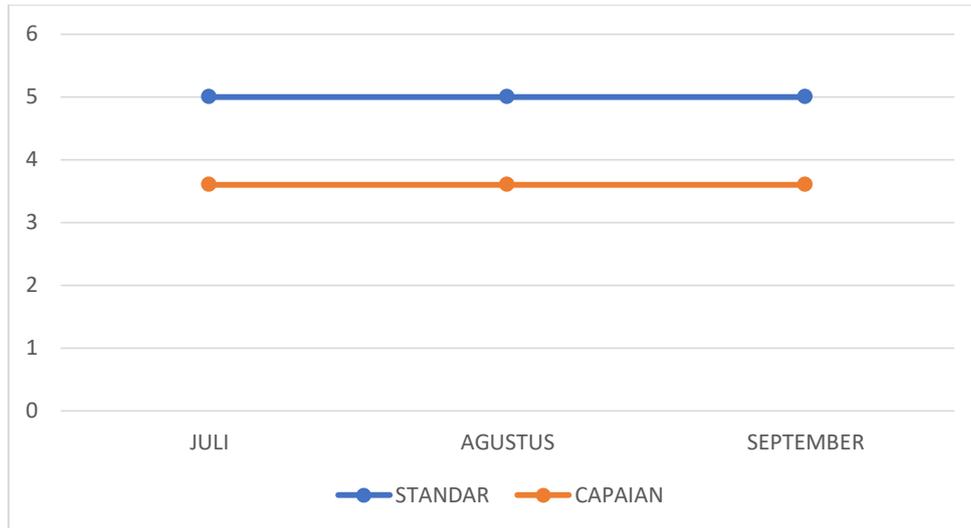
Rata-rata kelengkapan pengisian Assesmen medis 1x 24 jam 92%. Data tersebut belum mencapai standar yang ditetapkan. Hal itu terjadi karena masih adanya DPJP yang mengisi assesmen medis lebih dari 24 jam setelah pasien masuk rawat inap.

45. Ketidakpatuhan pendokumentasian assesmen nyeri

Definisi:

Terjadinya ketidakpatuhan perawat dalam pendokumentasian asesmen nyeri secara kontinyu di status pasien baik asesmen awal maupun ulang.

Grafik:



Analisis:

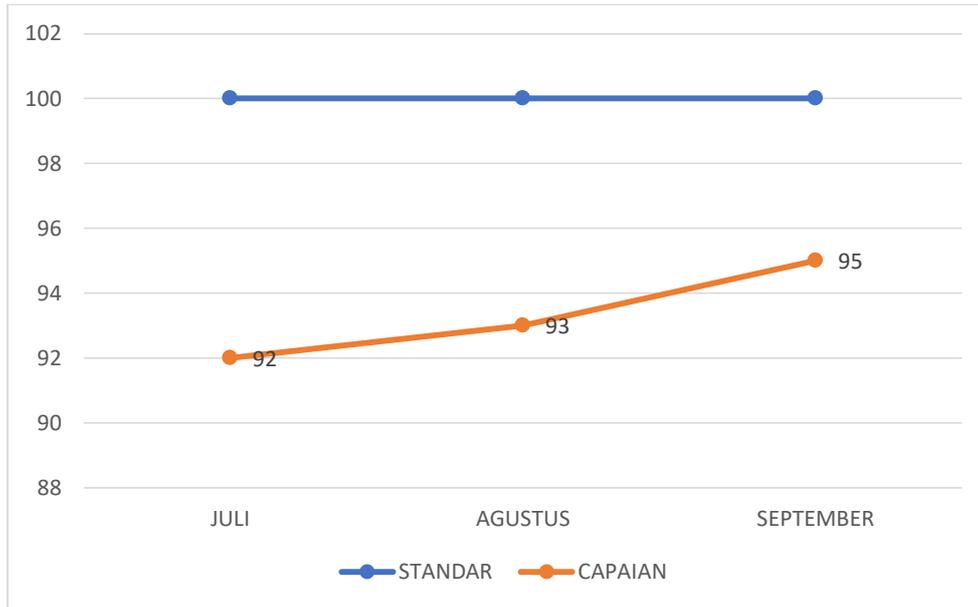
Rata-rata ketidakpatuhan terhadap assesmen nyeri 3,6%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

46. Kepatuhan pemasangan gelang identitas

Definisi:

Terpasangnya gelang pasien yang terdiri dari Nama, Nomor RM dan Tanggal Lahir dimana dibedakan warna untuk gelang Biru adalah untuk pasien Laki-laki dan gelang Merah Muda untuk pasien Perempuan. Sedangkan sticker penanda merah pada gelang untuk pasien alergi, kuning untuk pasien resiko jatuh.

Grafik:



Analisis:

Rata-rata pkepatuhan pemasangan gelang identitas 93%. Data tersebut belum mencapai standar yang ditetapkan. Hal ini terjadi karena masih ditemukannya pasien yang tidak terpasang gelang identitas dan pasien resiko jatuh yang tidak terpasang gelang kuning.

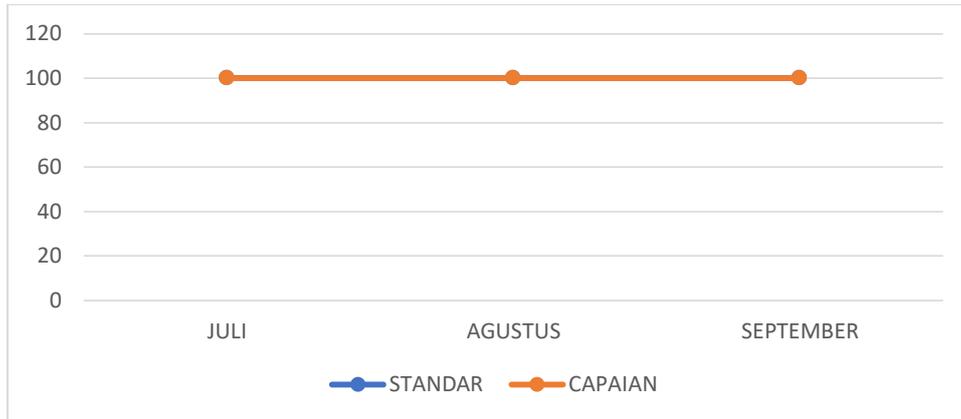
47. Kepatuhan SBAR

Definisi:

Komunikasi efektif adalah sebuah proses penyampaian pikiran atau informasi dari seseorang kepada orang lain melalui suatu cara tertentu sehingga orang lain mengerti apa yang dimaksud oleh penyampai pikiran tersebut.

SBAR adalah metode terstruktur untuk mengkomunikasikan informasi penting yang membutuhkan perhatian segera dan tindakan berkontribusi terhadap eskalasi yang efektif dan meningkatkan keselamatan pasien.

Grafik:



Analisis:

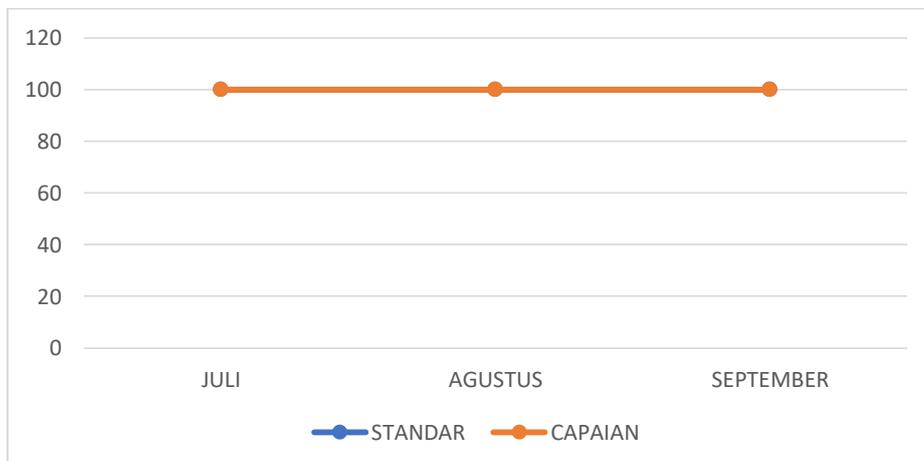
Rata-rata kepatuhan komunikasi SBAR 100%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

48. Kepatuhan site marking

Definisi:

Site marking yang dimaksud adalah tindakan pemberian tanda identifikasi khusus untuk penandaan sisi kanan atau kiri pada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi dengan prosedur yang tepat dan benar. Prosedur site marking harus dilakukan oleh dokter operator dengan penandaan dan tanpa inisial nama dokter bedah pada sisi lokasi operasi dalam penandaan. Penandaan dilakukan pada semua kasus mencakup lateralitas (Kanan - kiri), multiple struktur (jari tangan, jari kaki, lesi).

Grafik:



Analisis:

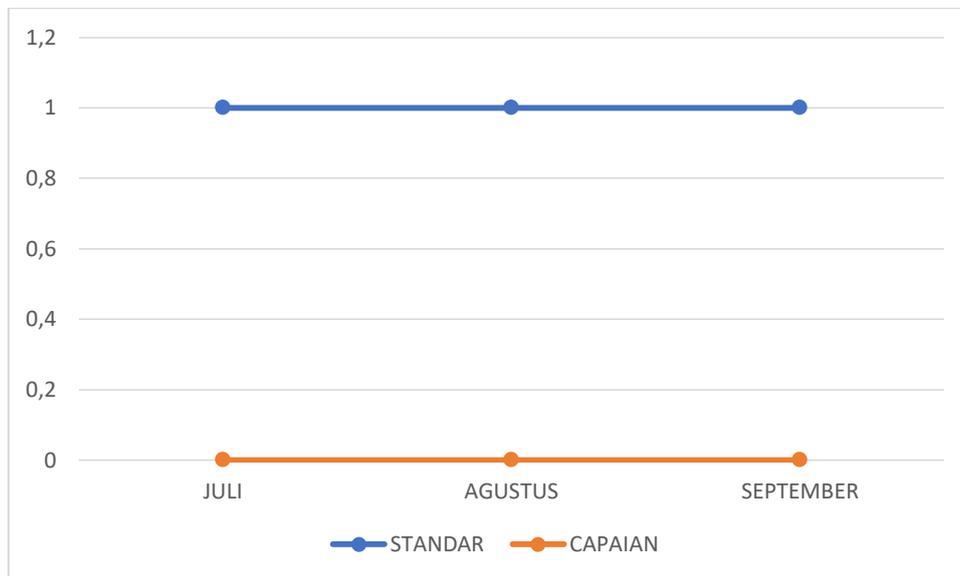
Rata-rata kepatuhan terhadap site marking 100%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

49. Ketidaklengkapan assesmen pre anastesi

Definisi:

Ketidaklengkapan asesmen pre anastesi meliputi : dokter anastesi tidak visite pada saat pasien masih di ruang perawatan (pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, KIE/Informed Consent), dan rekam medis tidak terisi secara lengkap sebelum pasien dilakukan anastesi.

Grafik:



Analisis:

Rata-rata ketidaklengkapan assesmen pre anastesi 0%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

50. Penerapan keselamatan OK

Definisi:

Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi :

a. Tahapan Sign-in

Dilakukan sebelum induksi anastesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anastesi

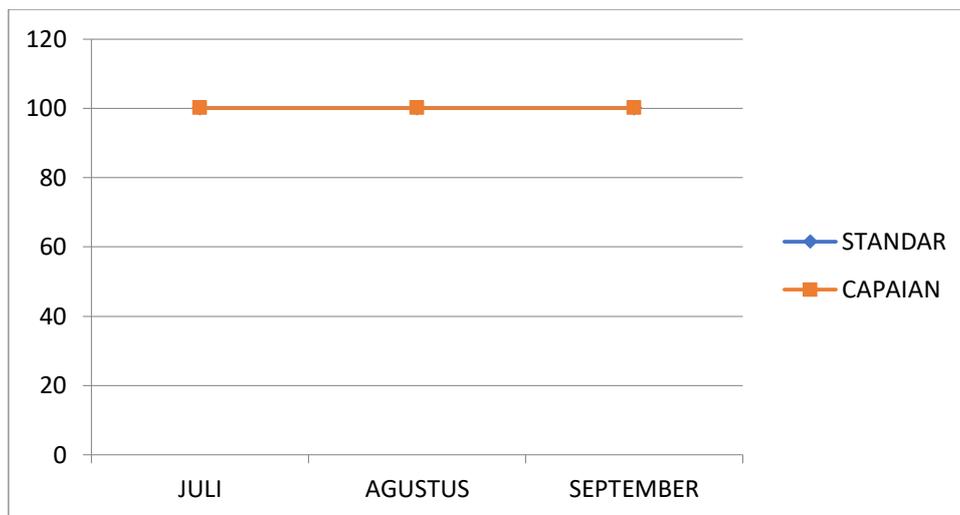
b. Tahapan Time-out

Dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator

c. Tahapan Sign-out

dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator.

Grafik:



Analisis:

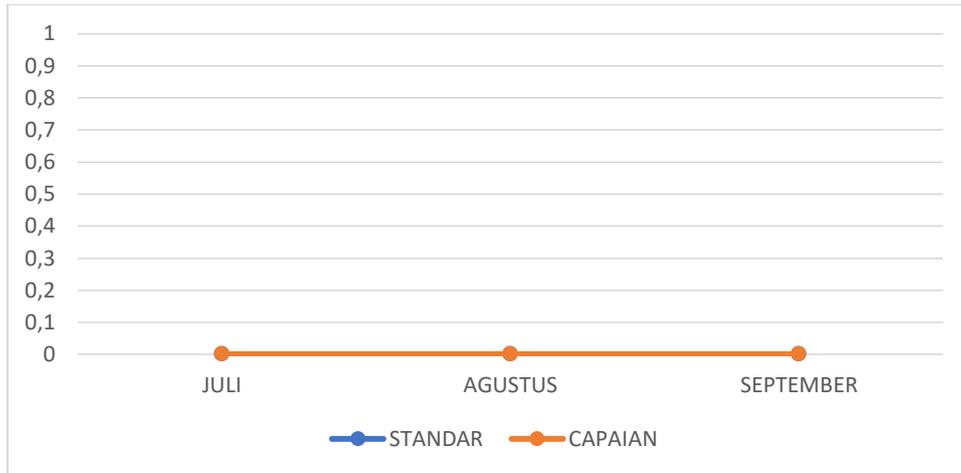
Rata-rata penerapan keselamatan operasi 100%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

51. Kejadian salah sisi

Definisi:

Tidak Adanya Kejadian Salah Sisi yang dimaksud adalah tidak terjadinya operasi salah sisi. Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian pembedahan di kamar operasi yang dilakukan pada sisi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan sebelumnya, hal tersebut tidak disadari oleh operator maupun oleh asisten bedahnya.

Grafik:



Analisis:

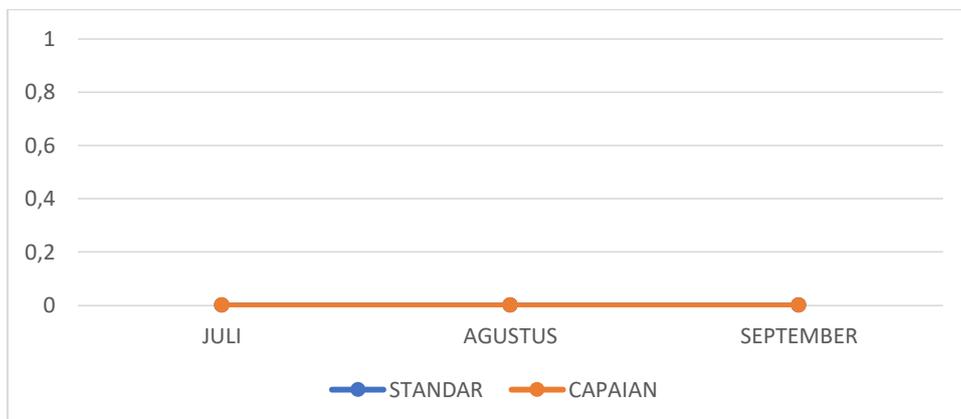
Rata-rata kejadian salah sisi 0%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

52. Kejadian reaksi transfusi

Definisi:

Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfuse darah dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfuse, hemolisi akibat golongan darah yang tidak sesuai atau gangguan system imun sebagai akibat pemberian transfuse darah.

Grafik:



Analisis:

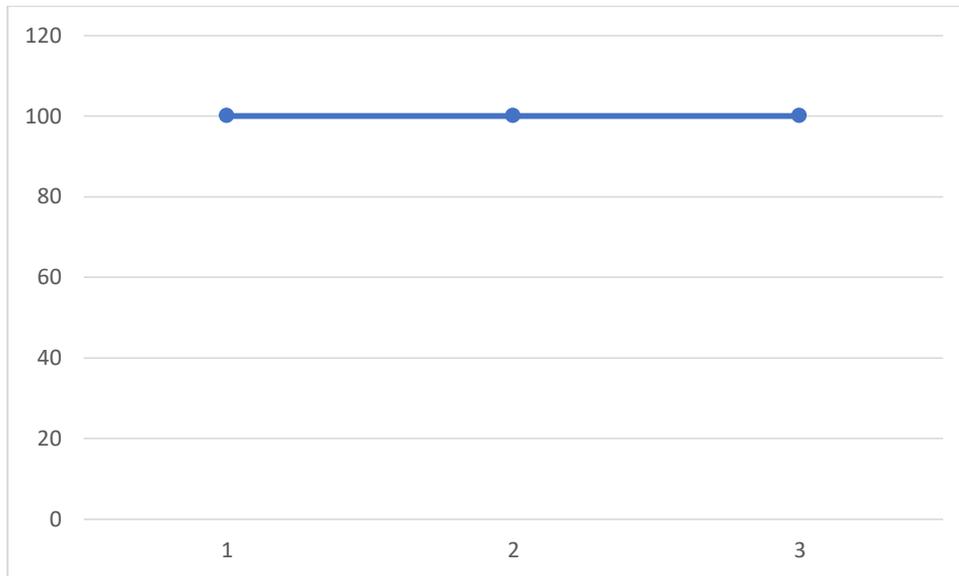
Rata-rata kejadian reaksi transfusi 0%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

53. Kelengkapan surgical ceklish

Definisi:

Surgical checklist safety adalah daftar list klarifikasi keselamatan pasien yang dibacakan/ dicatat sebelum incise, selama operasi atau sesudah operasi memastikan benar pasien, benar area, benar tindakan/ prosedur operasi sesuai dengan yang direncanakan.

Grafik:



Analisis:

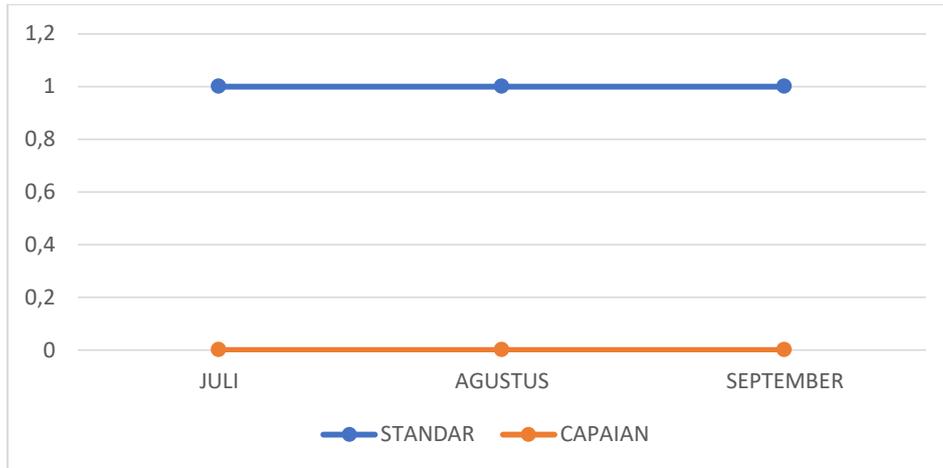
Rata-rata kelengkapan surgical checklist 100%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

54. Kematian ibu melahirkan karena perdarahan

Definisi:

Kejadian Kematian Ibu Persalinan karena perdarahan adalah jumlah kematian ibu melahirkan yang disebabkan perdarahan. Perdarahan yang dimaksud adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.

Grafik:



Analisis:

Rata-rata kematian ibu melahirkan karena perdarahan 0%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

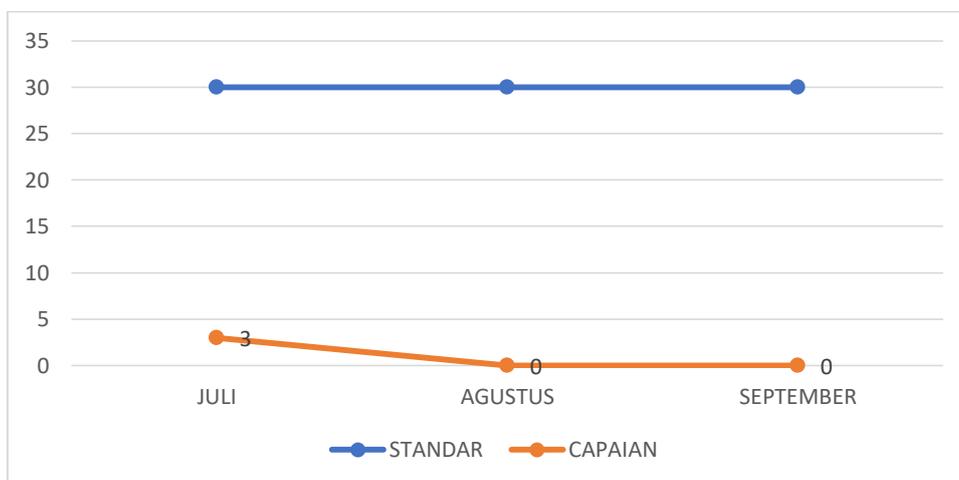
55. Kematian ibu melahirkan pre eklamsia

Definisi:

Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada trimester kedua. Pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua atau tiga tanda, yaitu:

- a. Tekanan darah sistolik > 160 mmHg, dan diastolik > 110 mmHg.
- b. Protein uria > 5gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif.
- c. Oedem tungkai.

Grafik:



Analisis:

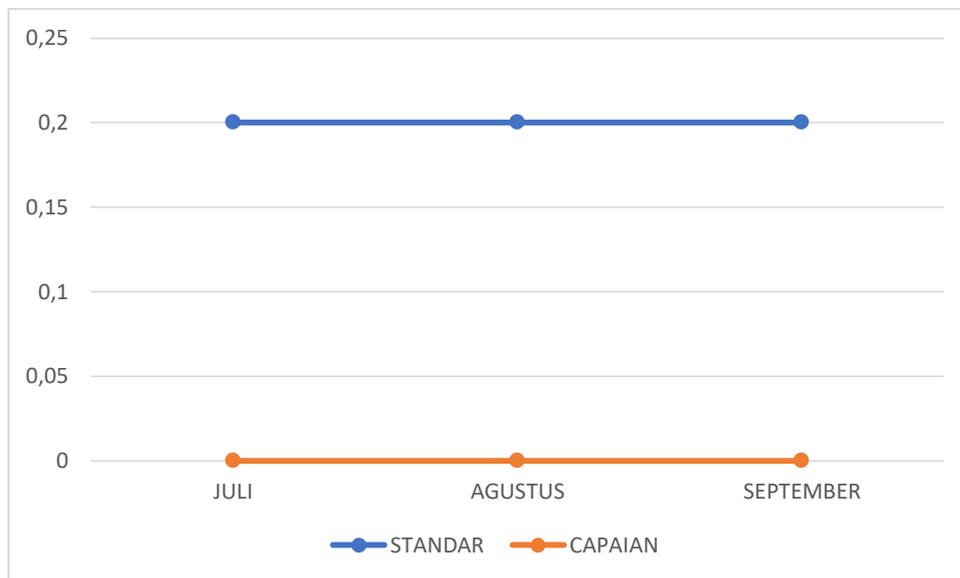
Rata-rata kematian ibu melahirkan karena pre eklamsia 0%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

56. Kematian ibu melahirkan karena Sepsis

Definisi:

Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.

Grafik:



Analisis:

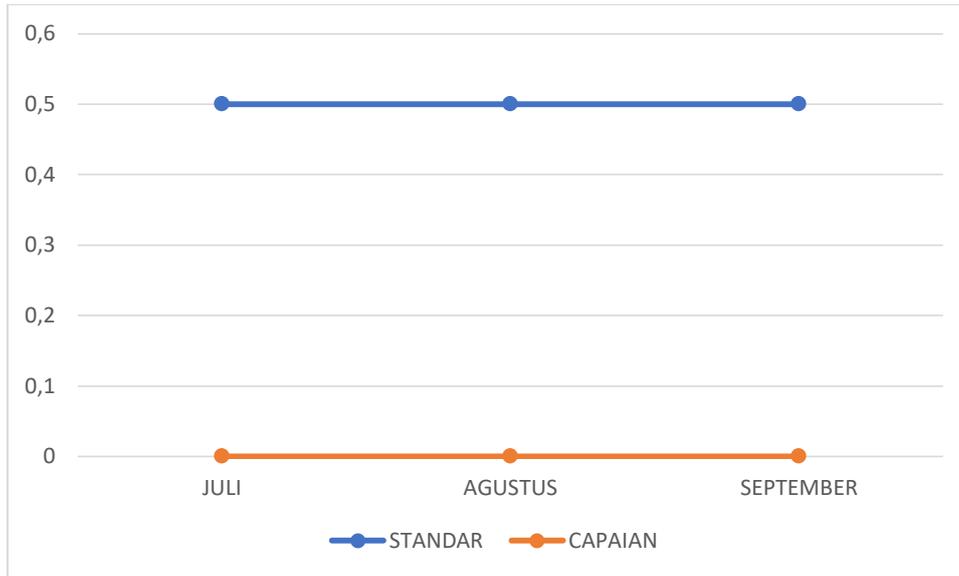
Rata-rata kematian ibu melahirkan karena sepsis 0%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

57. Kesalahan diagnose pre dan post operasi

Definisi:

Terjadinya insiden kesalahan diagnosis pada pasien pra operasi, yang baru diketahui oleh operator pada saat durante operasi (diagnosis pra dan post operasi berbeda).

Grafik:



Analisis:

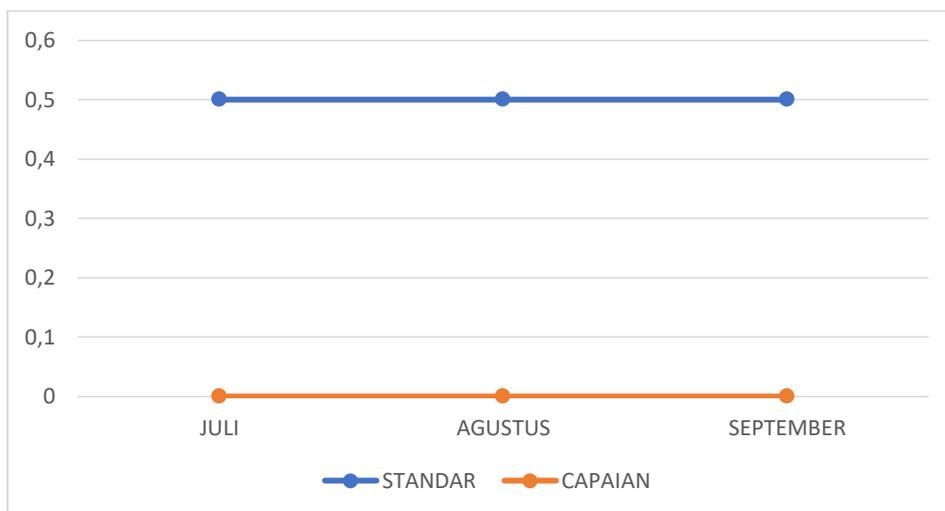
Rata-rata kesalahan diagnose pre dan post operasi 0%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

58. Ketidakmampuan menangani BBLR

Definisi:

BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr – 2500 gr.

Grafik:



Analisis:

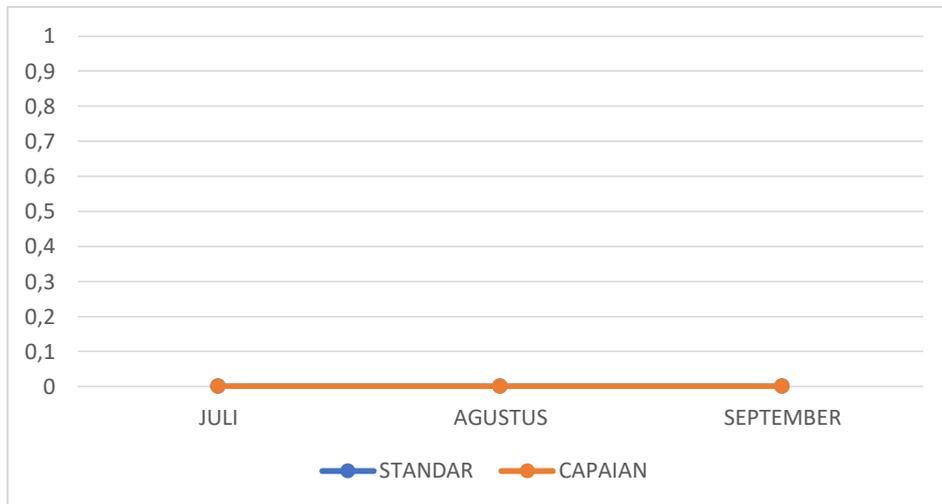
Rata-rata ketidakmampuan menangani BBLR 0%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

59. Pasien yang Kembali ke ICU < 72 jam setelah rawatan

Definisi:

Pasien kembali ke ruang perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam.

Grafik:



Analisis:

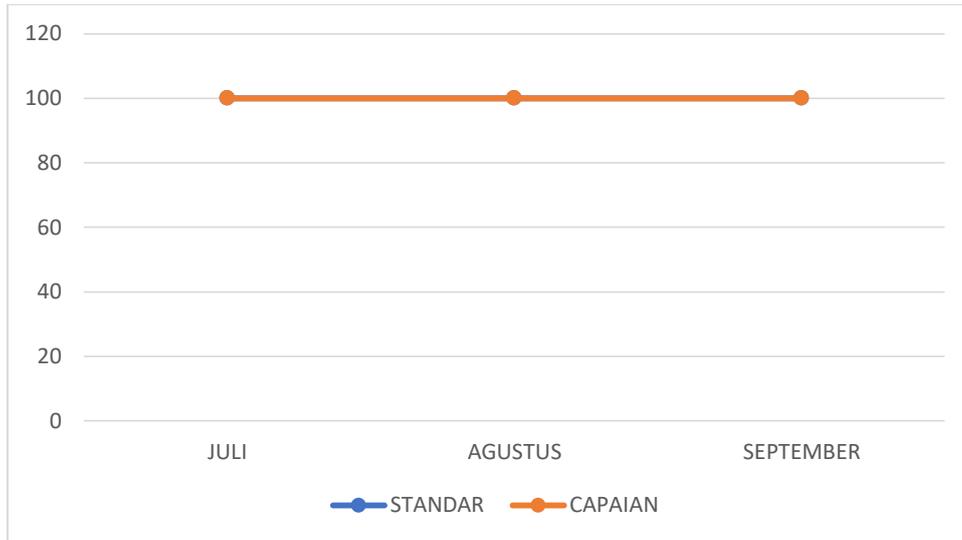
Rata-rata pasien yang Kembali ke perawatan insentif dengan kasus yang sama 0%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

60. Pemenuhan kebutuhan darah

Definisi:

Pemenuhan kebutuhan darah adalah terpenuhinya kebutuhan darah untuk seluruh pasien yang akan transfuse darah.

Grafik:



Analisis:

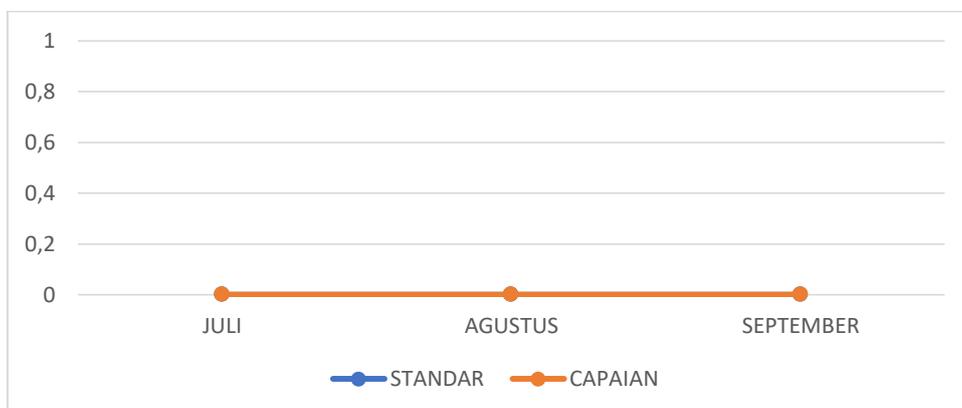
Rata-rata pemenuhan kebutuhan darah 100%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

61. Kejadian tertusuk jarum

Definisi:

Kejadian tertusuk jarum suntik merupakan kejadian yang berhubungan mengenai suatu prosedur APD yang harus dilakukan ketika berkontak langsung dengan pasien. Prosedur pencegahan tertusuk jarum / benda tajam harus dilakukan mulai dari proses pemilihan jarum suntik / benda tajam, penggunaan, pembuangan, sampai proses pemusnahan.

Grafik:



Analisis:

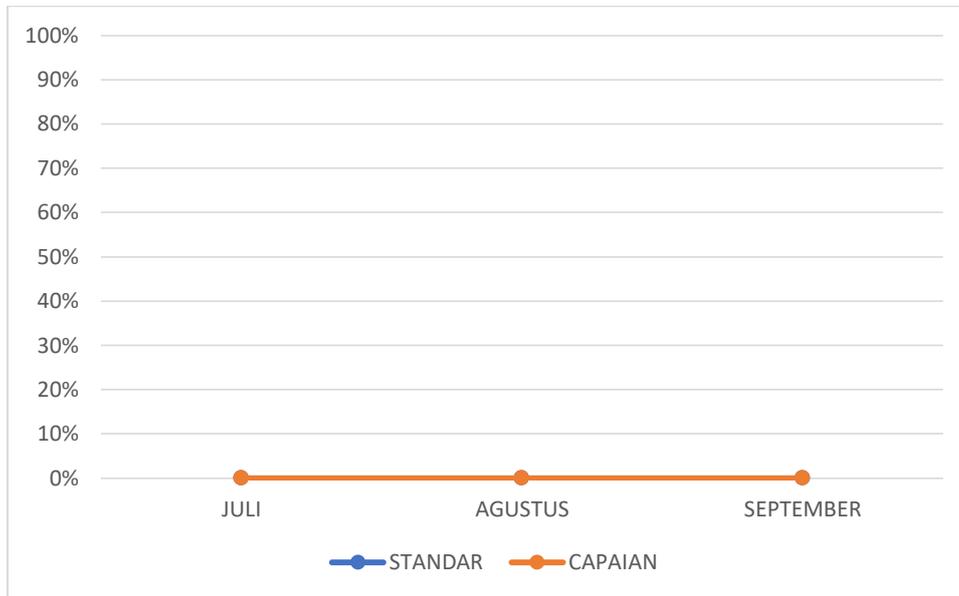
Rata-rata kejadian tertusuk jarum 0 orang. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

62. Kejadian pasien jatuh

Definisi:

Tidak adanya kejadian pasien jatuh adalah tidak terjadinya pasien jatuh selama pasien mendapatkan pelayanan rawat inap di rumah sakit, baik akibat jatuh dari tempat tidur, dikamar mandi dsb.

Grafik:



Analisis:

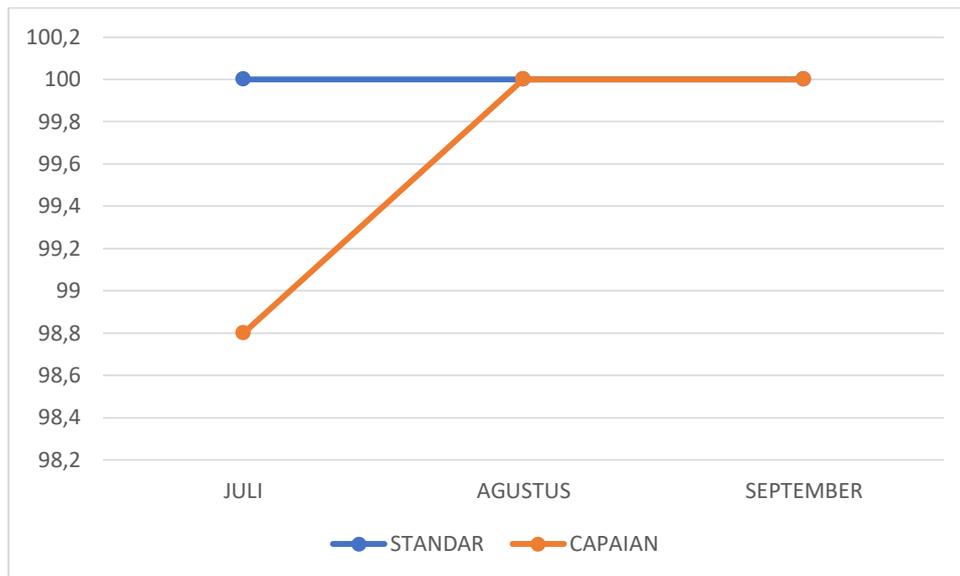
Dari data diatas menunjukkan bahwa tidak ada kejadian pasien jatuh. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

63. Waktu tunggu hasil pemeriksaan hispatologi laboratorium PA

Definisi:

Waktu tunggu hasil pemeriksaan Histopatologi laboratorium Patologi Anatomik adalah tenggang waktu dari mulai penerimaan spesimen/ sampel sampai penyerahan hasil dengan target 2-5 hari kerja.

Grafik:



Analisis:

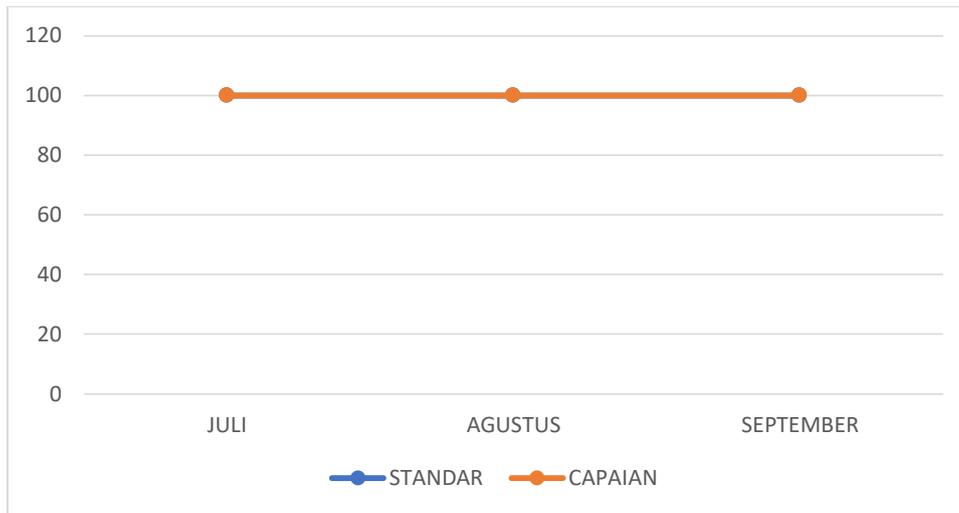
Rata-rata waktu tunggu pemeriksaan hispatologi 99,6%. Data tersebut belum mencapai standar yang ditetapkan. Hal ini terjadi karena ada permintaan dr.Sp.PA untuk dilakukan pemeriksaan ulang untuk memastikan suatu diagnosa.

64. Waktu tunggu hasil pemeriksaan sitologi laboratorium PA

Definisi:

Waktu tunggu hasil pemeriksaan Sitologi laboratorium Patologi Anatomik adalah tenggang waktu dari mulai penerimaan spesimen/ sampel sampai penyerahan hasil dengan waktu 1-2 hari.

Grafik:



Analisis:

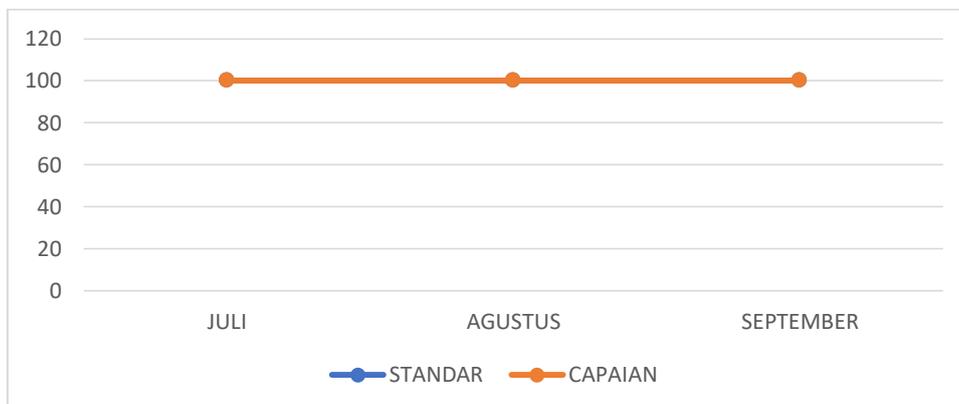
Rata-rata waktu tunggu pemeriksaan sitologi sudah mencapai standar yang ditetapkan.

65. Pelaksanaan expertise hasil pemeriksaan laboratorium PA

Definisi:

Pelaksanaan ekspertise hasil pemeriksaan histopatologi dan sitologi adalah Dokter spesialis patologi anatomik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan histopatologi dan sitologi. Bukti dilakukan espertise adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.

Grafik:



Analisis:

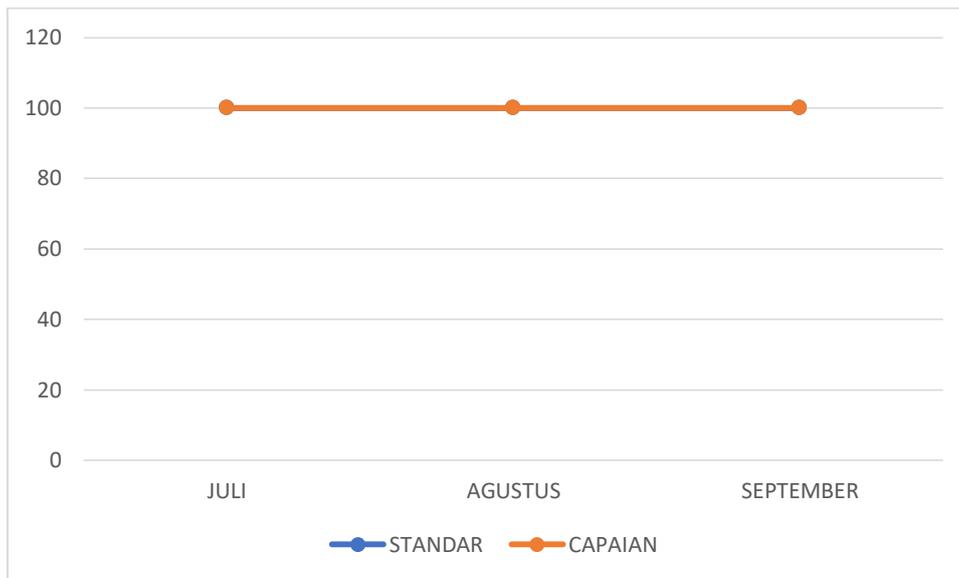
Dari data diatas rata-rata pelaksanaan ekspertise laboratorium PA sudah mencapai standar yang ditetapkan.

66. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium hispatologi dan sitologi lab. PA

Definisi:

Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan histopatologi dan sitologi adalah tidak ada kesalahan administrasi dalam pelayanan meliputi kesalahan identifikasi, kesalahan registrasi, kesalahan pelabelan sampel dan kesalahan penyerahan hasil histopatologi dan sitologi.

Grafik:



Analisis:

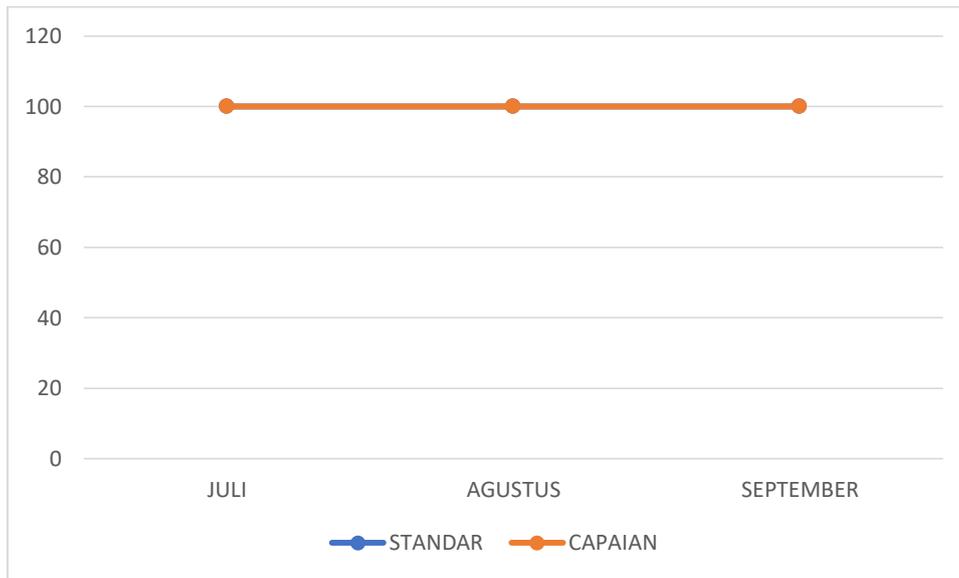
Dari data diatas rata-rata tidak ada kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan hispatologi dan sitologi laboratorium PA. Data sudah mencapai standar yang ditetapkan.

67. Tindak lanjut hasil pertemuan direksi

Definisi:

Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing.

Grafik:



Analisis:

Rata-rata tindak lanjut hasil pertemuan direksi 100%. Data tersebut sudah mencapai standar yang ditetapkan.

BAB III

PEMBAHASAN

Indikator mutu rumah sakit terdiri dari indikator mutu nasional, indikator mutu prioritas rumah sakit dan indikator mutu prioritas unit. Setelah dilakukan pengolahan data ada beberapa indikator yang belum mencapai standar yang ditetapkan diantaranya:

1. Kepatuhan kebersihan tangan
2. Waktu tanggap SC emergency < 30 menit
3. Waktu tunggu rawat jalan
4. Kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien rawat inap
5. Lama observasi IGD < 8 jam
6. Kepatuhan pelabelan obat high aler
7. Ketidaklengkapan catatan medis pasien (KLPCM)
8. Kelengkapan rekam medis 1x24 jam setelah selesai rawatan
9. Ketidaklengkapan informed concent
10. Kesalahan cetak film pada pemeriksaan radiologi
11. Kesalahan posisi pada pemeriksaan radiologi
12. Keterlambatan waktu tindakan hemodialisa
13. Kelengkapan assesmen medis 1x24 jam setelah pasien masuk rawat inap
14. Kepatuhan pemasangan gelang identitas.

Indikator-indikator mutu dan keselamatan pasien yang belum mencapai standar yang ditetapkan akan dilakukan PDSA oleh direktur dan jajarannya (Terlampir). Kemudian indikator yang pencapaiannya masih diragukan akan dilakukan validasi data oleh tim mutu rumah sakit. Hasil dari validasi data ini akan dirapatkan bersama unit-unit terkait untuk menentukan rencana tindak lanjut yang akan dilakukan agar data mencapai standar yang telah ditetapkan.

BAB IV

PENUTUP

Secara garis besar kegiatan mutu ini telah berjalan dengan baik meskipun ada beberapa 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.

Solok, 10 Oktober 2022

Ketua Komite Mutu



dr. Reno Sari Caniago, Sp.S
Nip. 197303132002122004