



PEMERINTAH PROVINSI KEPULAUAN RIAU
RUMAH SAKIT JIWA DAN KETERGANTUNGAN OBAT ENGKU HAJI DAUD

RSJKO | 2024

LAPORAN MUTU
PERIODE JANUARI-MARET



KATA PENGANTAR

Puji syukur atsa rahmat Allah SWT, Laporan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) RSJKO Engku Haji Daud periode April-Juni 2024 telah dapat diselesaikan. Untuk melaksanakan program pelaporan hasil capaian Indikator mutu tidaklah mudah karena memerlukan koordinasi dan komunikasi yang baik antar seluruh bidang, baik medis, keperawatan, penunjang, administrasi dan lain-lain termasuk kepala instalasi dan kepala ruangan.

Pada pelaporan triwulan I ini, RSJKO Engku Haji Daud sudah melaksanakan sesuai dengan PMK Nomor 25/ MENKES/ PER/X/2020 tentang Indikator Mutu. Laporan PMKP oleh Komite Mutu Rumah Sakit Triwulan I ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam pencapaian program PMKP pada masa brikutnya. Akhir kata kami mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah membantu terlaksananya seluruh program PMKP sehingga tersusunnya laporan ini, walaupun masih jauh dari harapan terkait beberapa capaian indikator belum tercapai sesuai standar.

Tanjung Uban, Juli 2024

Komite Mutu

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan menjamin keselamatan pasien, maka rumah sakit perlu mempunyai program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) yang menjangkau ke seluruh unit kerja di rumah sakit. Komite Mutu RSJKO Engku Haji Daud mempunyai tugas memotori dan memonitoring pelaksanaan mutu dan keselamatan pasien yang sejatinya merupakan pekerjaan sehari-hari dari seluruh staf di unit pelayanan.

Direktur bersama-sama dengan jajaran structural dan kepala unit pelayanan, dan dibantu oleh penanggungjawab data, telah memilih dan menetapkan pengukuran Indikator Mutu Unit, Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit dan Indikator Nasional Mutu. Setiap indikatornya telah dibuat profilnya oleh Komite Mutu dan Unit terkait. Pengumpulan data dilakukan oleh PIC atau penanggungjawab data unit terkait. Pemantauan dan supervise dilakukan oleh pimpinan unit. Selain itu juga dilakukan supervise dan validasi data oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien serta jajaran direksi.

Laporan hasil survey dan analisa program peningkatan mutu dan keselamatan pasien RSJKO Engku Haji Daud terbagi dalam laporan triwulan dan dikompilasi dalam laporan tahunan. Laporan ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi pemegang kebijakan dalam mengambil prioritas kebijakan peningkatan mutu dan keselamatan pasien kedepannya.

B. Tujuan

1. Tujuan umum

Tergambarnya mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien di RSJKO Engku Haji Daud

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan evaluasi program peningkatan mutu RSJKO Engku Haji Daud melalui pemantauan dan pelaporan capaian Indikator Mutu kepada Direktur RSJKO Engku Haji Daud
- b. Mendapat rekomendasi atau feedback dari pemilik rumah sakit terkait capaian indikator mutu pelayanan.

BAB II
KEGIATAN PEMANATAUAN INDIKATOR MUTU
APRIL-JUNI 2024

A. Kegiatan Pokok

Kegiatan pemantauan indikator mutu Triwulan II tahun 2024 di mulai dari bulan April sampai dengan bulan JUNI 2024. Adapun indikator mutu yang dipantau adalah sebagai berikut :

INDIKATOR NASIONAL MUTU		
NO	INDIKATOR	JUDUL INDIKATOR
1	INM 1	Kepatuhan kebersihan tangan
2	INM 2	Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri
3	INM 3	Kepatuhan identifikasi pasien
4	INM 4	Waktu tanggap SC emergency
5	INM 5	Waktu tunggu rawat jalan
6	INM 6	Penundaan Operasi Elektif
7	INM 7	Kepatuhan waktu visite Dokter
8	INM 8	Pelaporan hasil kritis laboratorium
9	INM 9	Kepatuhan penggunaan formularium Nasional/ formularium RS
10	INM 10	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway
11	INM 11	Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh
12	INM 12	Kecepatan waktu tanggap komplain
13	INM 13	Kepuasan pasien
INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT		
NO	INDIKATOR MUTU PRIORITAS RS	JUDUL INDIKATOR

1	Indikator Sasaran Keselamatan Pasien	
a	Ketepatan Identifikasi Pasien	Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Nama dan Tanggal Lahir Pada Pasien Rawat Inap
b	Peningkatan Komunikasi yang Efektif	Kepatuhan DPJP Rawat Inap Melakukan Konfirmasi Dengan Pengisian Tbak
c	Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diawasi	Kepatuhan Pelabelan Obat Psikiatri High Allert
d	Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi	Kepatuhan dalam Memasang Site Marking pada Pasien yang Akan Dilakukan Operasi
e	Pengurangan Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan	Kepatuhan PPA dalam Melakukan Kebersihan Tangan
f	Pengurangan Risiko Jatuh	Tidak Adanya Kejadian Pasien Jiwa Jatuh yang Berakibat Kecacatan/ Kematian
2	Perbaikan pelayanan klinis	Tidak adanya kejadian pasien yang difiksasi setelah 24 jam di Ruang Rawat Inap Jiwa
3	Perbaikan sesuai rencana strategis	Kepuasan Pasien
4	Manajemen risiko	Tidak Adanya Kejadian Pasien Rawat Inap Jiwa Kabur
5	Perbaikan sistem	Ketersediaan Obat Psikiatri di Rumah Sakit
INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT		
NO	UNIT	JUDUL INDIKATOR

1	Instalasi Gawat Darurat	Waktu Tanggap Pelayanan IGD ≤ 5 menit
2	Ruang ICU	Ketepatan Kriteria Masuk Pasien ICU
3	Ruang OK	Kepatuhan Asesmen Pra Operasi
4	Instalasi Farmasi	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi Pasien Rawat Jalan ≤30 menit
5	Instalasi Loundry	Tidak Ada Kejadian Linen Hilang
6	Laboratorium	Tidak Ada Angka Pengulangan Pengambilan Sampel Darah Pasien
7	Radiologi	Tidak Ada Kejadian Kegagalan Pelayanan Radiologi
8	Instalasi Pemeliharaan Sarana & Prasarana Rumah Sakit (IPSRS)	Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat
9	Instalasi Rawat Jalan	Kepatuhan Skrining Risiko Jatuh
10	Rawat Inap Penyakit Dalam	Asesmen Awal Medis dalam 24 Jam Setelah Pasien Masuk Rawat Inap
11	Rawat Inap Anak	Waktu Tunggu Pasien Anak Mendapatkan Kamar Rujukan <1 jam
12	Rawat Inap Bedah	Asesmen Nyeri Pada Pasien Rawat Inap Bedah
13	Rawat Inap Kebidanan	Tidak Ada Kejadian Kematian Akibat Persalinan
14	Rawat Inap Perinatologi	Kemampuan menangani BBLR
15	Rawat Inap Jiwa	Tidak Ada Kejadian pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh

16	Ruang Hemodialisa	Kecepatan Menangani Komplikasi Tindakan Hemodialisis
17	Instalasi Gizi	Ketepatan Waktu Distribusi Makanan Kepada Pasien
18	Rekam Medis	Angka Ketersediaan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Jalan
19	Keuangan	Ketepatan jadwal Pengiriman Berkas Klaim ke Kantor BPJS Kesehatan
20	Unit Trasnfusi Darah	Tidak Ada Kejadian Reaksi Transfusi

B. Rincian Kegiatan

1. Melakukan pemantauan indikator mutu secara berkesinambungan.
2. Melakukan validasi data pemantauan indikator mutu area klinis, area manajemen, serta area sasaran keselamatan pasien.
3. Melakukan tabulasi terhadap data hasil pemantauan indikator mutu.
4. Melakukan penyampaian hasil pemantauan indikator mutu oleh masing-masing bagian/unit.
5. Menyusun laporan hasil pemantauan indikator mutu.
6. Menyusun laporan analisa terkait insiden keselamatan pasien.

C. Jadwal Kegiatan

1. Melakukan pelaporan hasil pemantauan indikator mutu oleh masing- masing bagian/unit setiap bulan.
2. Menyusun program perbaikan mutu dengan teknik PDCA oleh penanggung jawab pengumpul data indikator mutu rumah sakit dan dilaporkan pada saat rapat tri wulan.
3. Melakukan pemantauan indikator mutu serta validasi data yang dilaksanakan berkesinambungan.
4. Melakukan tabulasi terhadap data hasil pemantauan indikator mutu (dilaksanakan setiap bulan).
5. Melakukan penyampaian hasil pemantauan indikator mutu dan validasi data mutu setiap tiga bulan.
6. Menyusun laporan hasil pemantauan indikator mutu dan keselamatan pasien rumah sakit setiap tiga bulan.

D. Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dilakukan oleh petugas pengumpul data, kemudian dilakukan rekapitulasi dan analisa oleh penanggung jawab pengumpul data. Hasil analisis tersebut kemudian di laporkan ke komite mutu untuk disetujui.

Hasil pengolahan dan analisa data dituangkan dalam laporan tertulis, kemudian akan dilaporkan kepada direktur setiap 3 bulan sekali dalam rapat evaluasi triwulan. Disamping itu evaluasi tahunan juga dilakukan guna merangkum hasil pencapaian semua instalasi dan unit kerja selama setahun. Evaluasi tahunan menghasilkan laporan tahunan yang dilaporkan kepada Direktur.

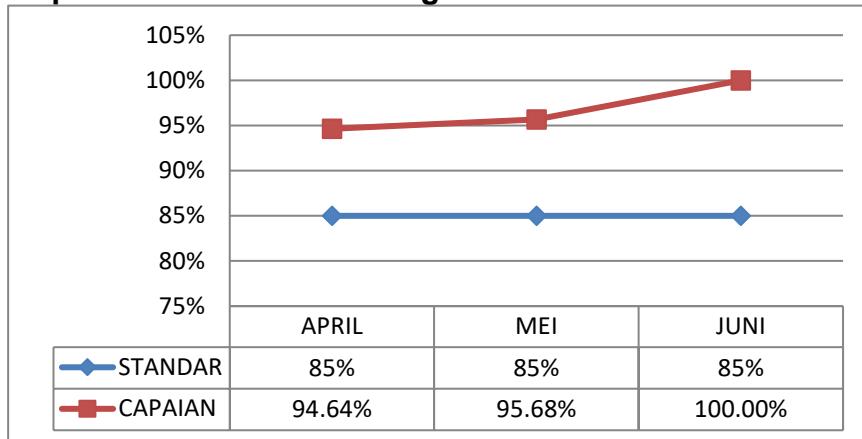
BAB III

HASIL KEGIATAN

1. PEMANTAUAN HASIL INDIKATOR NASIONAL MUTU

NO	JUDUL INDIKATOR	TARGET	PENCAPAIAN		
			APR	MEI	JUNI
1	Kepatuhan kebersihan tangan	≥85%	94.54	95.68	100
2	Kepatuhan Penggunaan APD	100%	96	100	99
3	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	86.85	100	99.26
4	Waktu Tanggap SC Emergency	>80%	61.54	90.91	84.62
5	Waktu Tunggu Rawat Jalan	≥80%	0	74.39	0
6	Penundaan Operasi Elektif	<5%	13.04	19.44	5.17
7	Kepatuhan Waktu Visite Dokter	≥80%	92.62	94.02	99.28
8	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	100	100	100
9	Kepatuhan penggunaan formularium Nasional/formularium RS	≥80%	90.48	0	81.33
10	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway	≥85%	100	0	0
11	Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh	100%	86.92	100	100
12	Kecepatan waktu tanggap complain	≥80%	100	0	100
13	Kepuasan pasien	>76,61%	84,46	86,67	82,38

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan



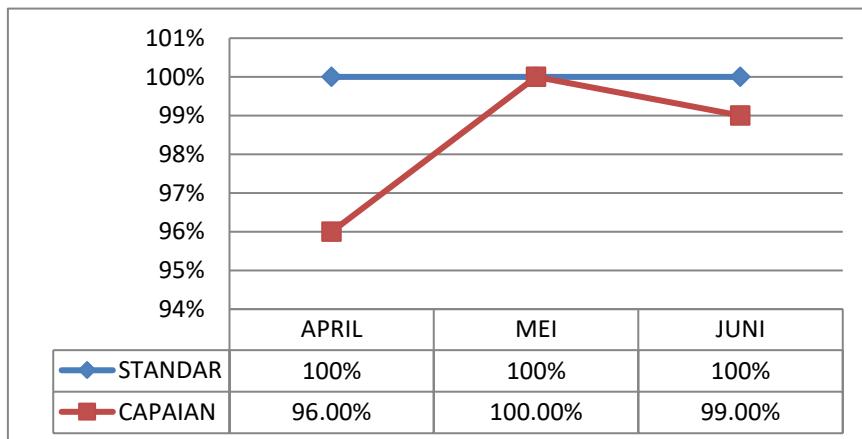
Interpretasi:

Capaian indikator mutu kepatuhan cuci tangan pada bulan April sampai dengan Juni 2024 sudah mencapai target.

Rencana tindak lanjut:

- Mempertahankan capaian dengan melakukan tindakan sesuai dengan SPO

2. Kepatuhan Penggunaan APD



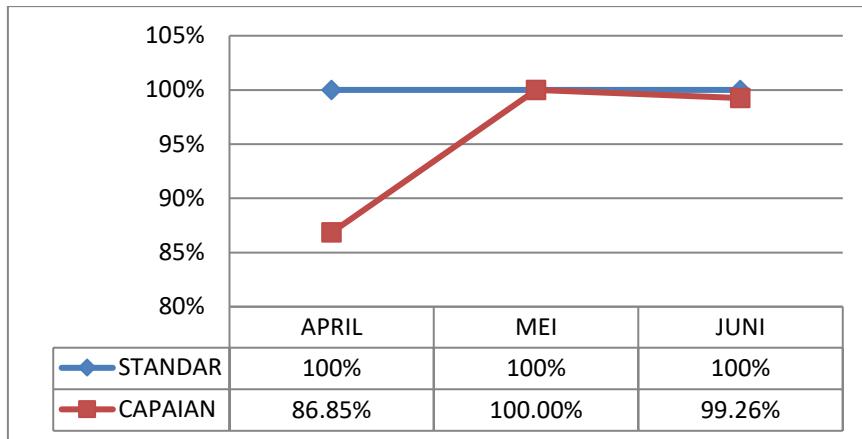
Interpretasi:

Capaian kepatuhan penggunaan alat pelindung diri pada trimester II tahun 2024 belum mencapai target. Masih ditemukan petugas yang tidak menggunakan APD sesuai indikasi.

Rencana Tindak Lanjut:

- Sosialisasi penggunaan APD oleh PPI
- Monitoring dan evaluasi oleh IPCLN

3. Kepatuhan Identifikasi Pasien

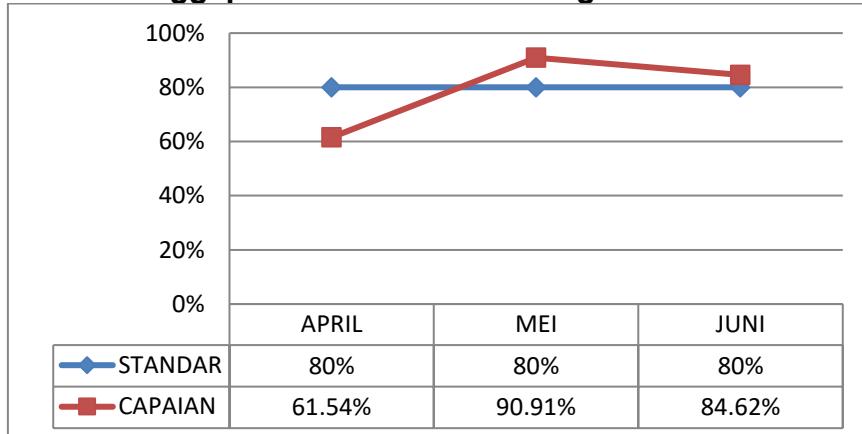


Interpretasi:

Belum mencapai target, masih ditemukan petugas melakukan identifikasi pasien hanya dengan menanyakan nama.

Rencana Tindak Lanjut:
Sosialisasi SPO identifikasi pasien

4. Waktu Tanggap Seksio Sesarea Emergensi

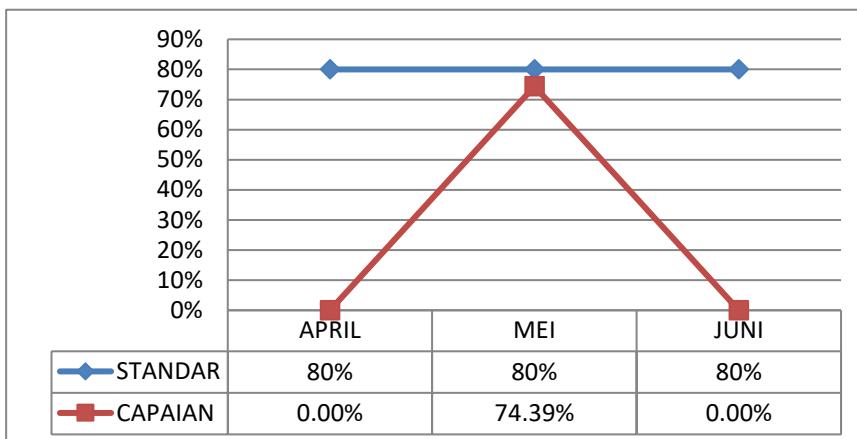


Interpretasi:

Waktu tanggap seksio sesarea emergensi pada triwulan II Tahun 2024 menunjukkan peningkatan capaian jika dibandingkan dengan triwulan sebelumnya.

Rencana Tindak Lanjut:
Mempertahankan capaian dengan Melakukan tindakan sesuai dengan SPO

5. Waktu Tunggu Rawat Jalan



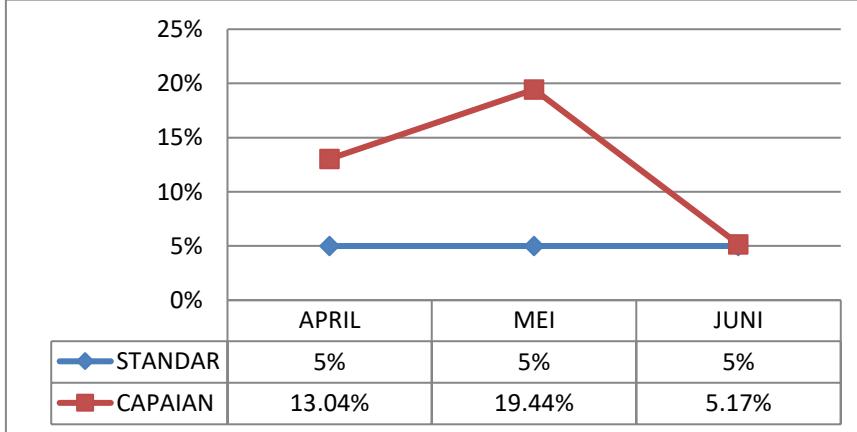
Interpretasi:

Dari grafik terlihat kesenjangan antara capaian dan target di triwulan I. Tidak ada data yang masuk pada bulan April dan Juni 2024.

Rencana Tindak Lanjut:

- Belum mencapai target. Pelayanan klinik spesialis dimulai pada pukul 09.00 WIB sedangkan pendaftaran dimulai sejak pukul 07.30 WIB

6. Penundaan Waktu Operasi Elektif



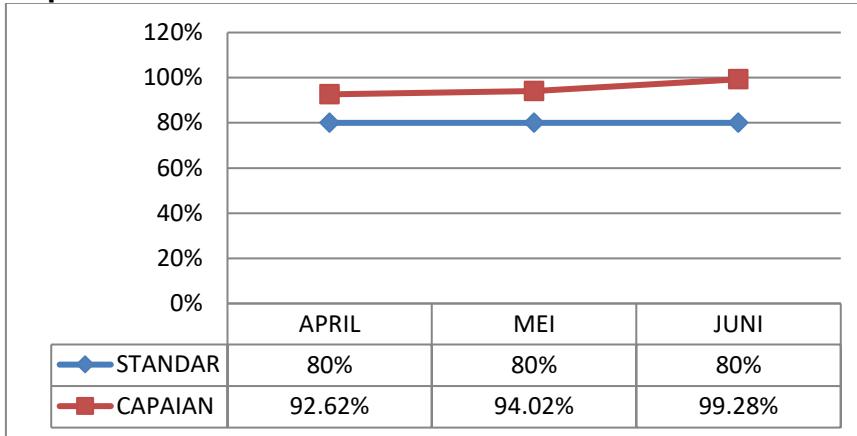
Interpretasi:

Capaian indikator mutu penundaan operasi elektif belum mencapai target yaitu di $\leq 5\%$. Hal ini terjadi karena penjadwalan operasi beberapa pasien dilakukan pada hari tertentu dan lamanya tindakan operasi tidak sesuai dengan rencana.

Rencana Tindak Lanjut:

- Evaluasi dan sosialisasi SPO penjadwalan dan persiapan operasi elektif

7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter



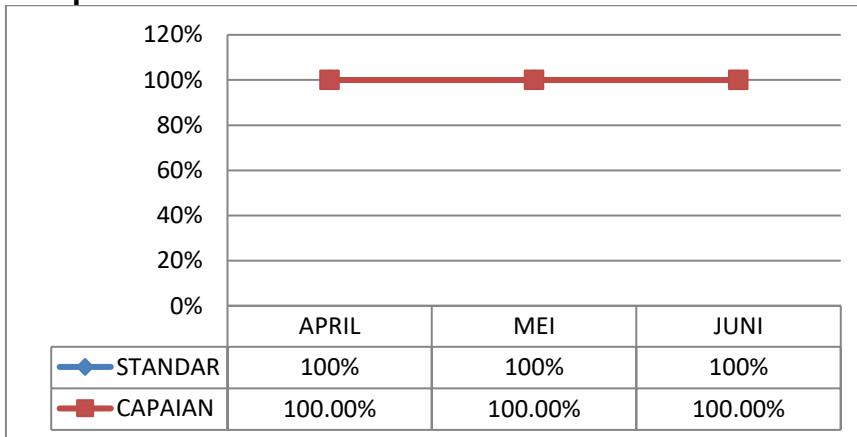
Interpretasi:

Pada grafik tergambar capaian sudah mencapai target yaitu diatas 80%.

Rencana Tindak Lanjut:

Mempertahankan capaian dengan melakukan kegiatan sesuai SPO.

8. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium



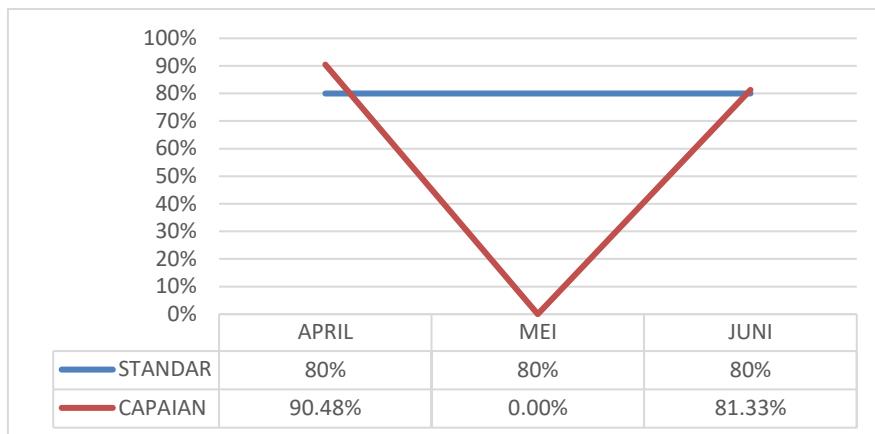
Interpretasi:

Capaian sudah mencapai target yaitu 100 %.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian.

9. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional



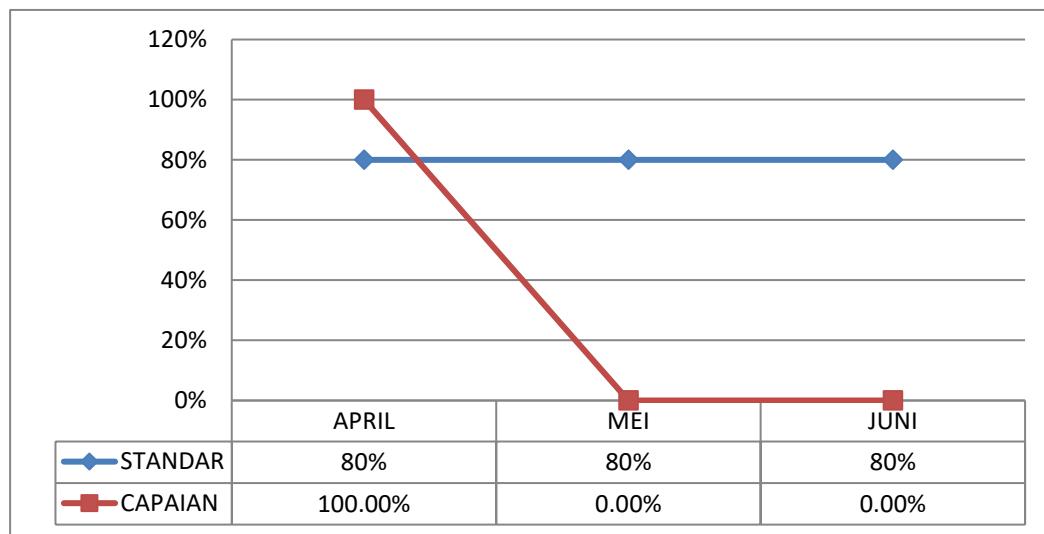
Interpretasi:

Capaian kepatuhan penggunaan obat sesuai formularium nasional sudah mencapai standar pada bulan April dan Juni 2024. Tidak ada data masuk pada bulan Mei 2024.

Rencana Tindak Lanjut:

- Meningkatkan kepatuhan pelaporan data indikator mutu dengan melakukan sosialisasi
- Mempertahankan capaian indikator dengan melaksanakan pelayanan sesuai dengan SPO

10. Kepatuhan terhadap Clinical Pathway



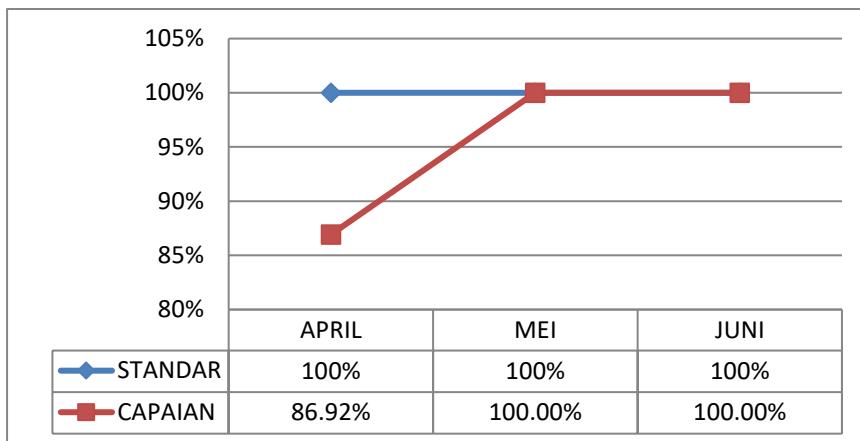
Interpretasi:

Tidak ada data masuk untuk periode Mei dan J024

Rencana Tindak Lanjut:

Sosialisasi pengumpulan data indikator mutu kepatuhan terhadap alur klinis.

11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Jatuh



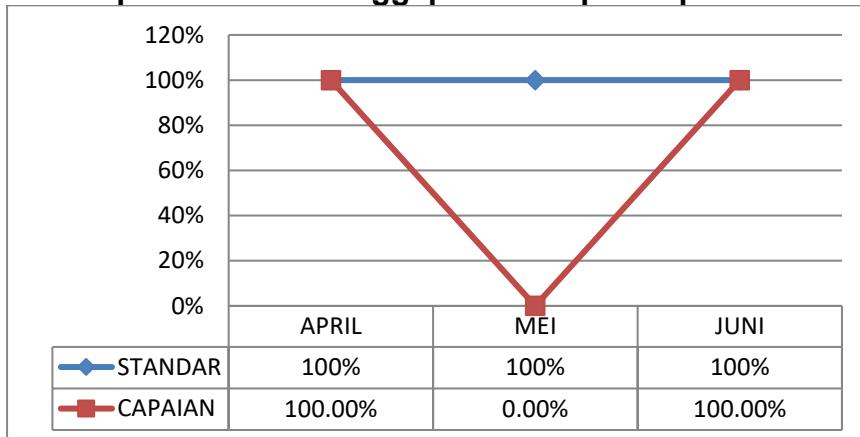
Interpretasi:

Kepatuhan upaya pencegahan risiko jatuh pada April 2024 masih di bawah standar. Namun sudah menunjukkan perbaikan sehingga sudah mencapai target untuk periode Mei dan Juni 2024.

Rencana Tindak Lanjut:

Mempertahankan capaian indikator dengan melaksanakan pelayanan sesuai dengan SPO.

12. Kecepatan Waktu Tanggap Terhadap Komplain



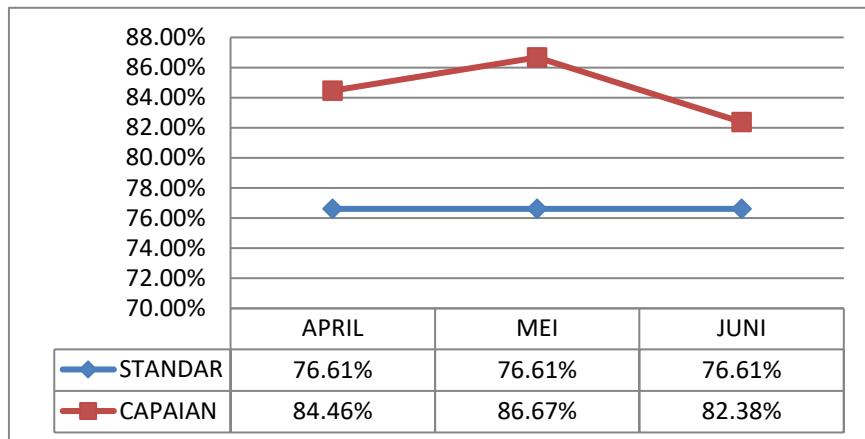
Interpretasi:

Kecepatan waktu tanggap terhadap komplain sudah mencapai target pada bulan April dan Juni 2024. Pada bulan Mei 2024 tidak ada data masuk.

Rencana Tindak Lanjut:

Sosialisasi pengumpulan data indikator mutu kecepatan waktu tanggap terhadap komplain.

13. Kepuasan pasien



Interpretasi:

Kepuasan pasien pada periode April-Juni 2024 berada diatas standar.

Rencana Tindak Lanjut:

Mempertahankan capaian indikator dengan melaksanakan pelayanan sesuai dengan SPO.

B. PEMANTAUAN INDIKATOR PRIORITAS RUMAH SAKIT

INDIKATOR MUTU	TARGET	PENCAPAIAN		
		April	Mei	Juni
1. INDIKATOR KESELAMATAN PASIEN				
Ketepatan Identifikasi Pasien Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Nama dan Tanggal Lahir Pada Pasien Rawat Inap	100%	100%	93,22%	100%
Peningkatan Komunikasi yang Efektif Kepatuhan DPJP Rawat Inap Melakukan Konfirmasi Dengan Pengisian Tbak	≥80%	100%	100%	100%
Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diawasi Kepatuhan Pelabelan Obat Psikiatri High Allert	≥80%	100%	100%	100%

Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi Kepatuhan dalam Memasang Site Marking pada Pasien yang Akan Dilakukan Operasi	≥80%	100%	89,74%	85,42
Pengurangan Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan Kepatuhan PPA dalam Melakukan Kebersihan Tangan	100%	77,26%	82,57%	100%
Pengurangan Risiko Jatuh Tidak Adanya Kejadian Pasien Jiwa Jatuh yang Berakibat Kecacatan/ Kematian	100%	100%	100%	100%

2. INDIKATOR PERBAIKAN PELAYANAN KLINIS

Tidak adanya kejadian pasien yang difiksasi setelah 24 jam di Ruang Rawat Inap Jiwa	≥90%	96%	100%	100%
---	------	-----	------	------

3. INDIKATOR PERBAIKAN SESUAI RENCANA STRATEGIS

Kepuasan Pasien	≥80%			
-----------------	------	--	--	--

4. INDIKATOR MANAJEMEN RISIKO

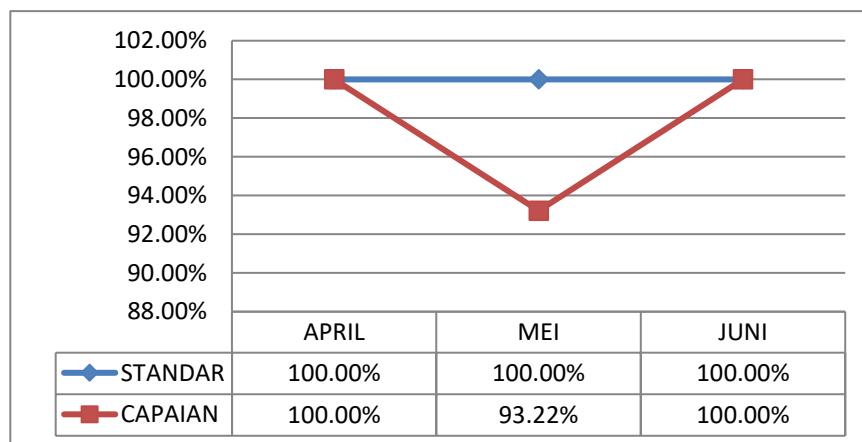
Tidak Adanya Kejadian Pasien Rawat Inap Jiwa Kabur	0%	0%	0%	0%
--	----	----	----	----

5. INDIKATOR PERBAIKAN SISTEM

Ketersediaan Obat Psikiatri di Rumah Sakit	≥80%	100%	100%	100%
--	------	------	------	------

a. INDIKATOR KESELAMATAN PASIEN

a. SKP 1 : Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Nama dan Tanggal Lahir Pada Pasien Rawat Inap



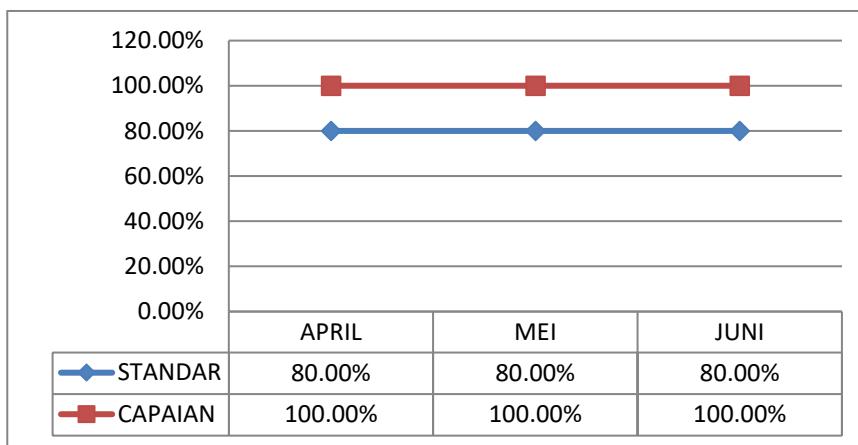
Interpretasi:

Kepatuhan Identifikasi Pasien dengan Nama dan Tanggal Lahir pada Pasien Rawat Inap jiwa menalami penurunan pada bulan Mei namun mengalami perbaikan kembali mencapai target pada bulan Maret. Hal ini disebabkan karena beberapa pasien jiwa merasa tidak nyaman menggunakan gelang identitas.

Rencana Tindak Lanjut:

Evaluasi SPO identifikasi pasien rawat inap jiwa

b. SKP 2: Kepatuhan DPJP Rawat Inap Jiwa Melakukan Konfirmasi Dengan Pengisian Tbak



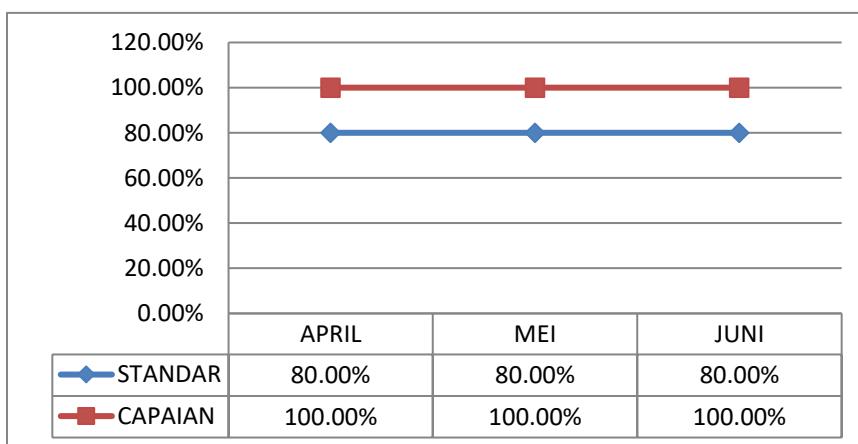
Interpretasi:

Kepatuhan DPJP Rawat Inap Jiwa melakukan Konfirmasi Dengan Pengisian Tbak sudah sesuai standar pada bulan April-Juni 2024.

Rencana Tindak Lanjut:

Mempertahankan capaian indikator dengan melaksanakan pelayanan sesuai dengan SPO.

c. SKP 3: Kepatuhan Pelabelan Obat Psikiatri High Allert

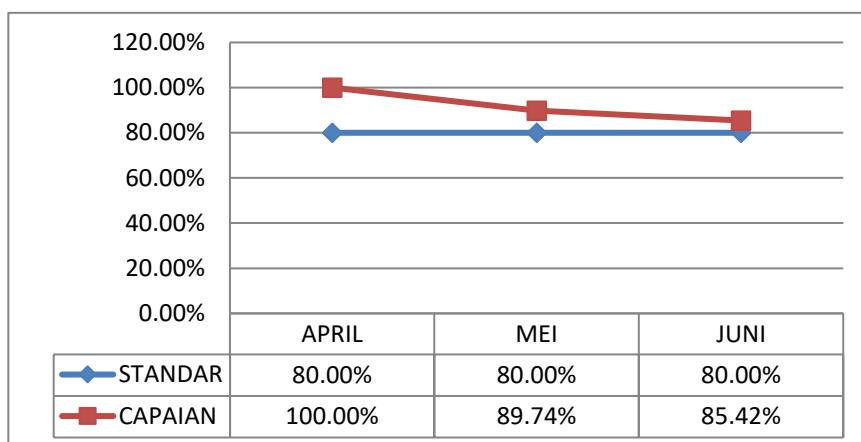


Interpretasi:

Kepatuhan Pelabelan Obat Psikiatri High Allert sudah sesuai dengan standar pada trimester II tahun 2024.

Rencana Tindak Lanjut:
Mempertahankan capaian indikator dengan melaksanakan pelayanan sesuai dengan SPO

d. **SKP 4: Kepatuhan dalam Memasang Site Marking pada Pasien yang Akan Dilakukan Operasi**



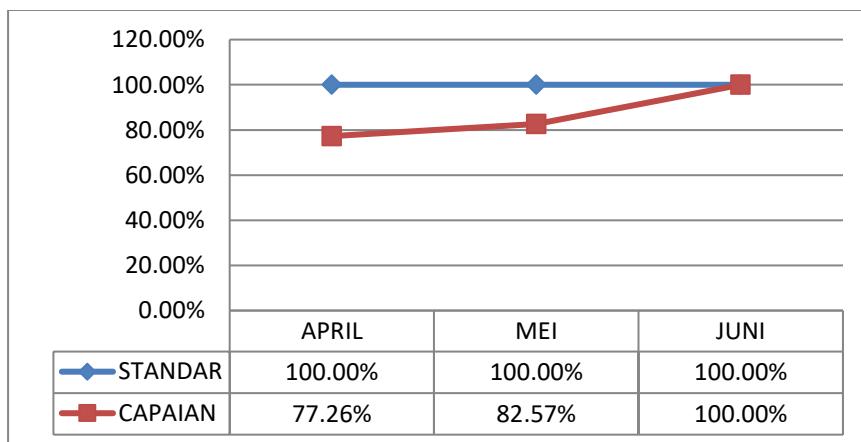
Interpretasi:

Capaian kepatuhan memasang site marking pada pasien yang akan dilakukan operasi sudah mencapai standar pada periode Bulan April-Juni 2024.

Rencana Tindak Lanjut:

Mempertahankan capaian.

e. **SKP 5: Kepatuhan PPA Jiwa dalam Melakukan Kebersihan Tangan**



Interpretasi:

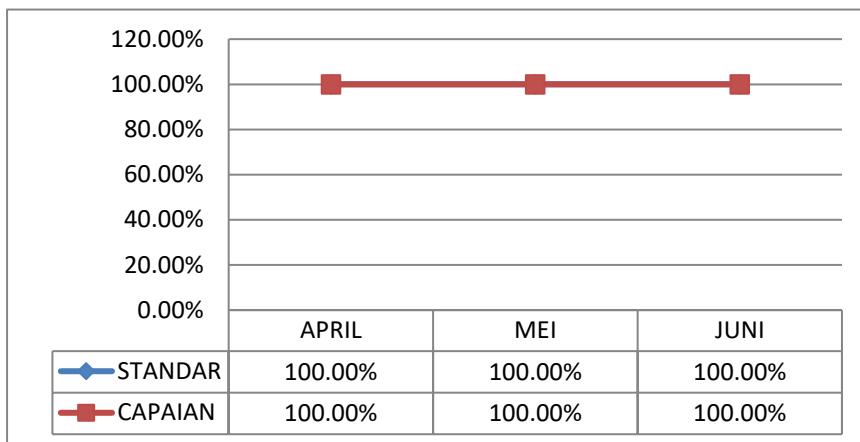
Kepatuhan PPA Rawat Inap Jiwa dalam melakukan kebersihan tangan Bulan April dan Mei 2024 masih di bawah standar. Hal ini terjadi dikarenakan masih kurangnya kepatuhan dan kesadaran petugas untuk melakukan cuci tangan dan

5 momen cuci tangan.

Rencana Tindak Lanjut:

Meningkatkan kepatuhan cuci tangan dengan melakukan monitoring dan evaluasi oleh komite PPI, mengintensifkan sosialisasi cuci tangan, orientasi oleh PPI untuk karyawan baru, dan melakukan stok pengadaan stok handwash dan handsrub.

f. SKP 6: Tidak Adanya Kejadian Pasien Jiwa Jatuh yang Berakibat Kecacatan/Kematian



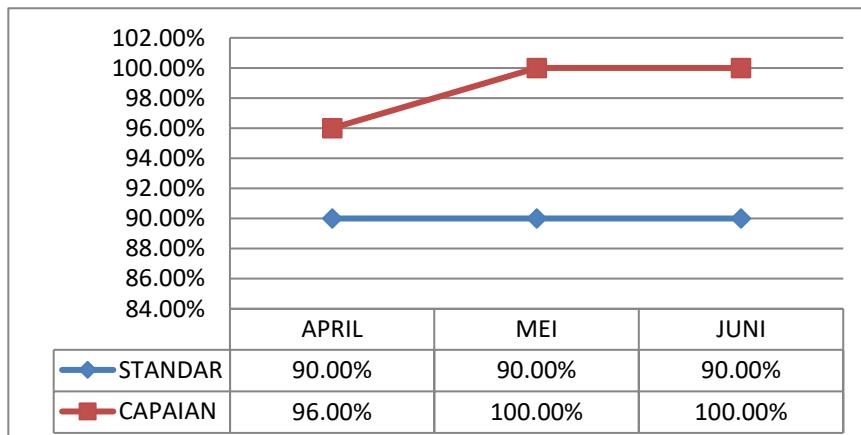
Interpretasi:

Capaian indikator mutu ini sudah mencapai target. Selama triwulan kedua tahun 2024 tidak ada kejadian pasien jiwa jatuh.

Rencana Tindak Lanjut:

Mempertahankan capaian dengan melakukan kegiatan sesuai dengan SPO.

b. Indikator Perbaikan Pelayanan Klinis: Tidak adanya kejadian pasien yang difiksasi setelah 24 jam di Ruang Rawat Inap Jiwa



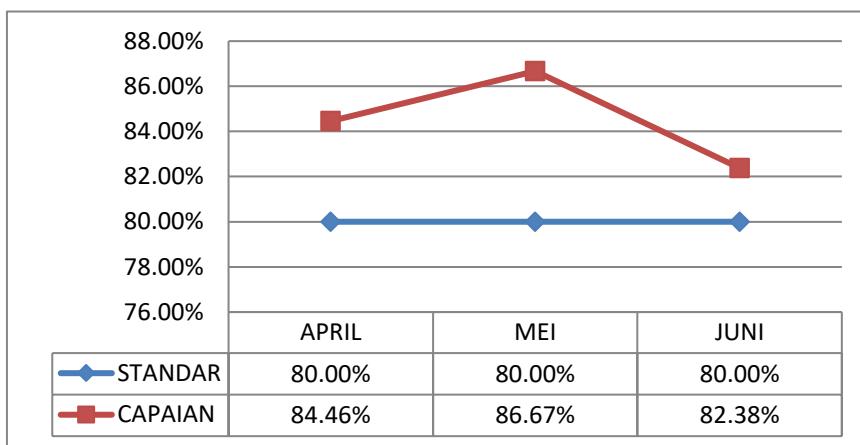
Interpretasi:

Sudah mencapai standar.

Rencana Tindak Lanjut:

Mempertahankan capaian dengan melakukan pelayanan sesuai SPO.

c. Indikator Perbaikan Sesuai Rencana Strategis: Kepuasan Pasien



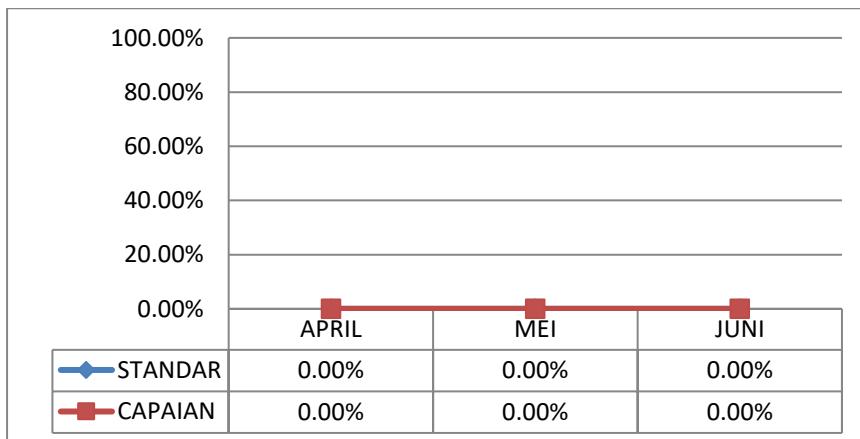
Interpretasi:

Persentase capaian angka kepuasan pasien pada April-Juni 2024 sudah mencapai standar yaitu $\geq 80\%$.

Rencana Tindak Lanjut:

Mempertahankan capaian dengan melakukan pelayanan sesuai SPO.

d. Indikator Manajemen Risiko: Tidak Adanya Kejadian Pasien Rawat Inap Jiwa Kabur



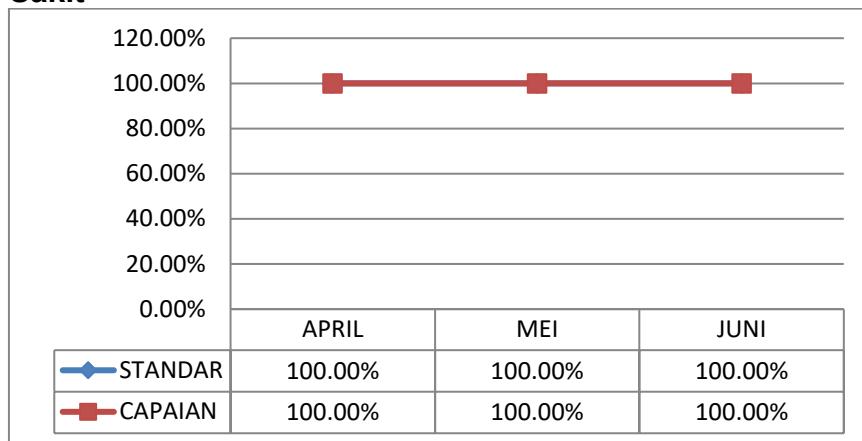
Interpretasi:

Tidak ada kejadian pasien jiwa kabur pada periode April-Juni 2024.

Rencana Tindak Lanjut:

Mempertahankan capaian dengan melakukan pelayanan sesuai SPO.

e. Indikator Perbaikan Sistem: Ketersediaan Obat Psikiatri Injeksi di Rumah Sakit



Interpretasi:

Capaian ketersediaan obat psikiatri injeksi di rumah sakit sudah mencapai standar.

Rencana Tindak Lanjut:

Mempertahankan capaian dengan melakukan pelayanan sesuai SPO.

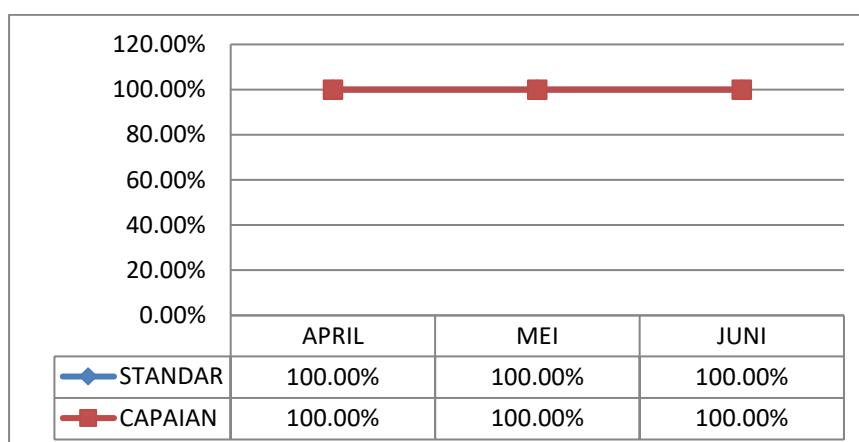
C. Indikator Prioritas Unit

NO	UNIT	INDIKATOR MUTU UNIT	TARGET	CAPAIAN		
				APRIL	MEI	JUNI
1	Instalasi Gawat Darurat	Waktu Tanggap Pelayanan IGD ≤ 5 menit	100%	100%	100%	100%
2	Ruang ICU	Ketepatan Kriteria Masuk Pasien ICU	100%	100%	100%	100%
3	Ruang OK	Kepatuhan Asesmen Pra Operasi	100%	100%	87,80%	100%
4	Instalasi Farmasi	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi Pasien Rawat Jalan ≤30 menit	≥80%	24,95%	17,97%	18,30%
5	Instalasi Loundry	Tidak Ada Kejadian Linen Hilang	≥80%	72,22%	89,16%	97,44%
6	Laboratorium	Tidak Ada Pengulangan Pengambilan Sampel Darah Pasien	≥80%	89,45%	96,72%	98,28%

7	Radiologi	Tidak Ada Kejadian Kegagalan Pelayanan Radiologi	$\geq 80\%$	100%	100%	100%
8	Instalasi Pemeliharaan Sarana & Prasarana Rumah Sakit (IPSRS)	Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat	$\geq 80\%$			
9	Instalasi Rawat Jalan	Kepatuhan Skrining Risiko Jatuh	$\geq 80\%$			
10	Rawat Inap Penyakit Dalam	Asesmen Awal Medis dalam 24 Jam Setelah Pasien Masuk Rawat Inap	$\geq 80\%$	61,25%	61,19%	73,03%
11	Rawat Inap Anak	Waktu Tunggu Pasien Anak Mendapatkan Kamar Rujukan <1 jam	$\geq 80\%$	100%	100%	100%
12	Rawat Inap Bedah	Asesmen Nyeri Pada Pasien Rawat Inap Bedah	$\geq 80\%$	100%	100%	100%
13	Rawat Inap Kebidanan	Tidak Ada Kejadian Kematian Akibat Persalinan	100%	100%	100%	100%
14	Rawat Inap Perinatologi	Kemampuan menangani BBLR	90%	-	-	-
15	Rawat Inap Jiwa	Tidak Ada Kejadian pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh	$\geq 80\%$	85,71%	100%	100%
16	Ruang Hemodialisa	Kecepatan Menangani Komplikasi Tindakan Hemodialisis	$\geq 80\%$			100%
17	Instalasi Gizi	Ketepatan Waktu Distribusi Makanan Kepada Pasien	$\geq 80\%$	99,83%	99,59%	100%
18	Rekam Medis	Angka Ketersediaan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat	100%	95,14%	95,97%	95,00%

		Jalan				
19	Keuangan	Ketepatan jadwal Pengiriman Berkas Klaim ke Kantor BPJS Kesehatan	100%			
20	Unit Transfusi Darah	Tidak Ada Kejadian Reaksi Transfusi	≥80%	100%	100%	90,91%

a. Instalasi Gawat Darurat: Waktu Tanggap Pelayanan IGD ≤ 5 menit



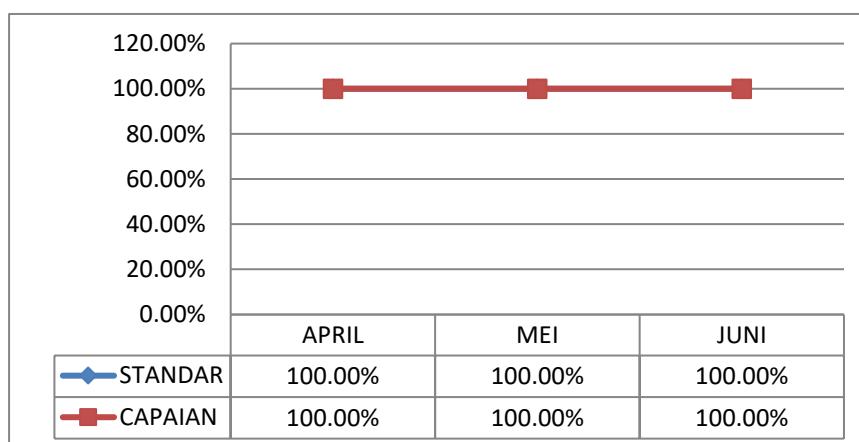
Interpretasi:

Waktu tanggap pelayanan IGD ≤ 5 menit sudah mencapai target yaitu 100% setiap bulannya. Terlihat gambaran petugas sudah melakukan sesuai standar waktu tanggap.

Rencana Tindak Lanjut:

Mempertahankan pencapaian waktu tanggap dengan melakukan pelayanan sesuai dengan SPO

b. Ruang ICU: Ketepatan Kriteria Masuk Pasien ICU



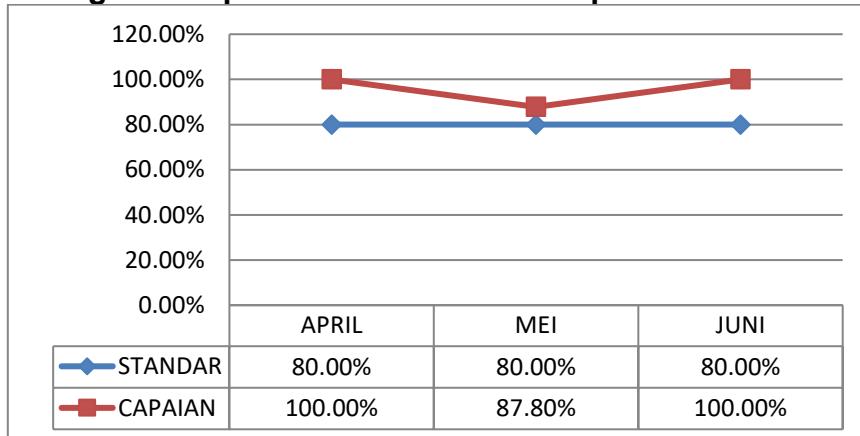
Interpretasi:

Ketepatan kriteria masuk pasien ICU sudah mencapai standar pada Bulan April-Juni 2024.

Rencana Tindak Lanjut:

Mempertahankan capaian dengan melakukan pelayanan sesuai dengan SPO.

c. Ruang OK: Kepatuhan Asesmen Pra Operasi



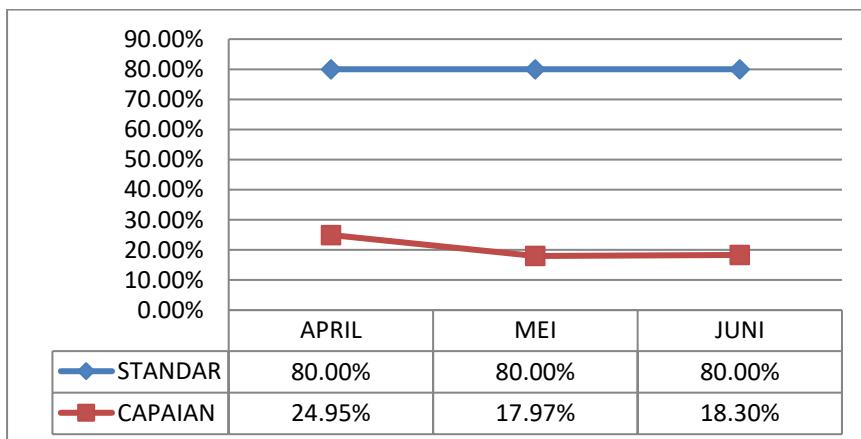
Interpretasi:

Sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

Rencana Tindak Lanjut:

Mempertahankan capaian dengan melakukan pelayanan sesuai dengan SPO

d. Instalasi Farmasi: Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi Pasien Rawat Jalan ≤30 menit



Interpretasi:

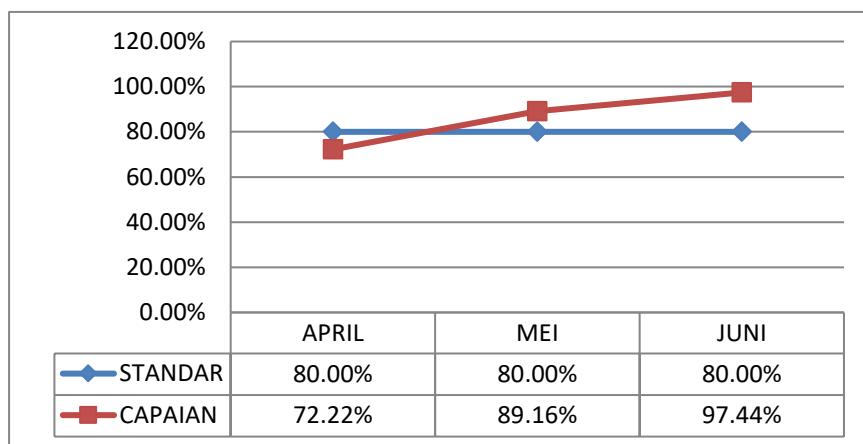
Waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien rawat jalan ≤30 menit pada Trimester II 2024 masih belum mencapai standar yaitu 80%. Hal ini disebabkan pelayanan poliklinik yang di jam bersamaan sehingga menyebabkan penumpukan resep. Jumlah petugas farmasi yang bertugas di jam kerja yang terbatas menyebabkan waktu tunggu pelayanan obat yang memanjang dan

tidak sesuai standar.

Rencana Tindak Lanjut:

- Evaluasi SPO pelayanan instalasi farmasi
- Pengajuan penambahan tenaga farmasi

e. Instalasi Lountry: Tidak Ada Kejadian Linen Hilang



Interpretasi:

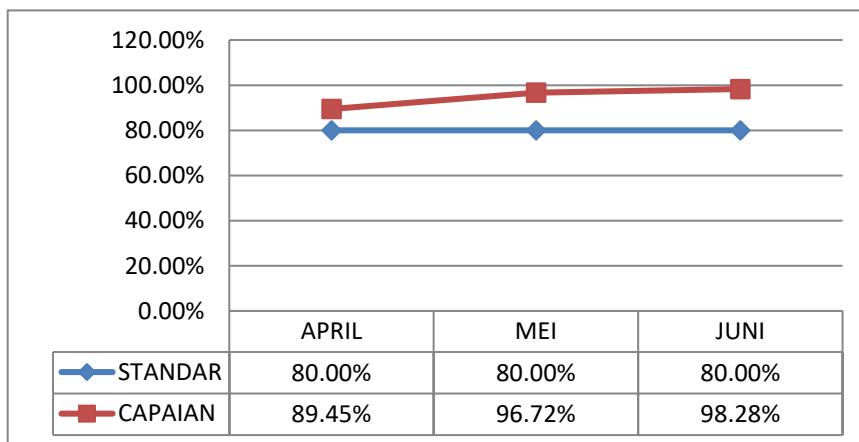
Capaian pada bulan april masih di bawah standar. Masih ditemukan kejadian linen tidak kembali dari Instalasi Lountry pada Triwulan II tahun 2024.

Rencana Tindak Lanjut:

Mempertahankan capaian waktu tanggap dengan melakukan pelayanan sesuai dengan SPO.

f. Laboratorium: Tidak Ada Angka Pengulangan Pengambilan Sampel

Darah Pasien



Interpretasi:

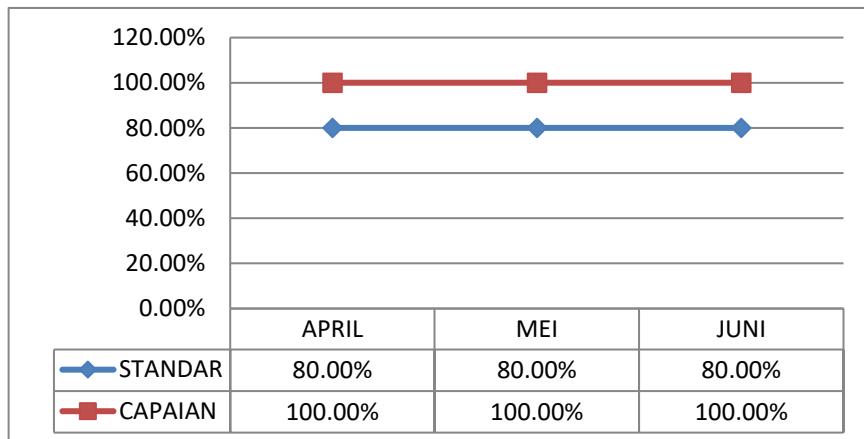
Masih ditemukan pengulangan pengambilan sampel darah pasien di laboratorium, namun capaiannya sudah baik dan melebihi standar yang telah

ditetapkan.

Rencana Tindak Lanjut:

Mempertahankan capaian waktu tanggap dengan melakukan pelayanan sesuai dengan SPO.

g. Radiologi: Tidak Ada Kejadian Kegagalan Pelayanan Radiologi



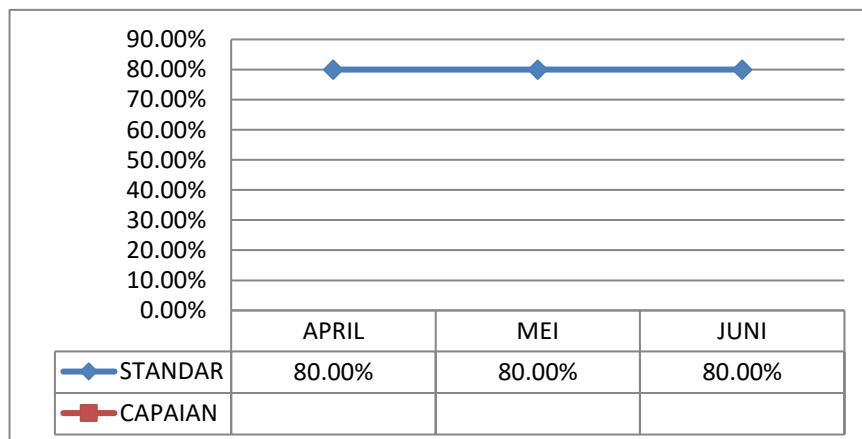
Interpretasi:

Tidak ditemukan kegagalan pelayanan radiologi pada periode April-Juni 2024.

Rencana Tindak Lanjut:

Mempertahankan capaian waktu tanggap dengan melakukan pelayanan sesuai dengan SPO

h. Instalasi Pemeliharaan Sarana & Prasarana Rumah Sakit (IPSRS): Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat



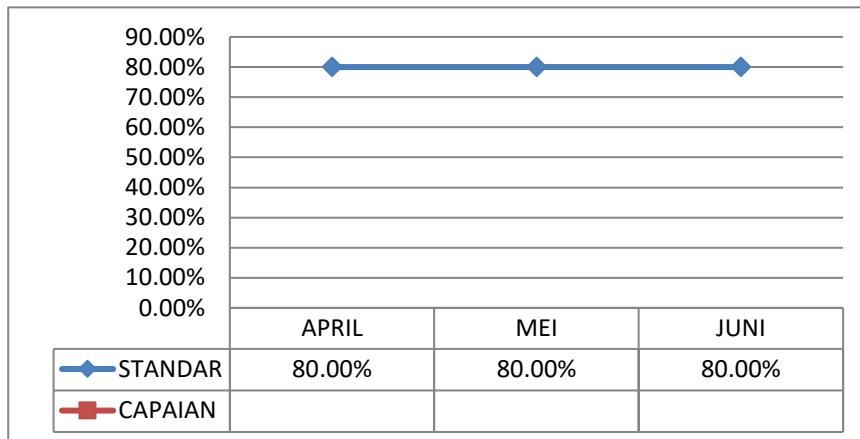
Interpretasi:

Tidak ada data masuk

Rencana Tindak Lanjut:

- Sosialisasi pengumpulan data indikator mutu
- Monitoring dan evaluasi proses pengumpulan data

i. Instalasi Rawat Jalan: Kepatuhan Skrining Risiko Jatuh



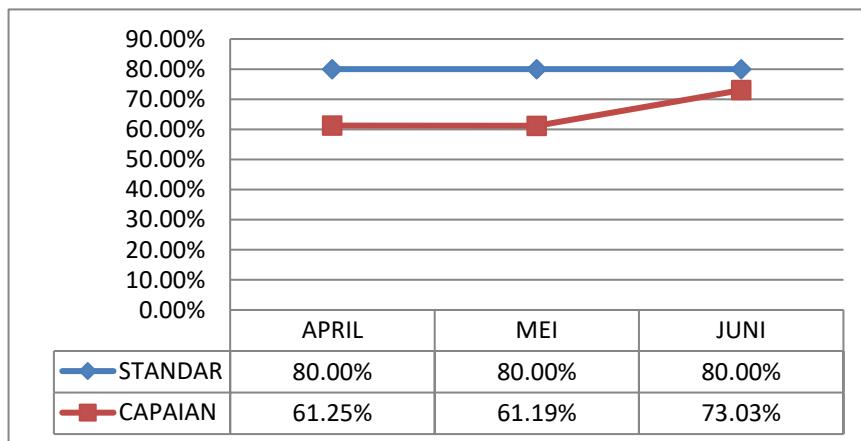
Interpretasi:

Tidak ada data masuk.

Rencana Tindak Lanjut:

- Sosialisasi pengumpulan data indicator mutu
- Monitoring dan evaluasi proses pengumpulan data

j. Rawat Inap Penyakit Dalam: Asesmen Awal Medis dalam 24 Jam Setelah Pasien Masuk Rawat Inap



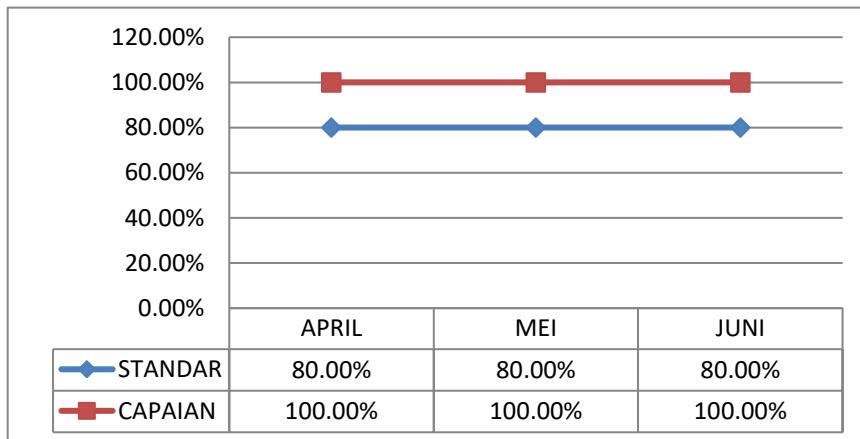
Interpretasi:

Pelaksanaan asesmen awal medis pasien rawat inap pada Triwulan II Tahun 2024 belum sesuai standar. Beberapa asesmen awal medis rawat inap masih diisi oleh DPJP pada saat pasien akan pulang.

Rencana Tindak Lanjut:

- Berkoordinasi dengan Komite Medis terkait sosialisasi pengisian asesmen awal medis pasien rawat inap
- Melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan capaian sesuai dengan standar

k. Rawat Inap Anak: Waktu Tunggu Pasien Anak Mendapatkan Kamar Rujukan <1 jam



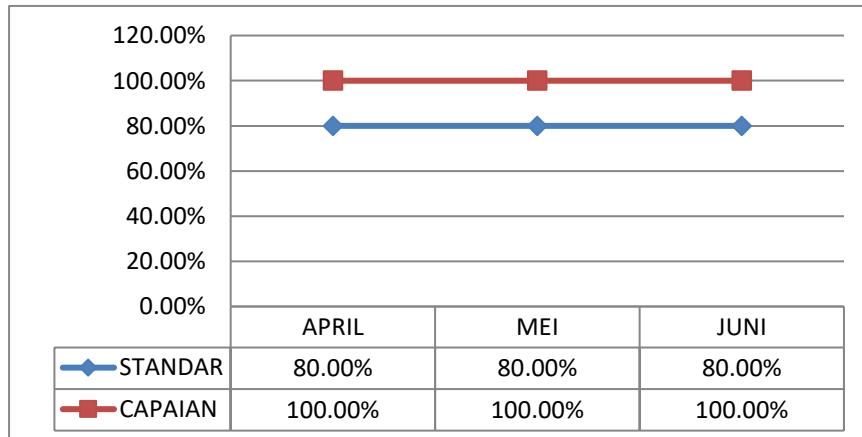
Interpretasi:

Capaian waktu tunggu anak mendapatkan kamar rujukan < 1 jam pada bulan April dan Juni 2024 sudah mencapai 100%.

Rencana Tindak Lanjut:

- Melakukan monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian sesuai dengan standar

I. Rawat Inap Bedah: Asesmen Nyeri Pada Pasien Rawat Inap Bedah



Interpretasi:

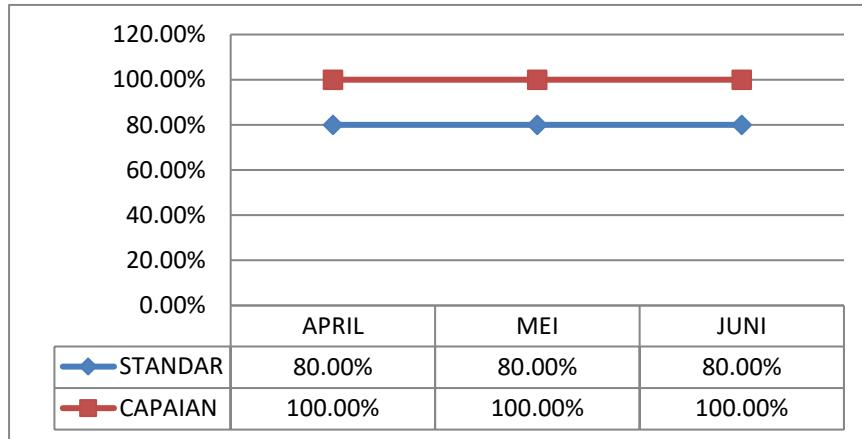
Capaian Asesmen Nyeri Pada Pasien Rawat Inap Bedah pada Triwulan II

tahun 2024 sudah sesuai standar.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian dengan melaksanakan tindakan sesuai SPO.

m. Rawat Inap Kebidanan: Tidak Ada Kejadian Kematian Akibat Persalinan



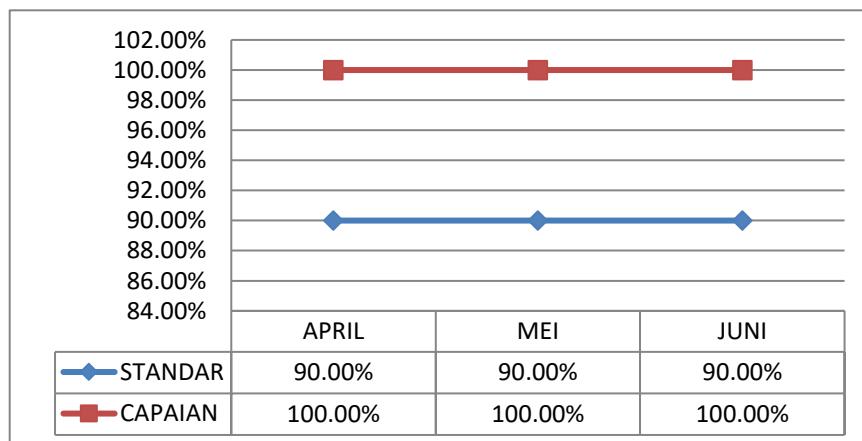
Interpretasi:

Capaian idikator Tidak Adanya Kejadian Kematian Akibat Persalinan pada Triwulan II Tahun 2024 sudah mencapai standar.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian dengan melakukan Tindakan sesuai SPO

n. Rawat Inap Perinatologi: Kemampuan menangani BBLR



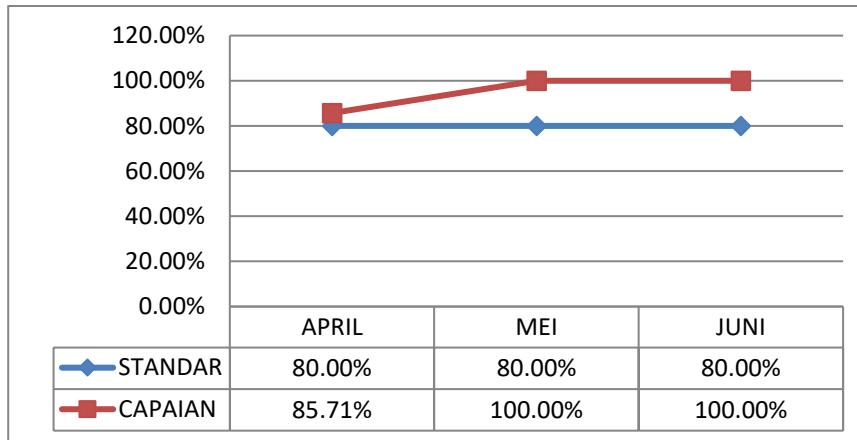
Interpretasi:

Angka kemampuan menangani bayi berat badan lahir rendah sudah mencapai target pada triwulan II Tahun 2024.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian dengan melakukan tindakan sesuai SPO.

o. Rawat Inap Jiwa: Tidak Ada Kejadian pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh



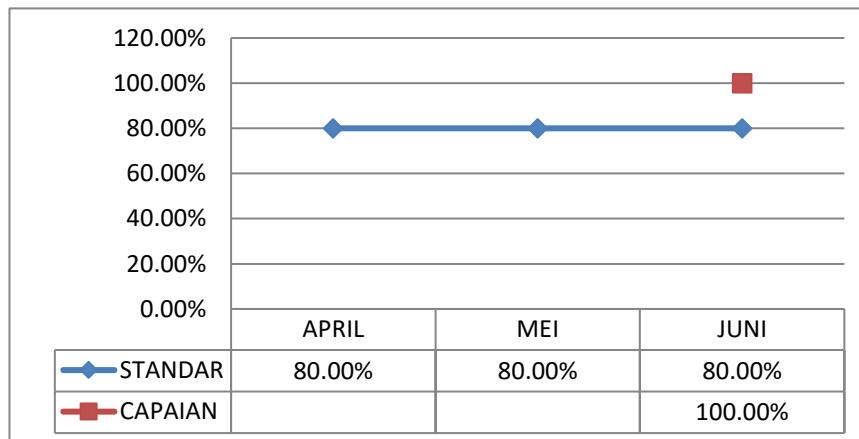
Interpretasi:

Ditemukan kejadian pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh pada bulan April 2024 namun capaian indikatornya sudah mencapai target.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian dengan melakukan tindakan sesuai SPO.

p. Ruang Hemodialisa: Kecepatan Menangani Komplikasi Tindakan Hemodialisis



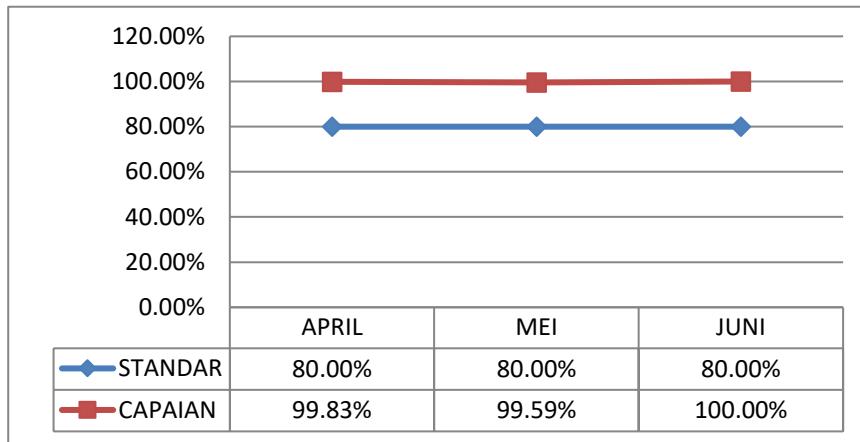
Interpretasi:

Capaian Kecepatan Menangani Komplikasi Tindakan Hemodialisis sudah mencapai standar.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian dengan melakukan tindakan sesuai SPO.

q. Instalasi Gizi: Ketepatan Waktu Distribusi Makanan Kepada Pasien



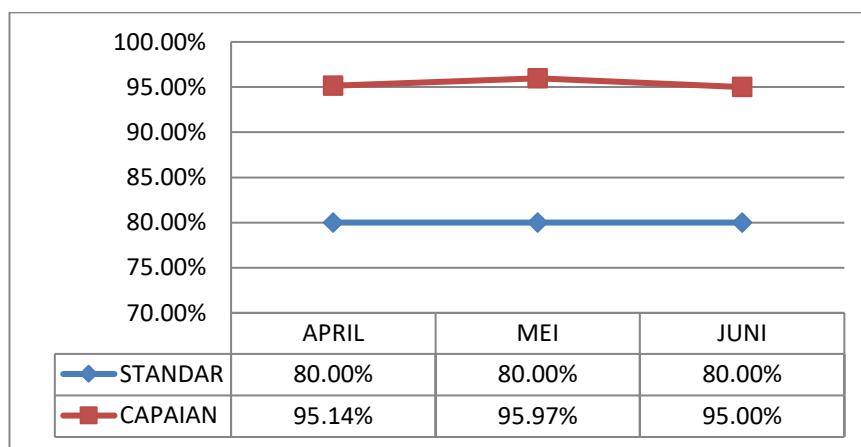
Interpretasi:

Ketepatan distribusi makanan kepada pasien pada April-Juni 2024 sudah mencapai standar.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian dengan melakukan Tindakan sesuai SPO.

r. Rekam Medis: Angka Ketersediaan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Jalan



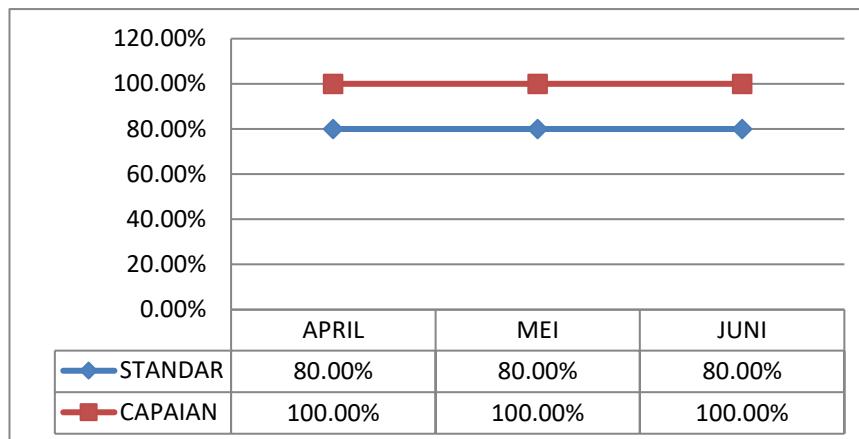
Interpretasi:

Angka keterlambatan ketersediaan dokumen rekam medis pasien rawat jalan April-Juni 2024 masih sudah sesuai dengan standar.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian dengan melakukan tindakan sesuai SPO

s. Keuangan: Ketepatan jadwal Pengiriman Berkas Klaim ke Kantor BPJS Kesehatan



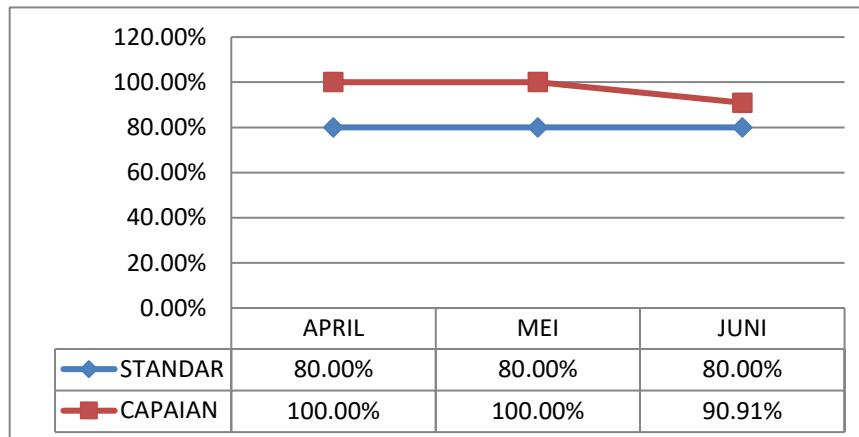
Interpretasi:

Tidak ada data masuk

Rencana Tindak Lanjut:

- Evaluasi proses pengumpulan data mutu keuangan

t. Unit Trasnfusi Darah: Tidak Ada Kejadian Reaksi Transfusi



Interpretasi:

Terdapat kejadian reaksi transfusi pada Juni 2024 namun capaian masih sesuai standar.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian dengan melakukan Tindakan sesuai SPO.

D. Hasil Monitoring dan Evaluasi Indikator Nasional Mutu, Indikator Mutu Rumah Sakit dan Indikator Mutu Unit

Jumlah indikator mutu yang dipantau selama bulan April sampai dengan Juni ada 43 indikator yang terdiri dari 13 indikator nasional mutu, 10 indikator mutu prioritas Rumah Sakit, dan 20 indikator mutu Prioritas Unit. Tidak semua indikator mutu yang dipantau mencapai target atau sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Indikator mutu tersebut tetap dilanjutkan dalam pengumpulan dan analisis datanya sampai triwulan ke empat tahun 2024.

Penyebab indikator yang tidak mencapai target di duga antara lain PDCA terhadap indikator mutu unit yang belum mencapai target belum dilaksanakan, kurangnya supervisi serta monitoring terhadap pelaksanaan kegiatan. Oleh karena itu, diperlukan peningkatan motivasi unit kerja untuk melaksanakan pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu unit kerja serta melaksanakan koordinasi setiap bulan dengan unit/instalasi untuk membahas indikator masing – masing yang belum mencapai target.