



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

RSJKO | 2024 EHD

**LAPORAN MUTU
PERIODE OKTOBER-
DESEMBER**



KATA PENGANTAR

Puji syukur atsa rahmat Allah SWT, Laporan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) RSJKO Engku Haji Daud periode Oktober-Desember 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 III 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 III ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam pencapaian program PMKP pada masa berikutnya. 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, Januari 2025

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
JULI-SEPTEMBER 2024

A. Kegiatan Pokok

Kegiatan pemantauan indikator mutu Triwulan IV tahun 2024 di mulai dari bulan Oktober sampai dengan bulan Desember 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 Tbk
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 Laundry	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 Hemodialis
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.

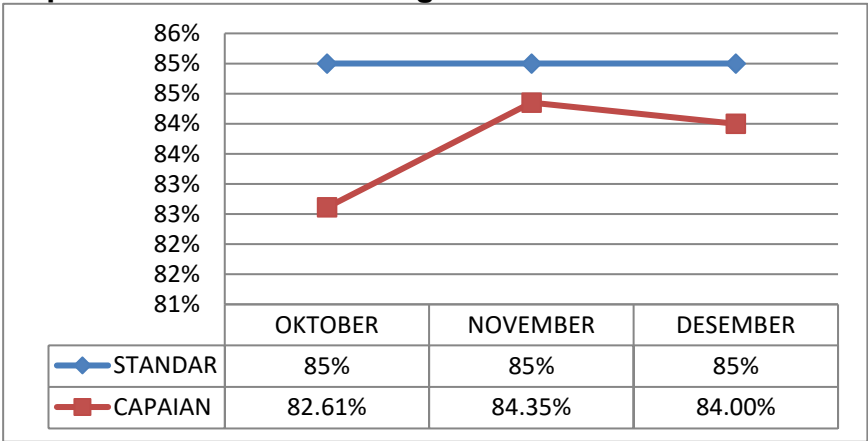
BAB III

HASIL KEGIATAN

1. PEMANTAUAN HASIL INDIKATOR NASIONAL MUTU

NO	JUDUL INDIKATOR	TARGET	PENCAPAIAN		
			OKT	NOV	DES
1	Kepatuhan kebersihan tangan	≥85%	82,61%	84,35%	84%
2	Kepatuhan Penggunaan APD	100%	97%	99%	98%
3	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	99,69%
4	Waktu Tanggap SC Emergency	>80%	80%	100%	90%
5	Waktu Tunggu Rawat Jalan	≥80%	87,61%	86,57%	-
6	Penundaan Operasi Elektif	<5%	5,45%	4,08%	5,40%
7	Kepatuhan Waktu Visite Dokter	≥80%	100%	76,4%	82,21%
8	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	100%	-	-
9	Kepatuhan penggunaan formularium Nasional/formularium RS	≥80%	-	86,73%	80,01%
10	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway	≥85%	-	-	-
11	Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh	100%	100%	100%	100%
12	Kecepatan waktu tanggap complain	≥80%	100%	100%	-
13	Kepuasan pasien	>76,61%	85,81%	85,47%	83,14%

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan



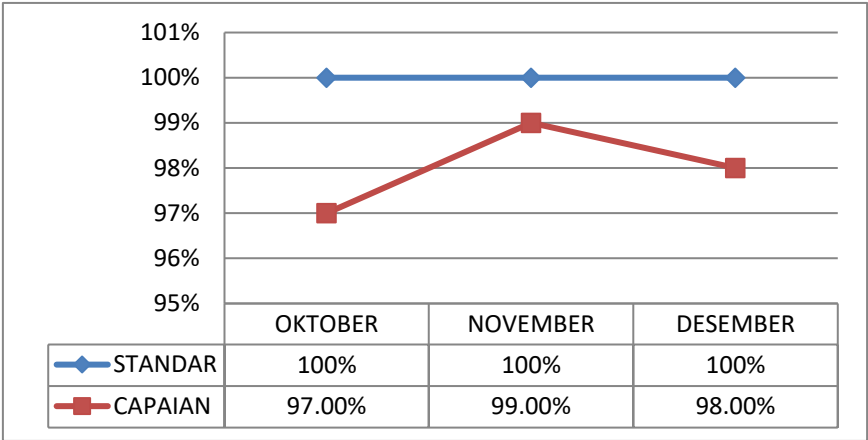
Interpretasi:

Capaian indikator mutu kepatuhan cuci tangan pada bulan Oktober-Desember 2024 belum mencapai target. Hal ini terjadi karena masih ada petugas yg belum melakukan 5 momen kebersihan tangan terutama momen sebelum kontak dengan pasien dan sebelum tindakan aseptik

Rencana tindak lanjut:

- Reedukasi 6 langkah kebersihan tangan dan 5 momen kebersihan tangan
- Monitoring dan evaluasi tingkat kepatuhan kebersihan tangan
- Menyediakan sarana prasarana untuk kebersihan tangan

2. Kepatuhan Penggunaan APD



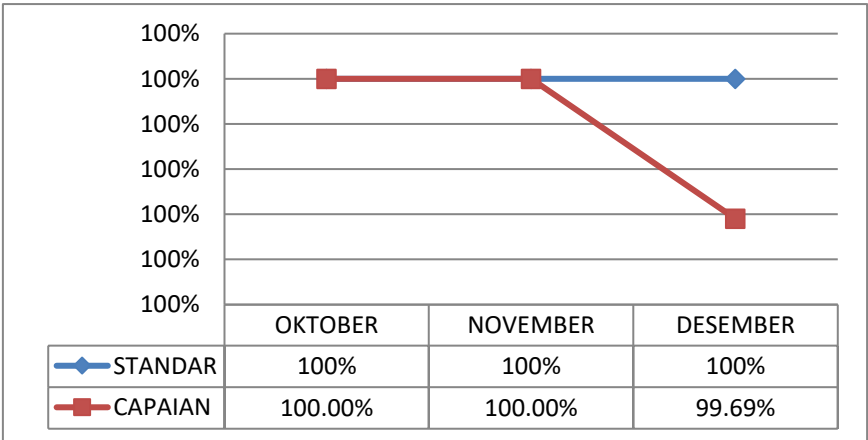
Interpretasi:

Capaian kepatuhan penggunaan alat pelindung diri pada bulan Oktober-Desember tahun 2024 belum mencapai target. Masih ada petugas yg tidak patuh menggunakan APD sesuai indikasi seperti tidak menggunakan APD sarung tangan pada saat tindakan aseptik

Rencana Tindak Lanjut:

- Reedukasi penggunaan APD sesuai indikasi
- monitoring dan evaluasi kepatuhan penggunaan APD sesuai indikasi

3. Kepatuhan Identifikasi Pasien



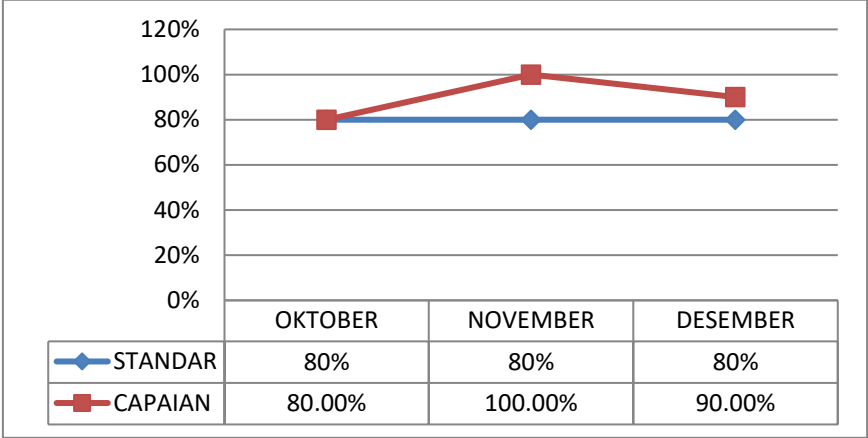
Interpretasi:

Kepatuhan PPA melakukan identifikasi pasien belum mencapai target pada bulan Desember 2024. Masih ditemukan petugas melakukan identifikasi pasien hanya dengan menanyakan nama.

Rencana Tindak Lanjut:

- Sosialisasi SPO identifikasi pasien

4. Waktu Tanggap Seksio Sesarea Emergensi



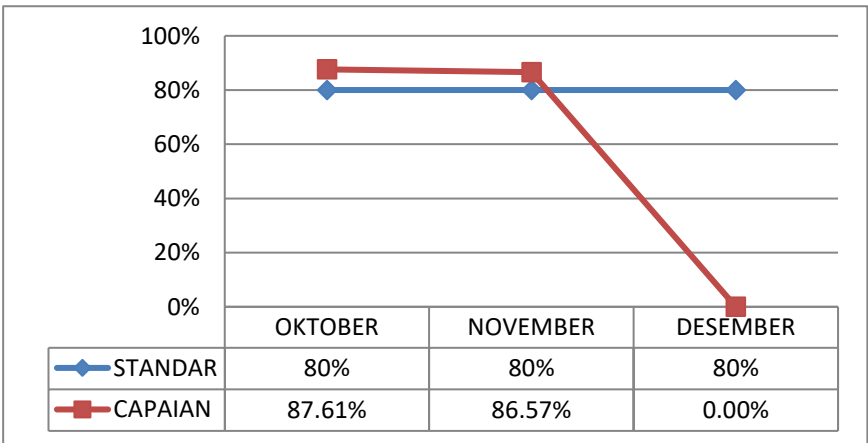
Interpretasi:

Waktu tanggap seksio sesarea emergensi pada bulan Oktober-Desember 2024 sudah mencapai target. Capaian triwulan IV Tahun 2024 sudah menunjukkan peningkatan capaian jika dibandingkan dengan triwulan sebelumnya.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian dengan Melakukan tindakan sesuai dengan SPO

5. Waktu Tunggu Rawat Jalan



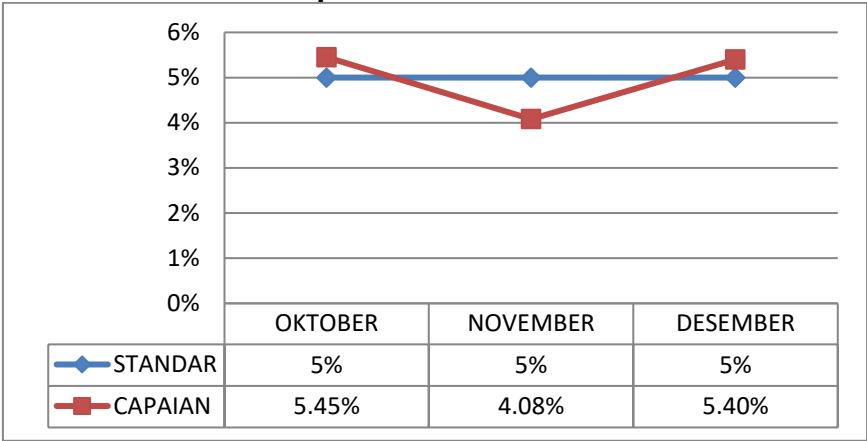
Interpretasi:

Capaian indikator Waktu Tunggu Rawat Jalan sudah mencapai standar pada bulan Oktober dan November 2024. Tidak ada data masuk pada periode Desember 2024.

Rencana Tindak Lanjut:

- Sosialisasi pengumpulan data indikator mutu kecepatan waktu tanggap terhadap komplain.
- Mempertahankan capaian indikator dengan melaksanakan pelayanan sesuai dengan SPO

6. Penundaan Waktu Operasi Elektif



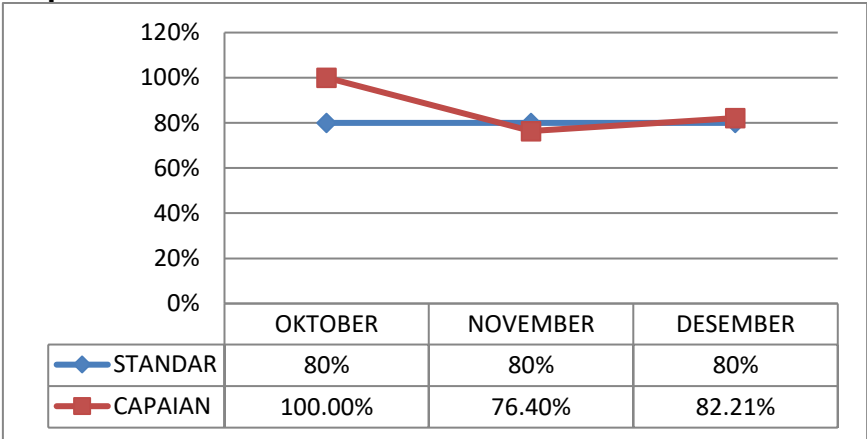
Interpretasi:

Capaian indikator mutu penundaan operasi elektif pada Oktober dan Desember 2025 belum mencapai target yaitu $\leq 5\%$. Hal ini terjadi karena penjadwalan operasi beberapa pasien dilakukan pada hari tertentu dan lamanya tindakan operasi tidak sesuai dengan rencana. Capaianj pada triwulan ini sudah menunjukkan perbaikan dibandingkan periode sebelumnya

Rencana Tindak Lanjut:

- Meningkatkan capaian indikator dengan melaksanakan pelayanan sesuai dengan SPO

7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter



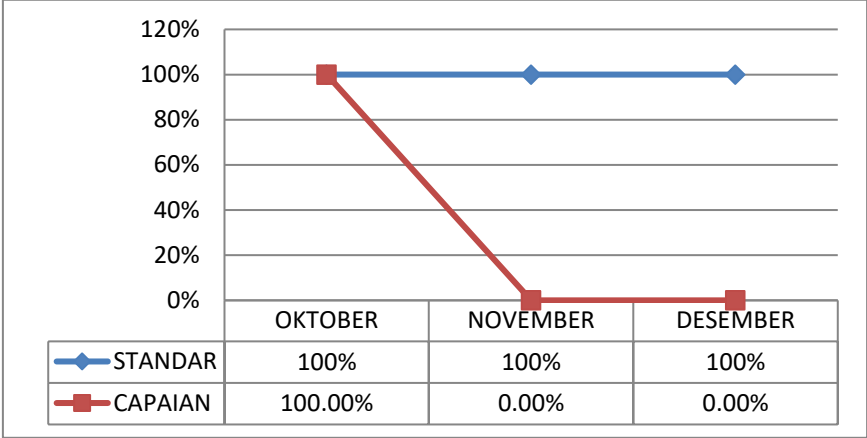
Interpretasi:

Capaian indikator Kepatuhan Waktu Visite Dokter pada Oktober dan Desember 2025 sudah mencapai target.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian dengan melakukan kegiatan sesuai SPO.

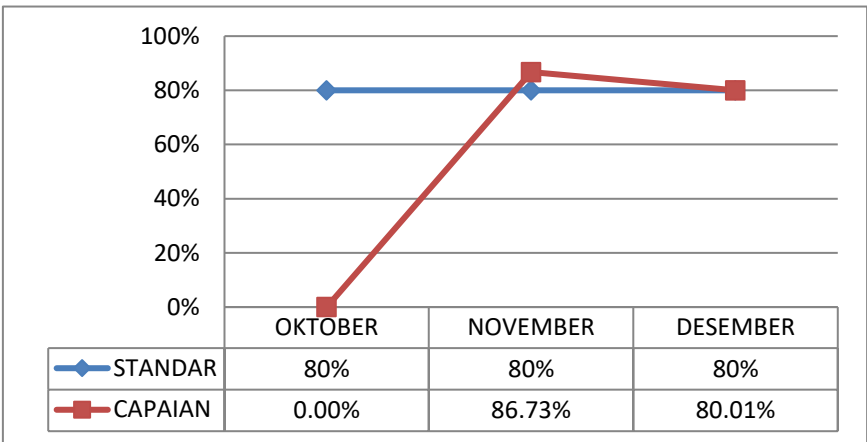
8. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium



Interpretasi:
Capaian pada bulan Oktober 2024 sudah mencapai target yaitu 100%. Tidak ada data masuk untuk periode November dan Desember 2024.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Sosialisasi pengumpulan data indikator mutu kecepatan waktu tanggap terhadap komplain.
 - Mempertahankan capaian indikator dengan melaksanakan pelayanan sesuai dengan SPO

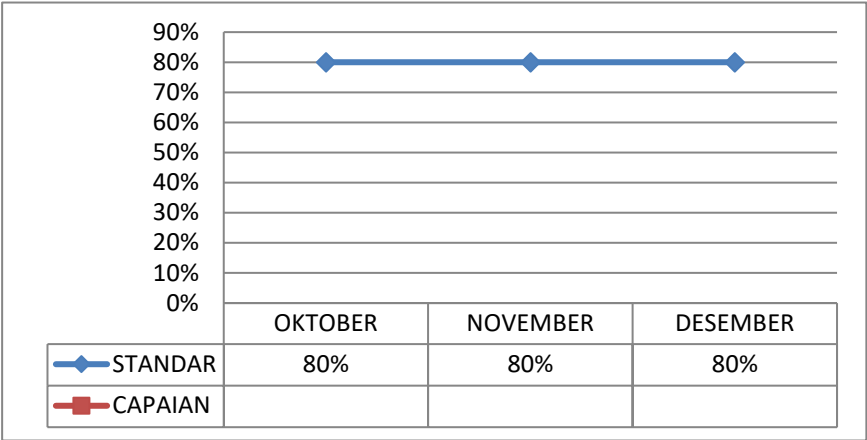
9. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional



Interpretasi:
Tidak ada data masuk untuk periode Oktober 2024. Capaian pada bulan November dan Desember 2024 sudah mencapai target.

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

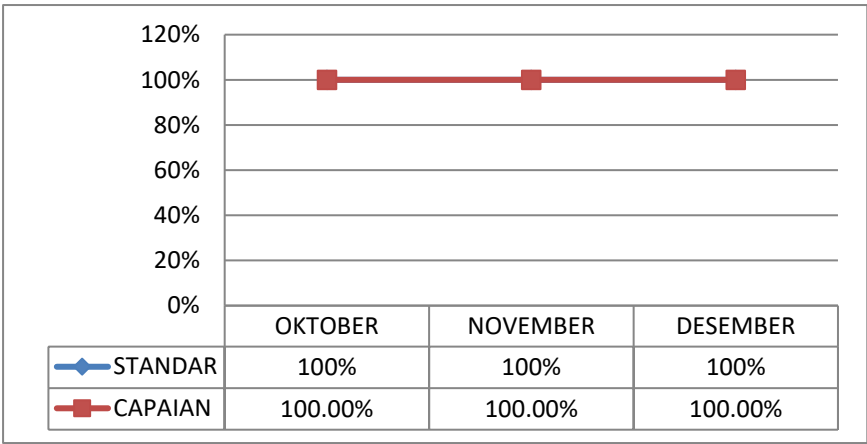
10. Kepatuhan terhadap Clinical Pathway



Interpretasi:
Tidak ada data masuk untuk periode Oktober-Desember 2024.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Sosialisasi pengumpulan data indikator mutu kepatuhan terhadap alur klinis.

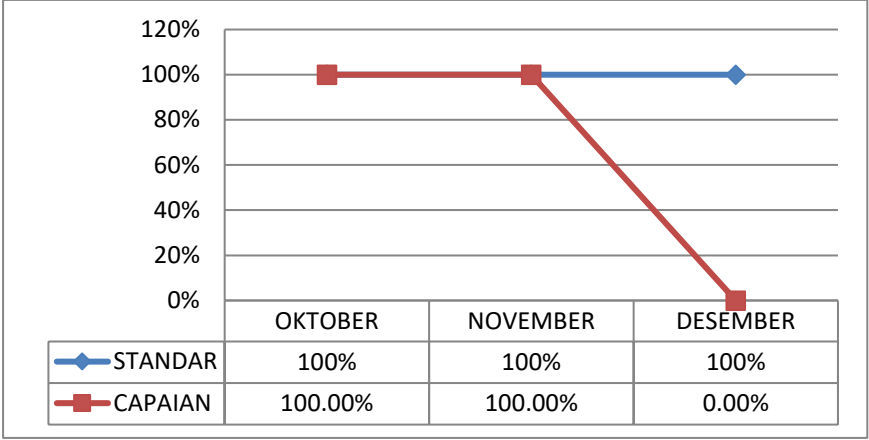
11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Jatuh



Interpretasi:
Kepatuhan upaya pencegahan risiko jatuh pada Juli 2024 sudah mencapai target untuk periode Oktober-Desember 2024.

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

12. Kecepatan Waktu Tanggap Terhadap Komplain

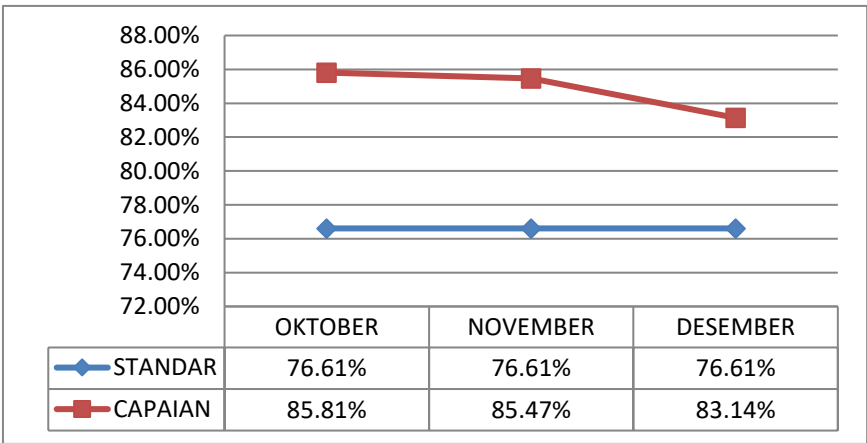


Interpretasi:

Capaian indikator Kecepatan Waktu Tanggap Terhadap Komplain pada bulan Oktober dan November sudah mencapai target. Tidak ada komplain yang masuk pada Desember 2024.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Sosialisasi pengumpulan data indikator mutu kecepatan waktu tanggap terhadap komplain.

13. Kepuasan pasien



Interpretasi:

Kepuasan pasien pada periode Ju 2024 li-September berada diatas standar.

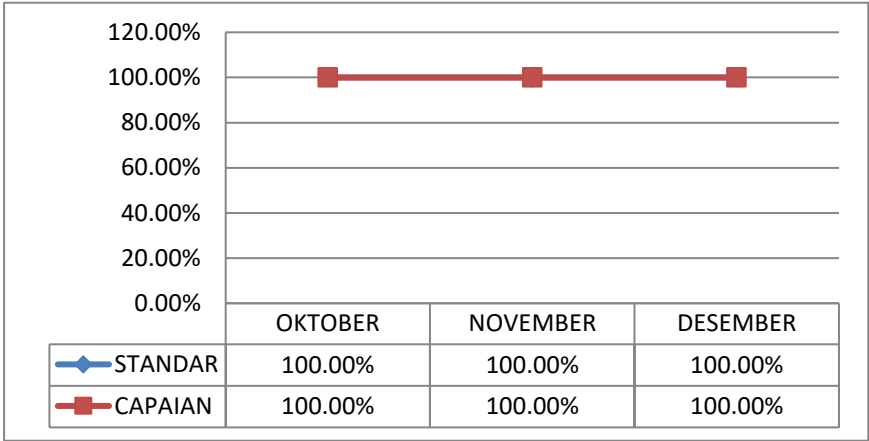
- Rencana Tindak Lanjut:
- Meningkatkan kepatuhan pelaporan data indikator mutu dengan melakukan sosialisasi
 - Mempertahankan capaian indikator dengan melaksanakan pelayanan sesuai dengan SPO

B. PEMANTAUAN INDIKATOR PRIORITAS RUMAH SAKIT

INDIKATOR MUTU	TARGET	PENCAPAIAN			
		OKT	NOV	DES	
1. INDIKATOR KESELAMATAN PASIEN					
Ketepatan Identifiaksi Pasien Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Nama dan Tanggal Lahir Pada Pasien Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	
Peningkatan Komunikasi yang Efektif Kepatuhan DPJP Rawat Inap Melakukan Konfirmasi Dengan Pengisian Tbk	≥80%	100%	100%	100%	
Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diawasi Kepatuhan Pelabelan Obat Psikiatri High Allert	≥80%	-	-	-	
Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi Kepatuhan dalam Memasang Site Marking pada Pasien yang Akan Dilakukan Operasi	≥80%	95,16%	-	-	
Pengurangan Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan Kepatuhan PPA dalam Melakukan Kebersihan Tangan	100%	100%	100%	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%	100%	100%	100%	
3. INDIKATOR PERBAIKAN SESUAI RENCANA STRATEGIS					
Kepuasan Pasien	≥80%	85,81%	85,47%	83,14%	
4. INDIKATOR MANAJEMEN RISIKO					
Tidak Adanya Kejadian Pasien Rawat Inap Jiwa Kabur	100%	100%	99,63%	100%	
5. INDIKATOR PERBAIKAN SISTEM					
Ketersediaan Obat Psikiatri di Rumah Sakit	≥80%	-	-	-	

a. **INDIKATOR KESELAMATAN PASIEN**

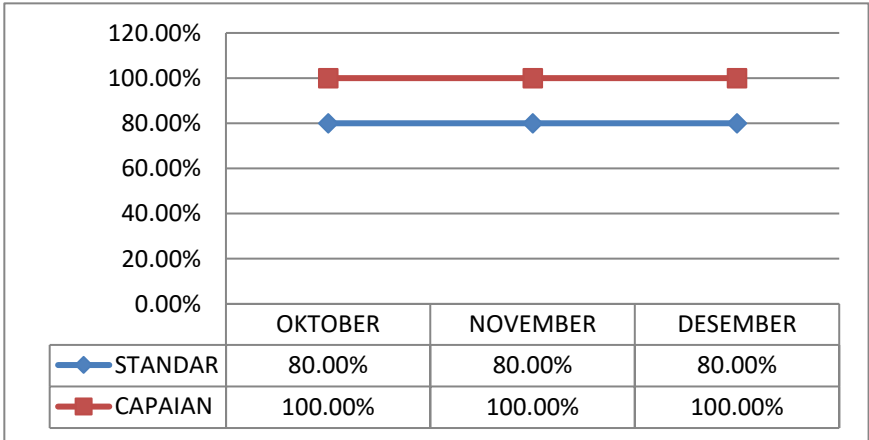
a. **SKP 1 : Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Nama dan Tanggal Lahir Pada Pasien Rawat Inap**



Interpretasi:
Kepatuhan Identifikasi Pasien dengan Nama dan Tanggal Lahir pada Pasien Rawat Inap jiwa periode Oktober-Desember 2024 sudah mencapai standar.

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

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

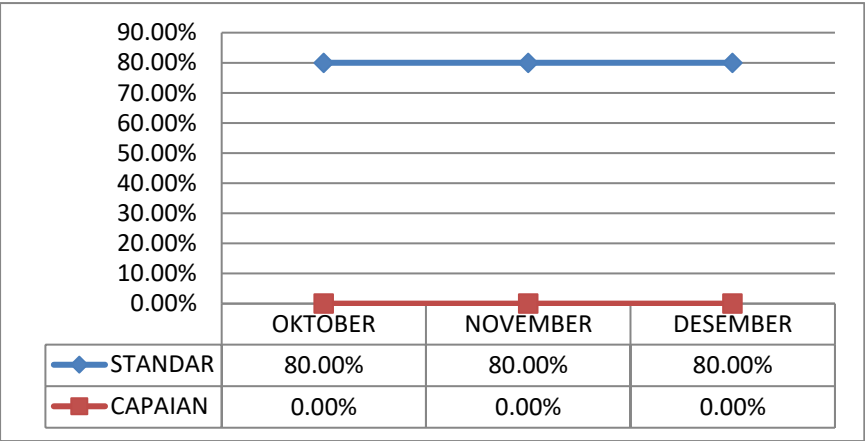


Interpretasi:
Kepatuhan DPJP Rawat Inap Jiwa melakukan Konfirmasi Dengan Pengisian Tbk sudah mencapai standar pada Oktober-Desember 2024. Indikator ini mengalami perbaikan dikarenakan keseluruhan pengisian rekam medis dilakukan secara elektronik.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian indikator dengan melaksanakan pelayanan sesuai dengan SPO

c. **SKP 3: Kepatuhan Pelabelan Obat Psikiatri High Allert**



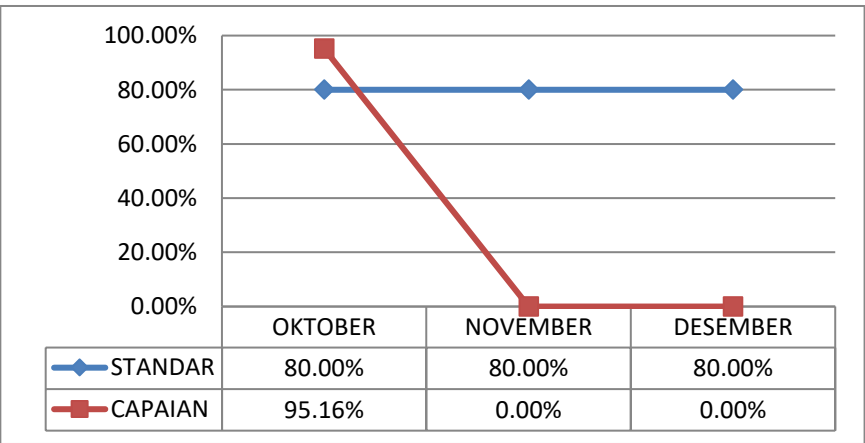
Interpretasi:

Tidak ada data masuk terkait indikator Kepatuhan Pelabelan Obat Psikiatri High Allert triwulan IV tahun 2024.

Rencana Tindak Lanjut:

- Sosialisasi pengumpulan data indikator mutu

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 Oktober 2024. Tidak ada data masuk pada periode November dan Desember 2024.

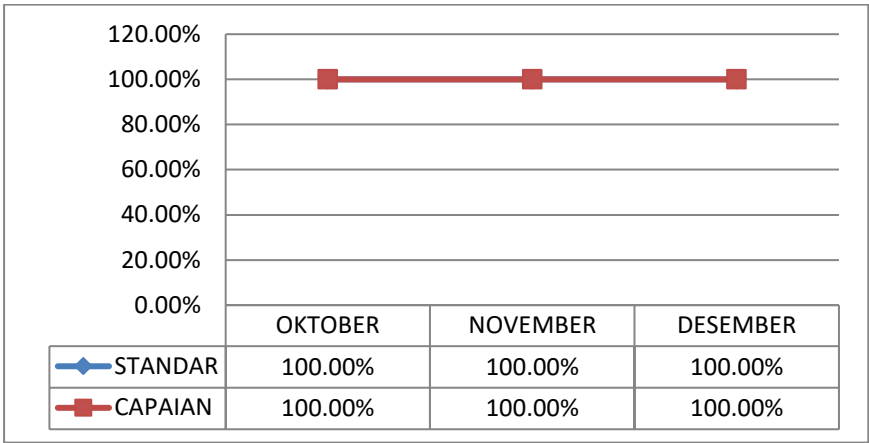
Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian indikator dengan melaksanakan pelayanan

sesuai dengan SPO.

- Sosialisasi pengumpulan data indikator

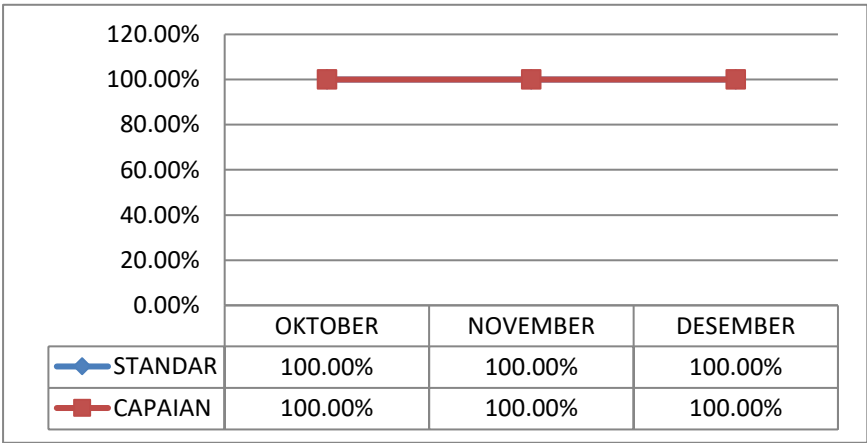
e. **SKP 5: Kepatuhan PPA Jiwa dalam Melakukan Kebersihan Tangan**



Interpretasi:
Kepatuhan PPA Rawat Inap Jiwa dalam melakukan kebersihan tangan Bulan Juli-September 2024 sudah mencapai standar.

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

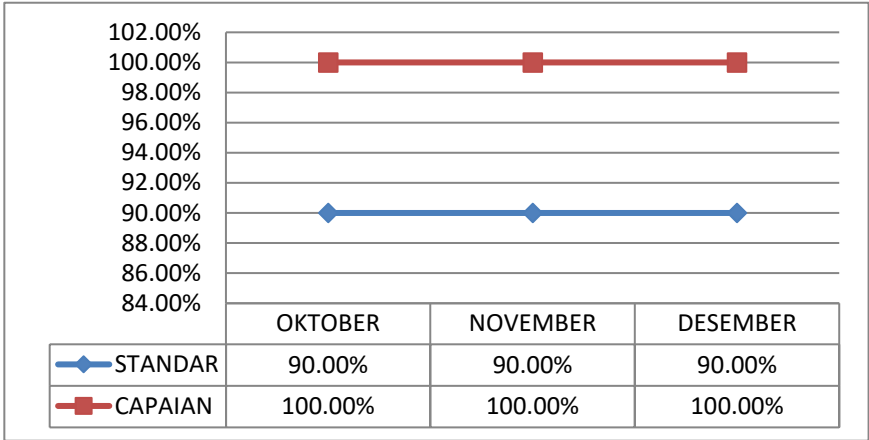
f. **SKP 6: Tidak Adanya Kejadian Pasien Jiwa Jatuh yang Berakibat Kecacatan/ Kematian**



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

- Rencana Tindak Lanjut:
- Mempertahankan capaian dengan melakukan kegiatan sesuai dengan SPO.

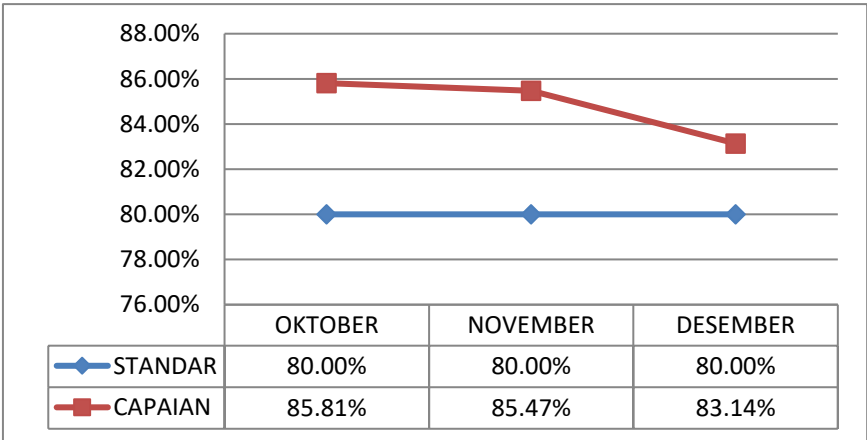
b. Indikator Perbaikan Pelayanan Klinis: Tidak adanya kejadian pasien yang difiksasi setelah 24 jam di Ruang Rawat Inap Jiwa



Interpretasi:
Sudah mencapai standar.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Mempertahankan capaian dengan melakukan pelayanan sesuai SPO.

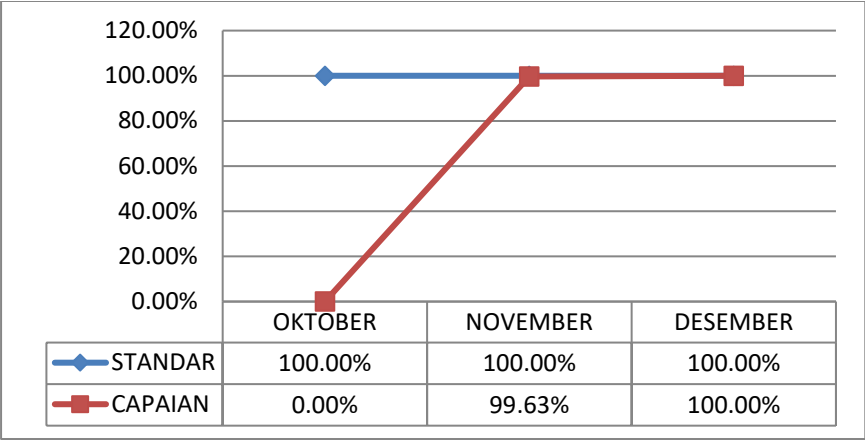
c. Indikator Perbaikan Sesuai Rencana Strategis: Kepuasan Pasien



Interpretasi:
Persentase capaian angka kepuasan pasien pada Oktober-Desember 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

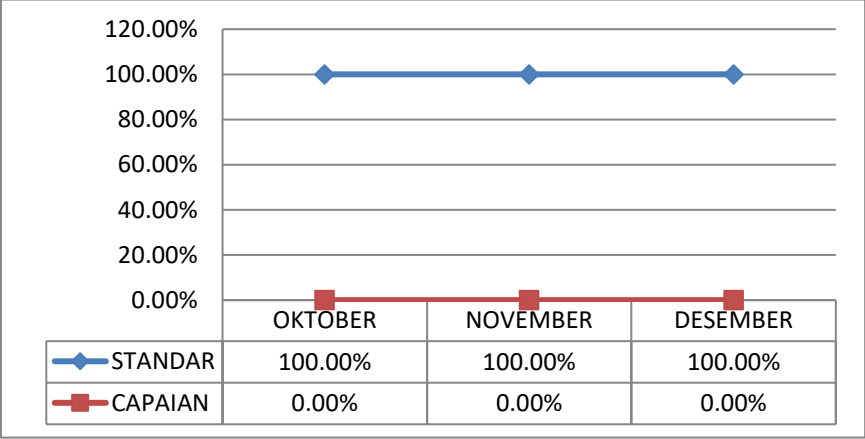


Interpretasi:

Tidak ada data masuk terkait kejadian pasien jiwa kabur pada Oktober 2024. Terdapat kejadian pasien kabur pada November 2024, namun segera ditemukan setelah dilakukan pencarian. Capaian pada Desember 2024 sudah mencapai standar.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Mempertahankan capaian dengan melakukan pelayanan sesuai SPO.
 - Sosialisasi pengumpulan data indikator

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



Interpretasi:

Tidak ada data masuk terkait ketersediaan obat psikiatri injeksi di rumah sakit untuk periode Oktober- Desember 2024.

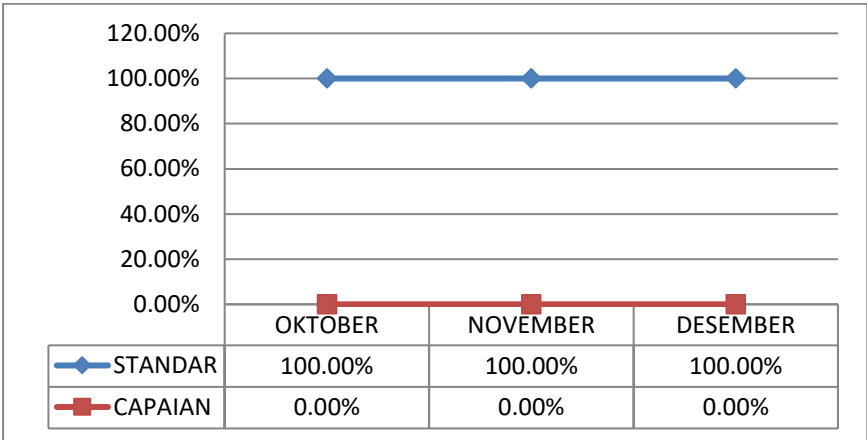
- Rencana Tindak Lanjut:
- Sosialisasi pengumpulan data indikator

C. Indikator Prioritas Unit

NO	UNIT	INDIKATOR MUTU UNIT	TARGET	CAPAIAN		
				OKT	NOV	DES
1	Instalasi Gawat Darurat	Waktu Tanggap Pelayanan IGD ≤ 5 menit	100%	-	-	-
2	Ruang ICU	Ketepatan Kriteria Masuk Pasien ICU	100%	100%	100%	100%
3	Ruang OK	Kepatuhan Asesmen Pra Operasi	100%	93,93%	80%	84,3%
4	Instalasi Farmasi	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi Pasien Rawat Jalan ≤30 menit	≥80%	-	-	-
5	Instalasi Loundry	Tidak Ada Kejadian Linen Hilang	≥80%	-	-	-
6	Laboratorium	Tidak Ada Pengulangan Pengambilan Sampel Darah Pasien	≥80%	-	98,49%	-
7	Radiologi	Tidak Ada Kejadian Kegagalan Pelayanan Radiologi	≥80%	80,64	56%	-
8	Instalasi Pemeliharaan Sarana & Prasarana Rumah Sakit (IPSRS)	Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat	≥80%	-	-	-
9	Instalasi Rawat Jalan	Kepatuhan Skrining Risiko Jatuh	≥80%	-	99,76%	-
10	Rawat Inap Penyakit Dalam	Asesmen Awal Medis dalam 24 Jam Setelah Pasien Masuk Rawat Inap	≥80%	-	17,5%	15,8%
11	Rawat Inap Anak	Waktu Tunggu Pasien Anak Mendapatkan Kamar Rujukan <1 jam	≥80%	100%	100%	100%
12	Rawat Inap Bedah	Asesmen Nyeri Pada Pasien Rawat Inap Bedah	≥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%	100%	100%	100%
15	Rawat Inap Jiwa	Tidak Ada Kejadian pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh	≥80%	100%	100%	100%
16	Ruang Hemodialisa	Kecepatan Menangani Komplikasi Tindakan Hemodialis	≥80%	100%	100%	100%

17	Instalasi Gizi	Ketepatan Waktu Distribusi Makanan Kepada Pasien	≥80%	-	97,91%	99,30%
18	Rekam Medis	Angka Ketersediaan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Jalan	100%	-	99%	-
19	Keuangan	Ketepatan jadwal Pengiriman Berkas Klaim ke Kantor BPJS Kesehatan	100%	-	-	-
20	Unit Trasnfusi Darah	Tidak Ada Kejadian Reaksi Transfusi	≥80%	100%	100%	100%

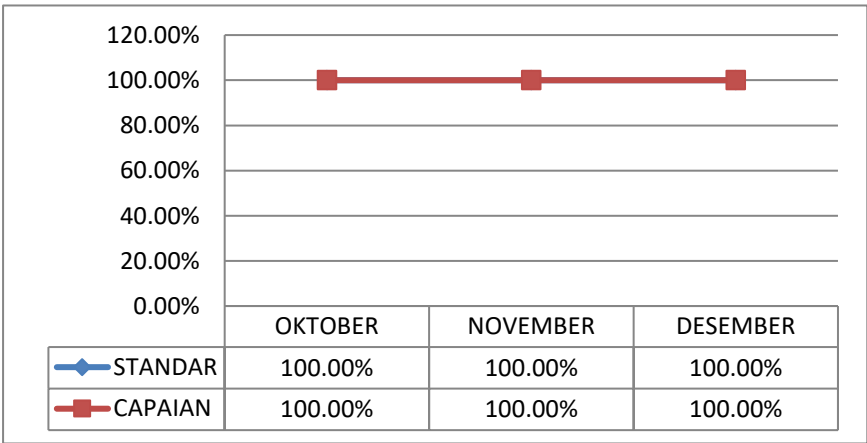
a. Instalasi Gawat Darurat: Waktu Tanggap Pelayanan IGD ≤ 5 menit



Interpretasi:
 Tidak ada data masuk tentang Waktu tanggap pelayanan IGD ≤ 5 meit pada Oktober-Desember 2024.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Sosialisasi pengumpulan data bagi PIC pengumpul data

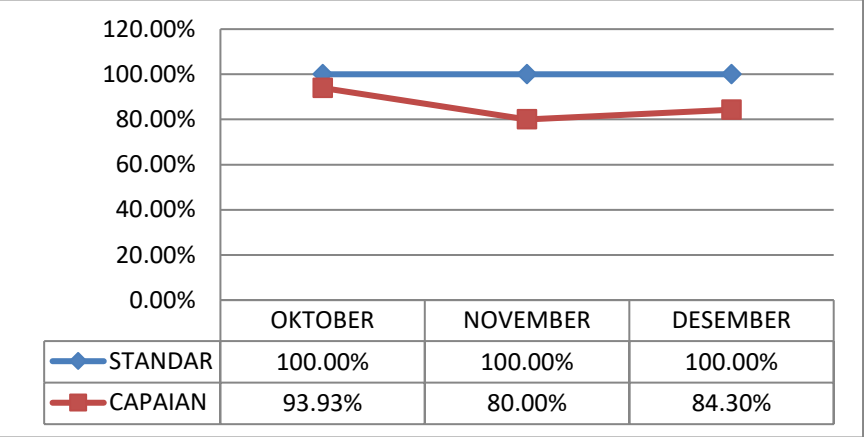
b. Ruang ICU: Ketepatan Kriteria Masuk Pasien ICU



Interpretasi:
Ketepatan kriteria masuk pasien ICU sudah mencapai standar pada Bulan Oktober-Desember 2024.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Mempertahankan pencapaian dengan melakukan pelayanan sesuai dengan SPO

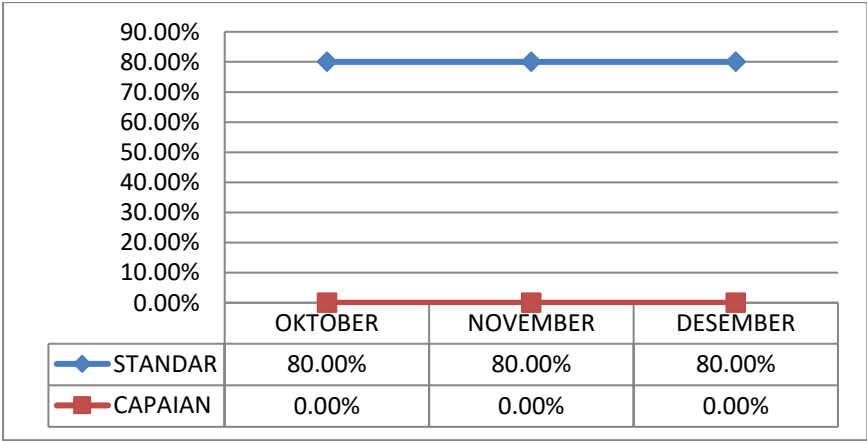
c. Ruang OK: Kepatuhan Asesmen Pra Operasi



Interpretasi:
Belum mencapai standar yang telah ditetapkan.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Meningkatkan capaian dengan melakukan pelayanan sesuai dengan SPO.
 - Evaluasi SPO terkait pengisian asesment manual maupun di khanza

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

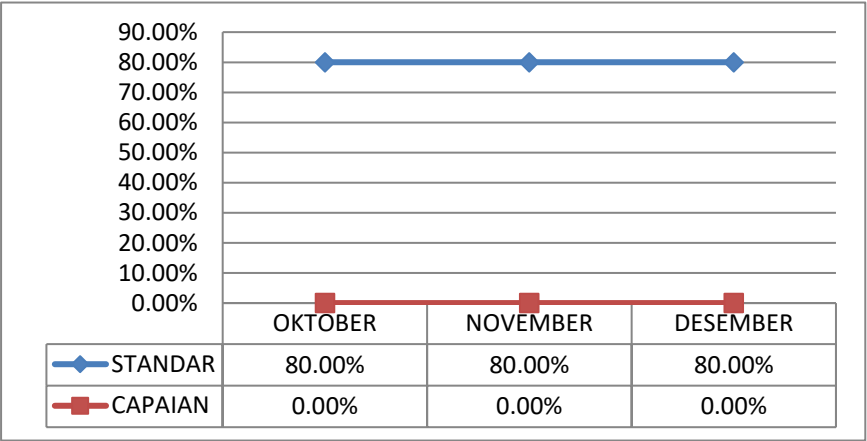


Interpretasi:
Tidak ada data masuk terkait waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien rawat jalan pada periode Oktober-Desember 2024.

Rencana Tindak Lanjut:

- Evaluasi dan sosialisasi SPO pengumpulan data bagi PIC pengumpul data

e. Instalasi Loundry: Tidak Ada Kejadian Linen Hilang



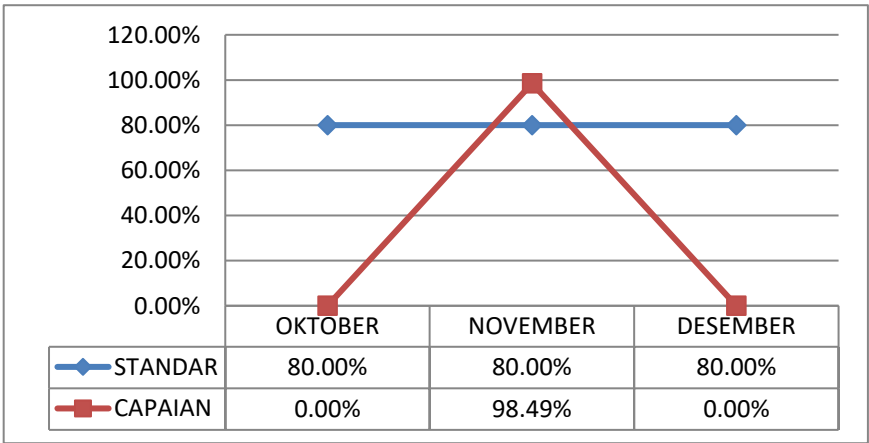
Interpretasi:

Tidak ada data masuk pada bulan Oktober-Desember tahun 2024.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan pencapaian dengan melakukan pelayanan sesuai dengan SPO
- Sosialisasi pengumpulan data bagi PIC pengumpul data

f. Laboratorium: Tidak Ada Angka Pengulangan Pengambilan Sampel Darah Pasien



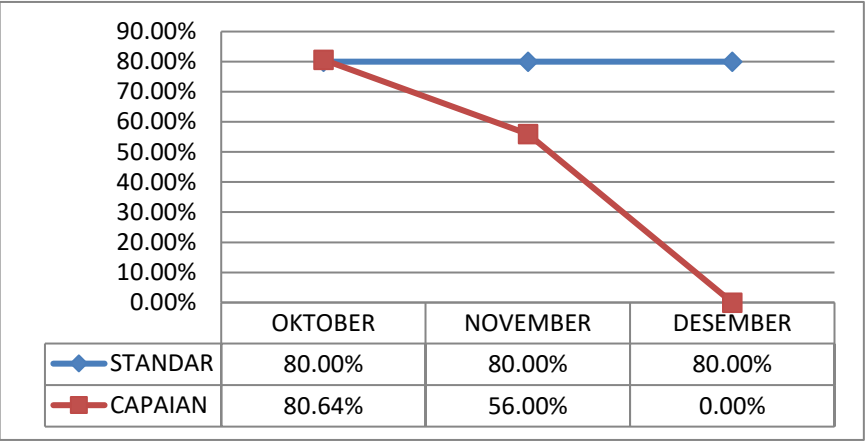
Interpretasi:

Tidak ada data masuk terkait pengulangan pengambilan sampel darah pasien pada bulan Oktober dan Desember tahun 2024. Capaian pada bulan November sudah mencapai target.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan pencapaian dengan melakukan pelayanan sesuai dengan SPO
- Sosialisasi pengumpulan data bagi PIC pengumpul data

g. Radiologi: Tidak Ada Kejadian Kegagalan Pelayanan Radiologi



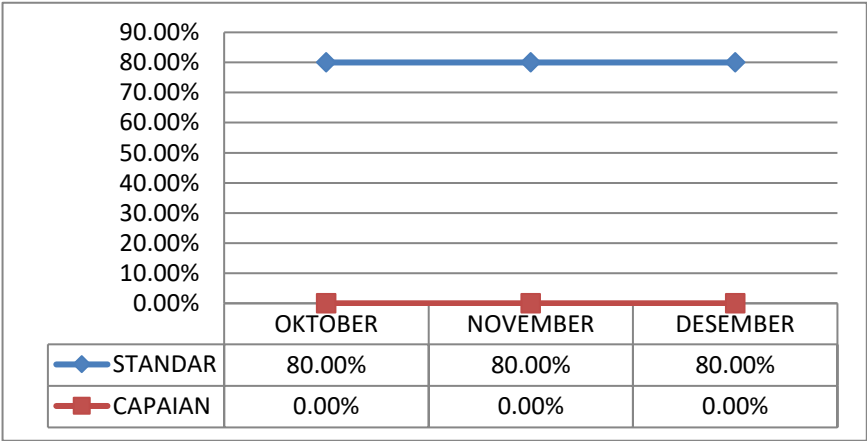
Interpretasi:

Capaian indikator Kegagalan pelayanan radiologi pada November 2024 tidak mencapai standar. Hal ini disebabkan layanan dokter spesialis radiology tidak tersedia setiap hari. Tidak ada data masuk pada bulan Desember 2024.

Rencana Tindak Lanjut:

- Merekomendasikan evaluasi kebutuhan dokter spesialis
- Meningkatkan pencapaian dengan melakukan pelayanan sesuai dengan SPO
- Sosialisasi pengumpulan data bagi PIC pengumpul data

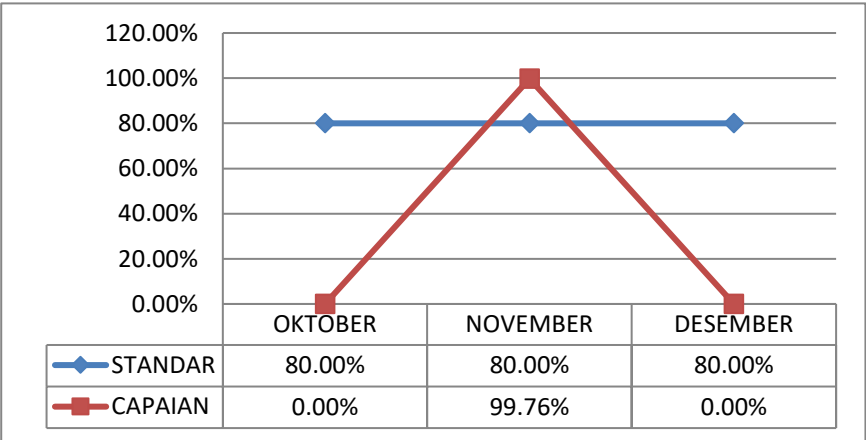
**h. Instalasi Pemeliharaan Sarana & Prasarana Rumah Sakit (IPSR):
Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat**



Interpretasi:
Tidak ada data masuk

- Rencana Tindak Lanjut:
- Sosialisasi pengumpulan data indikator mutu
 - Monitoring dan evaluasi proses pengumpulan data

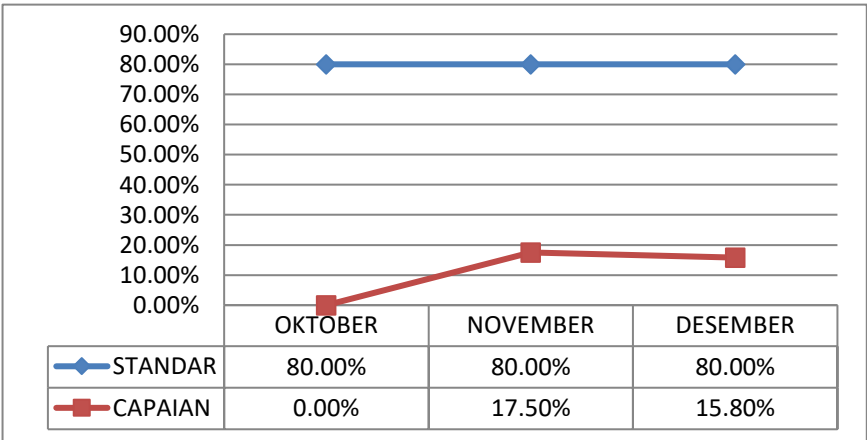
i. Instalasi Rawat Jalan: Kepatuhan Skrining Risiko Jatuh



Interpretasi:
Tidak ada data masuk pada Oktober dan Desember 2024. Capaian pada November 2024 sudah mencapai standar

- Rencana Tindak Lanjut:
- Sosialisasi pengumpulan data indicator mutu
 - Monitoring dan evaluasi proses pengumpulan data
 - Mempertahankan pencapaian dengan melakukan pelayanan sesuai dengan SPO

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



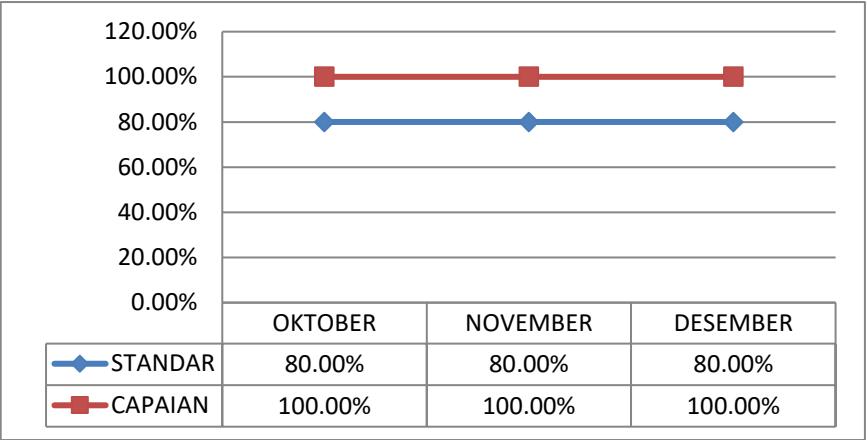
Interpretasi:

Pelaksanaan asesmen awal medis pasien rawat inap pada November DAN Desember 2024 belum sesuai standar. Sebagian besar asesmen awal medis rawat inap masih diisi oleh DPJP pada saat pasien akan pulang. Tidak ada data masuk pada bulan Oktober 2024

Rencana Tindak Lanjut:

- Berkoordinasi dengan Komite Medis terkait sosialisasi pengisian asesmen awal medis pasien rawat inap secara elektronik.
- Sosialisasi pengumpulan data indicator mutu

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



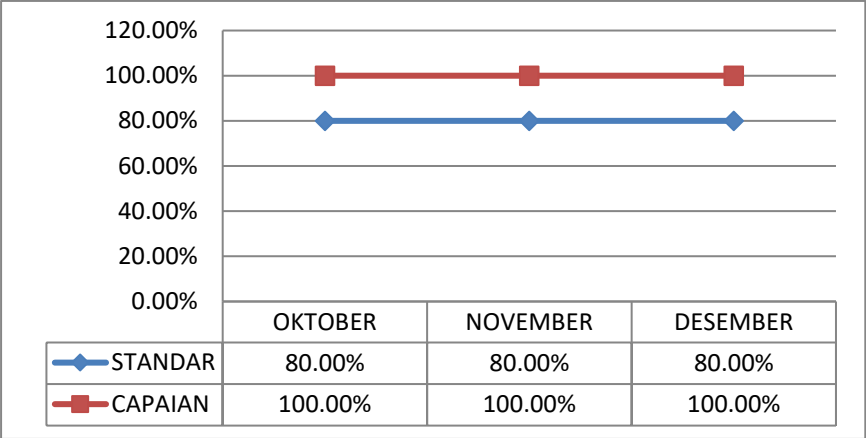
Interpretasi:

Capaian waktu tunggu anak mendapatkan kamar rujukan < 1 jam pada bulan Oktober-Desember 2024 sudah mencapai 100%.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian dengan melakukan pelayanan sesuai dengan SPO

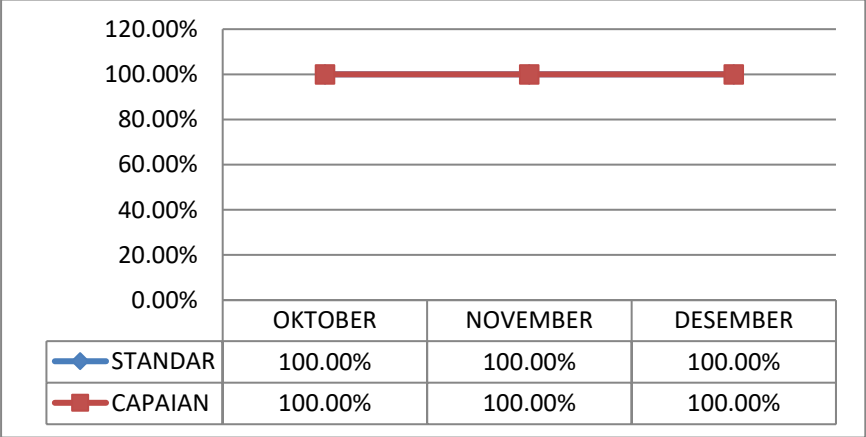
I. Rawat Inap Bedah: Asesmen Nyeri Pada Pasien Rawat Inap Bedah



Interpretasi:
Capaian Asesmen Nyeri Pada Pasien Rawat Inap Bedah pada Oktober-Desember 2024 sudah sesuai standar.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Mempertahankan capaian dengan melakukan pelayanan sesuai dengan SPO

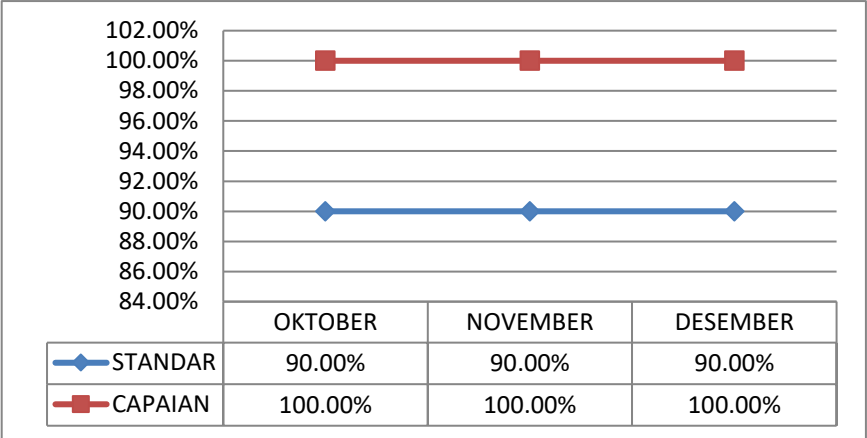
m. Rawat Inap Kebidanan: Tidak Ada Kejadian Kematian Akibat Persalinan



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

- Rencana Tindak Lanjut:
- Mempertahankan capaian dengan melakukan tindakan sesuai SPO

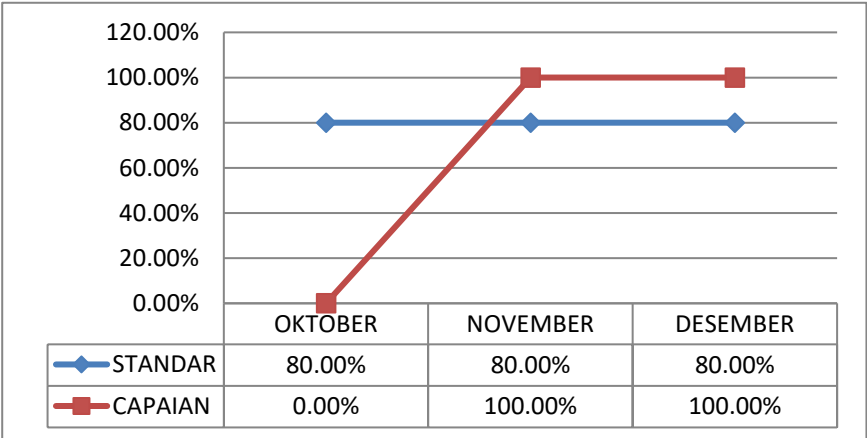
n. Rawat Inap Perinatologi: Kemampuan menangani BBLR



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

- Rencana Tindak Lanjut:
- Mempertahankan capaian dengan melakukan tindakan sesuai SPO.

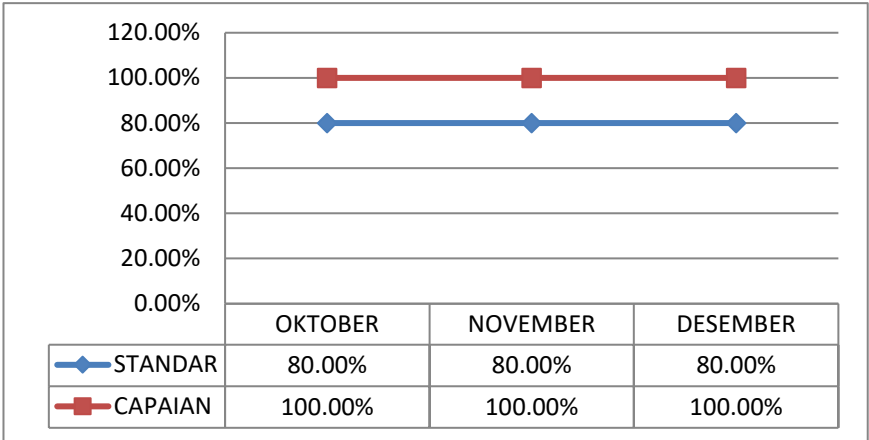
o. Rawat Inap Jiwa: Tidak Ada Kejadian pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh



Interpretasi:
Tidak ditemukan kejadian pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh pada bulan November dan Desember 2024. Tidak ada data masuk pada Oktober 2024.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Mempertahankan capaian dengan melakukan tindakan sesuai SPO.
 - Sosialisasi pengumpulan data indikator mutu
 - Monitoring dan evaluasi proses pengumpulan data

p. Ruang Hemodialisa: Kecepatan Menangani Komplikasi Tindakan Hemodialisis



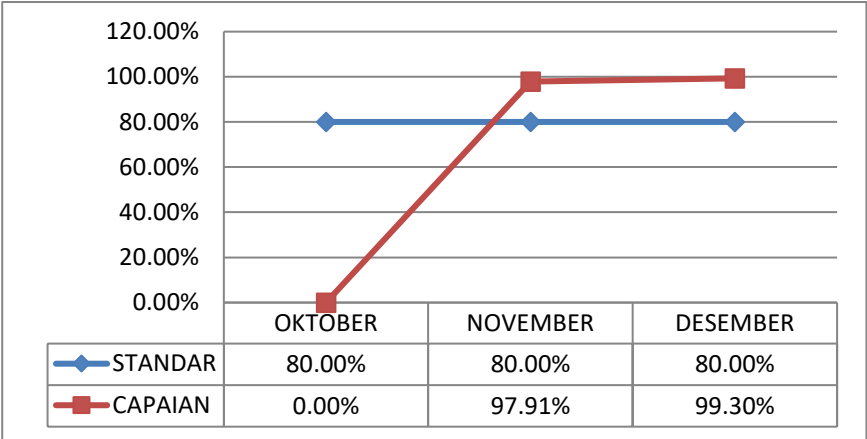
Interpretasi:

Capaian Kecepatan Menangani Komplikasi Tindakan Hemodialisis sudah mencapai standar.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian dengan melakukan tindakan sesuai SPO.
- Sosialisasi pengumpulan data indikator mutu
- Monitoring dan evaluasi proses pengumpulan data

q. Instalasi Gizi: Ketepatan Waktu Distribusi Makanan Kepada Pasien



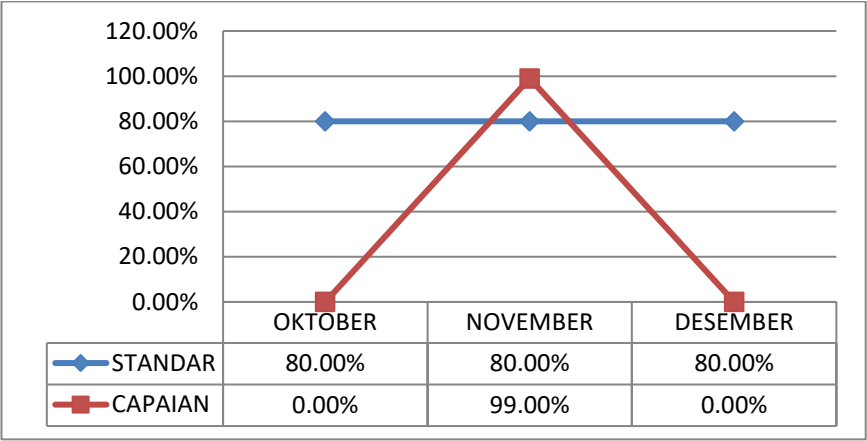
Interpretasi:

Tidak ada data masuk pada periode Oktober 2024. Capaian pada November dan Desember 2024 sudah mencapai standar.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian dengan melakukan tindakan sesuai SPO.
- Sosialisasi pengumpulan data indikator mutu

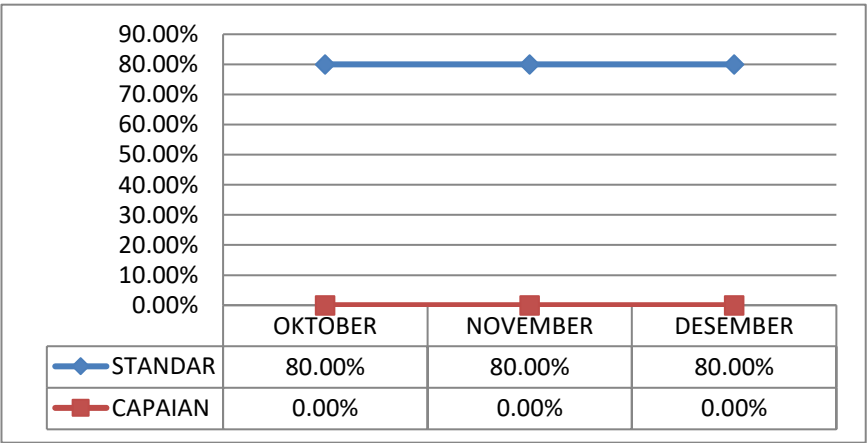
r. **Rekam Medis: Angka Ketersediaan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Jalan**



Interpretasi:
Angka keterlambatan ketersediaan dokumen rekam medis pasien rawat jalan November 2024 sudah sesuai dengan standar. Tidak ada data masuk pada bulan Oktober dan Desember 2024.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Mempertahankan capaian dengan melakukan tindakan sesuai SPO.
 - Sosialisasi pengumpulan data indikator mutu
 - Monitoring dan evaluasi proses pengumpulan data

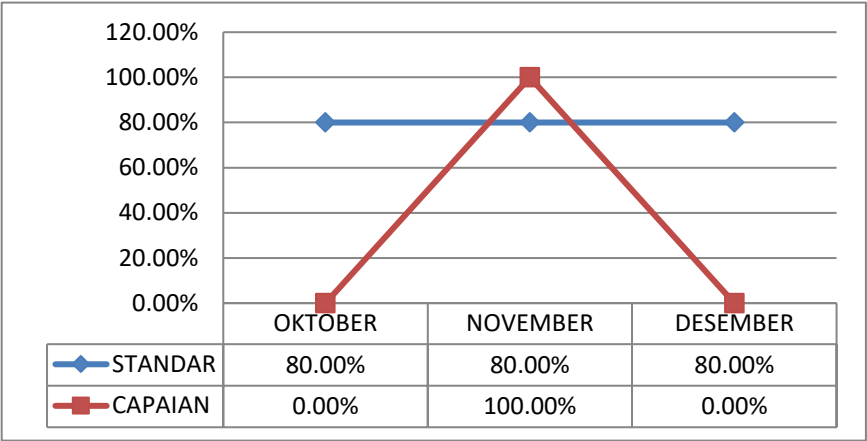
s. **Keuangan: Ketepatan jadwal Pengiriman Berkas Klaim ke Kantor BPJS Kesehatan**



Interpretasi:
Tidak ada data masuk.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Sosialisasi pengumpulan data indikator mutu
 - Monitoring dan evaluasi proses pengumpulan data

t. Unit Trasnfusi Darah: Tidak Ada Kejadian Reaksi Transfusi



Interpretasi:

Tidak ada data masuk Pada bulan Oktober dan Desember 2024. Capaian pada bulan November 2024 sudah mencapai standar.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian dengan melakukan tindakan sesuai SPO.
- Sosialisasi pengumpulan data indikator mutu
- Monitoring dan evaluasi proses pengumpulan data

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

Jumlah indikator mutu yang dipantau selama bulan Oktober sampai dengan Desember 2024 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.

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.