

Yayasan Badan Wakaf Sultan Agung



**RSI SULTAN
AGUNG**

ISLAMIC TEACHING HOSPITAL

Rumah Sakit Sesuai Prinsip Syariah

SEMARANG - JAWA TENGAH

**LAPORAN
HASIL CAPAIAN PROGRAM
PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
TRIWULAN II TAHUN 2022**



**Mencintai Allah, Menyayangi Sesama
Berkhidmat Menyelamatkan Umat**



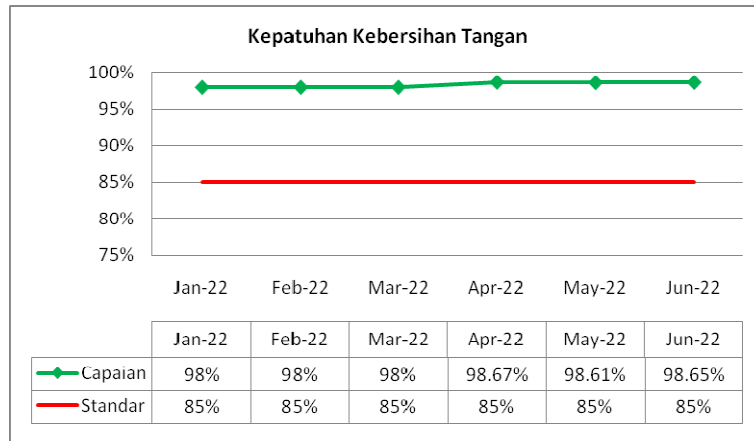
BAB I

PENGUKURAN MUTU

1.1. Pengukuran Indikator Mutu

A. Indikator Nasional Mutu (INM)

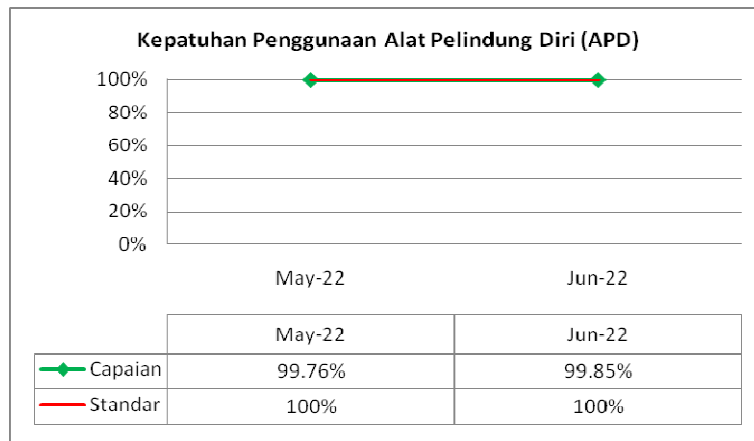
1. Kepatuhan Kebersihan Tangan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kepatuhan kebersihan tangan, pada triwulan II adalah 98.64%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

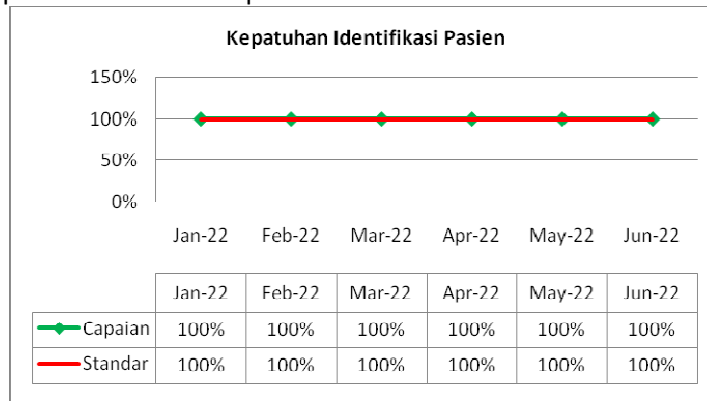


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kepatuhan penggunaan APD, pada triwulan II adalah 99.81%, belum mencapai standar.
- Belum bisa dibandingkan dengan capaian triwulan I, karena pengukuran kepatuhan penggunaan APD yang sesuai profil indikator nasional mutu baru mulai diukur bulan Mei 2022.
- Unit yang belum mencapai target, yaitu dari non medis (*cleaning service*), karena ketidakterediaan APD (apron) saat pembersihan kamar mandi.
- Tindak lanjut : melakukan koordinasi dengan bagian sanitasi untuk pengadaan APD (lapron) dan melakukan monitoring dan evaluasi penggunaan APD.



3. Kepatuhan identifikasi pasien



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu ketepatan identifikasi pasien, pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

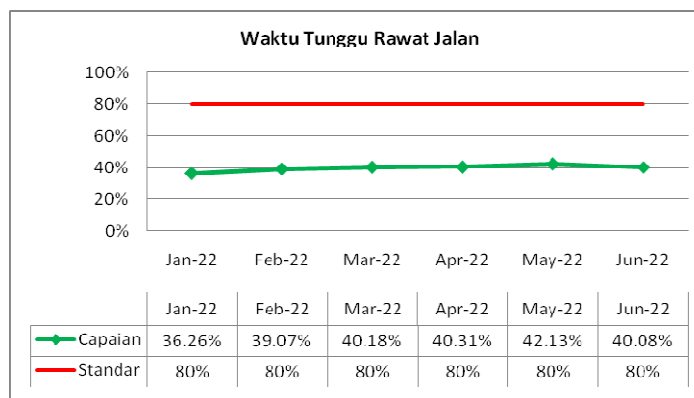
4. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi

	Jan-22	Feb-22	Mar-22	Apr-22	May-22	Jun-22
Capaian	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Standar	80%	80%	80%	80%	80%	80%

Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi pada triwulan II tidak dapat dianalisa, tidak dapat dilakukan pengukuran karena tidak ada data.

5. Waktu Tunggu Rawat Jalan

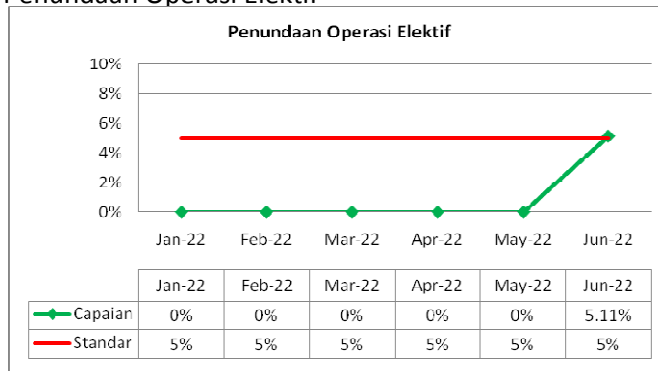


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu tunggu rawat jalan, pada triwulan II adalah 40.84%, belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.
- Tindak lanjut : koordinasi instalasi rawat jalan dengan bidang pelayanan medis, IT, dan bagian pendaftaran.



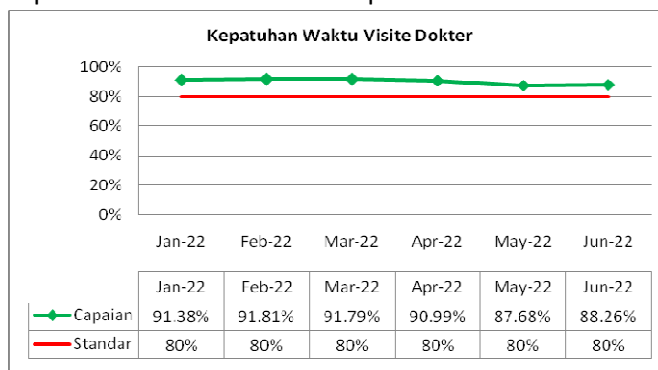
6. Penundaan Operasi Elektif



Analisa :

- Capaian indikator mutu penundaan operasi elektif, pada triwulan II belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya menurun. Penundaan operasi kasus pasien urologi dan onkologi, tertunda lebih dari 1 jam karena DPJP merubah urutan operasi pasiennya, sehingga jadwal operasi selanjutnya tertunda.
- Upaya perbaikan : Penanggung Jawab IBS koordinasi dengan DPJP terkait prioritas tindakan dan mengorganisir sejak sehari sebelumnya urutan tindakan sesuai tingkat kesulitan operasi.

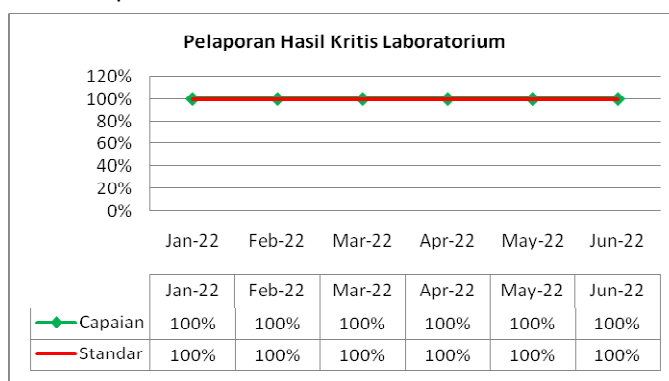
7. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 88.98%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya menurun.

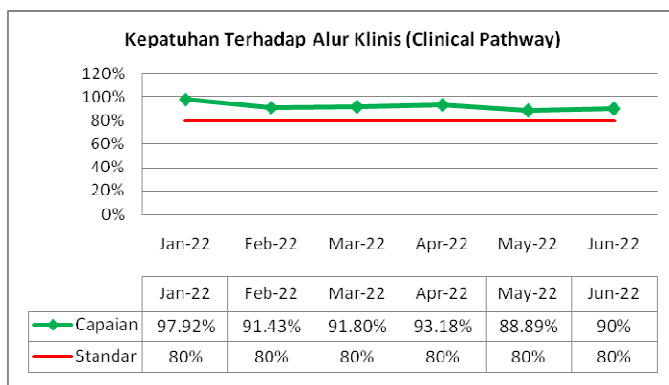
8. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium



Analisa :

- Capaian indikator mutu waktu lapor hasil tes kritis laboratorium pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

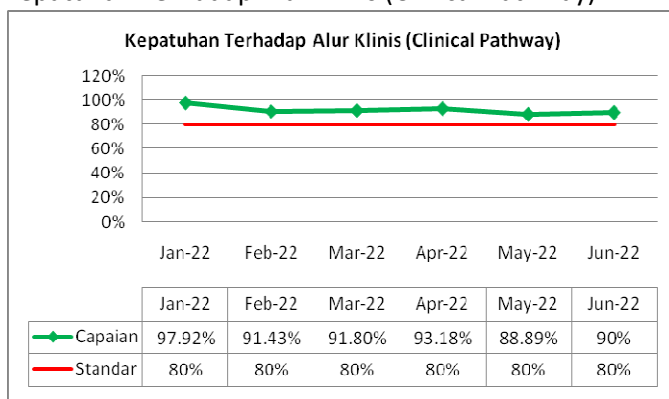
9. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional



Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional pada triwulan II adalah 88%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

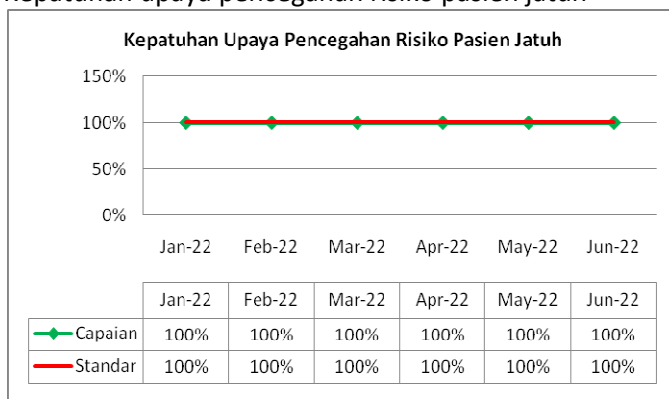
10. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)



Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan terhadap clinical pathway pada triwulan II adalah 91%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya menurun.

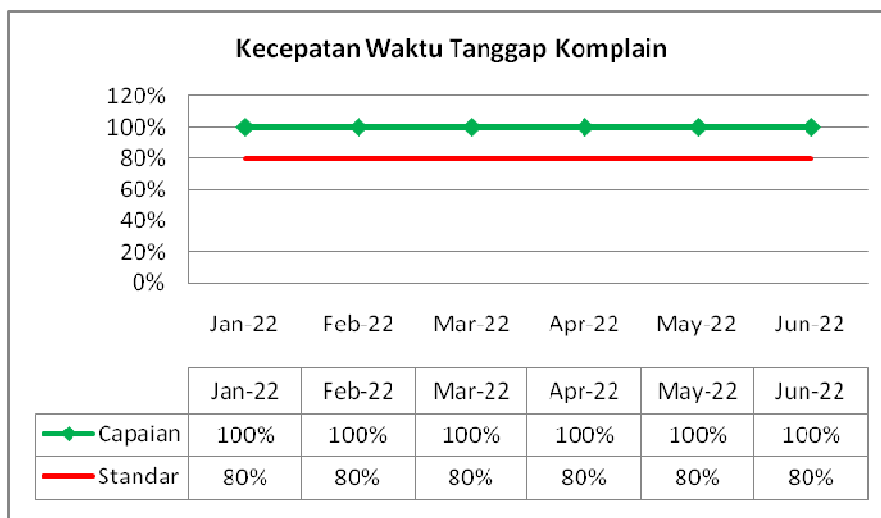
11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

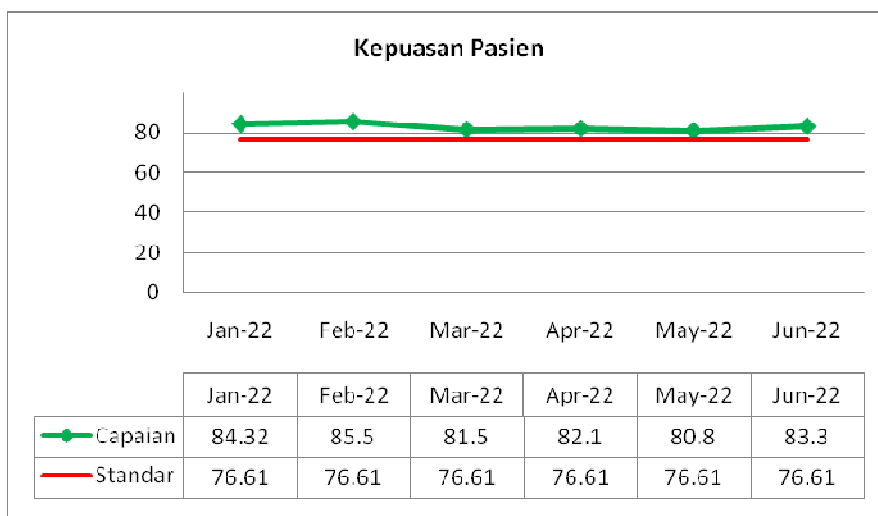
12. Kecepatan respon terhadap komplain



Analisa :

- Capaian indikator mutu kecepatan respon terhadap komplain pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

13. Kepuasan pasien



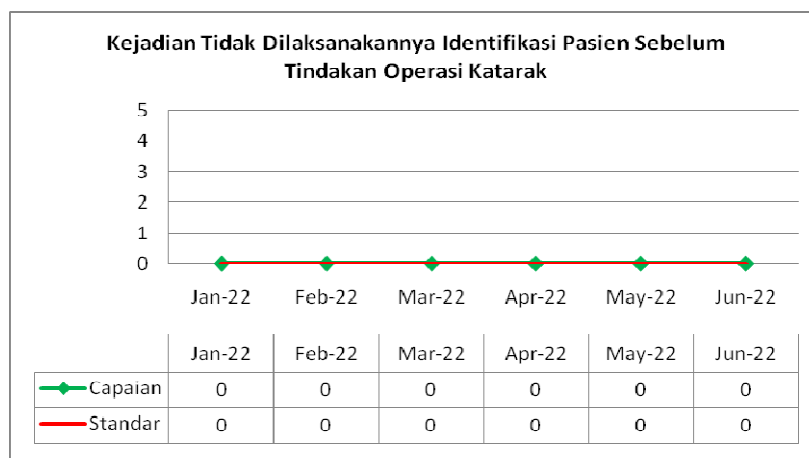
Analisa :

- Capaian indikator mutu kepuasan pasien pada triwulan II adalah 82.07, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.
- Berdasarkan laporan unit Humas pada triwulan II tidak ada laporan tentang ketidakpuasan pelanggan terkait adanya peserta didik di RSISA.

B. Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS)

1. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien

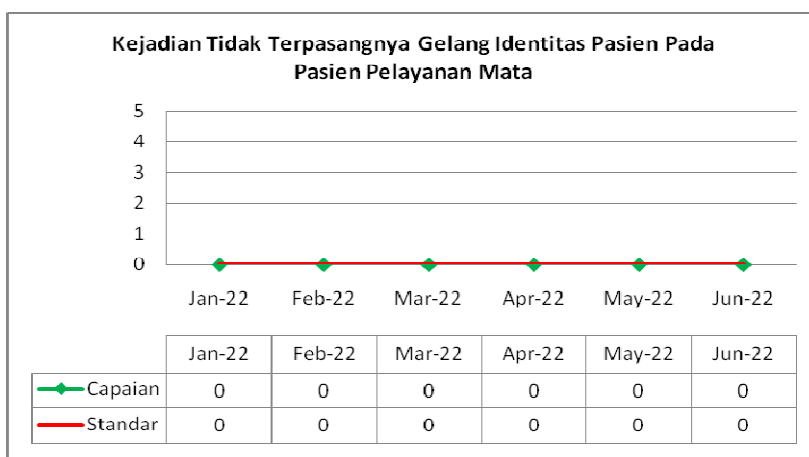
a. Kejadian Tidak Dilaksanakannya Identifikasi Pasien Sebelum Tindakan Operasi Katarak



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka tidak dilaksanakannya identifikasi pasien sebelum tindakan operasi katarak, pada triwulan II adalah 0 kejadian, telah mencapai standar 0 kejadian.
- Bila dibandingkan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

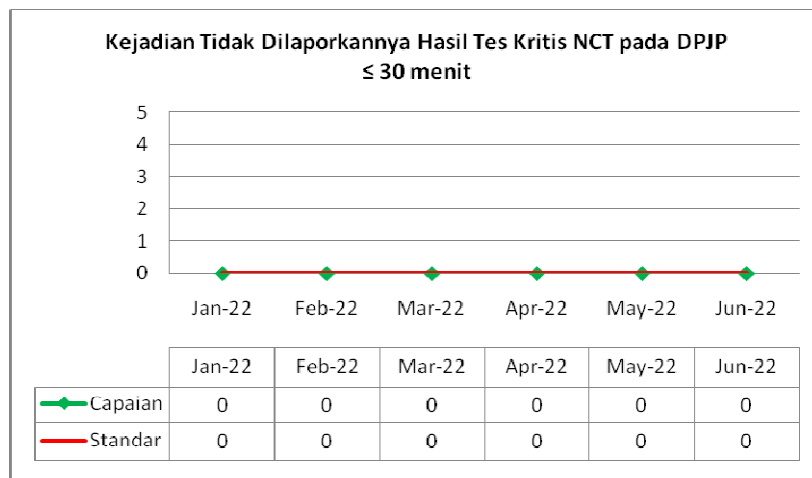
b. Kejadian Tidak Terpasangnya Gelang Identitas Pasien Pada Pasien Pelayanan Mata



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian tidak terpasangnya gelang identitas pasien pada pasien pelayanan mata, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

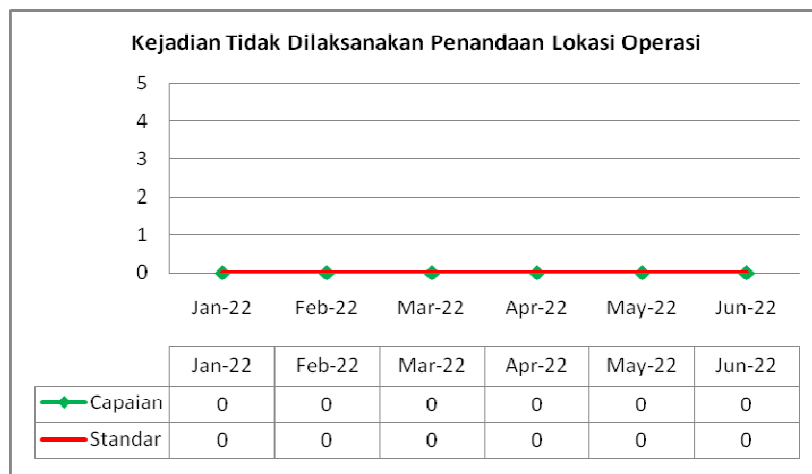
c. Kejadian Tidak Dilaporkannya Hasil Tes Kritis NCT pada DPJP ≤ 30 menit



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian tidak dilaporkannya hasil tes kritis NCT pada DPJP ≤ 30 menit, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

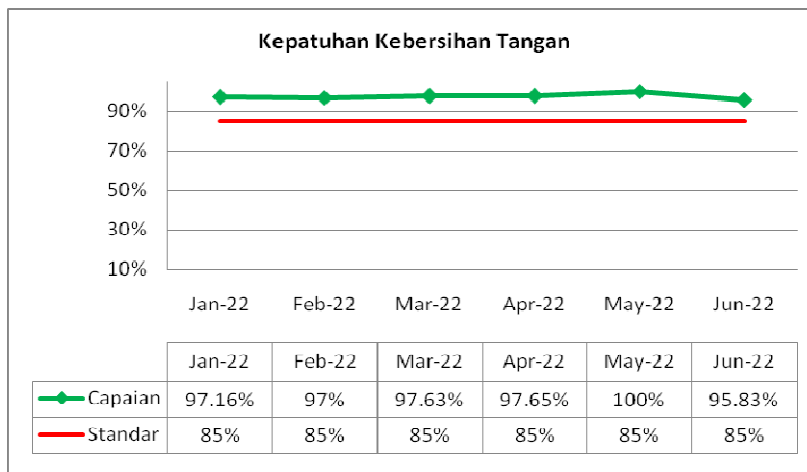
d. Kejadian Tidak Dilaksanakan Penandaan Lokasi Operasi



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian tidak dilaksanakan penandaan lokasi operasi, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

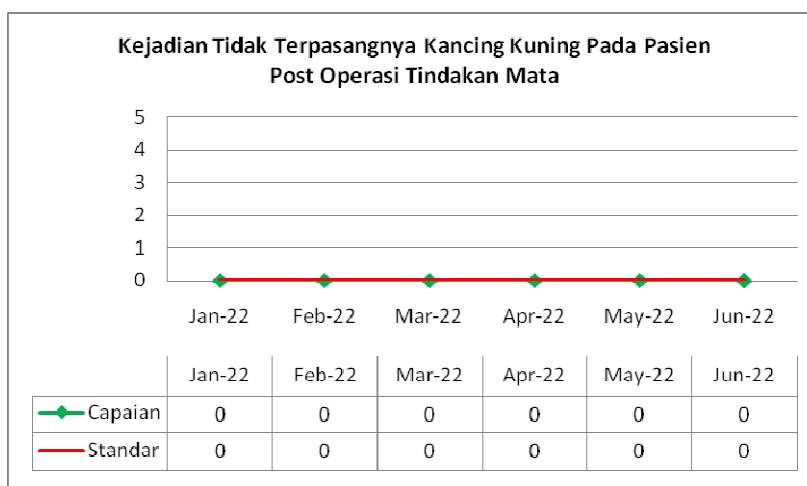
e. Kepatuhan Kebersihan Tangan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kepatuhan kebersihan tangan di SEC, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

f. Kejadian Tidak Terpasangnya Kancing Kuning Pada Pasien Post Operasi Tindakan Mata



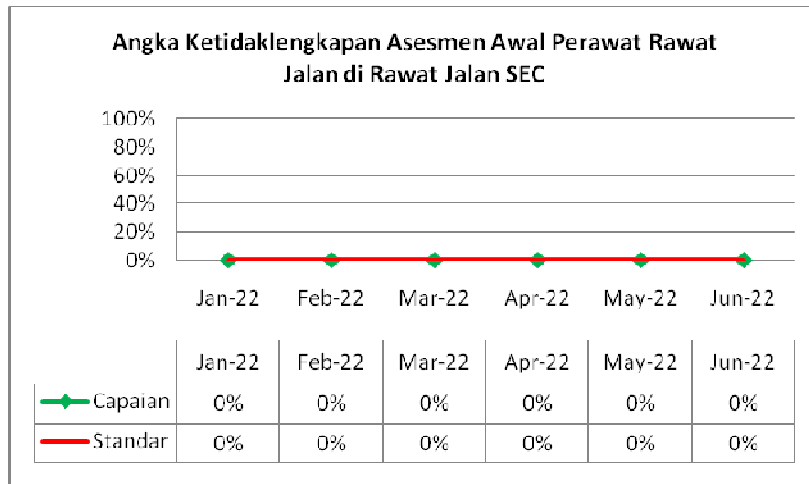
Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian tidak terpasangnya kancing kuning pada pasien post operasi tindakan mata, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.



2. Indikator Pelayanan Klinis Prioritas

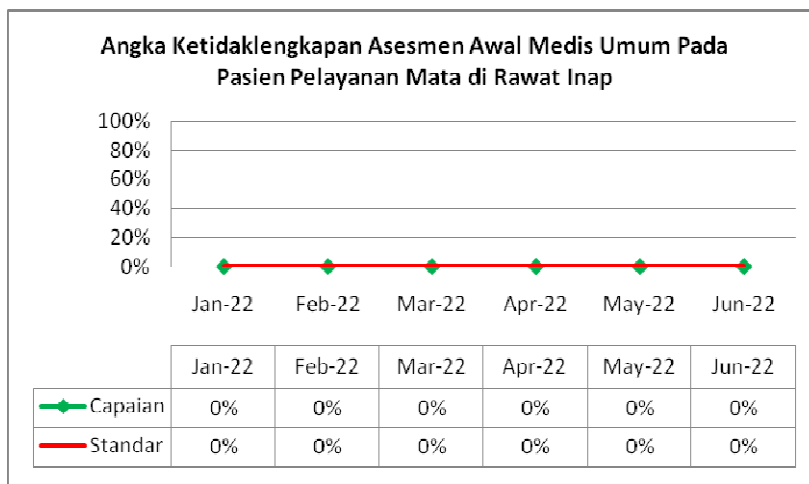
a. Angka Ketidaklengkapan Asesmen Awal Perawat Rawat Jalan di Rawat Jalan SEC



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka ketidaklengkapan asesmen awal perawat rawat jalan di rawat jalan SEC, pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar 0%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

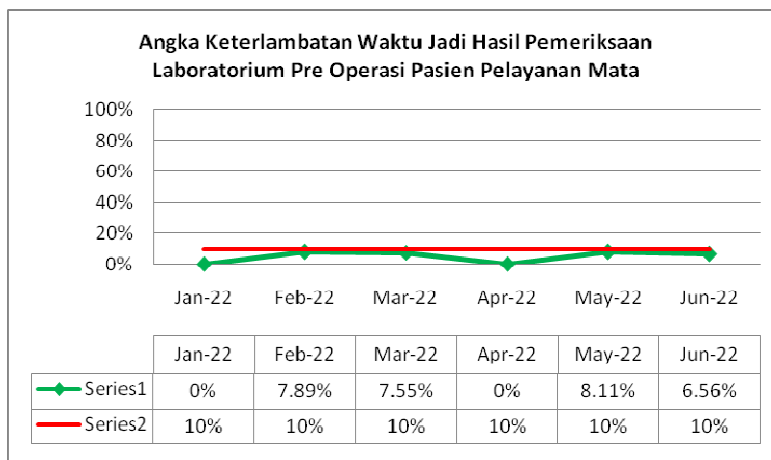
b. Angka Ketidaklengkapan Asesmen Awal Medis Umum Pada Pasien Pelayanan Mata Di Rawat Inap



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka ketidaklengkapan asesmen awal medis umum pada pasien pelayanan mata di rawat inap, pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar 0%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

c. Angka Keterlambatan Waktu Jadi Hasil Pemeriksaan Laboratorium Pre Operasi Pasien Pelayanan Mata



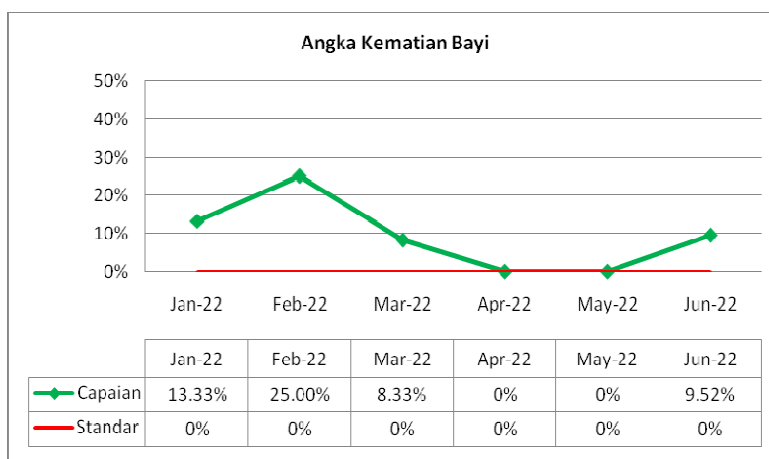
Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan waktu jadi hasil pemeriksaan laboratorium pre operasi pasien pelayanan mata, pada triwulan II adalah 5%, telah mencapai standar <10%.
- Bila dibandingkan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

3. Indikator Terkait Perbaikan Sistem

a. Indikator Mutu Program Nasional

1) Angka Kematian Bayi



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kematian bayi, pada triwulan II belum mencapai standar. Pada bulan Juni ada 2 kematian bayi.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.
- Tindak lanjut : pertemuan audit maternal perinatal oleh tim ponex dan komite mutu profesi.

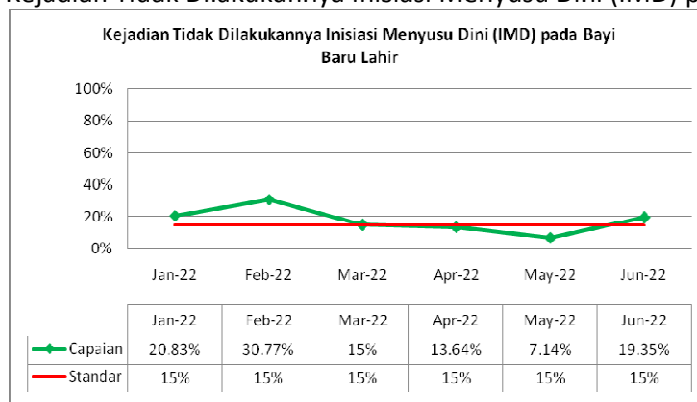
2) Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi

	Jan-22	Feb-22	Mar-22	Apr-22	May-22	Jun-22
Capaian	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Standar	80%	80%	80%	80%	80%	80%

Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi pada triwulan II tidak dapat dianalisa, tidak dapat dilakukan pengukuran karena tidak ada data.

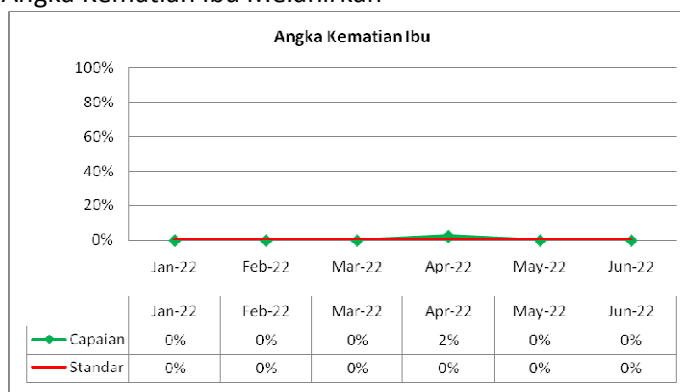
3) Kejadian Tidak Dilakukannya Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada Bayi Baru Lahir



Analisa :

- Capaian indikator mutu kejadian tidak dilakukannya inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir adalah 13.38%, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.
- Upaya perbaikan : evaluasi profil indikator mutu dan optimalisasi pelaksanaan standar prosedur operasional inisiasi menyusui dini.

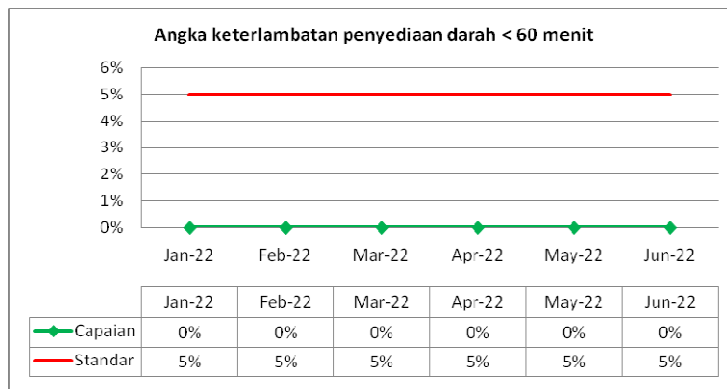
4) Angka Kematian Ibu Melahirkan



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kematian ibu melahirkan, pada triwulan II belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya menurun.

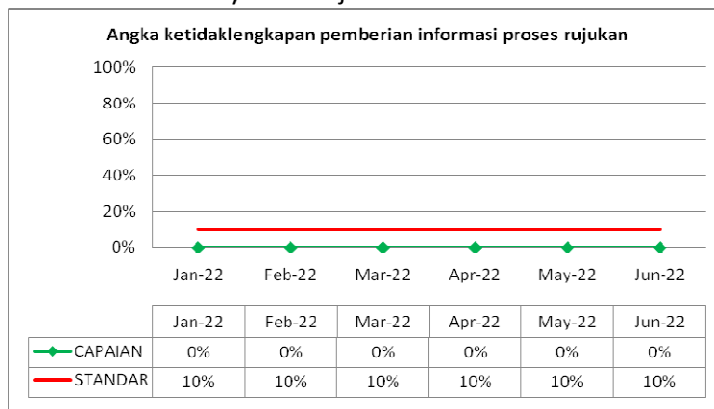
5) Angka keterlambatan penyediaan darah < 60 menit



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

b. Indikator Mutu Pelayanan Rujukan

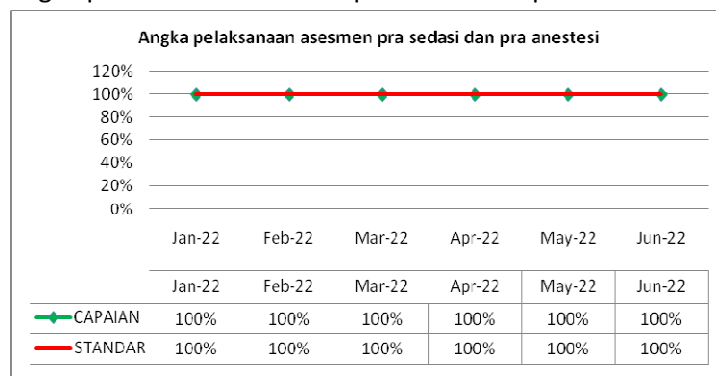


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka ketidaklengkapan pemberian informasi proses rujukan pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar < 10%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

c. Indikator Mutu Pelayanan Anestesi dan Sedasi

1) Angka pelaksanaan asesmen pra sedasi dan pra anestesi

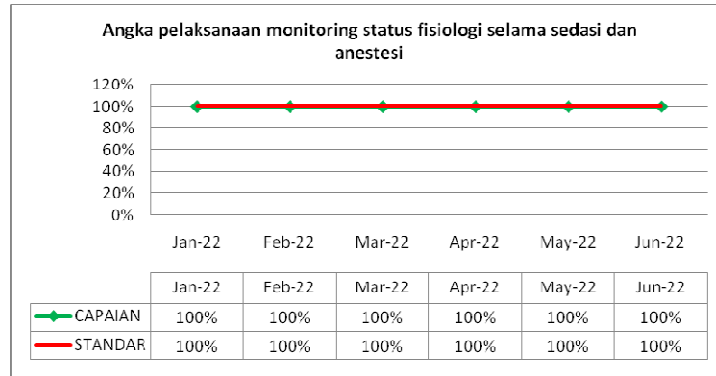


Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.



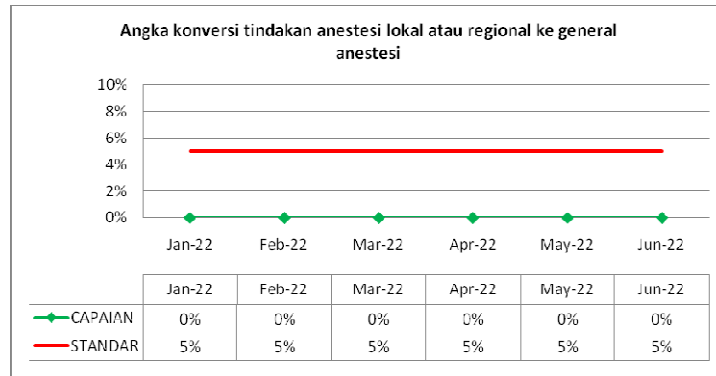
2) Angka pelaksanaan monitoring status fisiologi selama sedasi dan anestesi



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka pelaksanaan monitoring status fisiologi selama sedasi dan anestesi pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.

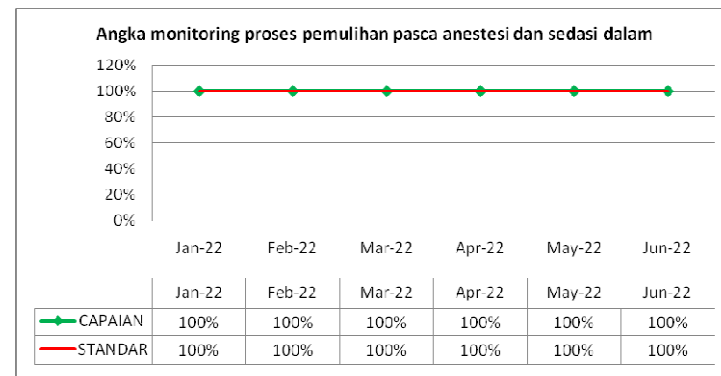
3) Angka konversi tindakan anestesi lokal atau regional ke general anestesi



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka konversi tindakan anestesi lokal atau regional ke general anestesi pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar <5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.

4) Angka monitoring proses pemulihan pasca anestesi dan sedasi dalam

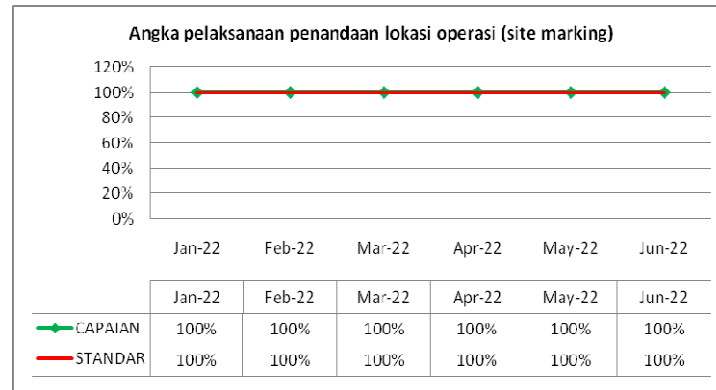


Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.



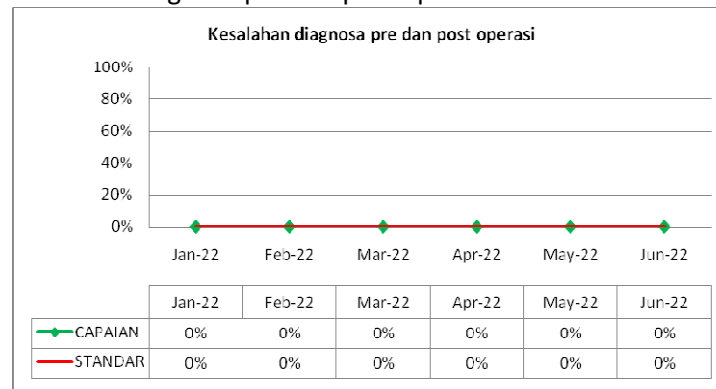
d. Indikator Mutu Pelayanan Bedah

1) Angka pelaksanaan penandaan lokasi operasi (*site marking*)

Analisa :

- Capaian indikator mutu angka pelaksanaan penandaan lokasi operasi (*site marking*) pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

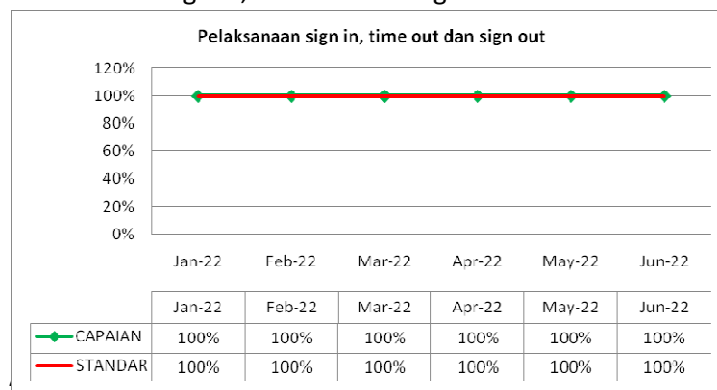
2) Kesalahan diagnosa pre dan post operasi



Analisa :

- Capaian indikator mutu kesalahan pre dan post operasi pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

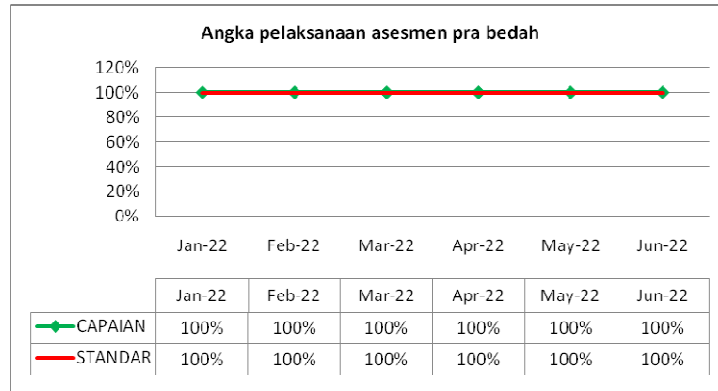
3) Pelaksanaan sign in, time out dan sign out



- Capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.



4) Angka pelaksanaan asesmen pra bedah

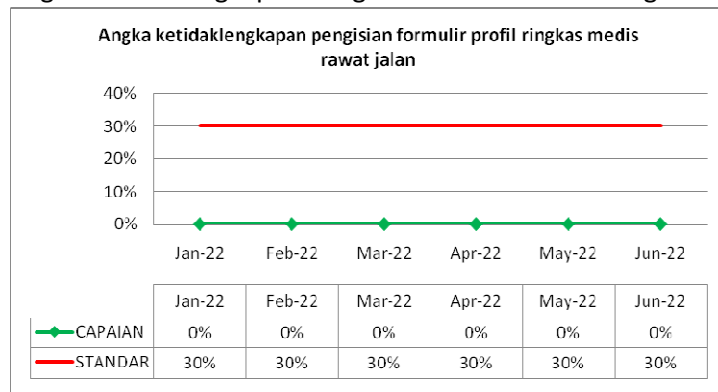


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka pelaksanaan asesmen pra bedah pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

e. Indikator Mutu Pengisian Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ)

1) Angka Ketidaklengkapan Pengisian Formulir Profil Ringkas Medis Rawat Jalan

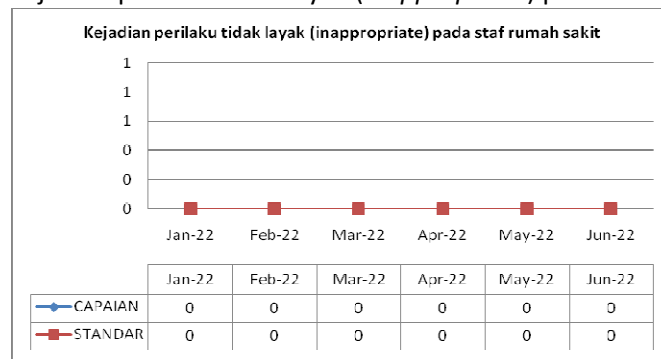


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka ketidaklengkapan pengisian formulir profil ringkas medis rawat jalan pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar <30%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

f. Indikator Mutu Pemantauan Budaya Keselamatan

1) Kejadian perilaku tidak layak (*inappropriate*) pada staf rumah sakit

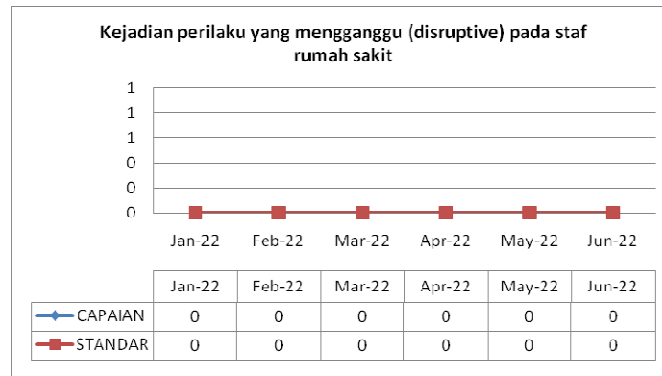


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian perilaku tidak layak (*inappropriate*) pada staf rumah sakit, pada triwulan II adalah 0 kejadian.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.



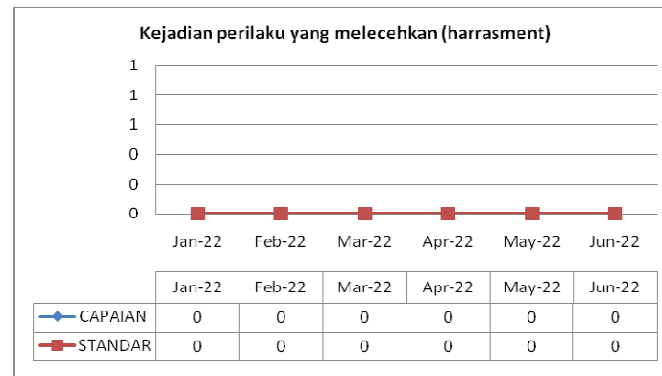
2) Kejadian perilaku yang mengganggu (*disruptive*) pada staf rumah sakit



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian perilaku yang mengganggu (*disruptive*) pada staf rumah sakit, pada triwulan II adalah 0 kejadian.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.

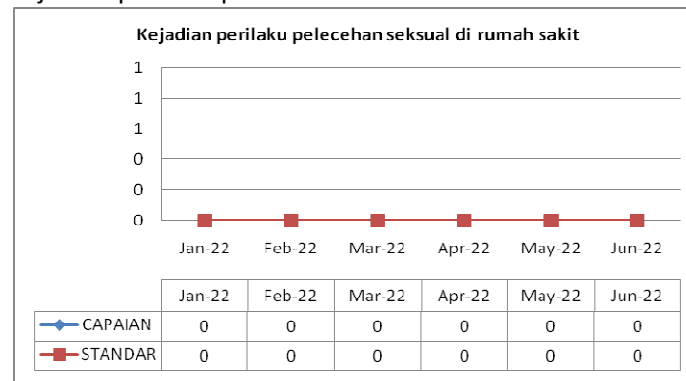
3) Kejadian perilaku yang melecehkan (*harrasment*)



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian perilaku yang melecehkan (*harrasment*), pada triwulan II adalah 0 kejadian.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.

4) Kejadian perilaku pelecehan seksual di rumah sakit



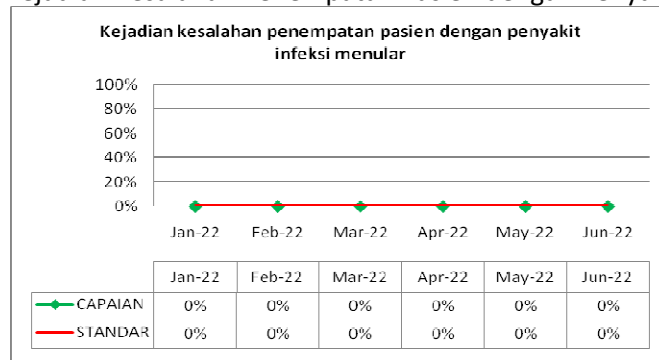
Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian perilaku pelecehan seksual di rumah sakit, pada triwulan II adalah 0 kejadian.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.

4. Indikator Terkait Manajemen Risiko

a. Indikator Mutu Pelayanan Risiko Tinggi

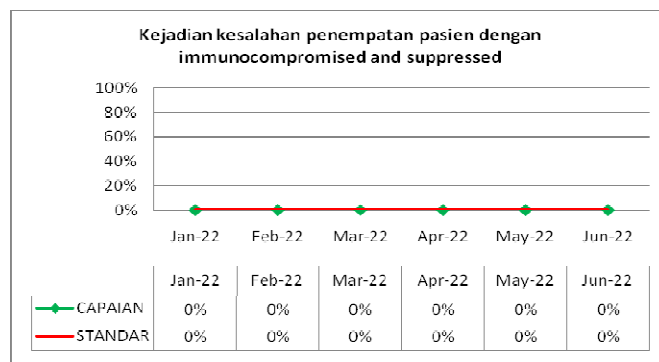
1) Kejadian Kesalahan Penempatan Pasien dengan Penyakit Infeksi Menular



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.

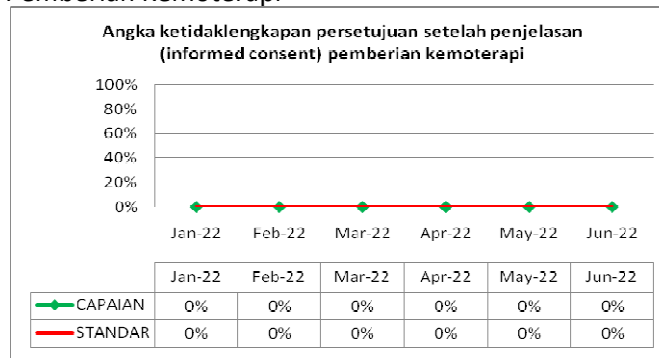
2) Kejadian Kesalahan Penempatan Pasien dengan immunocompromised and suppressed



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.

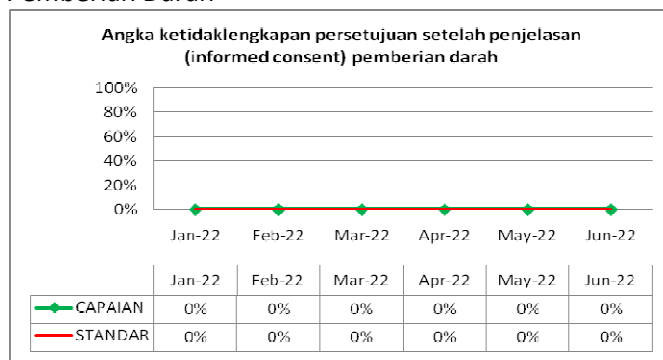
3) Angka Ketidaklengkapan Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*) Pemberian Kemoterapi



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.

4) Angka Ketidaklengkapan Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*) Pemberian Darah

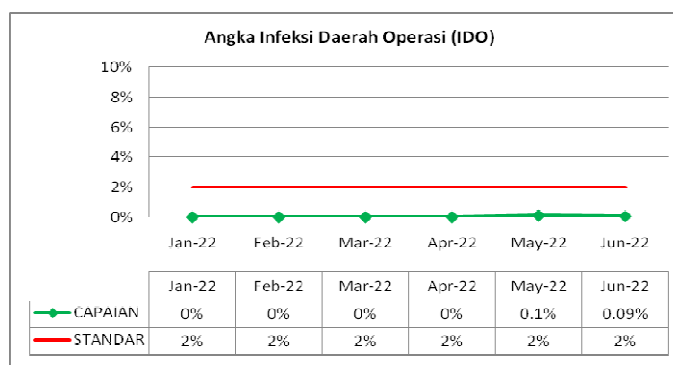


Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.

b. Indikator Mutu Surveilans Infeksi (HAIs)

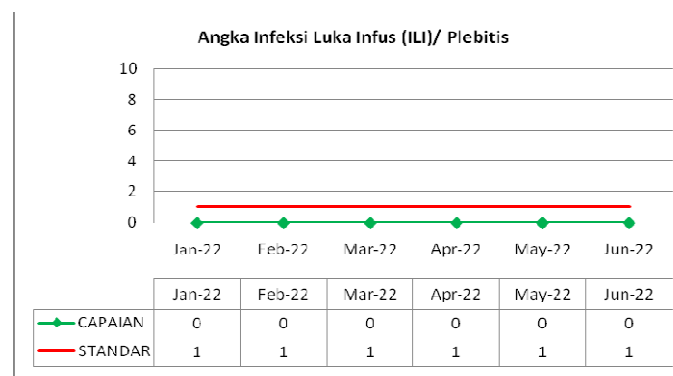
1) Angka Kejadian IDO



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka kejadian IDO, pada triwulan II adalah 0.1%, telah mencapai standar <2%. Pada bulan Mei ada 1 kejadian IDO dan bulan Juni ada 1 kejadian IDO.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya menurun.

2) Angka Infeksi Luka Infus (ILI)/ Plebitis

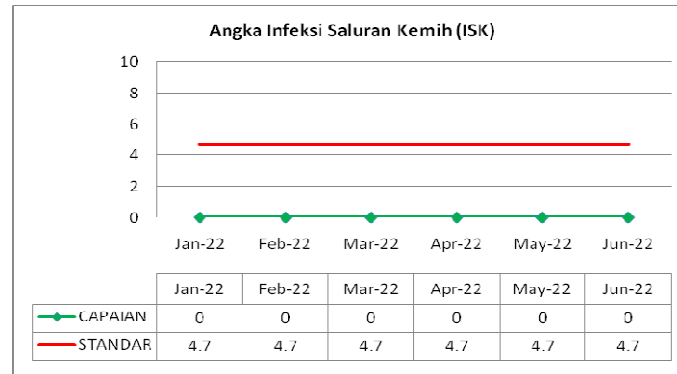


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka infeksi luka infus (ILI), pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar <1%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.



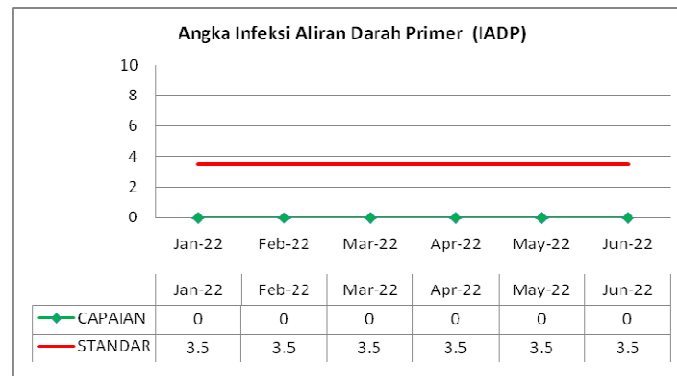
3) Angka Infeksi Saluran Kemih (ISK)



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka infeksi saluran kemih (ISK), pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar <4.7%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

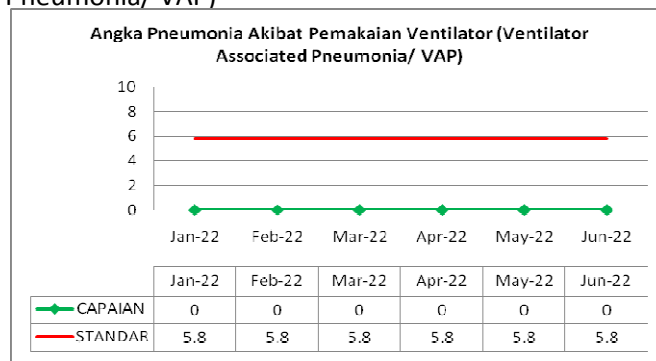
4) Angka Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka infeksi aliran darah primer (IADP), pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar <3.5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

5) Angka Pneumonia Akibat Pemakaian Ventilator (Ventilator Associated Pneumonia/ VAP)



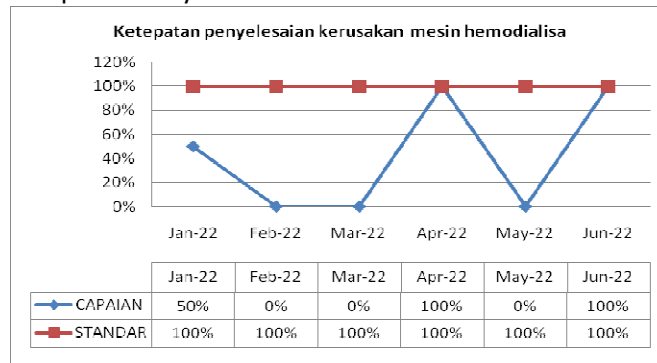
Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka pneumonia akibat pemakaian ventilator (VAP), pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar <5.8%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.



c. Indikator Mutu Pelaksanaan Kontrak

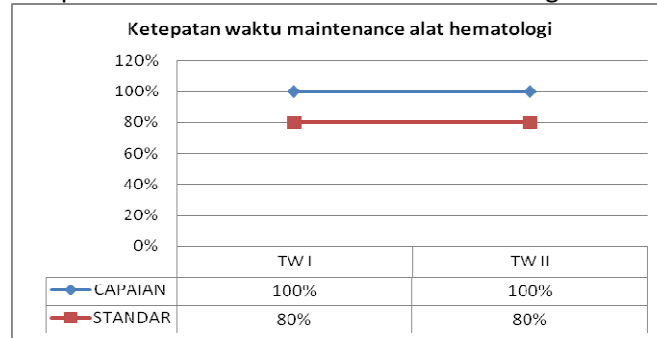
1) Ketepatan Penyelesaian Kerusakan Mesin Hemodialisa



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan II telah mencapai standar. Pada bulan Mei tidak ada mesin hemodialisa yang rusak.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

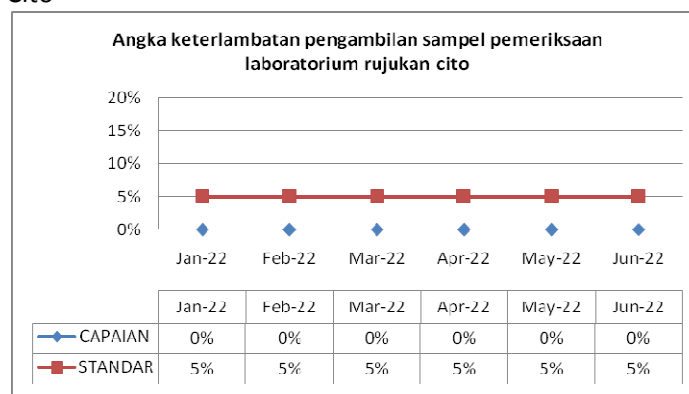
2) Ketepatan waktu maintenance alat hematologi



Analisa :

- Capaian indikator mutu ketepatan waktu maintenance alat hematologi pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

3) Angka Keterlambatan Pengambilan Sampel Pemeriksaan Laboratorium Rujukan Cito

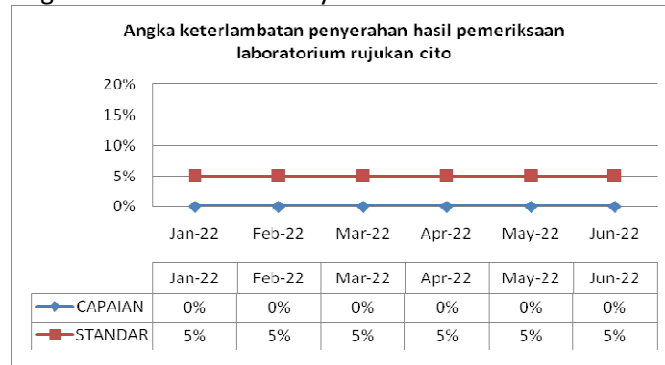


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan pengambilan sampel pemeriksaan laboratorium rujukan cito, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.



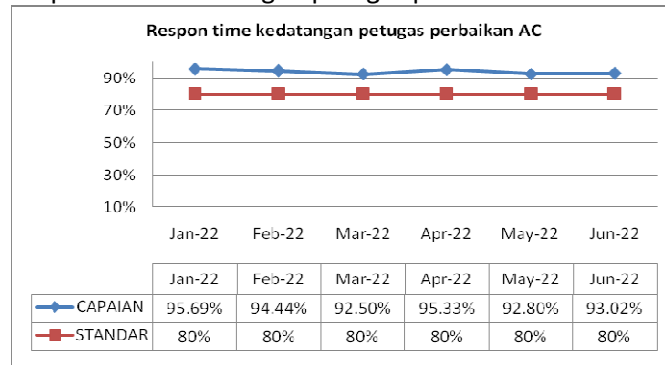
4) Angka Keterlambatan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium Rujukan Cito



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium rujukan cito, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

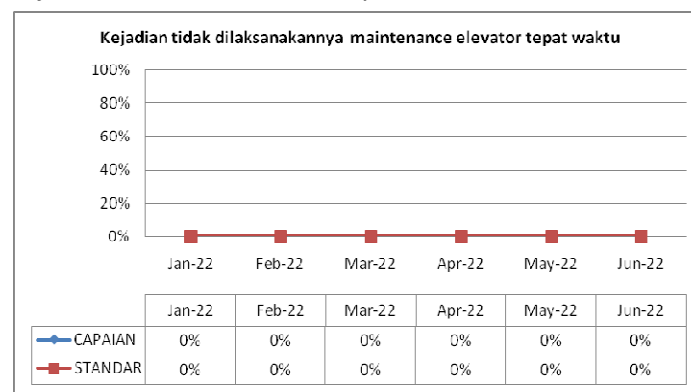
5) Respon time kedatangan petugas perbaikan AC



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 94%, telah melebihi standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

6) Kejadian Tidak Dilaksanakannya Maintenance Elevator Tepat Waktu

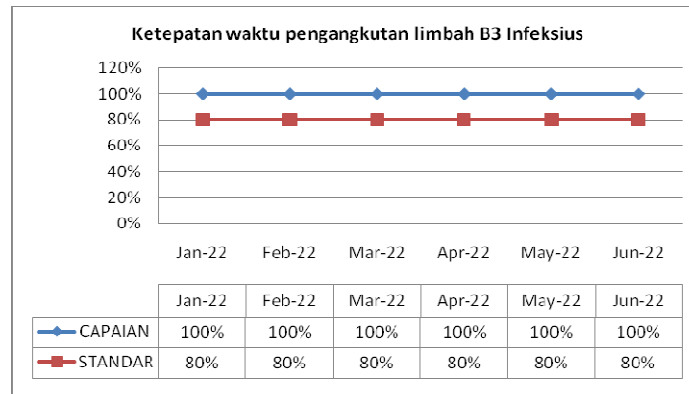


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.



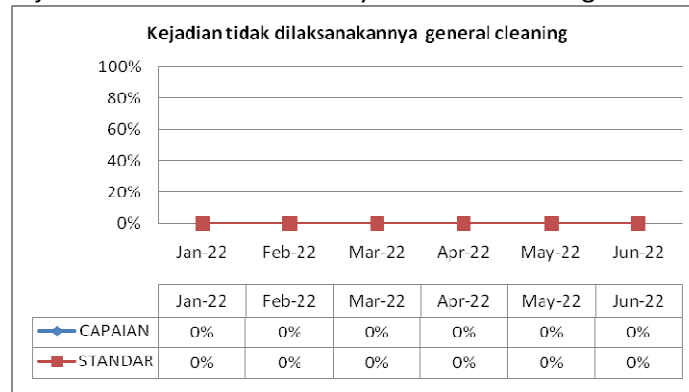
7) Ketepatan Waktu Pengangkutan Limbah B3 Infeksius



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu ketepatan waktu pengangkutan limbah B3 Infeksius pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

8) Kejadian Tidak Dilaksanakannya General Cleaning



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

9) Kejadian Pencurian Barang di dalam Gedung Rumah Sakit

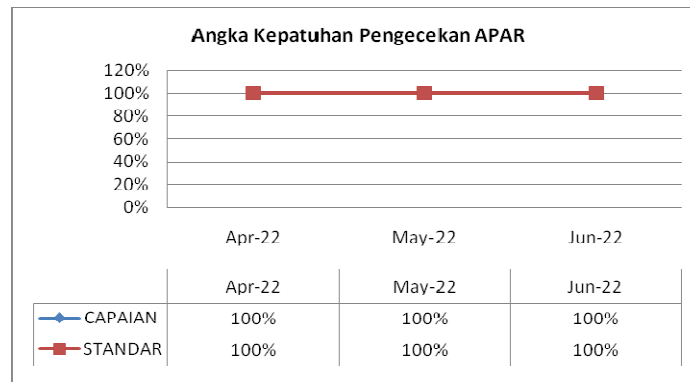


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian pencurian barang di dalam gedung rumah sakit, pada triwulan II adalah 0 kejadian, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.



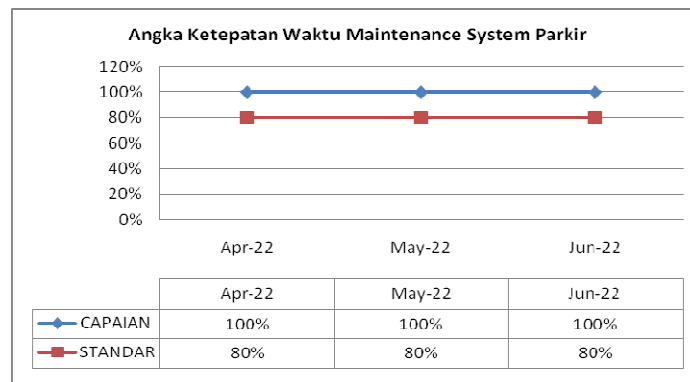
10) Angka Kepatuhan Pengecekan APAR



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka kepatuhan pengecekan APAR, pada triwulan II adalah 100 %, telah mencapai standar.

11) Angka Ketepatan Waktu Maintenance System Parkir

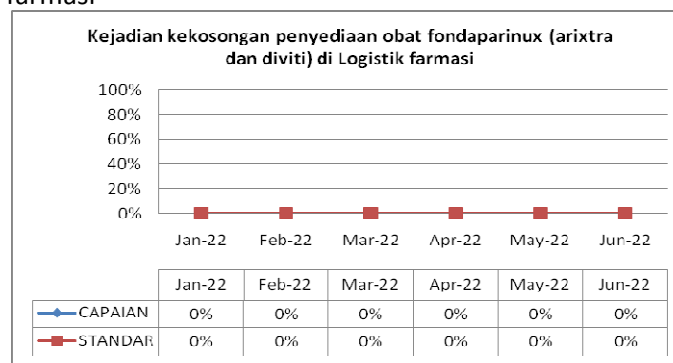


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka ketepatan waktu maintenance system parkir, pada triwulan II adalah 100 %, telah mencapai standar.

d. Indikator Mutu Hasil Pengadaan

1) Kejadian kekosongan penyediaan obat fondaparinux (arixtra dan diviti) di Logistik farmasi

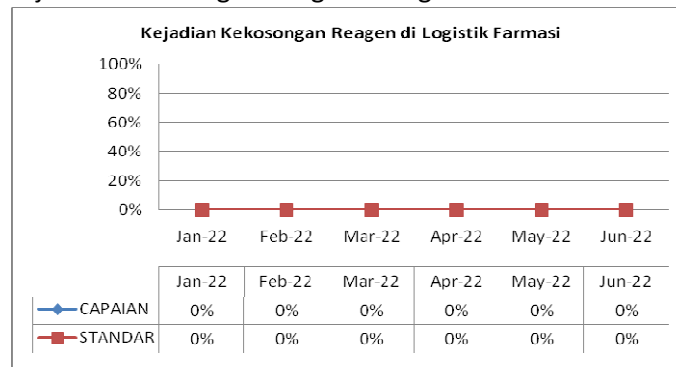


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian kekosongan penyediaan obat fondaparinux (arixtra dan diviti) di logistik farmasi pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.



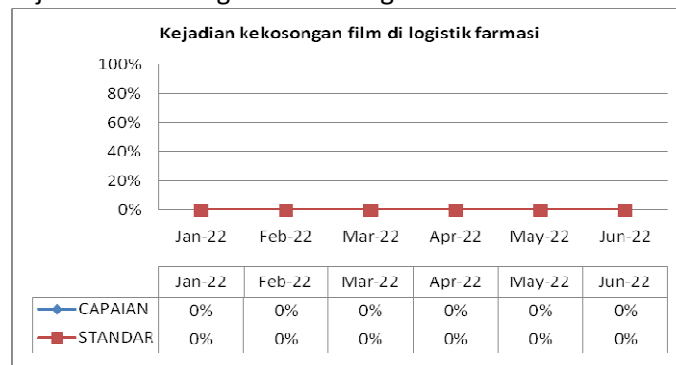
2) Kejadian Kekosongan Reagen di Logistik Farmasi



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian kekosongan reagen di logistik farmasi pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

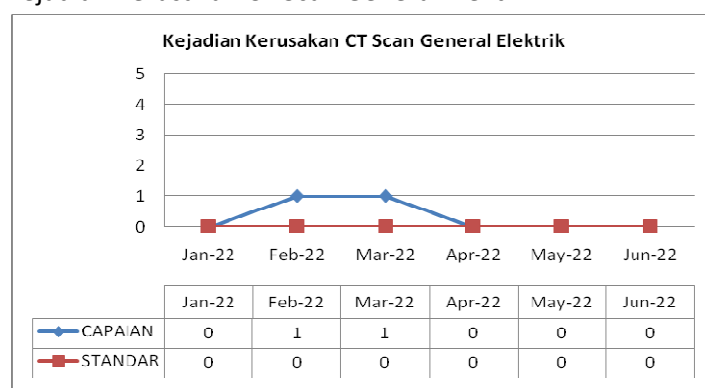
3) Kejadian Kekosongan Film di Logistik Farmasi



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

4) Kejadian Kerusakan CT Scan General Elektrik

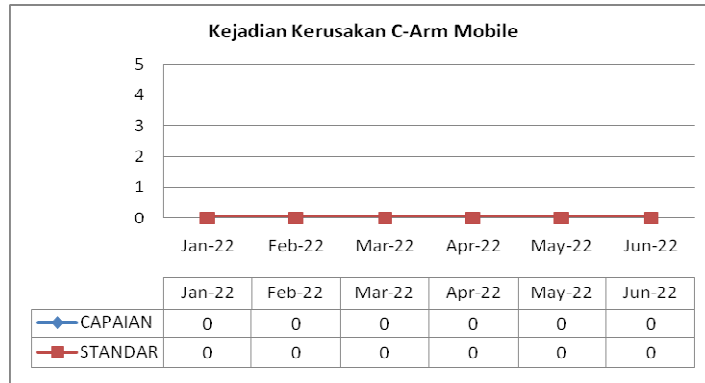


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan II tidak ada kerusakan, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.



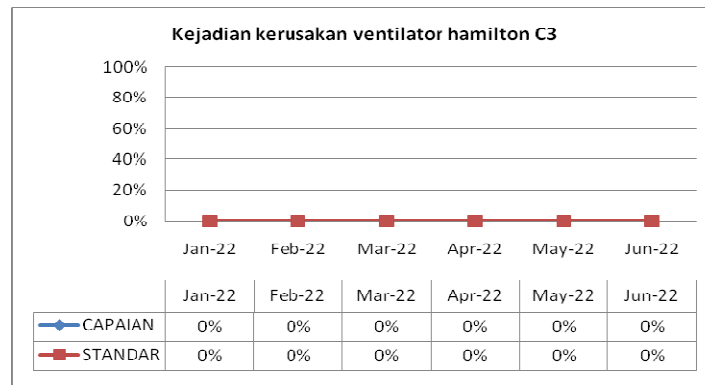
5) Kejadian Kerusakan C-Arm Mobile



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian kerusakan C-Arm mobile pada triwulan II tidak ada kerusakan, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

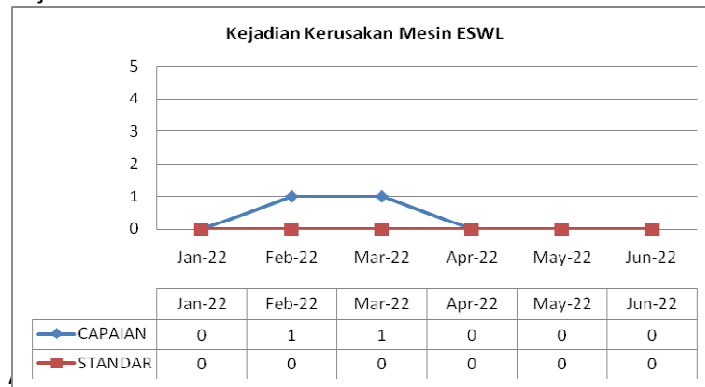
6) Kejadian Kerusakan Ventilator Hamilton C3



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian kerusakan ventilator hamilton C3 pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

7) Kejadian Kerusakan Mesin ESWL

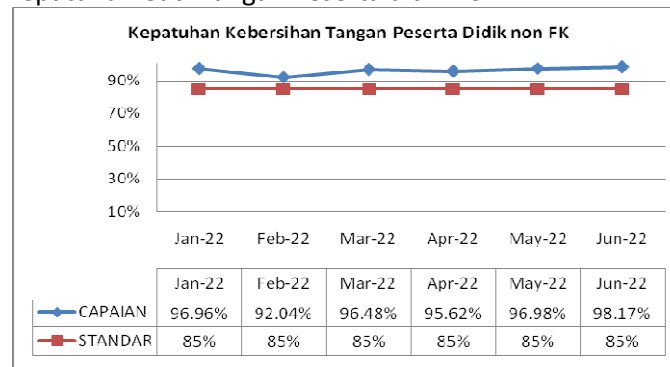


- Hasil capaian indikator mutu kejadian kerusakan mesin ESWL pada triwulan II adalah 0 kejadian, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

5. Indikator Terkait Program Pendidikan Kedokteran

a. Indikator Mutu Pelaksanaan Pendidikan

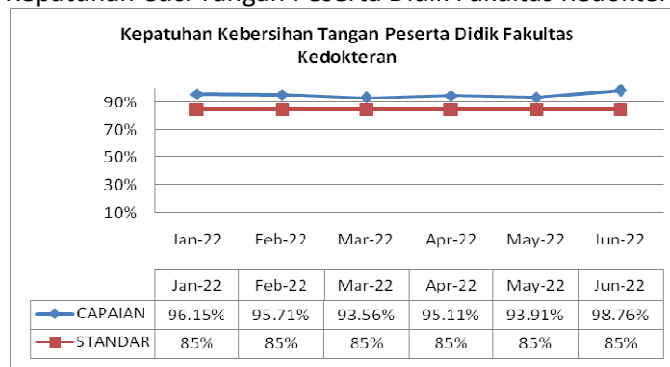
1) Kepatuhan Cuci Tangan Peserta didik non FK



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 97%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.
- Selama triwulan II tidak ada laporan insiden terkait kejadian HAIS akibat mahasiswa yang tidak patuh cuci tangan.

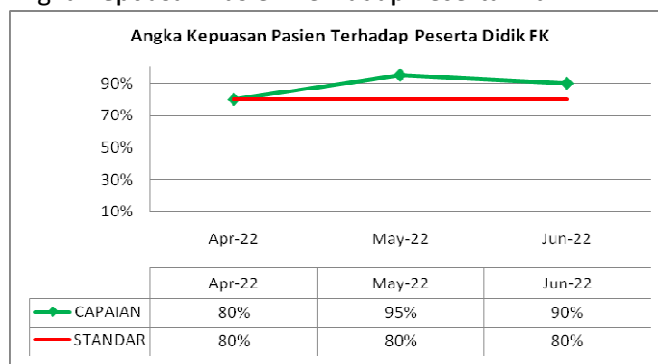
2) Kepatuhan Cuci Tangan Peserta Didik Fakultas Kedokteran



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 96%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.
- Selama triwulan II tidak ada laporan insiden terkait kejadian HAIS akibat mahasiswa yang tidak patuh cuci tangan.

b. Angka Kepuasan Pasien Terhadap Peserta Didik FK



Analisa :

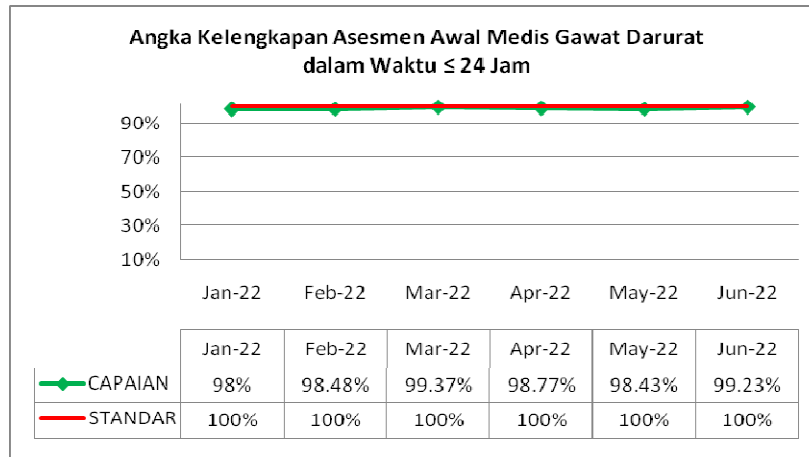
- Capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 88%, telah mencapai standar.



C. Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit)

1. Instalasi Gawat Darurat

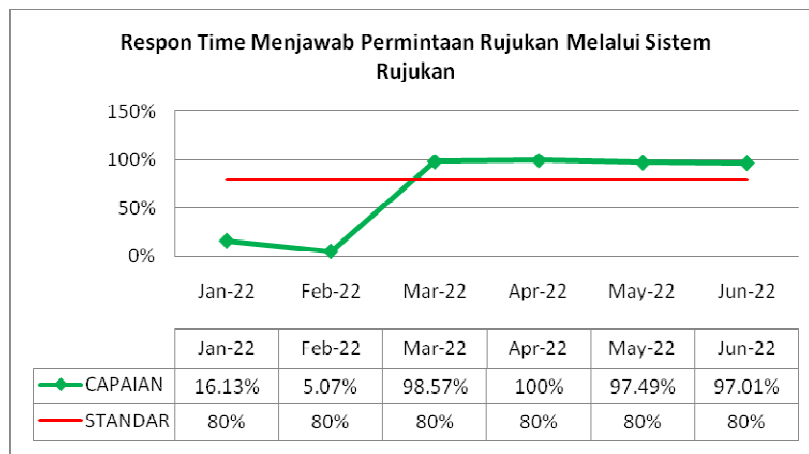
a. Angka Kelengkapan Asesmen Awal Medis Gawat Darurat dalam Waktu ≤ 24 Jam



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka kelengkapan asesmen awal medis gawat darurat dalam waktu ≤ 24 jam, pada triwulan II belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.
- Upaya perbaikan : pengarahan terkait kelengkapan asesmen awal medis gawat darurat.

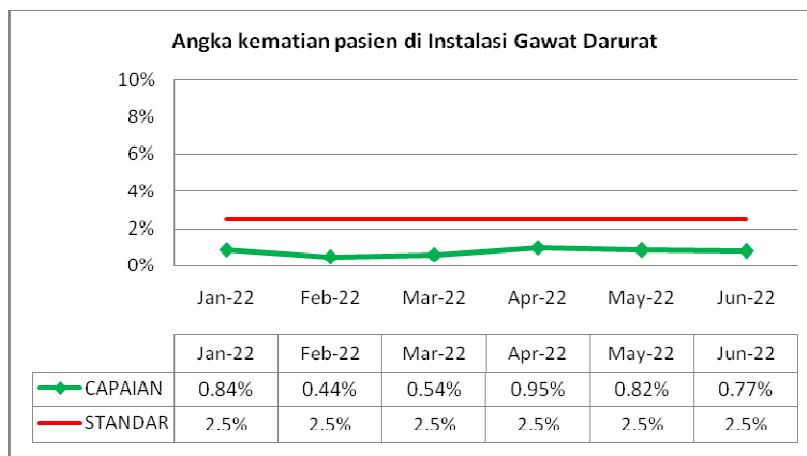
b. Respon Time Menjawab Permintaan Rujukan Melalui Sistem Rujukan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu respon time menjawab permintaan rujukan melalui sistem rujukan, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

c. Angka Kematian Pasien di Instalasi Gawat Darurat

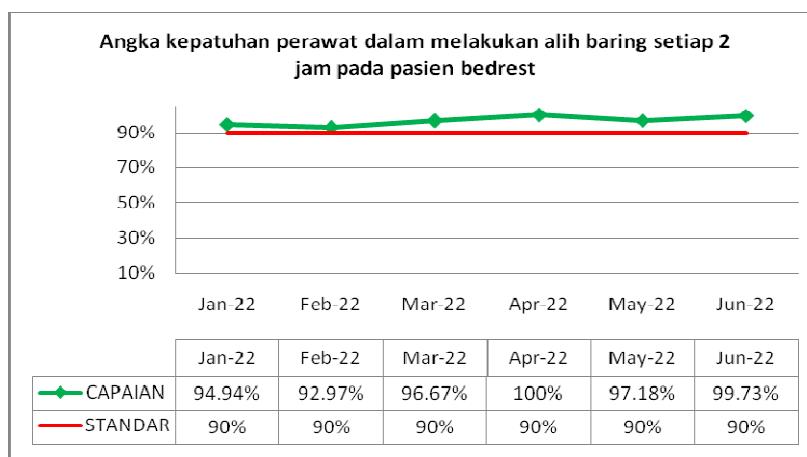


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka kematian pasien di IGD pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

2. Instalasi Intensive Care Unit (ICU)

a. Kepatuhan Perawat dalam Melakukan Alih Baring Setiap 2 Jam pada Pasien Bedrest



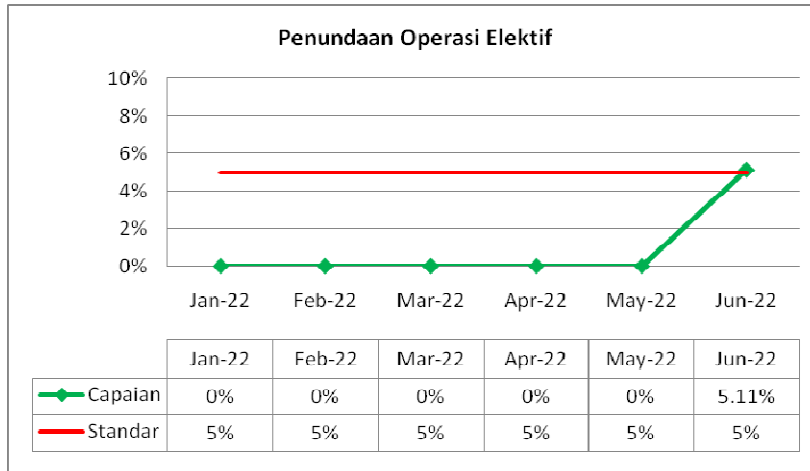
Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kepatuhan perawat dalam melakukan alih baring setiap 2 jam pada pasien bedrest, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.



3. Instalasi Bedah Sentral

a. Penundaan Operasi Elektif

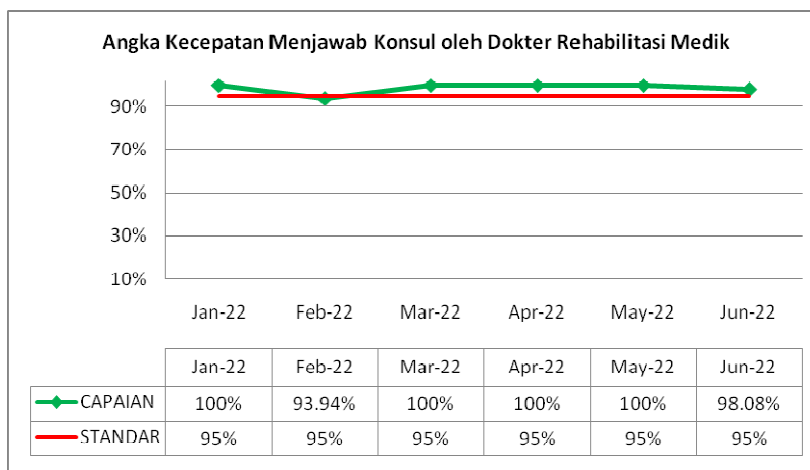


Analisa :

- Capaian indikator mutu penundaan operasi elektif, pada triwulan II belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya menurun. Penundaan operasi kasus pasien urologi dan onkologi, tertunda lebih dari 1 jam karena DPJP merubah urutan operasi pasiennya, sehingga jadwal operasi selanjutnya tertunda.
- Upaya perbaikan : Penanggung Jawab IBS koordinasi dengan DPJP terkait prioritas tindakan dan mengorganisir sejak sehari sebelumnya urutan tindakan sesuai tingkat kesulitan operasi.

4. Instalasi Rehabilitasi Medik

a. Angka Kecepatan Menjawab Konsul oleh Dokter Rehabilitasi Medik



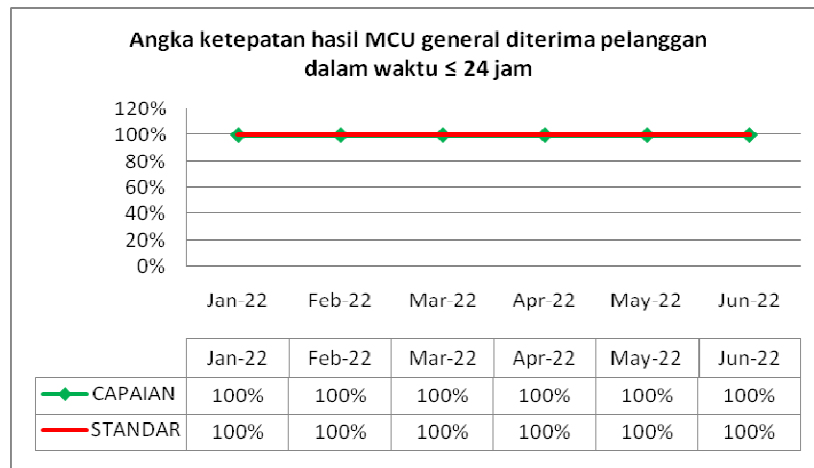
Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kecepatan menjawab konsul oleh dokter rehabilitasi medik, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.



5. Instalasi Medical Check Up

a. Angka ketepatan hasil MCU general diterima pelanggan dalam waktu ≤ 24 jam

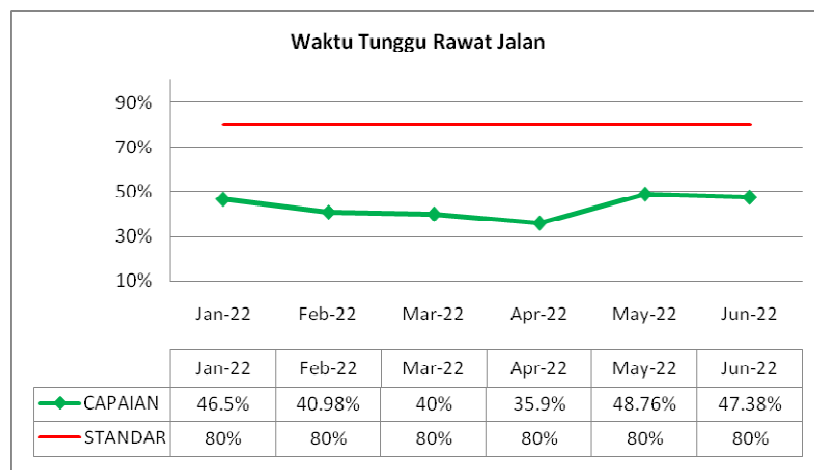


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka ketepatan hasil MCU general diterima pelanggan dalam waktu ≤ 24 jam, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

6. Instalasi Sultan Agung Eye Center (SEC)

a. Waktu Tunggu Rawat Jalan

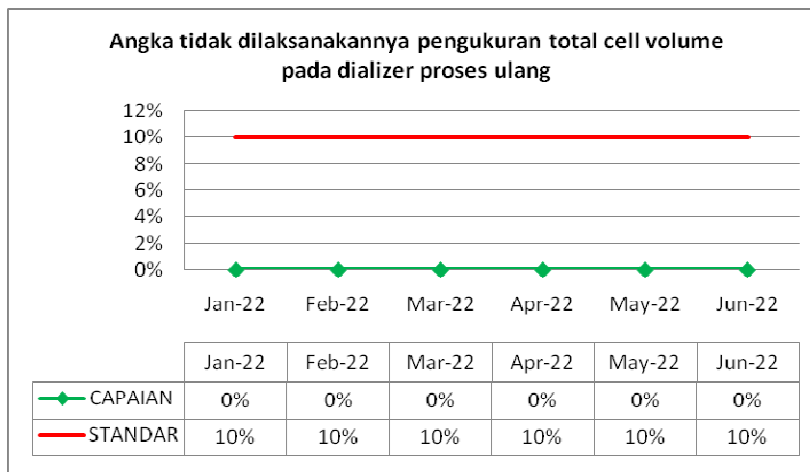


Analisa :

- Capaian indikator mutu waktu tunggu rawat jalan di SEC, pada triwulan II adalah 44%, belum mencapai standar 80%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.
- Tindak lanjut : koordinasi instalasi rawat jalan dengan bidang pelayanan medis dan bagian pendaftaran.

7. Instalasi Hemodialisa

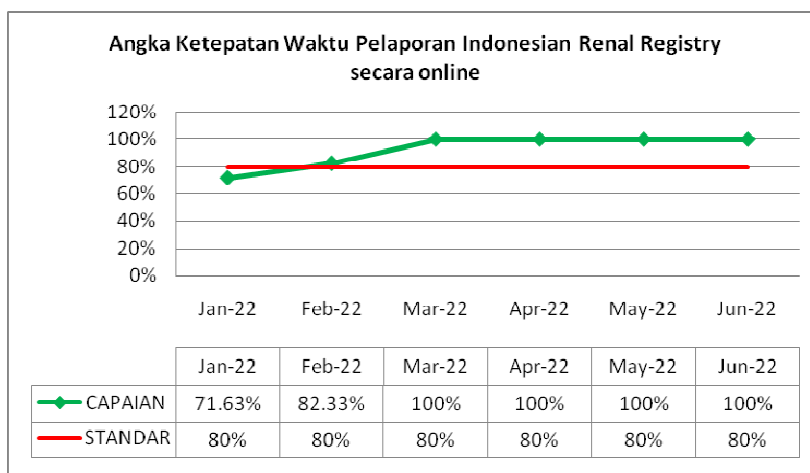
a. Angka Tidak Dilaksanakannya Pengukuran Total Cell Volume Pada Dializer Proses Ulang



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka tidak dilaksanakannya pengukuran total cell volume pada dializer proses ulang, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

b. Angka Ketepatan Waktu Pelaporan *Indonesian Renal Registry* secara online

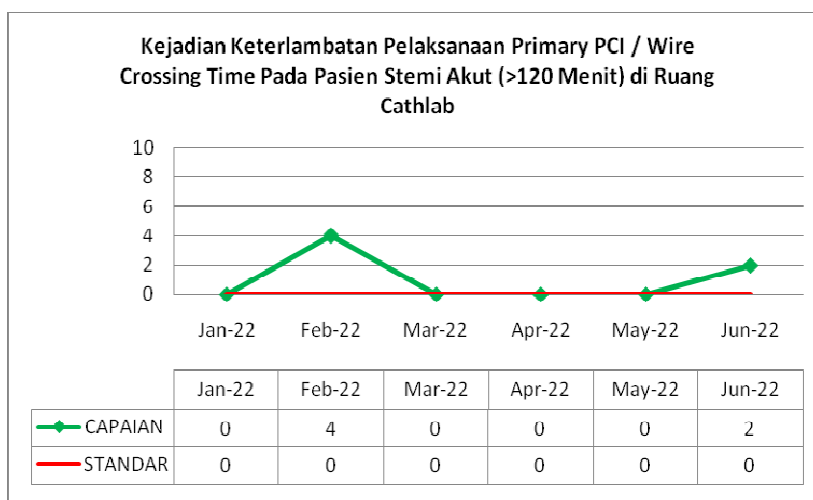


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka ketepatan waktu pelaporan *indonesian renal registry* secara online, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

8. Instalasi Cardiovaskuler Center

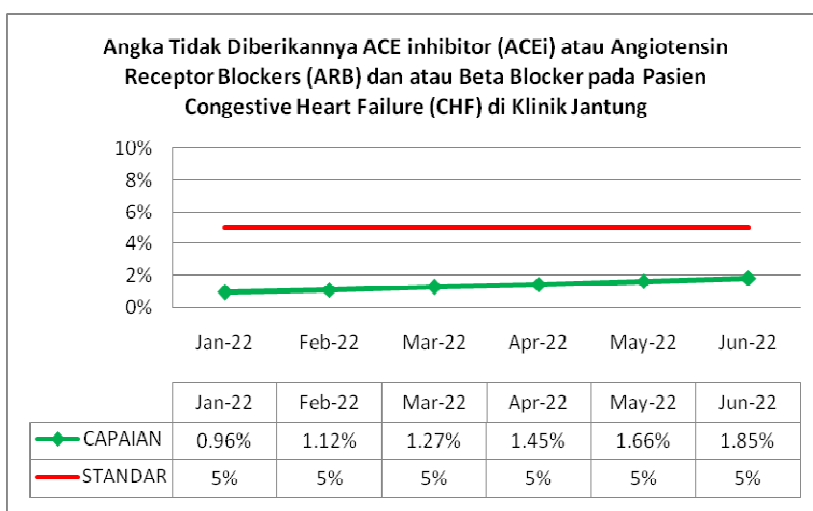
- a. Kejadian Keterlambatan Pelaksanaan Primary PCI / Wire Crossing Time Pada Pasien Stemi Akut (>120 Menit) di Ruang Cathlab



Analisa :

- Capaian indikator mutu kejadian keterlambatan pelaksanaan primary PCI/ wire crossing time pada pasien stemi akut (>120 menit) di ruang cathlab, pada triwulan II belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

- b. Angka Tidak Diberikannya ACE inhibitor (ACEi) atau Angiotensin Receptor Blockers (ARB) dan atau Beta Blocker pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) di Klinik Jantung



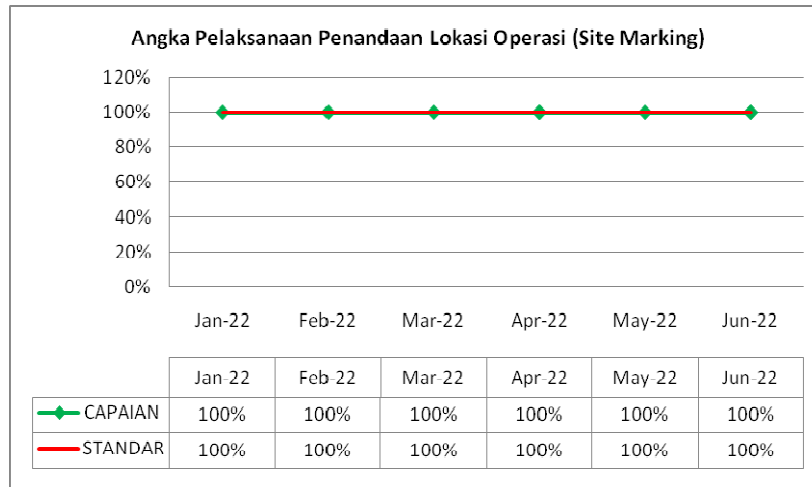
Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.



9. Instalasi Pain Center

a. Angka Pelaksanaan Penandaan Lokasi Operasi (Site Marking)

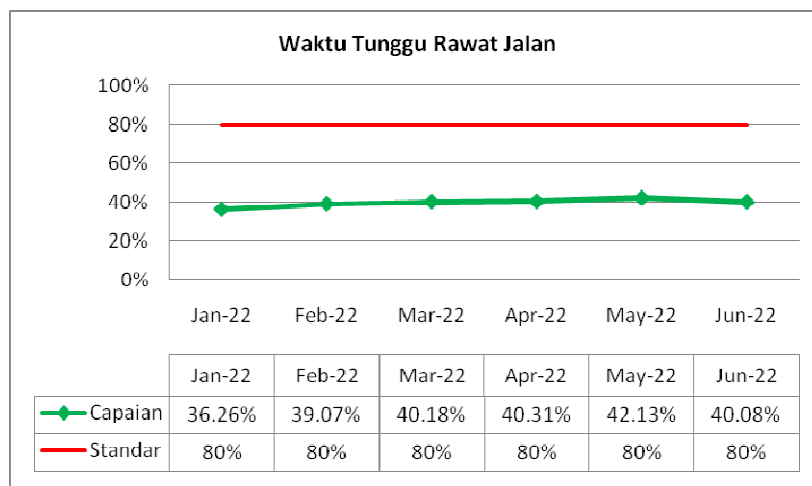


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka pelaksanaan penandaan lokasi operasi (site marking) pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.

10. Instalasi Rawat Jalan

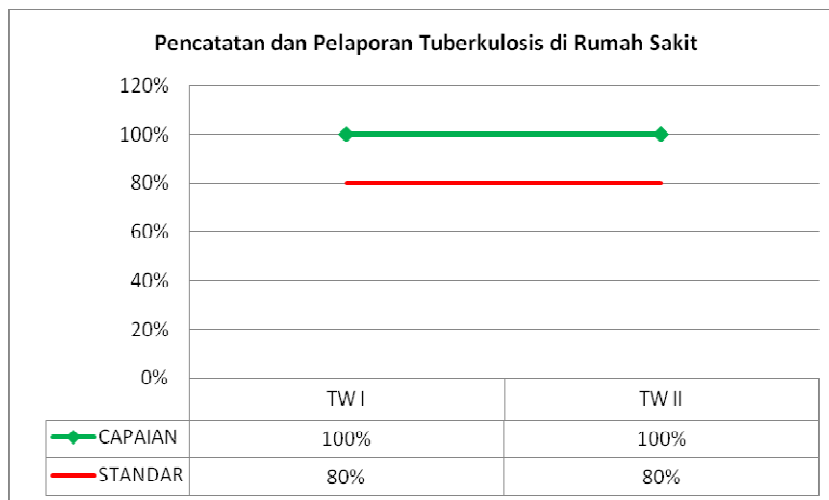
a. Waktu Tunggu Rawat Jalan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu tunggu rawat jalan, pada triwulan II adalah 40.84%, belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.
- Tindak lanjut : koordinasi instalasi rawat jalan dengan bidang pelayanan medis, IT, dan bagian pendaftaran.

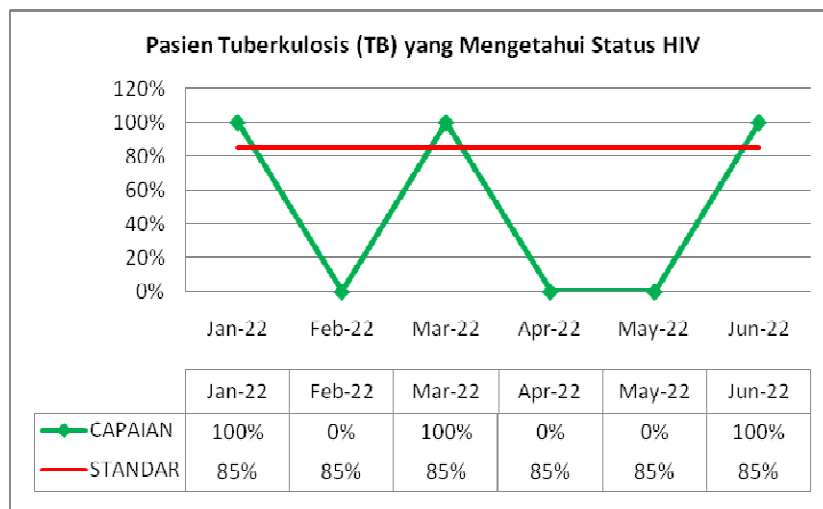
b. Pencatatan dan Pelaporan Kasus Tuberculosis



Analisa :

- Capaian indikator mutu pencatatan dan pelaporan kasus tuberculosis, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.

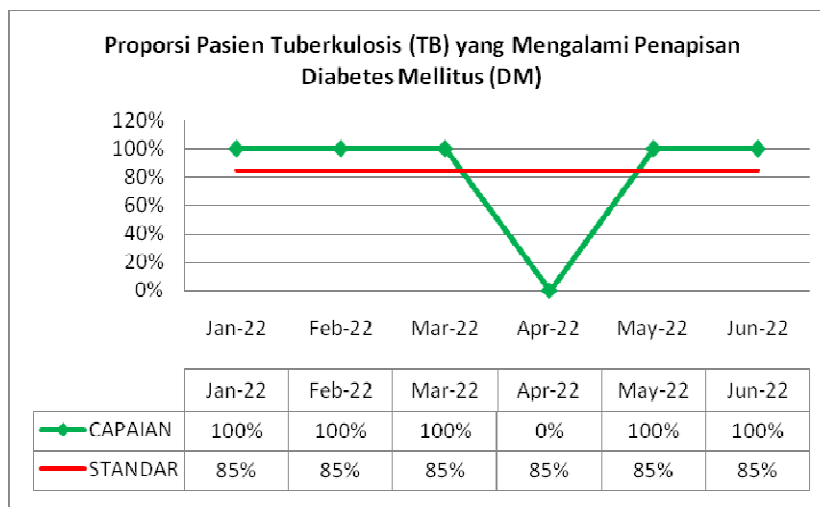
c. Pasien Tuberculosis yang Mengetahui Status HIV



Analisa :

- Capaian indikator mutu pasien tuberculosis yang mengetahui status HIV, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama. pada bulan April dan Mei tidak dapat dilakukan pengukuran, karena tidak ada pasien.

d. Proporsi Pasien Tuberkulosis yang Mengalami Penapisan Diabetes Melitus



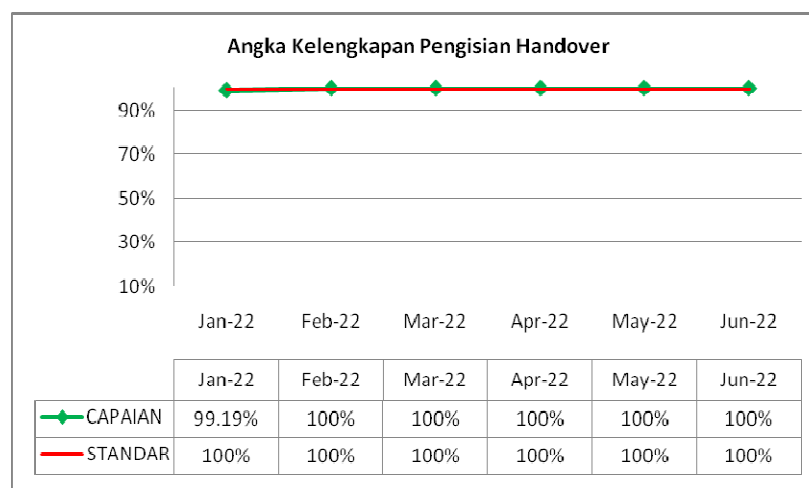
Analisa :

- Capaian indikator mutu pasien tuberkulosis yang mengalami penapisan diabetes melitus, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama. pada bulan April tidak dapat dilakukan pengukuran, karena tidak ada pasien.

11. Instalasi Rawat Inap

a. Firdaus

1) Angka Kelengkapan Pengisian Handover

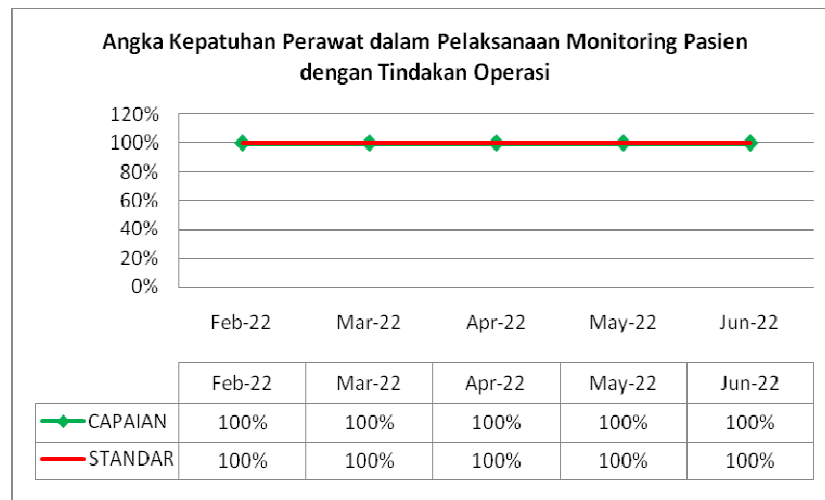


Analisa :

- Capaian indikator angka kelengkapan pengisian handover, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

b. Adn

1) Angka Kepatuhan Perawat dalam Pelaksanaan Monitoring Pasien dengan Tindakan Operasi

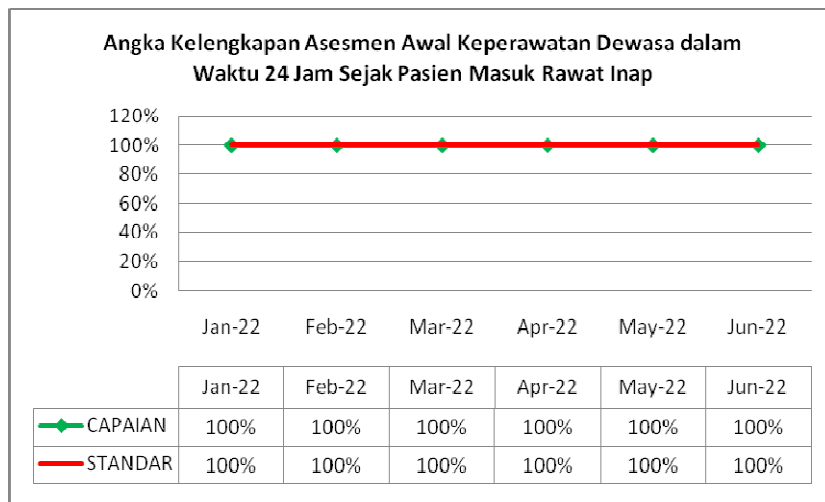


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kepatuhan perawat dalam melakukan alih baring setiap 2 jam pada pasien bedrest, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

c. Na'im

1) Angka Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Dewasa dalam Waktu 24 Jam Sejak Pasien Masuk Rawat Inap



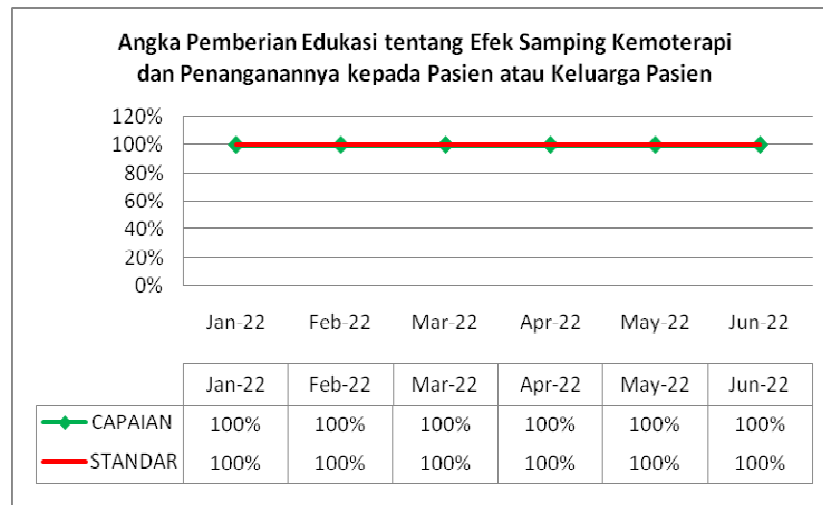
Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kelengkapan asesmen awal keperawatan dewasa dalam waktu 24 jam sejak pasien masuk rawat inap, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.



d. Ma'wa

- 1) Angka Pemberian Edukasi tentang Efek Samping Kemoterapi dan Penanganannya kepada Pasien atau Keluarga Pasien

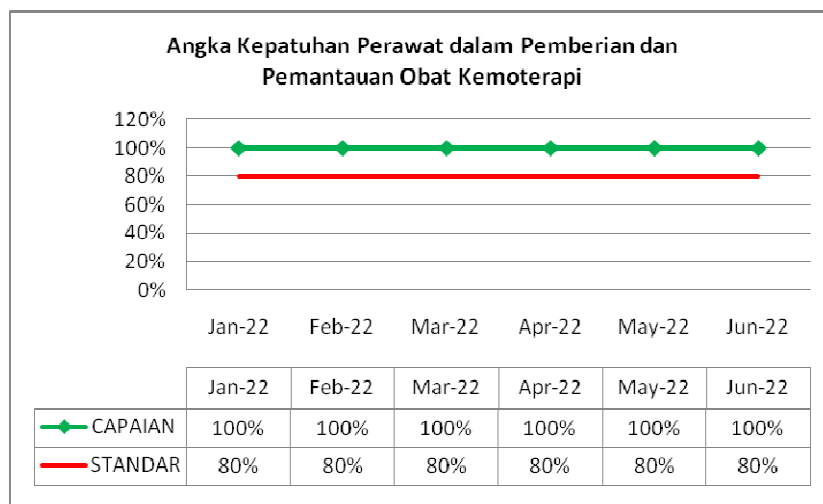


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka pemberian edukasi tentang efek samping kemoterapi dan penanganannya kepada pasien atau keluarga pasien, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

e. Darussalam

- 1) Angka Kepatuhan Perawat dalam Pemberian dan Pemantauan Obat Kemoterapi

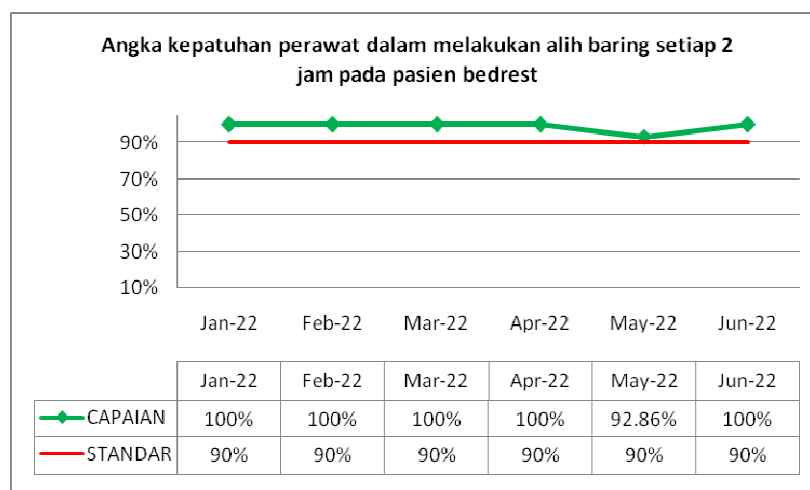


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kepatuhan perawat dalam pemberian dan pemantauan obat kemoterapi, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

f. Darul Muqomah

1) Angka Kepatuhan Perawat dalam Melakukan Alih Baring Setiap 2 jam Pada Pasien Bedrest

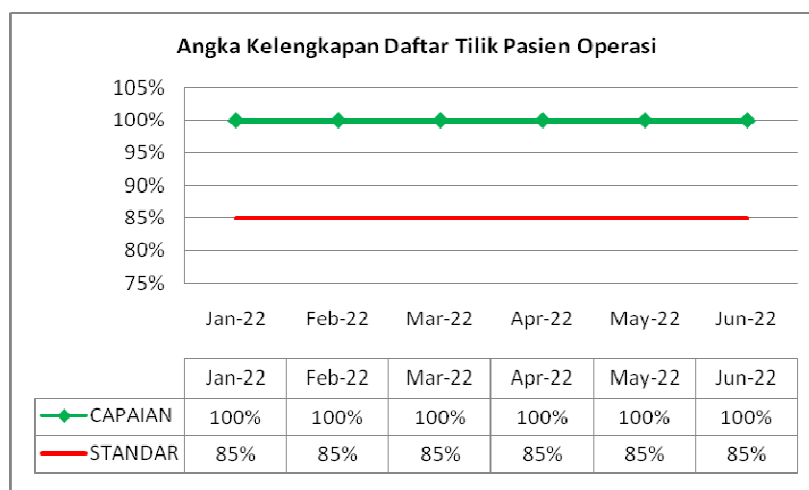


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kepatuhan perawat dalam melakukan alih baring setiap 2 jam pada pasien bedrest, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

g. Baitus Salam 1

1) Angka Kelengkapan Daftar Tilik Pasien Operasi

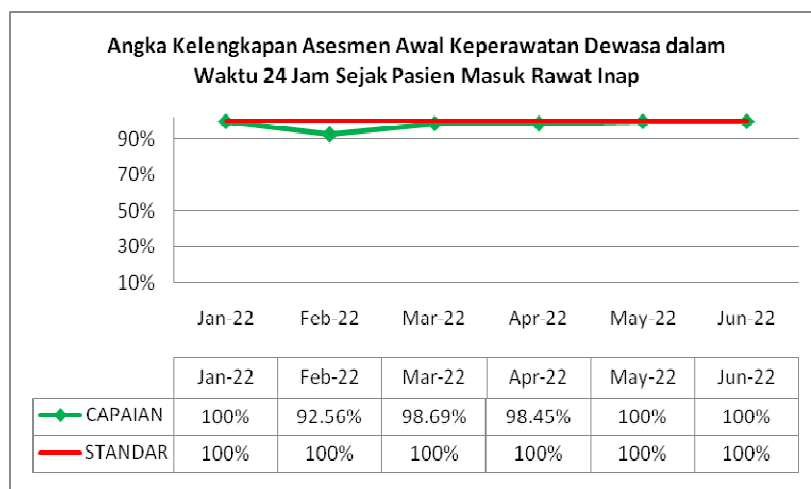


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kelengkapan daftar tilik pasien operasi, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

h. Baitus Salam 2

1) Angka Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Dewasa dalam Waktu 24 Jam Sejak Pasien Masuk Rawat Inap

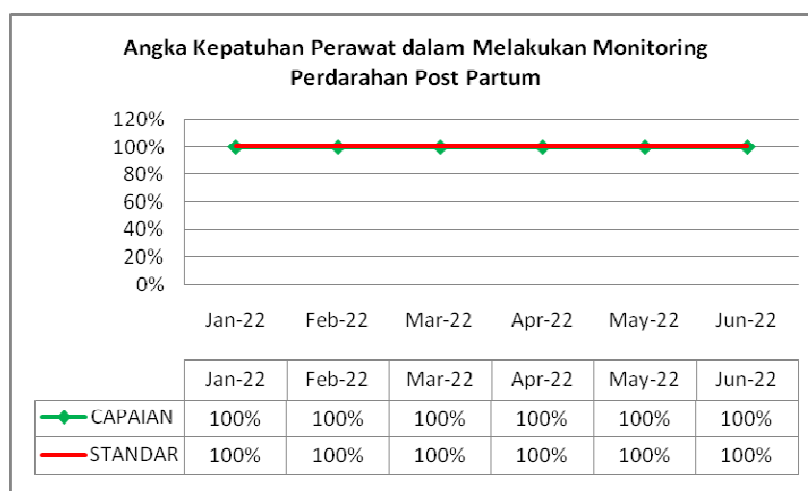


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kelengkapan asesmen awal keperawatan dewasa dalam waktu 24 jam sejak pasien masuk rawat inap, pada triwulan II belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.
- Upaya perbaikan dengan mengingatkan perawat untuk melengkapi asesmen awal keperawatan dewasa dalam waktu 24 jam.

i. Baitun Nisa 2

1) Angka Kepatuhan Perawat dalam Melakukan Monitoring Perdarahan Post Partum

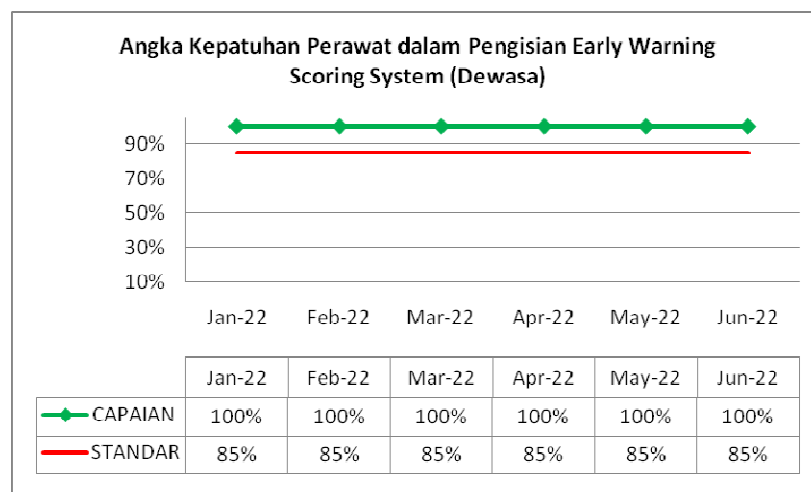


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kepatuhan perawat dalam melakukan monitoring perdarahan post partum, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

j. Baitul Ma'ruf

1) Angka Kepatuhan Perawat dalam Pengisian Early Warning Scoring System (Dewasa)



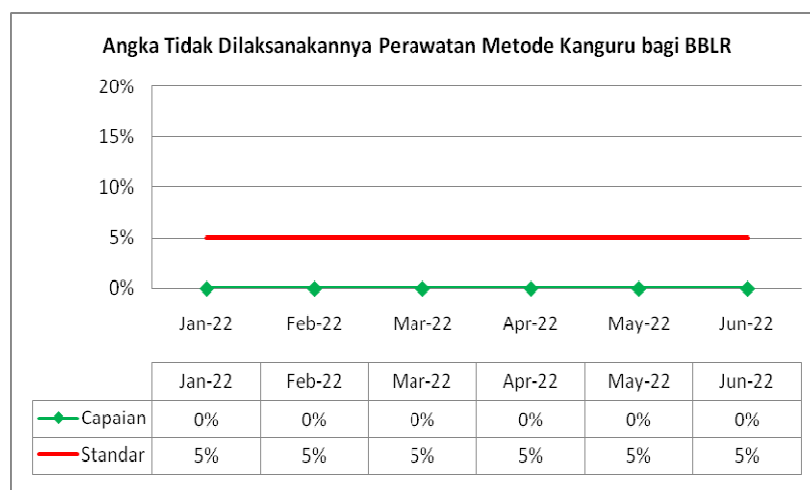
Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kepatuhan perawat dalam pengisian *early warning scoring system* (dewasa), pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

12. Instalasi Peristi

a. Kamar Bayi

1) Angka Tidak Dilaksanakannya Perawatan Metode Kanguru bagi BBLR

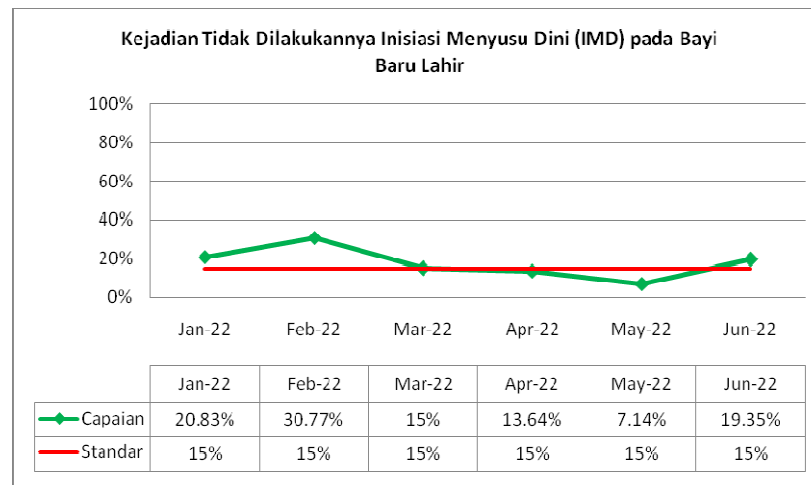


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka tidak dilaksanakannya perawatan metode kanguru bagi BBLR, pada triwulan II telah mencapai standar <5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

b. Kamar Bersalin

1) Kejadian Tidak Dilakukannya Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada Bayi Baru Lahir

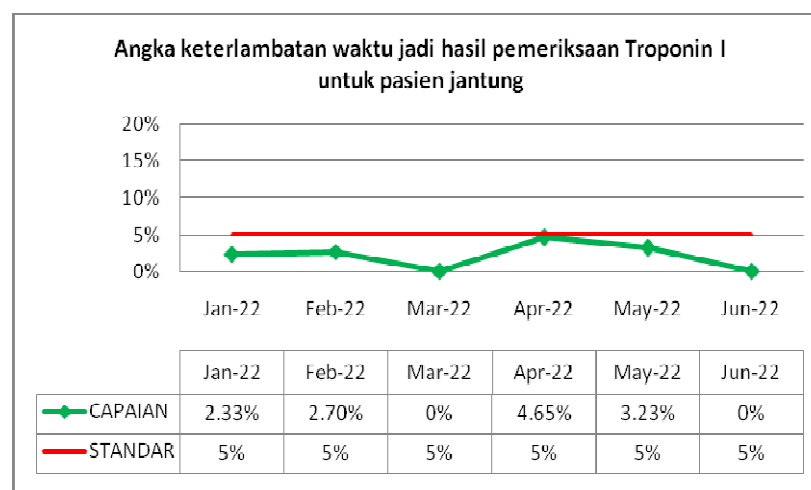


Analisa :

- Capaian indikator mutu kejadian tidak dilakukannya inisiasi menyusu dini (IMD) pada bayi baru lahir adalah 13.38%, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.
- Upaya perbaikan : evaluasi profil indikator mutu dan optimalisasi pelaksanaan standar prosedur operasional inisiasi menyusu dini.

13. Instalasi Laboratorium

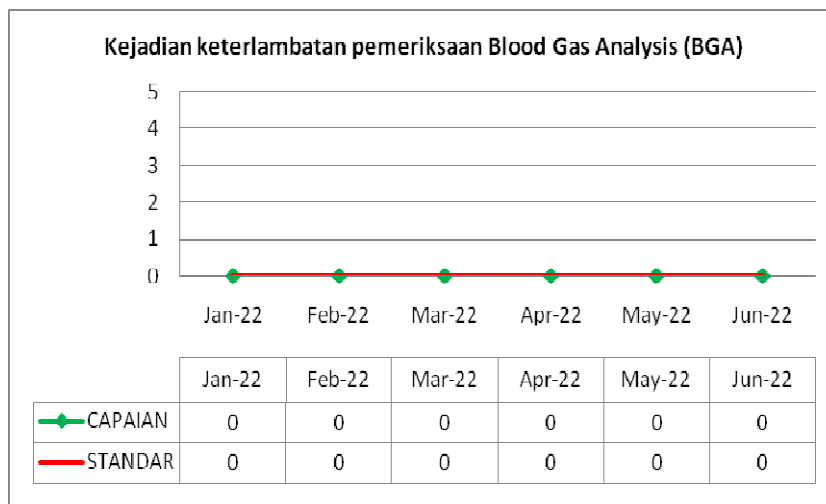
a. Angka keterlambatan waktu jadi hasil pemeriksaan troponin I untuk pasien jantung



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan waktu jadi hasil pemeriksaan troponin I untuk pasien jantung, pada triwulan II adalah 2.63%, telah mencapai standar <5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

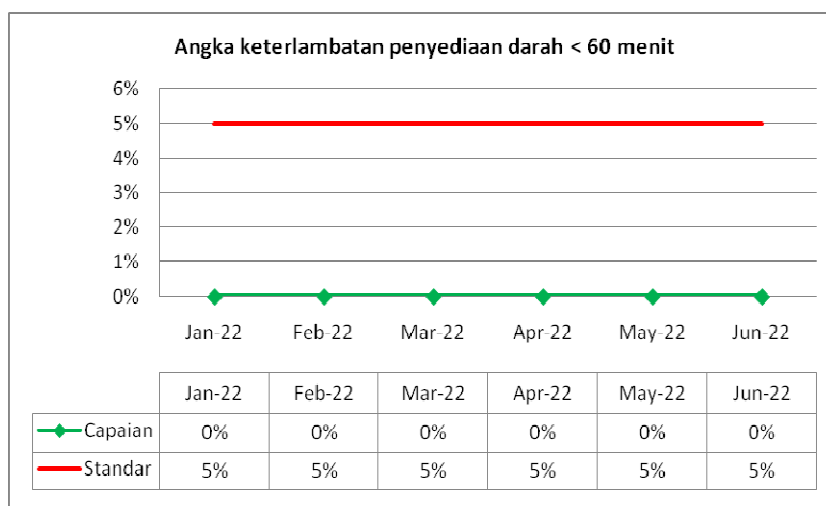
b. Kejadian keterlambatan pemeriksaan Blood Gas Analysis (BGA)



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian keterlambatan pemeriksaan Blood Gas Analysis (BGA), pada triwulan II telah mencapai standar 0 kejadian.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

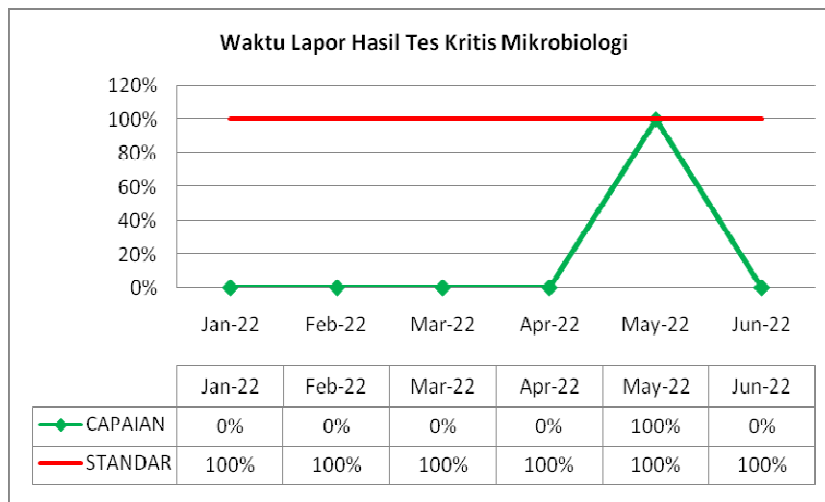
c. Angka keterlambatan penyediaan darah < 60 menit



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyediaan darah < 60 menit, pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar < 5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

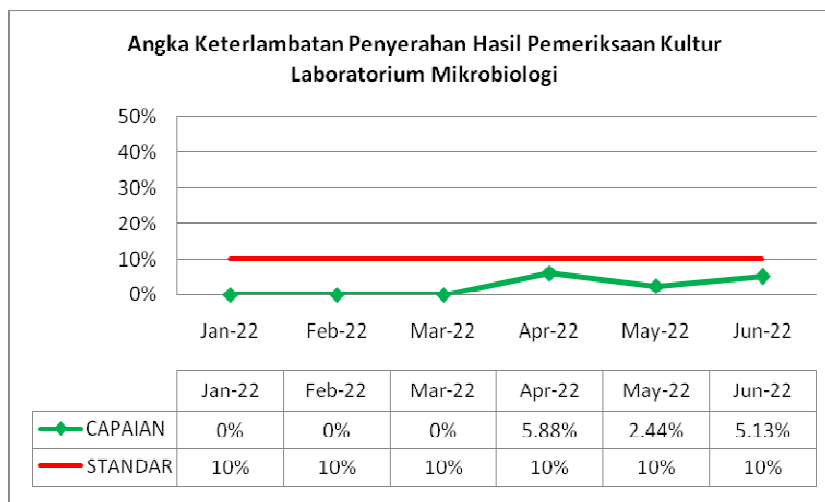
d. Waktu Laporan Hasil Tes Kritis Mikrobiologi



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu laporan hasil tes kritis mikrobiologi, pada triwulan II, telah mencapai standar.
- Tidak ada pengukuran pada bulan April dan Juni, karena tidak ada data/ kasus.

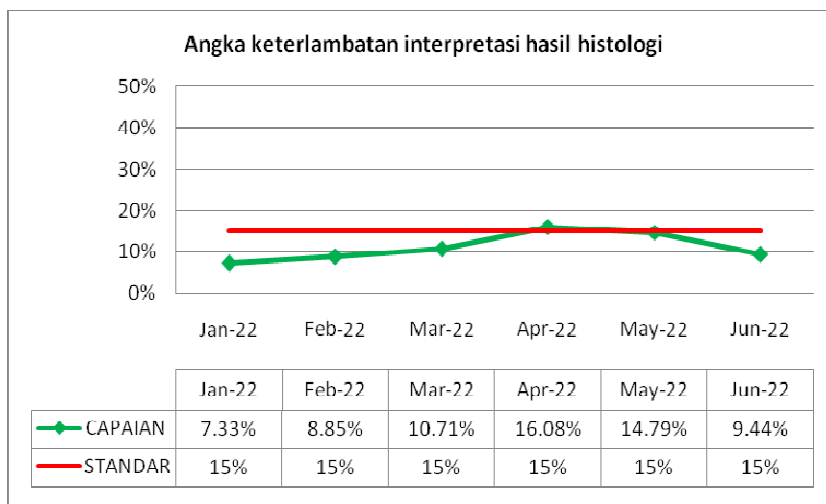
e. Angka keterlambatan penyerahan hasil pemeriksaan kultur mikrobiologi



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyerahan hasil pemeriksaan kultur mikrobiologi, pada triwulan II telah mencapai standar <20%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.

f. Angka keterlambatan interpretasi hasil pemeriksaan histologi

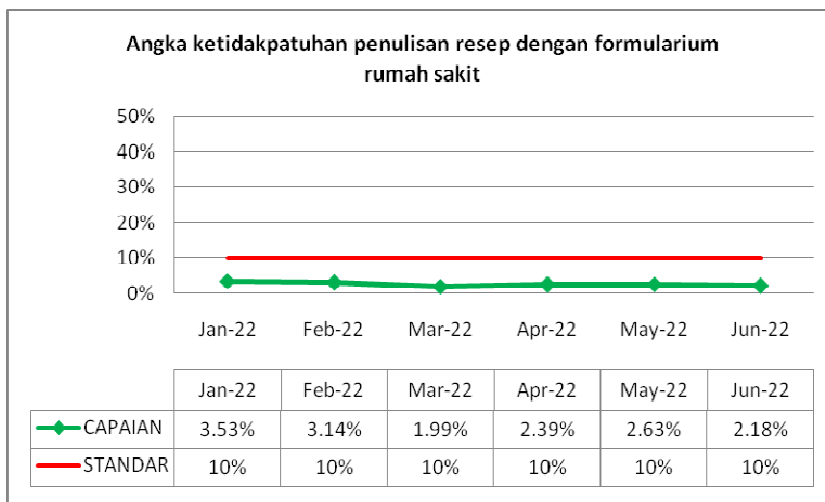


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan interpretasi hasil pemeriksaan histologi, pada triwulan II, telah mencapai standar <20%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.

14. Instalasi Farmasi

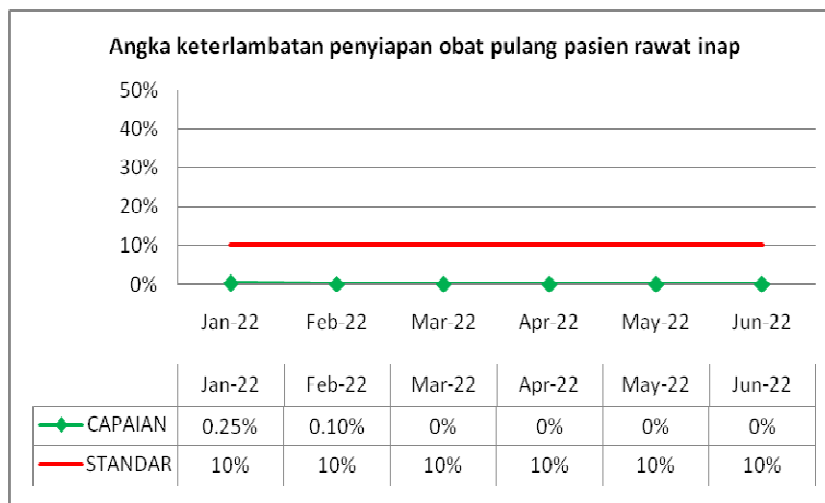
a. Angka ketidakpatuhan penulisan resep dengan formularium rumah sakit



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka ketidakpatuhan penulisan resep dengan formularium rumah sakit, pada triwulan II adalah 2.4%, telah mencapai standar <10%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.

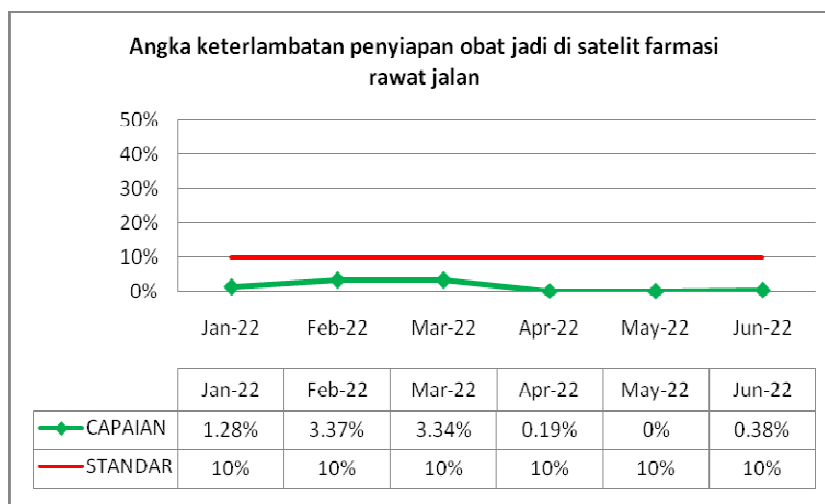
b. Angka keterlambatan penyiapan obat pulang pasien rawat inap



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka ketidakpatuhan penulisan resep dengan formularium rumah sakit, pada triwulan II, telah mencapai standar <10%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.

c. Angka keterlambatan penyiapan obat jadi di farmasi rawat jalan

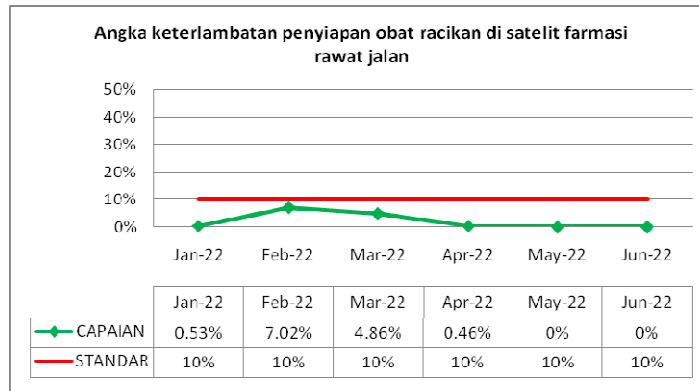


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyiapan obat jadi di farmasi rawat jalan, pada triwulan II adalah 0.19 %, telah mencapai standar <10%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.



d. Angka keterlambatan penyiapan obat racikan di farmasi rawat jalan

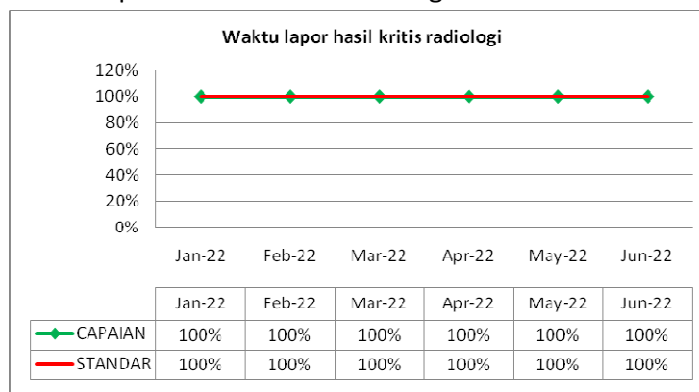


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyiapan obat racikan di farmasi rawat jalan pada triwulan II adalah 0.15 %, telah mencapai standar <10%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

15. Instalasi Radiologi

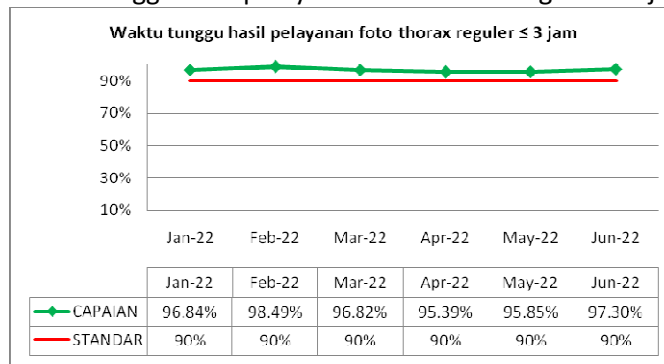
a. Waktu Lapor Hasil tes Kritis Radiologi



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu lapor hasil tes kritis radiologi, pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

b. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax reguler ≤ 3 jam

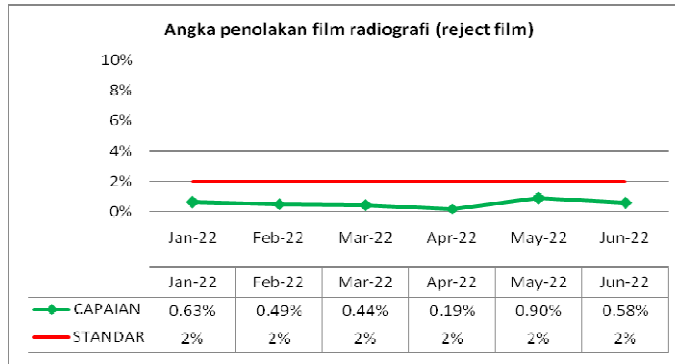


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax reguler ≤ 3 jam, pada triwulan II adalah 96%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.



c. Angka Penolakan Film Radiografi (Reject Film)

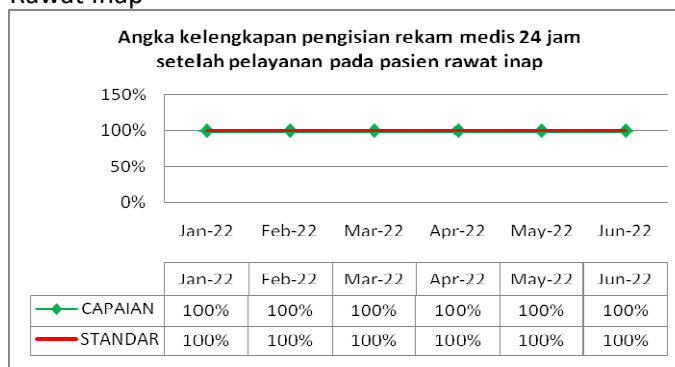


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka penolakan film radiografi (reject film), pada triwulan II adalah 0.56%, telah mencapai standar <2%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

16. Instalasi Rekam Medis

a. Angka Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24 jam Setelah Pelayanan pada Pasien Rawat Inap

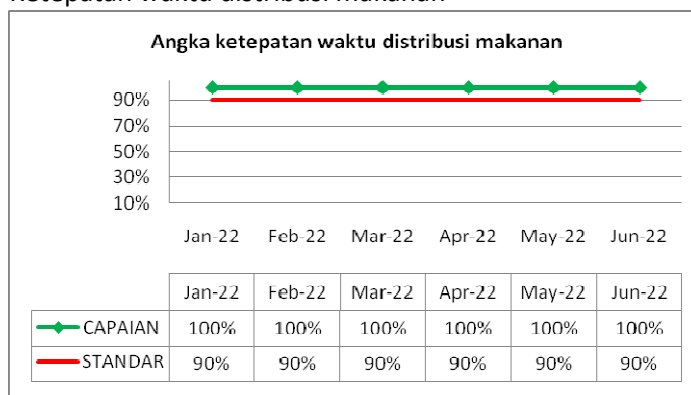


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

17. Instalasi Gizi

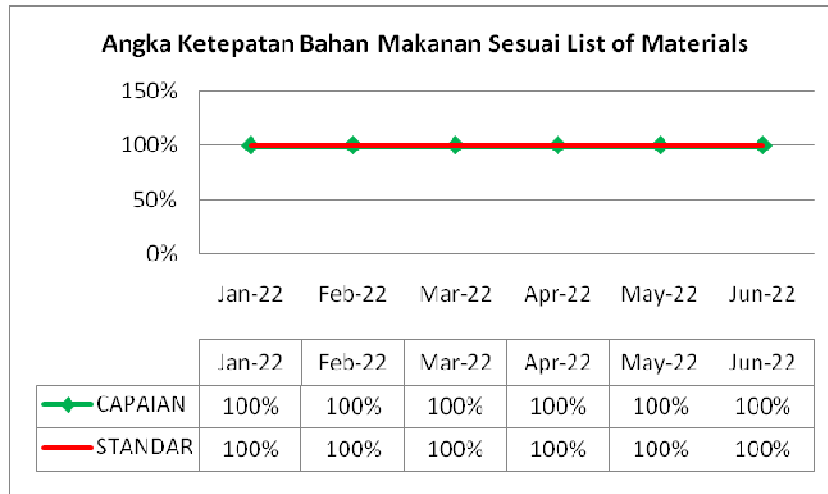
a. Ketepatan waktu distribusi makanan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka ketepatan waktu distribusi makanan, pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

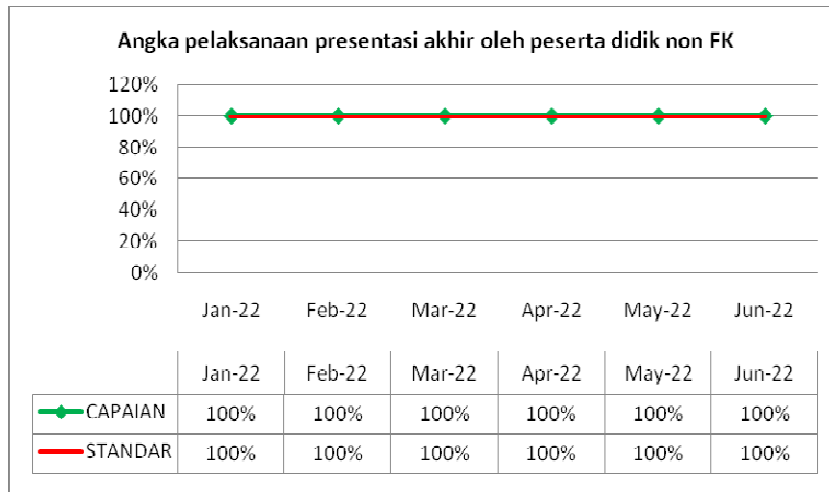
b. Angka Ketepatan Bahan Makanan Sesuai List of Materials



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka ketepatan bahan makanan sesuai List of Materials, pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

18. Bagian Pendidikan



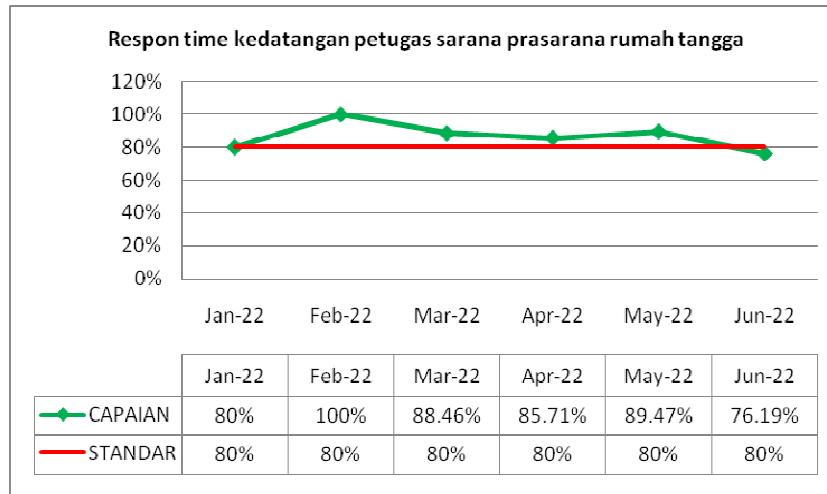
Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka pelaksanaan presentasi akhir oleh peserta didik non FK, pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.



19. Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Pra Sarana Rumah Sakit (IPSR)

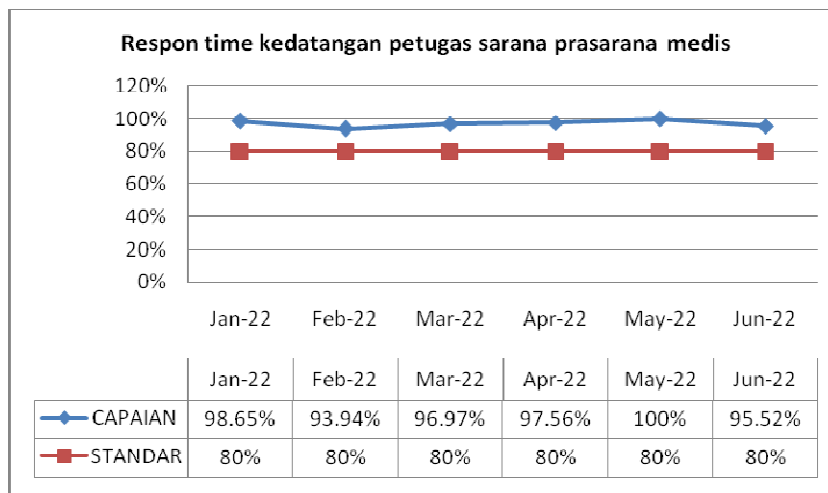
a. Respon Time Kedatangan Petugas Sarana Prasarana Rumah Tangga



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu tanggap kerusakan sarana rumah tangga, pada triwulan II adalah 84%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

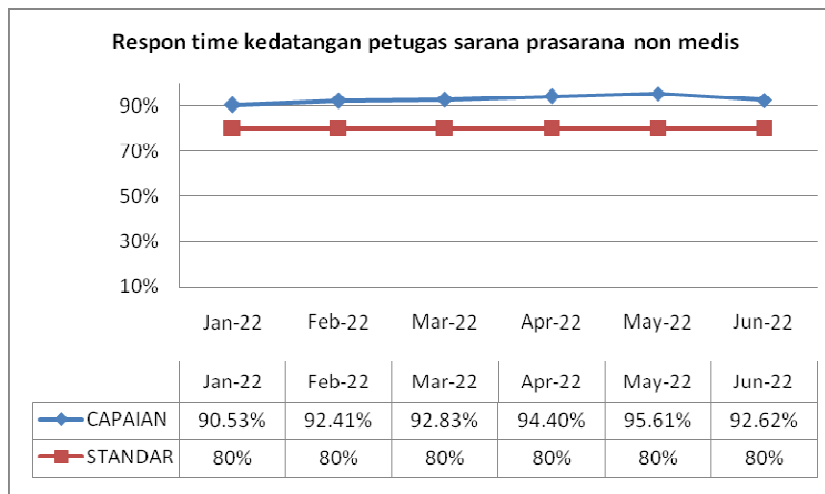
b. Respon Time Kedatangan Petugas Sarana Prasarana Medis



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu respon time kedatangan petugas sarana prasarana medis, pada triwulan II adalah 98%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

c. Respon Time Kedatangan Petugas Sarana Prasarana Non Medis

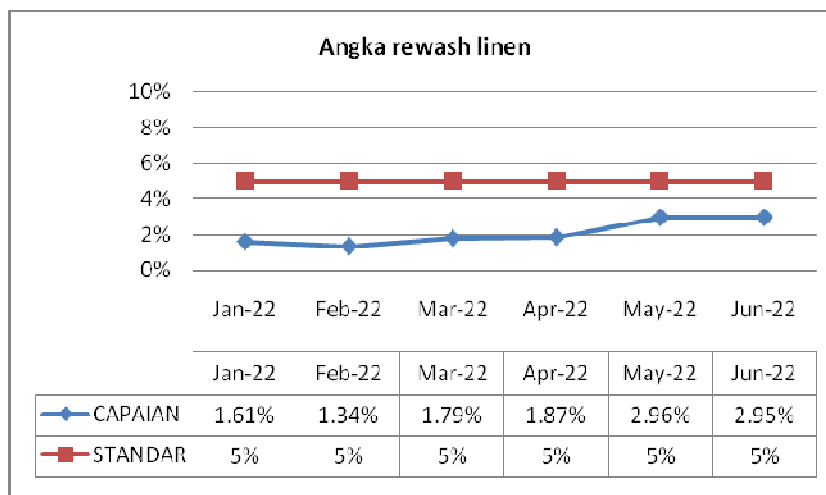


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu respon time kedatangan petugas sarana prasarana non medis, pada triwulan II adalah 94%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

20. Bagian Umum

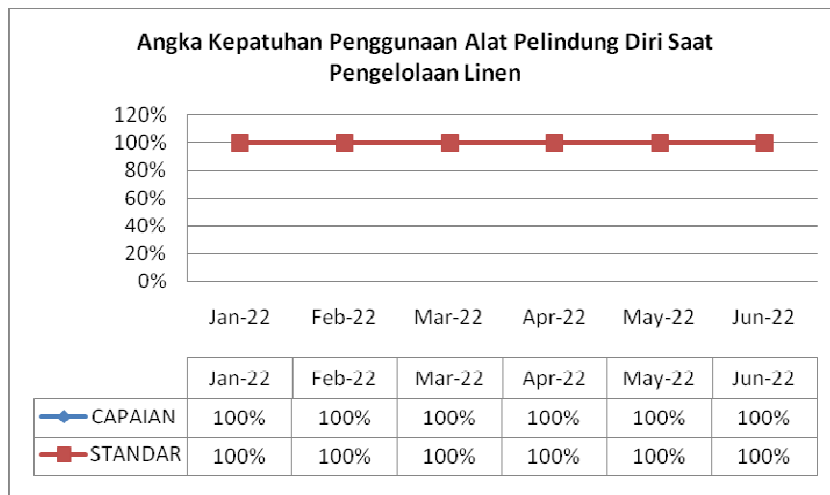
a. Angka Rewash Linen



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka rewash linen, pada triwulan II adalah 2.59%, telah mencapai standar <5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.

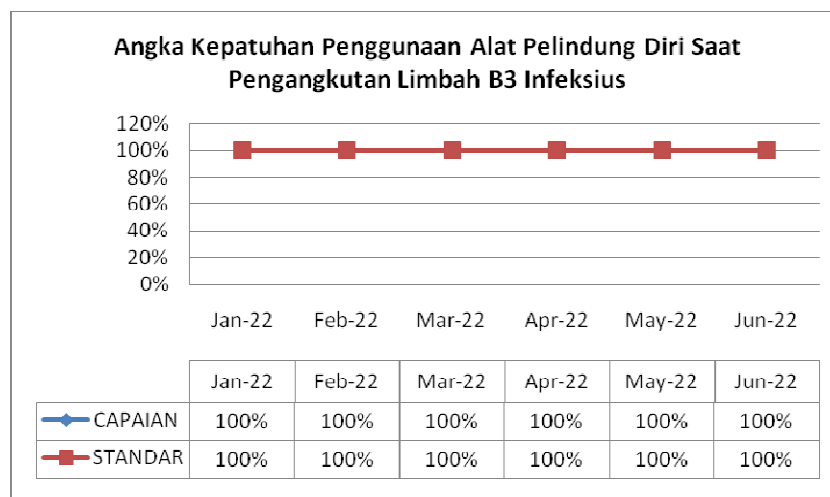
b. Angka Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Pengelolaan Linen



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kepatuhan penggunaan alat pelindung diri saat pengelolaan linen, pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.

c. Angka Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Pengangkutan Limbah B3 Infeksius

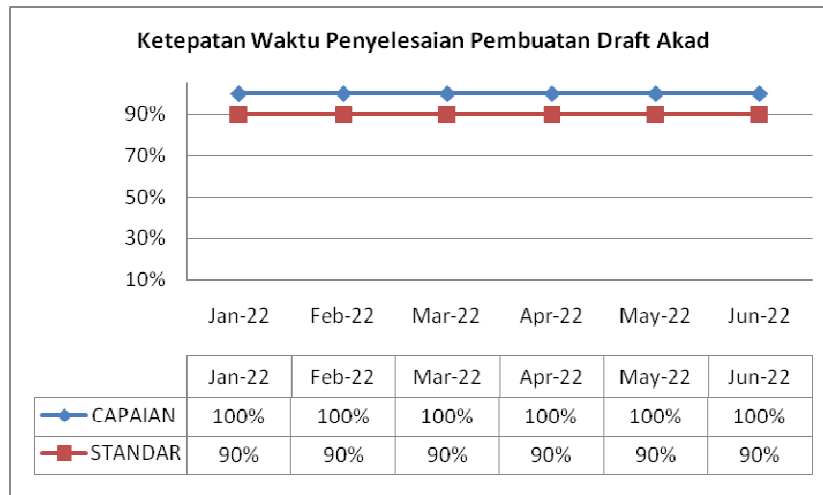


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kepatuhan penggunaan alat pelindung diri saat pengangkutan limbah B3 infeksius, pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.



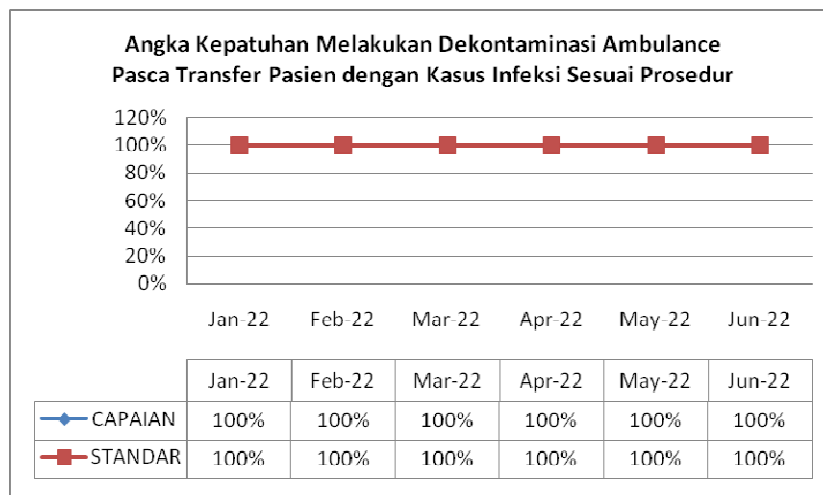
d. Ketepatan Waktu Penyelesaian Pembuatan Draft Akad



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu ketepatan waktu penyelesaian pembuatan draft akad, pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.

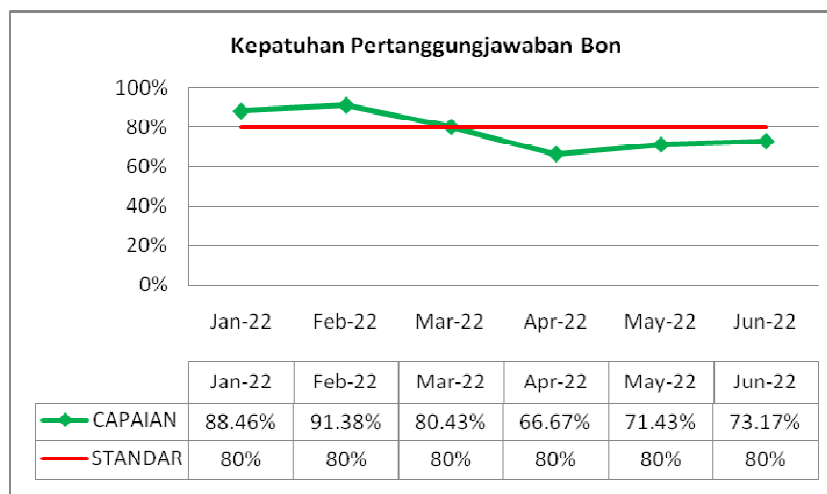
e. Angka Kepatuhan Melakukan Dekontaminasi Ambulance Pasca Transfer Pasien dengan Kasus Infeksi Sesuai Prosedur



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka kepatuhan melakukan dekontaminasi ambulance pasca transfer pasien dengan kasus infeksi sesuai prosedur, pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.

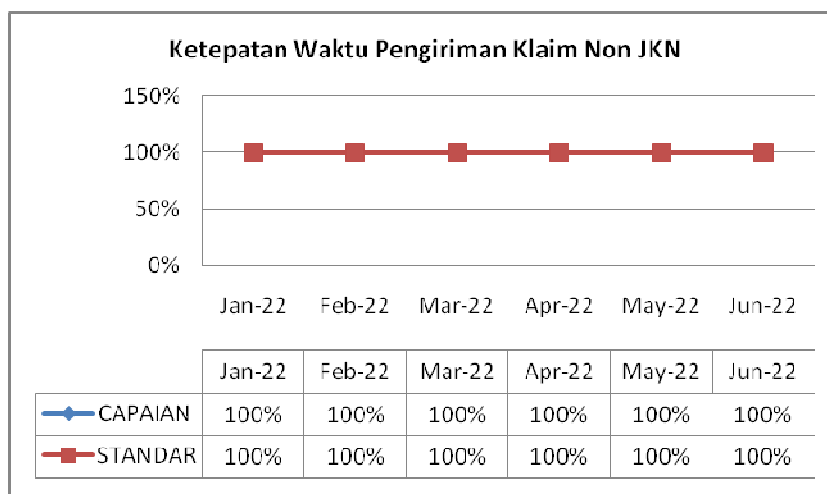
21. Bagian Keuangan dan Akuntansi
 a. Kepatuhan Pertanggungjawaban Bon



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kepatuhan pertanggungjawaban bon, pada triwulan II belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.

b. Ketepatan Waktu Pengiriman Klaim Non JKN



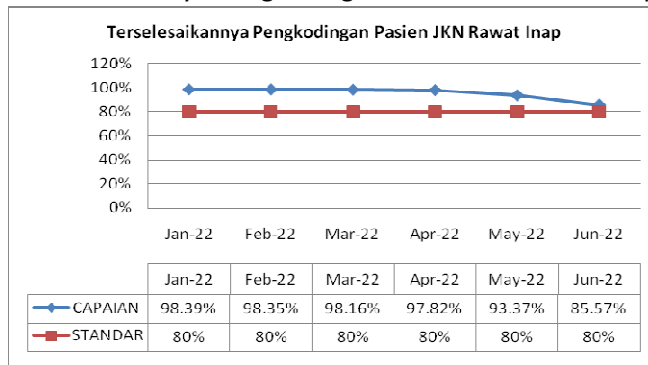
Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu ketepatan waktu pengiriman klaim non JKN, pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.



22. Bagian Casemix

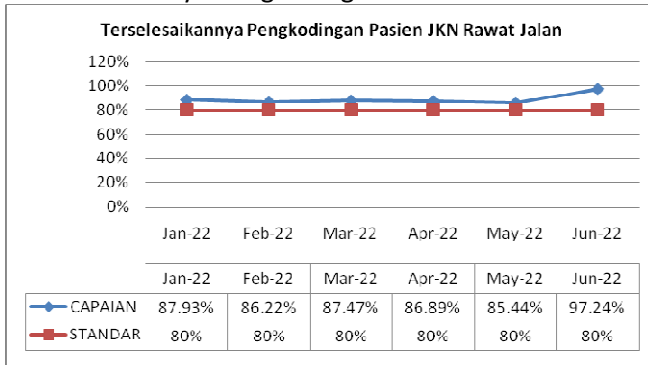
a. Terselesaikannya Pengkodingan Pasien JKN Rawat Inap



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu terselenggaranya pengkodingan pasien JKN rawat inap, pada triwulan II adalah 92%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya menurun.

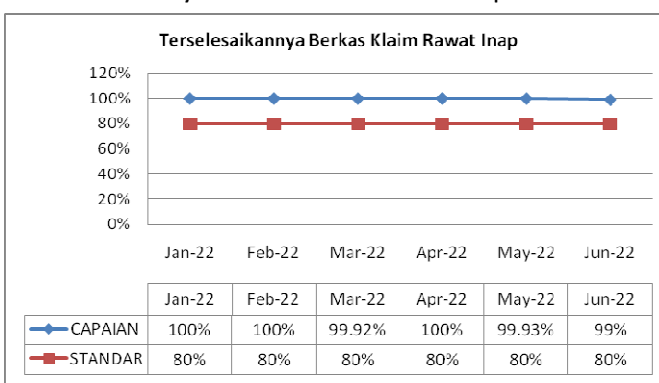
b. Terselesaikannya Pengkodingan Pasien JKN Rawat Jalan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu terselenggaranya pengkodingan pasien JKN rawat jalan, pada triwulan II adalah 89.86%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

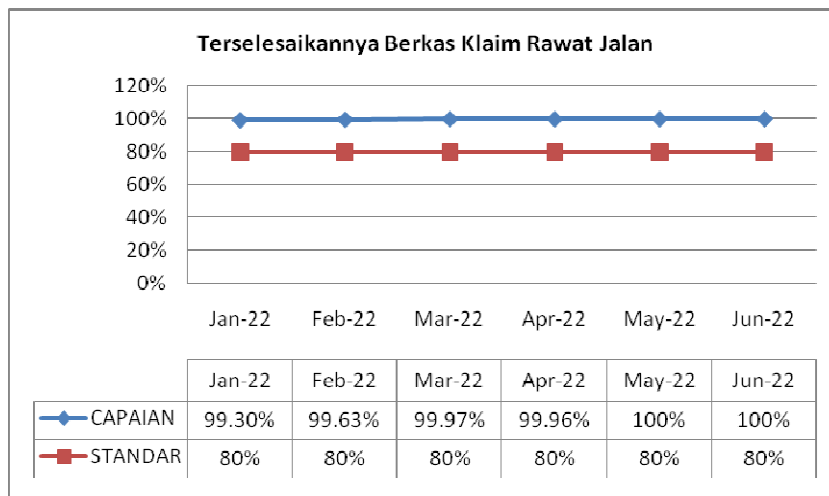
c. Terselesaikannya Berkas Klaim Rawat Inap



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu terselesaikannya berkas klaim rawat inap pada triwulan II adalah 99.64%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

d. terselesaikannya Berkas Klaim Rawat Jalan

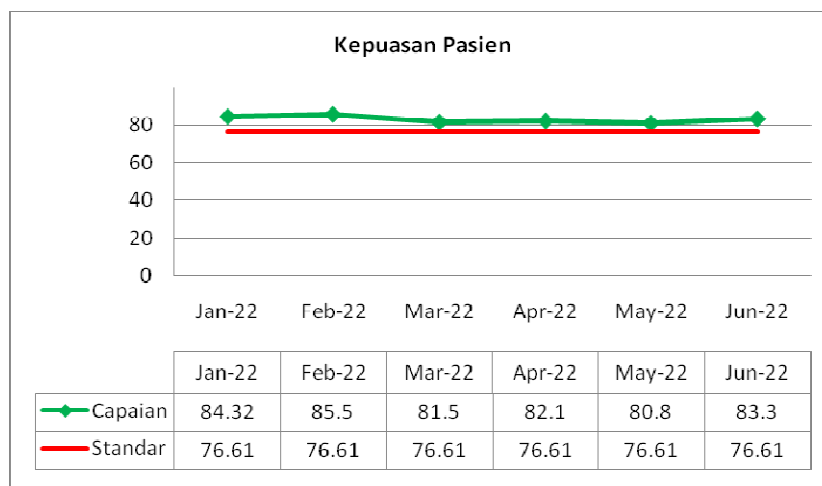


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu terselesaikannya berkas klaim rawat jalan pada triwulan II adalah 99%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

23. Bagian Humas dan Kemitraan

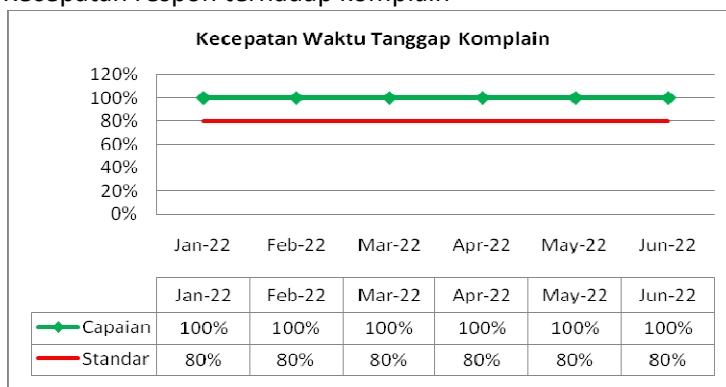
a. Kepuasan pasien dan keluarga



Analisa :

- Capaian indikator mutu kepuasan pasien pada triwulan II adalah 82.07, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.
- Berdasarkan laporan unit Humas pada triwulan II tidak ada laporan tentang ketidakpuasan pelanggan terkait adanya peserta didik di RSISA.

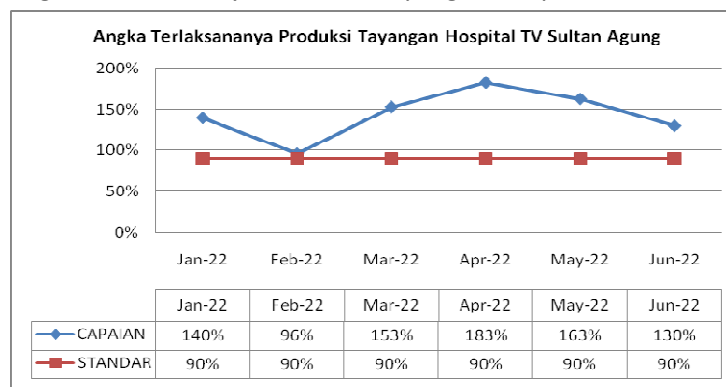
b. Kecepatan respon terhadap komplain



Analisa :

- Capaian indikator mutu kecepatan respon terhadap komplain pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

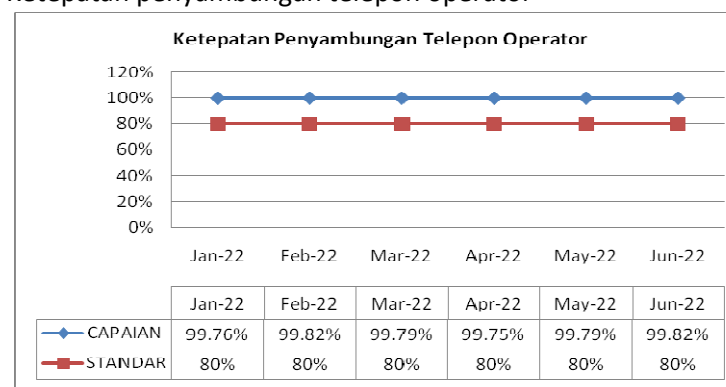
c. Angka Terlaksananya Produksi Tayangan Hospital TV Sultan Agung



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka terlaksananya produksi tayangan hospital TV Sultan Agung pada triwulan II adalah 159%, telah melebihi standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

d. Ketepatan penyambungan telepon operator



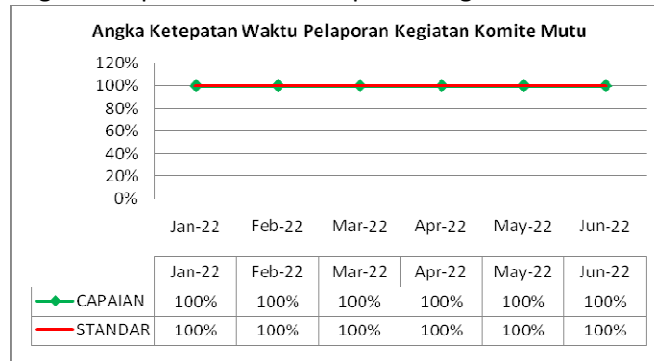
Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 99.79%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.



24. Komite Mutu Rumah Sakit

a. Angka Ketepatan Waktu Pelaporan Kegiatan Komite Mutu

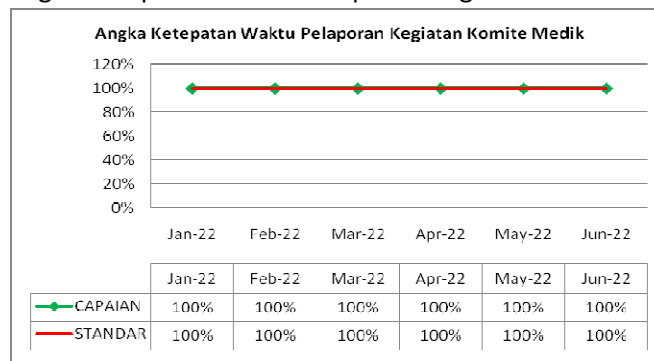


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka ketepatan waktu pelaporan kegiatan komite mutu pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

25. Komite Medik

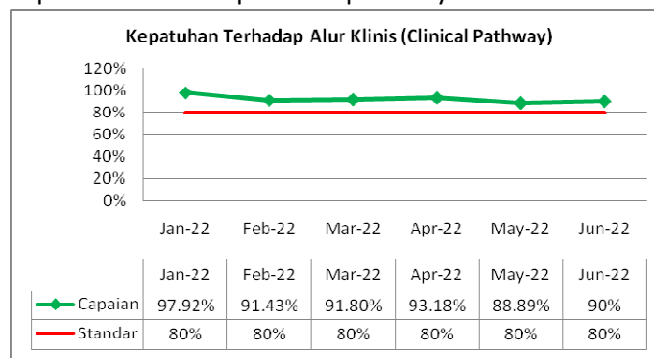
a. Angka Ketepatan Waktu Pelaporan Kegiatan Komite Medik



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka ketepatan waktu pelaporan kegiatan komite medik pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

b. Kepatuhan terhadap clinical pathway

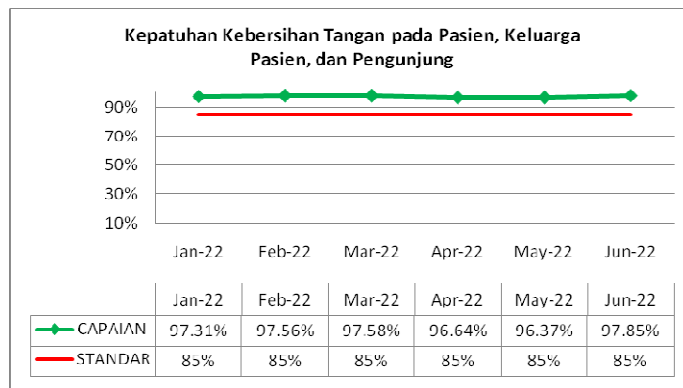


Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

26. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

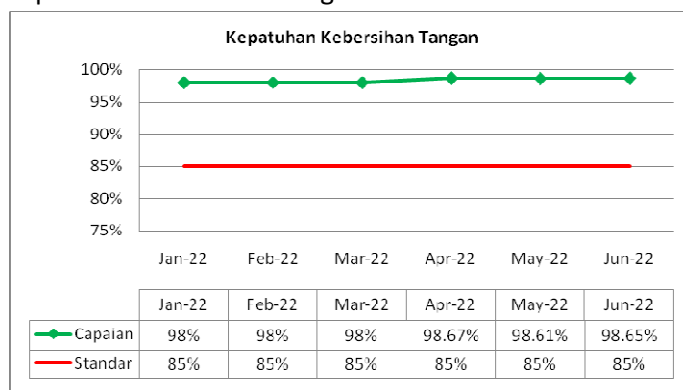
a. Angka Kebersihan Tangan pada Pasien, Keluarga Pasien, dan Pengunjung



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kebersihan tangan pada pasien, keluarga pasien, dan pengunjung pada triwulan II adalah 96.95%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.

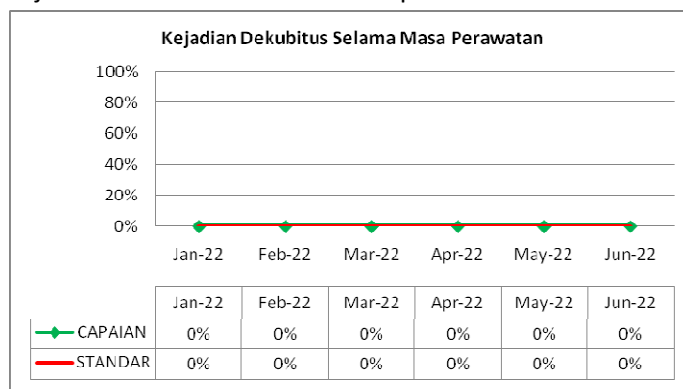
b. Kepatuhan Kebersihan tangan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kepatuhan kebersihan tangan, pada triwulan II adalah 98.64%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.

c. Kejadian dekubitus selama masa perawatan



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 0%, belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.



D. Indikator Mutu Syariah

1. Indikator mutu wajib syariah

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	STANDAR	CAPAIAN					
			JAN	FEB	MARET	APRIL	MEI	JUNI
1	Pendampingan Talqin Kepada Pasien Sakaratul Maut (<i>End of Life</i>)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Mengingatkan Waktu Sholat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Pemasangan DC sesuai gender	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

2. Indikator standar pelayanan minimal (SPM) syariah

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	STANDAR	CAPAIAN					
			JAN	FEB	MARET	APRIL	MEI	JUNI
1	Pemasangan EKG sesuai Gender	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Hijab untuk pasien	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Penutup dada pada ibu menyusui	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Membaca Basmalah pada pemberian obat dan tindakan	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	<i>Mandatory training</i> untuk fiqih pasien	100%	Tidak ada data					
6	Adanya edukasi islami (Leaflet atau buku kerohanian)	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Pemakaian hijab di kamar operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8	Penjadwalan operasi elektif tidak terbentur waktu sholat	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9	Angka dilaksanakannya akad ijarah pada pasien rawat inap	70%	98.68%	100%	100%	100%	100%	100%
10	Angka dilaksanakannya akad syariah dalam perjanjian kerjasama	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

3. Indikator mutu unit syariah

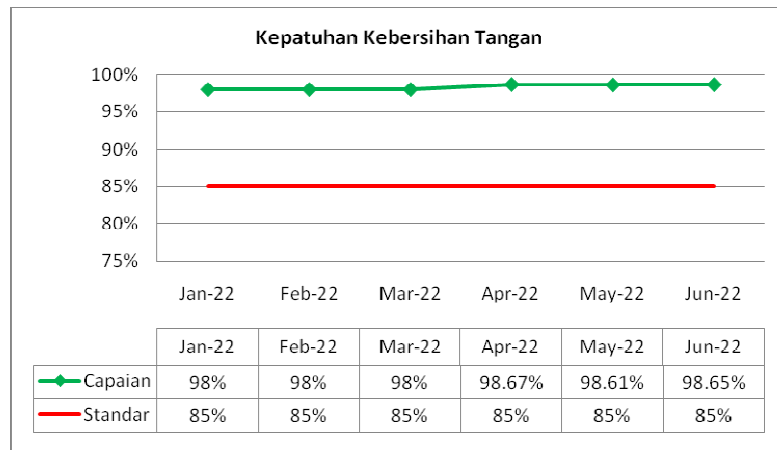
NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	STANDAR	CAPAIAN					
			JAN	FEB	MARET	APRIL	MEI	JUNI
1	Angka bimbingan psikospiritual unit BPI kepada pasien rawat inap	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Angka pelaksanaan budaya baca Al-Qur'an per unit	80%	87%	94%	92%	98.03%	94%	92%
3	Angka kehadiran kegiatan doa pagi karyawan	80%	89.37%	89.77%	95%	92.92%	93.18%	91.27%
4	Angka kehadiran tahsin Al-Qur'an karyawan	80%	74.74%	66.21%	95%	92.71%	92.06%	94.31%
5	Membaca Basmalah sebelum Pengambilan Sampel	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6	Membaca Basmalah sebelum Tindakan Kontras	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



1.2. Benchmark Indikator Mutu

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Indikator Mutu	STD	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni
Kepatuhan Kebersihan Tangan	85%	98%	98%	98%	98.67%	98.61%	98.65%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2022



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

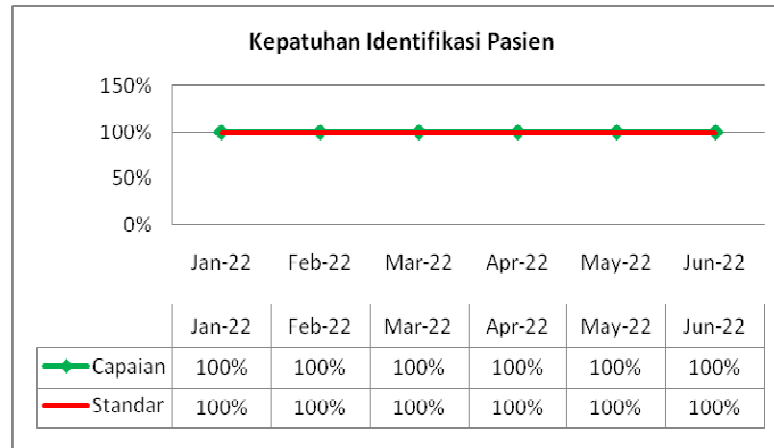
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan kebersihan tangan Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan April sampai dengan Juni 2022 telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.
- Dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain dari aplikasi SISMAKAD (data benchmark memilih rumah sakit dari Provinsi Jawa Tengah), maka pencapaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah.



2. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Indikator Mutu	STANDAR	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni
Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2022



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

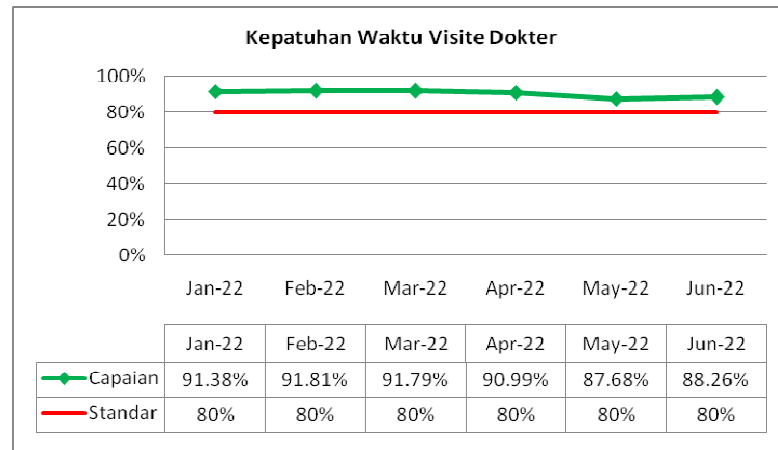
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan identifikasi pasien Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan April sampai dengan Juni 2022 telah mencapai standar.
- Perbandingan capaian triwulan I dengan triwulan II sama baiknya.
- Dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain dari aplikasi SISMADAK (data benchmark memilih rumah sakit dari Provinsi Jawa Tengah), maka pencapaiannya sama baiknya, yaitu 100%.



3. Kepatuhan Waktu Visite Dokter

Indikator Mutu	STD	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni
Kepatuhan Waktu Visite Dokter	80%	91.38%	91.81%	91.79%	90.99%	87.68%	88.26%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2022



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

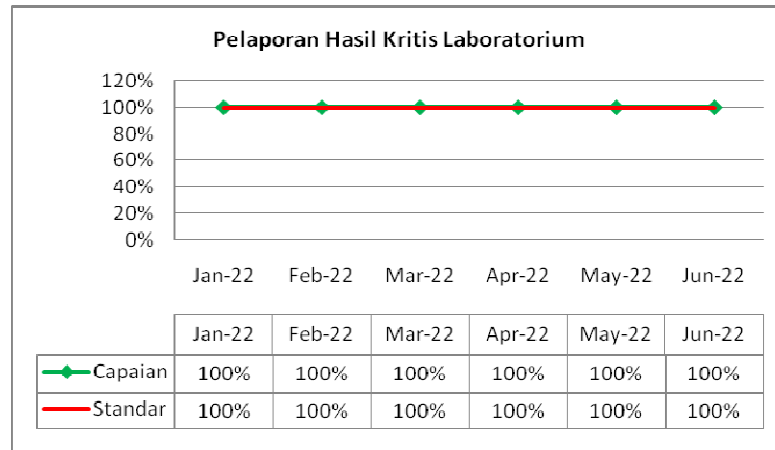
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan waktu visite dokter Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan April sampai dengan Juni 2022 telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian sebelumnya, hasil capaian triwulan I lebih baik daripada triwulan II.
- Dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain dari aplikasi SISMADAK (data benchmark memilih rumah sakit dari Provinsi Jawa Tengah), maka pencapaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah.



4. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

Indikator Mutu	STD	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni
Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2022



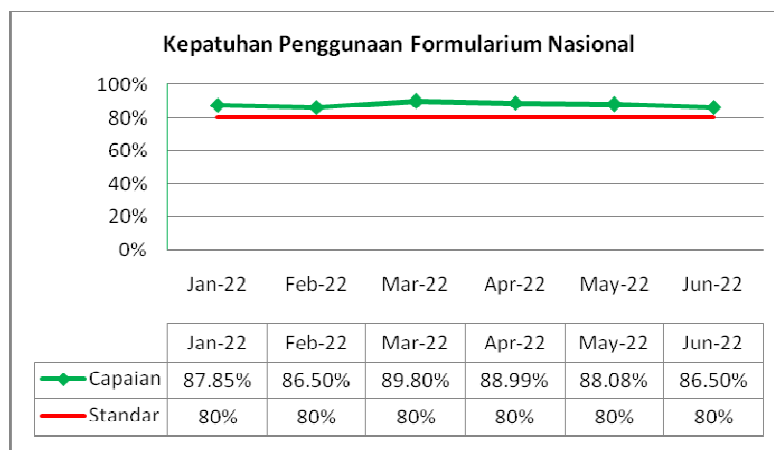
(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian pelaporan hasil kritis laboratorium Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan April sampai dengan Juni 2022 telah mencapai standar.
- Perbandingan capaian triwulan I dengan triwulan II sama baiknya.
- Dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain dari aplikasi SISMAKAD (data benchmark memilih rumah sakit dari Provinsi Jawa Tengah), maka pencapaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah.

5. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Indikator Mutu	STD	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni
Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	80%	87.85%	86.5%	89.8%	88.99%	88.08%	86.5%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2022



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

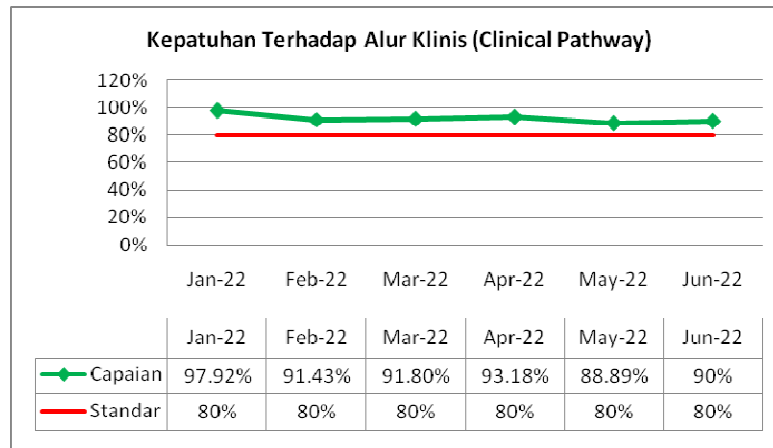
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan April sampai dengan Juni 2022 telah mencapai standar.
- Perbandingan capaian triwulan I dengan triwulan II sama baiknya.
- Dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain dari aplikasi SISMAK (data benchmark memilih rumah sakit dari Provinsi Jawa Tengah), maka pencapaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah.

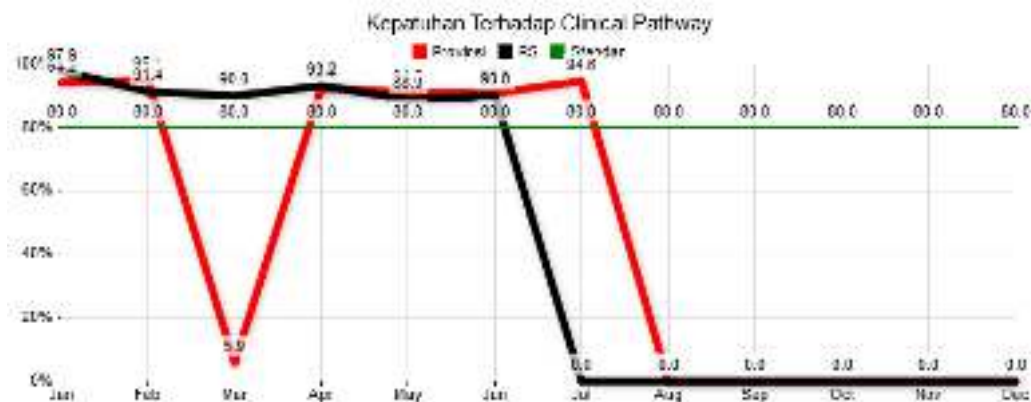


6. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)

Indikator Mutu	STD	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni
Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)	80%	97.92%	91.43%	91.8%	93.18%	88.89%	90%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2022



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

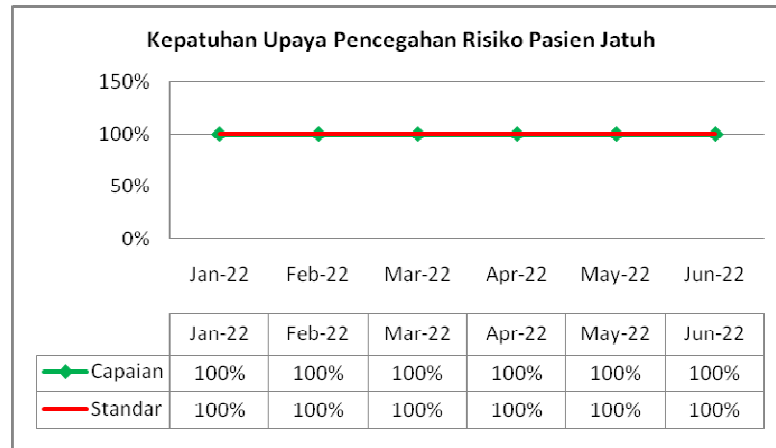
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway) Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan April sampai dengan Juni 2022 telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian sebelumnya, hasil capaian triwulan I lebih baik daripada triwulan II.
- Dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain dari aplikasi SISMAK (data benchmark memilih rumah sakit dari Provinsi Jawa Tengah), maka pencapaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah.



7. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Indikator Mutu	STD	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2022



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan April sampai dengan Juni 2022 telah mencapai standar.
- Bila Perbandingan capaian triwulan I dengan triwulan II sama baiknya.
- Dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain dari aplikasi SISMAKAD (data benchmark memilih rumah sakit dari Provinsi Jawa Tengah), maka pencapaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah.

BAB II

MENINGKATKAN PERBAIKAN MUTU DAN MEMPERTAHANKAN PERBAIKAN BERKELANJUTAN

2.1. Tabel Perbaikan Mutu dan Mempertahankan perbaikan Triwulan II

No	Keterangan	Analisa	Tindakan	Monitoring Hasil Upaya Perbaikan
Bulan April 2022				
Tidak ada insiden				
Bulan Mei 2022				
1	Jatuh dari tempat tidur	Monitoring risiko jatuh tidak terlaksana (skala morse)	1. Resosialisasi SPO pengkajian risiko pasien jatuh rawat inap 2. Evalausi kepatuhan staf terhadap SPO pengkajian risiko pasien jatuh rawat inap	Kejadian pasien jatuh dari tempat tidur tidak terulang lagi
2	Infeksi daerah operasi (bagian abdomen kanan bawah) pasca operasi laparotomi reseksi anastomosis	Luka terkontaminasi karena Teknik aseptik saat perawatan luka kurang optimal, serta penunggu pasien tidak paham tentang kebersihan tangan saat merawat pasien diruangan	1. Perawatan luka post operasi 2 kali sehari dengan tehnik aseptik menggunakan kassa kompres betadin 2. Edukasi tentang Kebersihan Tangan untuk penunggu pasien	Infeksi daerah operasi (bagian abdomen kanan bawah) pasca operasi laparotomi reseksi anastomosis tidak terjadi kembali setelah dilakukan upaya perbaikan
Bulan Juni 2022				
3	Kesalahan hasil pemeriksaan troponin I	Analisis tidak mengecek stiker identitas pasien saat memindahkan serum dari tabung merah ke tabung yang akan diproses pemeriksaan troponin	1. Membuat SPO tentang identifikasi pasien pada saat preparasi serum 2. Memberikan sosialisasi tentang identifikasi pasien pada saat preparasi serum	Kesalahan hasil pemeriksaan troponin I tidak terjadi kembali
4	Kesalahan pemberian dressing luka (seharusnya aquacel diberi cutimed Alginate)	1. Staf Farmasi sebelum melakukan order dressing tidak melakukan konfirmasi substitusi resep pada DPJP. 2. SPO obat kosong, belum dijalankan optimal. 3. Aturan Pencatatan konfirmasi penggantian obat kepada DPJP di buku konfirmasi obat tidak dilaksanakan.	1. Melakukan resosialisasi tentang SPO obat kosong kepada staf farmasi 2. Memberikan pengarahan kepada staf terkait pencatatan dan pendokumentasian kegiatan konfirmasi substitusi obat pada DPJP pada buku konfirmasi obat	Kesalahan pemberian dressing luka (seharusnya aquacel diberi cutimed Alginate) tidak terulang kembali



5	Jatuh saat mau ke kamar mandi	Hilang keseimbangan	1. Lakukan edukasi ulang kepada pasien untuk menekan tombol <i>nurse call</i> pada saat membutuhkan bantuan 2. Lakukan pengkajian ulang dan intervensi resiko pasien jatuh dewasa (MORSE) 3. Pakaikan kancing kuning pada gelang identitas pasien	Jatuh saat mau ke kamar mandi tidak terulang kembali
---	-------------------------------	---------------------	---	--

2.2. Tabel Perbaikan Menggunakan Metode *Plan-Do-Study-Action*

Judul : Angka Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Dewasa dalam Waktu 24 Jam Sejak Pasien Masuk Rawat Inap
 Unit Kerja : Baitus Salam 2
 Bulan : April 2022
 Siklus : I

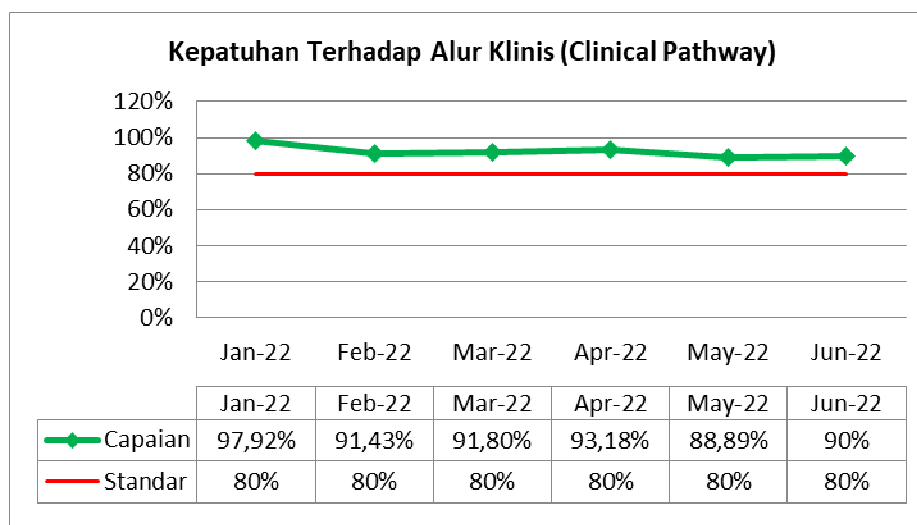
Problem	Belum maksimalnya dalam pelaksanaan handover terkait lembar asesmen awal keperawatan dewasa kepada perawat shift berikutnya sehingga dibiarkan kosong > 24 jam setelah pasien rawat inap.
STEP	
Plan	Saya berencana : - Memberikan pengarahan pelaksanaan handover terkait kelengkapan asesmen awal keperawatan dewasa kepada perawat diruangan. - Melakukan pengecekan setiap rekam medis saat pelaksanaan hand over setiap shif Saya berharap : Dengan rencana diatas semua pasien yang dirawat inap telah dilaksanakan asesmen awal keperawatan dewasa ≤ 24 jam setelah masuk ruang rawat inap. Tindakan : Mengadakan forum pertemuan dengan perawat/ staf ruangan Baitu Salam 2
Do	Apa yang anda amati ? Pada saat pertemuan staf, ada beberapa staf yang belum mengetahui bahwa asesmen awal keperawatan dewasa harus dilengkapi ≤ 24 jam sejak pasien masuk rawat inap dan staf menunjukkan perhatian terkait pengarahan yang diberikan, dan setuju untuk mengupayakan pelaksanaan kelengkapan asesmen awal keperawatan dewasa, serta bila tidak sempat dilaksanakan akan menyerahkan tugas tersebut ke shift berikutnya untuk dilengkapi.
Study	Apa yang dapat anda pelajari ? apakah sesuai target capaian? Setelah 2 minggu berjalan kami amati bahwa lembar asesmen awal keperawatan telah diisi sesuai dengan hasil pengarahan.
	Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini? Pelaksanaan pengarahan kepada staf tentang kelengkapan asesmen awal keperawatan dewasa dan pengecekan kelengkapan rekam medis khususnya assesmen awal keperawatam pasien baru saat hand over per shif berlangsung, ternyata dapat meningkatkan kepatuhan, sehingga capaian indikator mutu dibulan Mei dapat mencapai standar yaitu 100%.

BAB III MENGURANGI VARIAN DALAM PRAKTEK KLINIS

3.1. Indikator Mengurangi Varian Dalam Praktek Klinik

NO	Indikator Mutu	Standar	Capaian					
			Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni
1	Kepatuhan Clinical Pathway	80%	100%	91.2%	90%	93.18%	88.89%	90%

3.2. Grafik Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)



Analisa :

- Capaian kepatuhan clinical pathway dari bulan januari hingga bulan juni telah mencapai standar.
- Capaian triwulan II mengalami penurunan dibandingkan dengan capaian triwulan I, karena pada capaian pada bulan Mei, ditemukan beberapa kasus adanya ketidaksesuaian lama rawat pasien, sehingga capaian tidak tercapai.

3.3. Kegiatan Audit Medis

NO	TANGGAL	RAPAT	HASIL
1	15 Juni 2022	Bayi Ny R / 1447320 Bayi BBLRSC Preterm, Asfiksia sedang, gagal nafas, hiperbilirubin	Analisis akar masalah Bayi mengalami distress pernafasan jangka Panjang, karena terapi VM yang tidak adekuat. Rencana Upaya Perbaikan In house training tentang resusitasi neonates
2	15 Juni 2022	Bayi Ny SU/1445812 BBLR, Pneumoperitoneum, perforasi ileum post laparotomi eksplorasi	Analisa akar masalah Kemungkinan bayi mengalami perburukan pasca operasi karena perforasi ileum telah mengakibatkan abdominal compartment dan sepsis.



NO	TANGGAL	RAPAT	HASIL
		+ ileostomy + biopsy colon, sepsis.	Rencana Upaya Perbaikan • Dr Rudyuwono Sp.B-KBA merekomendasi dokter umum dapat memberikan pneumoparasintesis untuk mengurangi beban bayi yang mengalami abdominal compartment. • Dibuat SPO pneumoparasintesis. • Konsultasi ketua komite medik apakah dokter umum bisa diberi kewenangan klinis pneumoparasintesis. • In house training untuk dokter umum terkait pneumoperitoneum.
3	15 Juni 2022	Bayi N A /1445211 Bayi rujukan dengan Asfiksia berat, Gagal nafas.	Analisa akar masalah Bayi rujukan dari RS perujuk dengan apgar skor 1-1-1, upaya resusitasi belum optimal, tidak transportable, dari RS belum mengingatkan STABLE. Rencana Upaya Perbaikan Inhouse training resusitasi neonatus untuk staf
4	15 Juni 2022	Bayi D N (1446356) BBLSC Atresia ani letak tinggi, post colostomy, gagal nafas.	Analisa akar masalah Gagal nafas terjadi ETT terlepas saat transport dari RR ke NICU – kondisi ini tidak tercatat. Rencana Upaya Perbaikan 1. Dokumentasi pada formulir Transfer terkait kondisi pasien ditulis apa adanya. 2. Memastikan bayi stabil sebelum dilakukan transport antar ruangan, dilakukan ceklist handover pengecekan STABLE 3. Pelatihan proses transfer? – hal yang perlu diperhatikan saat proses transfer (checklist).

BAB IV PELAPORAN DAN ANALISIS INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

4.1. Monitoring Sentinel dan KTD

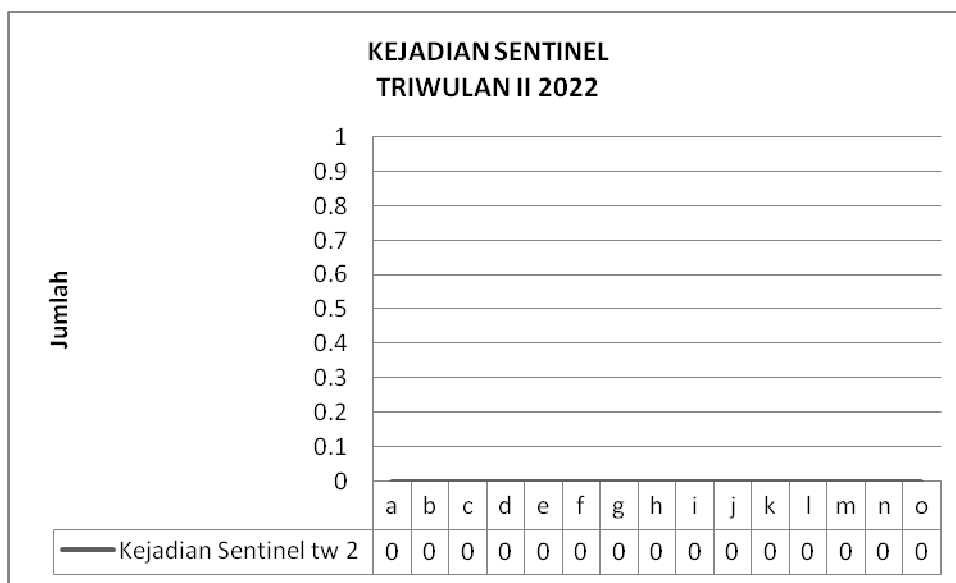
4.1.1. Tabel Monitoring Kejadian Sentinel

	KEJADIAN SENTINEL	April	Mei	Juni	Total
a	Bunuh diri oleh pasien yang sedang dirawat, ditatalaksana, menerima pelayanan di unit yang selalu memiliki staf sepanjang hari atau dalam waktu 72 jam setelah pemulangan pasien, termasuk dari Unit Gawat Darurat (UGD) rumah sakit	0	0	0	0
b	Kematian bayi cukup bulan yang tidak diantisipasi	0	0	0	0
c	Bayi dipulangkan kepada orang tua yang salah	0	0	0	0
d	Penculikan pasien yang sedang menerima perawatan, tata laksana, dan pelayanan	0	0	0	0
e	Pasien kabur (atau pulang tanpa izin) dari unit perawatan yang selalu dijaga oleh staf sepanjang hari (termasuk IGD), yang menyebabkan kematian, cedera permanen, atau cedera sementara derajat berat bagi pasien tersebut	0	0	0	0
f	Reaksi transfusi hemolitik yang melibatkan pemberian darah atau produk darah dengan inkompatibilitas golongan darah mayor (ABO, Rh, kelompok darah lainnya)	0	0	0	0
g	Pemeriksaan, kekerasan (yang menyebabkan kematian, cedera permanen, atau cedera sementara derajat berat) atau pembunuhan pasien yang sedang menerima perawatan, tata laksana, dan layanan ketika berada dalam lingkungan rumah sakit	0	0	0	0
h	Pemeriksaan, kekerasan (yang menyebabkan kematian, cedera permanen, atau cedera sementara derajat berat) atau pembunuhan anggota staf, praktisi mandiri berizin, pengunjung, atau vendor ketika berada dalam lingkungan rumah sakit	0	0	0	0
i	Tindakan invasif, termasuk operasi yang dilakukan pada pasien yang salah, pada sisi yang salah, atau menggunakan prosedur yang salah (secara tidak sengaja)	0	0	0	0
j	Tertinggalnya benda asing dalam tubuh pasien secara tidak sengaja setelah suatu tindakan invasif, termasuk operasi	0	0	0	0
k	Hiperbilirubinemia neonatal berat (bilirubin >30 mg/dL)	0	0	0	0
l	Fluoroskopi berkepanjangan dengan dosis kumulatif >1.500 rad pada satu medan tunggal atau pemberian radioterapi ke area tubuh yang salah atau pemberian radioterapi >25% melebihi dosis radioterapi yang direncanakan	0	0	0	0



m	Kebakaran, lidah api, atau asap, uap panas, atau pijaran yang tidak diantisipasi selama satu episode perawatan pasien	0	0	0	0
n	Semua kematian ibu intrapartum (terkait dengan proses persalinan); atau	0	0	0	0
o	Morbiditas ibu derajat berat (terutama tidak berhubungan dengan perjalanan alamiah penyakit pasien atau kondisi lain yang mendasari) terjadi pada pasien dan menyebabkan cedera permanen atau cedera sementara derajat berat	0	0	0	0

4.1.2. Grafik Kejadian Sentinel Triwulan II Tahun 2022



4.1.3. Analisa :

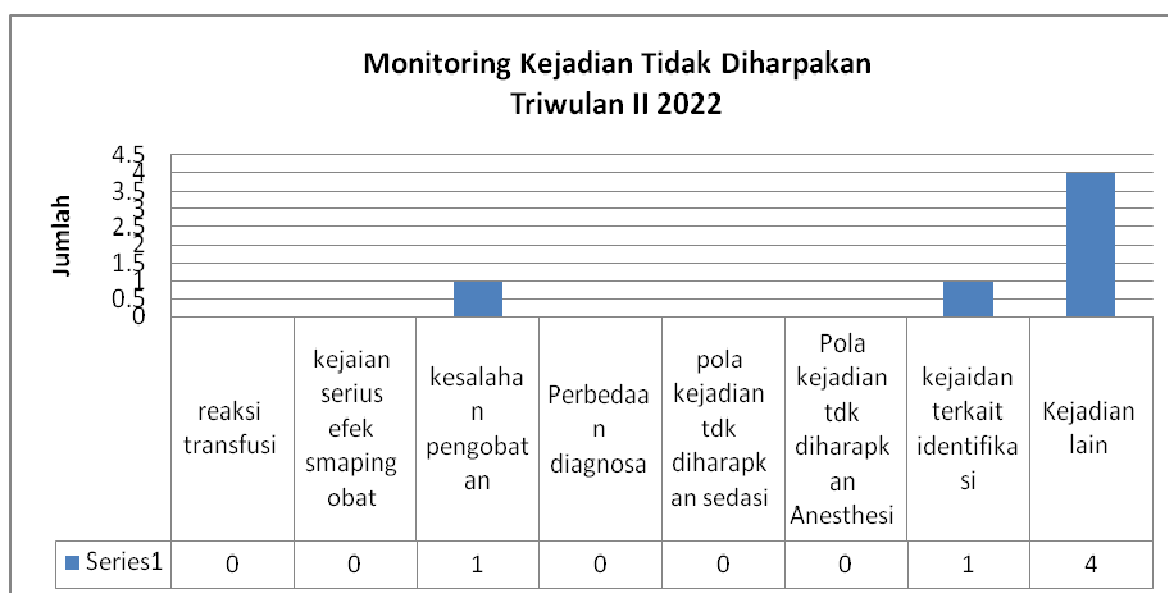
Monitoring kejadian sentinel di triwulan II Tahun 2022 tidak ditemukan insiden dari a sampai dengan o. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kejadian sentinel di triwulan II tahun 2022 tidak ada kejadian sentinel.

4.2. Monitoring Kejadian Tidak Diharapkan

4.2.1. Tabel Monitoring Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

KEJADIAN KTD		April	Mei	Juni	Total
a	Reaksi transfusi yang sudah dikonfirmasi	0	0	0	0
b	Kejadian serius akibat efek samping obat	0	0	0	0
c	Kesalahan pengobatan	0	0	1	1
d	Perbedaan diagnosa pra operasi dan pasca operasi	0	0	0	0
e	Pola kejadian tidak diharapkan selama sedasi prosedural tanpa memandang cara pemberian	0	0	0	0
f	Pola kejadian tidak diharapkan selama anestesi tanpa memandang cara pemberian	0	0	0	0
g	Kejadian tidak diharapkan yang berkaitan dengan identifikasi pasien	0	0	1	1
h	Kejadian lain				
1	Infeksi berkaitan dengan pelayanan kesehatan atau wabah penyakit menular	0	0	0	0
2	Pasien jiwa melarikan diri	0	0	0	0
3	Insiden lain-lain :				
	a. Jatuh	0	1	1	2
	b. IDO	0	1	1	2
	c. ISK	0	0	0	0
	d. Plebitis	0	0	0	0

4.2.2. Grafik Monitoring Kejadian Tidak Diharapkan





4.2.3. Analisa

Pada monitoring kejadian tidak diharapkan didapatkan 6 kejadian dengan rincian sebagai berikut kesalahan pengobatan ada 1 (satu) kejadian, kesalahan berkaitan dengan identifikasi pasien ada 1 (satu) kejadian, dan kejadian lainnya (jatuh dengan jumlah 2, dan IDO dengan jumlah 2) didapatkan 4 (empat) kejadian.

4.3. Analisa Kejadian Tidak Diharapkan

4.3. 1. Tabel Analisis Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

No	KTD	ANALYSIS	GR	TINDAKAN
1	Jatuh dari tempat tidur	Monitoring risiko jatuh tidak terlaksana (skala morse)		1. Resosialisasi SPO pengkajian risiko pasien jatuh rawat inap 2. Evalausi kepatuhan staf terhadap SPO pengkajian risiko pasien jatuh rawat inap
2	Infeksi daerah operasi (bagian abdomen kanan bawah) pasca operasi laparotomi reseksi anastomosis	Luka terkontaminasi karena Teknik aseptik saat perawatan luka kurang optimal, serta penunggu pasien tidak paham tentang kebersihan tangan saat merawat pasien diruangan		1. Perawatan luka post operasi 2 kali sehari dengan tehnik aseptik menggunakan kassa kompres betadin 2. Edukasi tentang Kebersihan Tangan untuk penunggu pasien
3	Kesalahan hasil pemeriksaan troponin I	Analisis tidak mengecek stiker identitas pasien saat memindahkan serum dari tabung merah ke tabung yang akan diproses pemeriksaan troponin		1. Membuat SPO tentang identifikasi pasien pada saat preparasi serum 2. Memberikan sosialisasi tentang identifikasi pasien pada saat preparasi serum
4	Kesalahan pemberian dressing luka (seharusnya aquacel diberi cutimed Alginate)	1. Staf Farmasi sebelum melakukan order dressing tidak melakukan konfirmasi substitusi resep pada DPJP 2. SPO obat kosong, belum dijalankan optimal 3. Aturan Pencatatan konfirmasi penggantian obat kepada DPJP di buku konfirmasi obat tidak dilaksanakan		1. Melakukan resosialisasi tentang SPO obat kosong kepada staf farmasi 2. Memberikan pengarahan kepada staf terkait pencatatan dan pendokumentasian kegiatan konfirmasi substitusi obat pada DPJP pada buku konfirmasi obat
5	Jatuh saat mau ke kamar mandi	Hilang keseimbangan		1. Lakukan edukasi ulang kepada pasien untuk menekan tombol nurse call pada saat membutuhkan bantuan 2. Lakukan pengkajian ulang dan intervensi resiko



				pasien jatuh dewasa (MORSE)
				3. Pakaikan kancing kuning pada gelang identitas pasien
6	Infeksi Daerah Operasi (IDO) post laparotomy <i>explorasi adhesiolisis reseksi anastomose</i>	Prosedur perawatan luka bersih belum dilakukan evaluasi		1. Melakukan koordinasi untuk evaluasi dan revisi SPO Perawatan luka bersih dengan bidang keperawatan 2. Melakukan sosialisasi SPO perawatan luka bersih setelah direvisi kepada perawat kamar bayi

4.3.2. Analisis

Pada kejadian insiden tidak diharapkan di triwulan II adalah sebanyak 6 insiden, adapun insiden yang terjadi adalah sebagai berikut Jatuh dari tempat tidur, Infeksi daerah operasi (bagian abdomen kanan bawah) pasca operasi laparotomi reseksi anastomosis, Kesalahan hasil pemeriksaan troponin I, Kesalahan pemberian dressing luka (seharusnya aquacel diberi cutimed Alginate), Jatuh saat mau ke kamar mandi dan Infeksi Daerah Operasi (IDO) post laparotomy explorasi adhesiolisis reseksi anastomose. Dari 6 (enam) insiden yang dilaporkan semua telah dilakukan upaya penanganan sesuai dengan grading insiden dimana bila grading insiden warna biru maka penyelesaian dengan batas waktu 1 minggu setelah ditemukan insiden, sedangkan bila insiden dengan warna hijau maka upaya penanganan dengan batas waktu 2 minggu setelah ditemukan insiden.

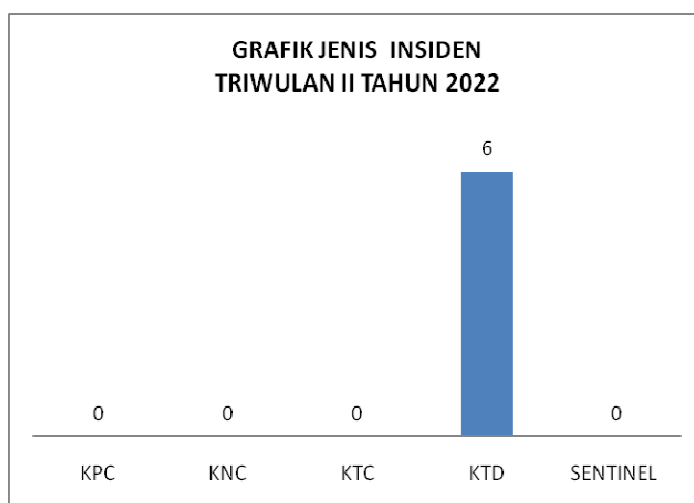
4.4. Insiden Keselamatan Pasien

4.4.1. Jenis Insiden

4.4.1.1. Tabel Jenis Insiden Triwulan II

JENIS INSIDEN	April	Mei	Juni	Total
KPC	0	0	0	0
KNC	0	0	0	0
KTC	0	0	0	0
KTD	0	2	4	6
SENTINEL	0	0	0	0
TOTAL	0	2	4	6

4.4.1.2. Grafik Jenis Insiden Triwulan II



4.4.1.3. Analisa :

Jenis insiden di triwulan II tahun 2022 didapatkan jenis insiden yang muncul adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) sebanyak 6, sedangkan 4 jenis yang lainnya (KPC, KNC, KTC dan Sentinel) di triwulan II tidak ditemukan.

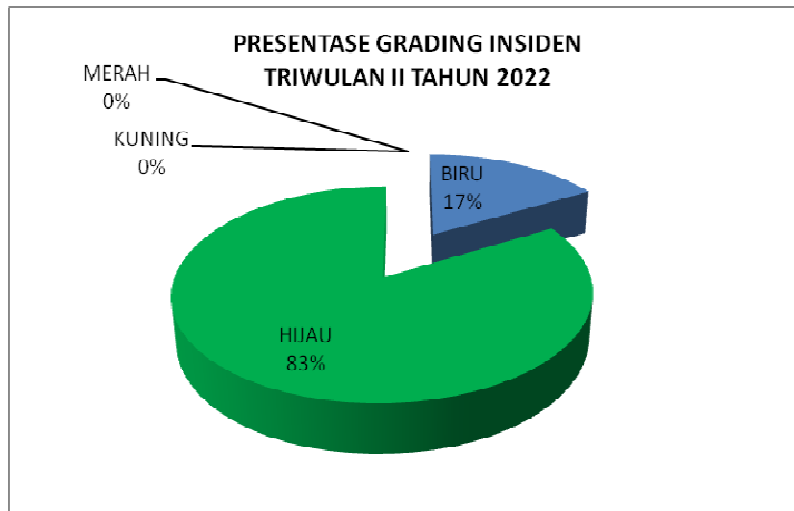
4.4.2. Grading Insiden

4.4.2.1. Tabel Grading Insiden

GRADING INSIDEN	April	Mei	Juni	Total
BIRU	0	1	0	1
HIJAU	0	1	4	5
KUNING	0	0	0	0
MERAH	0	0	0	0
TOTAL	0	2	4	6



4.4.2.2. Presentase Grading Insiden Triwulan II



4.4.2.3. Analisa :

Pada grading insiden dihasilkan dari perkalian antara dampak dan frekuensi dari insiden dimana di triwulan II didapatkan hasil grading insiden terbanyak pada grading warna Biru sebanyak 1, warna hijau 5, sedangkan warna kuning dan merah tidak ditemukan. sedangkan presentase tertinggi dengan warna hijau sebesar 83%, dan warna biru sebesar 17%, sedangkan warna kuning dan merah di trimester tidak ditemukan.

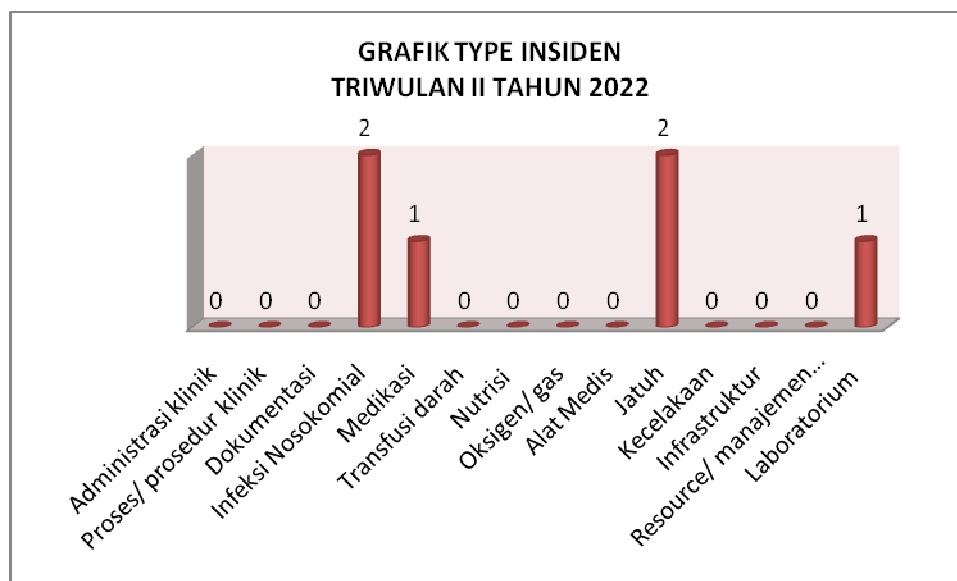
Sedangkan dari grading insiden tersebut dilakukan upaya dari tindakan insiden berupa investigasi sederhana dengan waktu 2 minggu yang warna hijau, dan investigasi sederhana 1 minggu dengan warna hijau, sehingga pada triwulan II investigasi sederhana dengan waktu 2 minggu sebanyak 4, sedangkan investigasi 1 minggu sebanyak 1.

4.4.3. Tipe Insiden

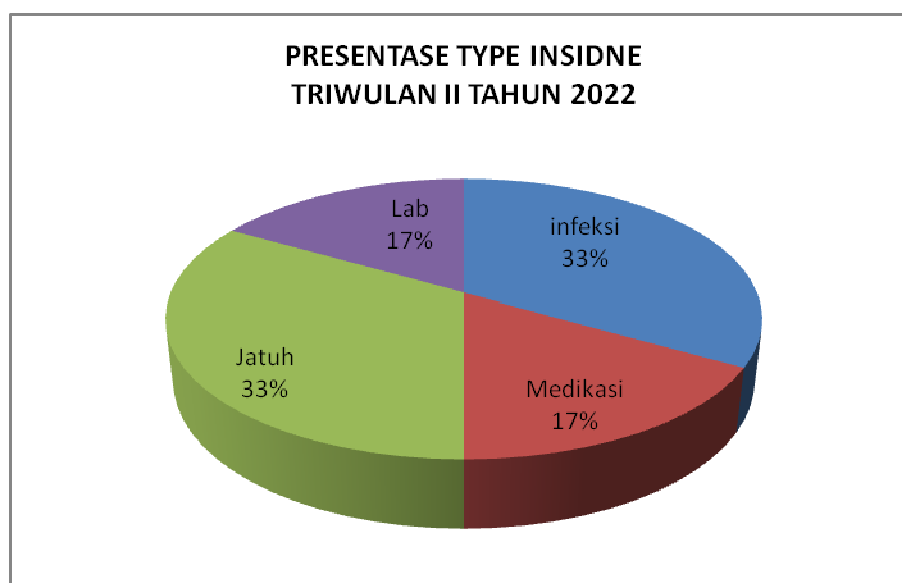
4.4.3.1. Tabel Type Insiden

TIPE INSIDEN	April	Mei	Juni	Total
Administrasi klinik	0	0	0	0
Proses/ prosedur klinik	0	0	1	1
Dokumentasi	0	0	0	0
Infeksi nosokomial	0	1	0	1
Medikasi	0	0	1	1
Transfusi darah	0	0	0	0
Nutrisi	0	0	0	0
Oksigen/ gas	0	0	0	0
Alat Medis	0	0	0	0
Jatuh	0	1	1	2
Kecelakaan	0	0	0	0
Infrastruktur	0	0	0	0
Resource/ manajemen organisasi	0	0	0	0
Laboratorium	0	0	1	1
TOTAL	0	2	4	6

4.4.3.2. Grafik Type Insiden Triwulan II



4.4.3.3. Presentase Type Insiden Triwulan II tahun 2022



4.4.3.4. Analisa :

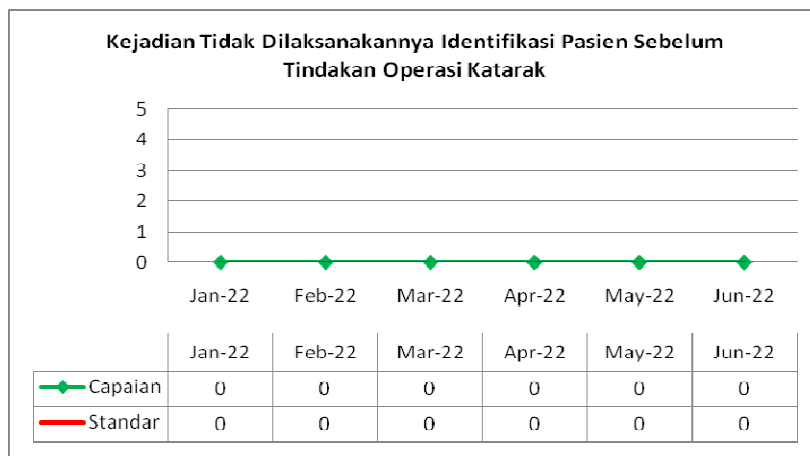
Pada type insiden didapatkan type di triwulan II sebanyak 4 type dari 14 type yang ada. Pada type jatuh sebanyak 2, infeksi nosokomial 2, medikasi dan laboratorium masing-masing 1.

Dilihat dari presentase type insiden didapatkan hasil type jatuh dan IDO masing-masing 33% pada type medikasi, infeksi dan laboratorium masing-masing 17%.

BAB VI PENERAPAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN

6.1. SASARAN I

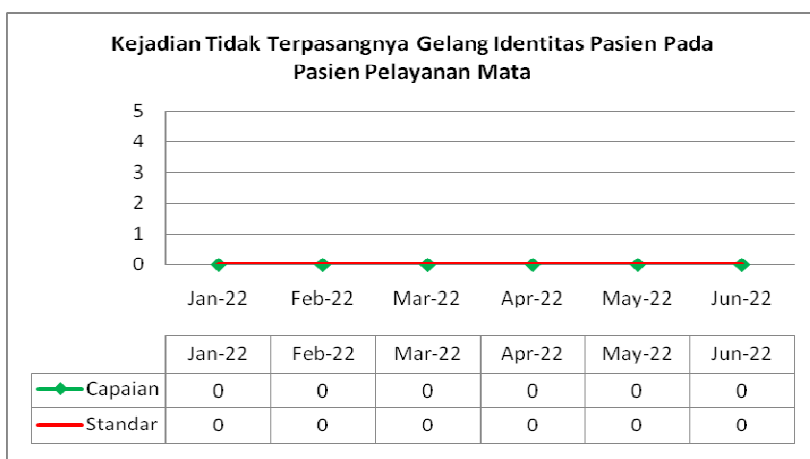
6.1.1. Kejadian Tidak Dilaksanakannya Identifikasi Pasien Sebelum Tindakan Operasi Katarak



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka tidak dilaksanakannya identifikasi pasien sebelum tindakan operasi katarak, pada triwulan II adalah 0 kejadian, telah mencapai standar 0 kejadian.
- Bila dibandingkan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

6.1.2. Kejadian Tidak Terpasangnya Gelang Identitas Pasien Pada Pasien Pelayanan Mata

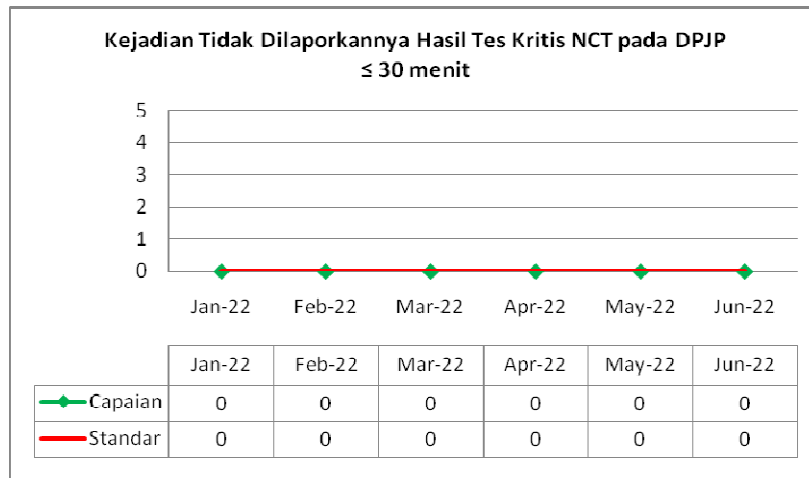


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian tidak terpasangnya gelang identitas pasien pada pasien pelayanan mata, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

6.2. SASARAN II

6.2.1. Kejadian Tidak Dilaporkannya Hasil Tes Kritis NCT pada DPJP ≤ 30 menit

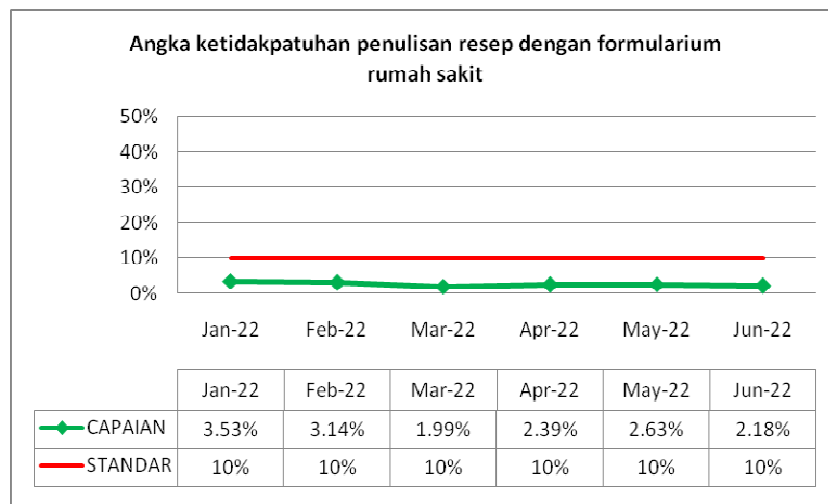


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian tidak dilaporkannya hasil tes kritis NCT pada DPJP ≤ 30 menit, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

6.3. SASARAN III

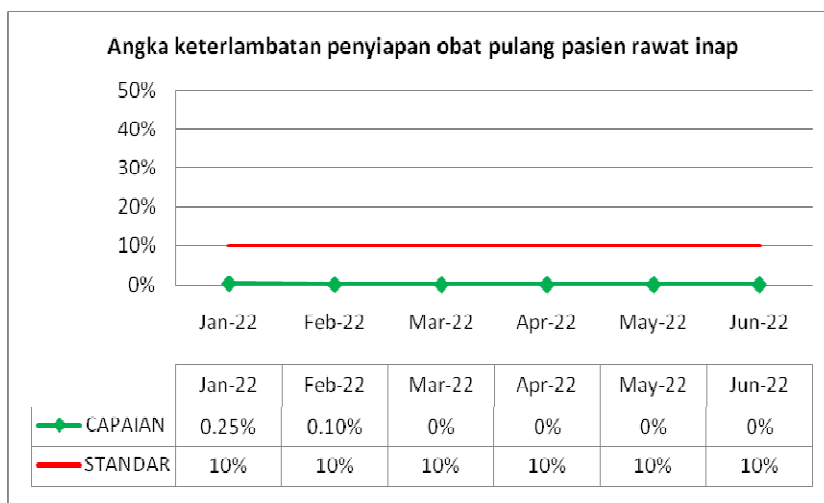
6.3.1. Angka ketidakpatuhan penulisan resep dengan formularium rumah sakit



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka ketidakpatuhan penulisan resep dengan formularium rumah sakit, pada triwulan II adalah 2.4%, telah mencapai standar $<10\%$.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.

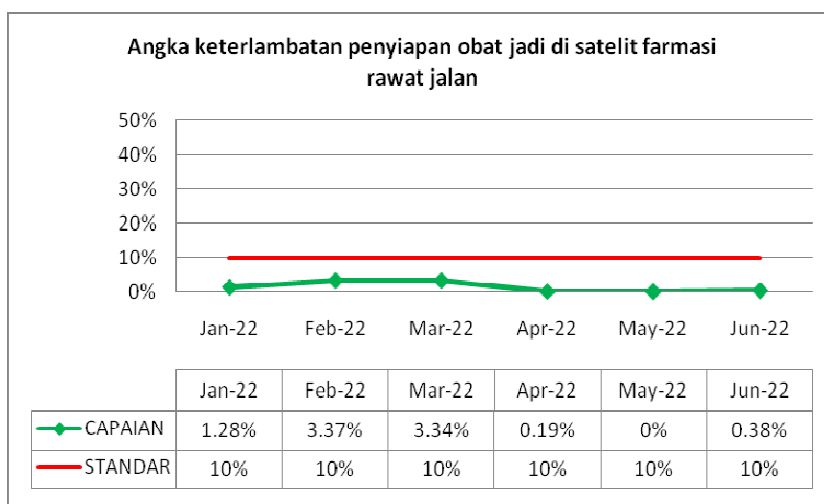
6.3.2. Angka keterlambatan penyiapan obat pulang pasien rawat inap



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka ketidakpatuhan penulisan resep dengan formularium rumah sakit, pada triwulan II, telah mencapai standar <10%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.

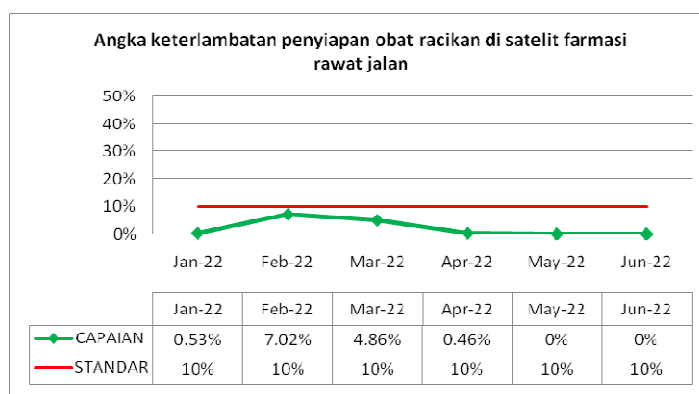
6.3.3. Angka keterlambatan penyiapan obat jadi di farmasi rawat jalan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyiapan obat jadi di farmasi rawat jalan, pada triwulan II adalah 0.19 %, telah mencapai standar <10%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

6.3.4. Angka keterlambatan penyiapan obat racikan di farmasi rawat jalan

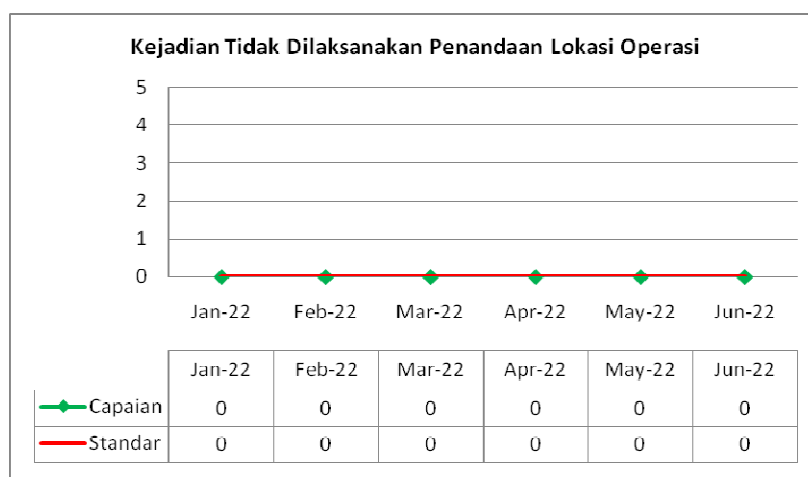


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyiapan obat racikan di farmasi rawat jalan pada triwulan II adalah 0.15 %, telah mencapai standar <10%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

6.4. SASARAN IV

6.4.1. Kejadian Tidak Dilaksanakan Penandaan Lokasi Operasi

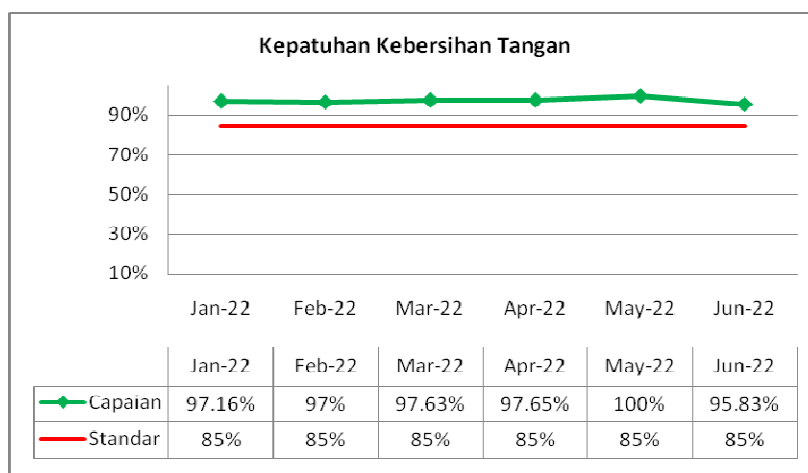


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian tidak dilaksanakan penandaan lokasi operasi, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

6.5. SASARAN V

6.5.1. Kepatuhan Kebersihan Tangan

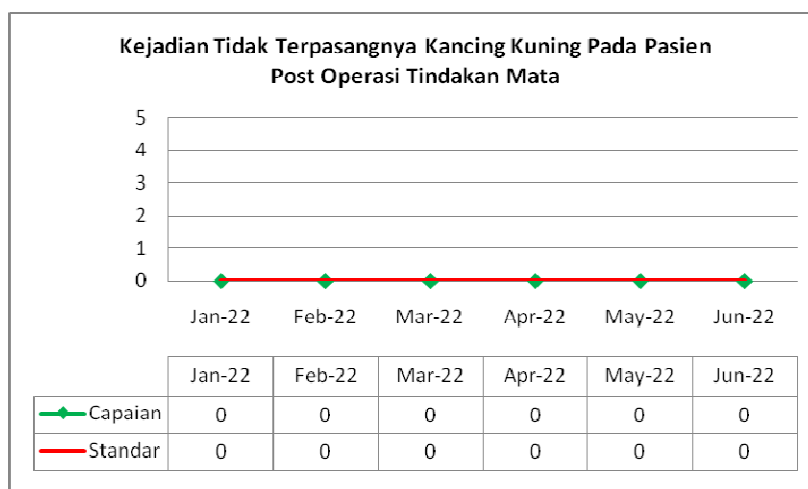


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kepatuhan kebersihan tangan di SEC, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

6.6. SASARAN VI

6.6.1. Kejadian Tidak Terpasangnya Kancing Kuning Pada Pasien Post Operasi Tindakan Mata

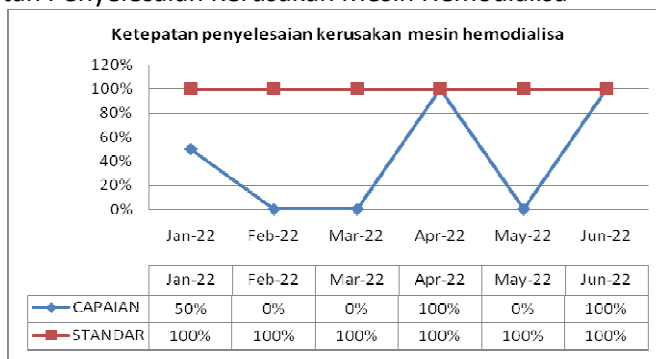


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian tidak terpasangnya kancing kuning pada pasien post operasi tindakan mata, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

BAB VII EVALUASI KONTRAK KLINIS DAN MANAJEMEN

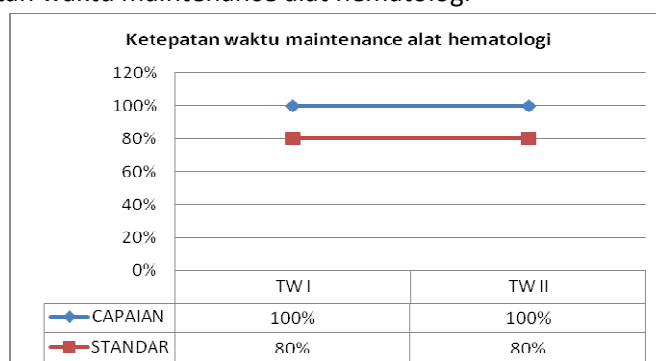
7.1. Ketepatan Penyelesaian Kerusakan Mesin Hemodialisa



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan II telah mencapai standar. Pada bulan Mei tidak ada mesin hemodialisa yang rusak.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

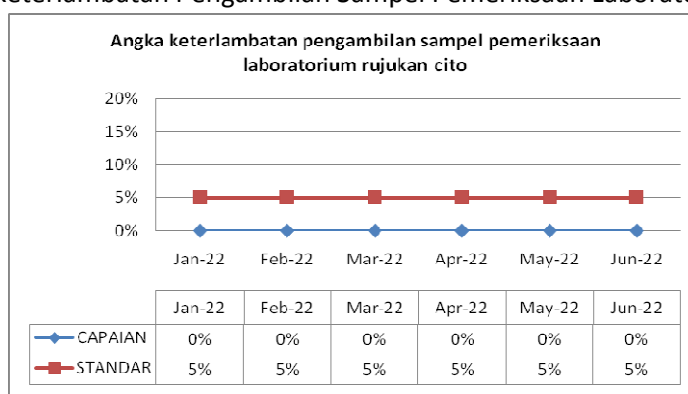
7.2. Ketepatan waktu maintenance alat hematologi



Analisa :

- Capaian indikator mutu ketepatan waktu maintenance alat hematologi pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

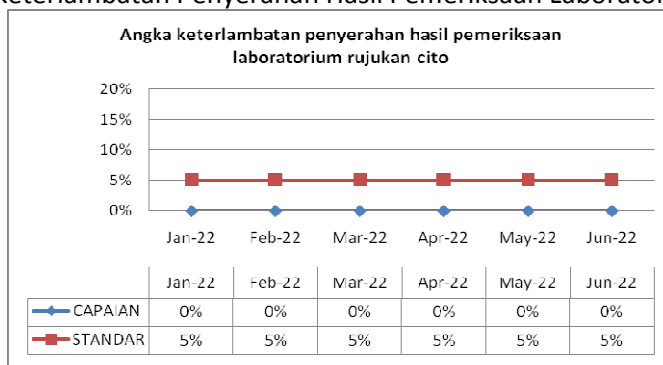
7.3. Angka Keterlambatan Pengambilan Sampel Pemeriksaan Laboratorium Rujukan Cito



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan pengambilan sampel pemeriksaan laboratorium rujukan cito, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

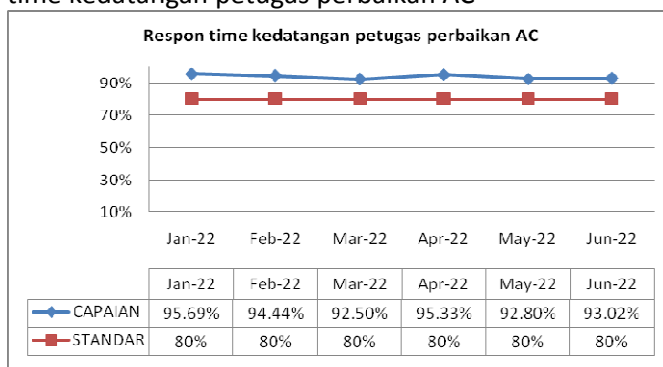
7.4. Angka Keterlambatan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium Rujukan Cito



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium rujukan cito, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

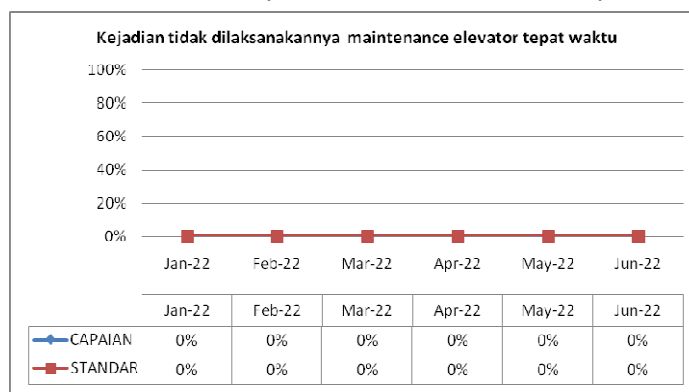
7.5. Respon time kedatangan petugas perbaikan AC



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 94%, telah melebihi standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

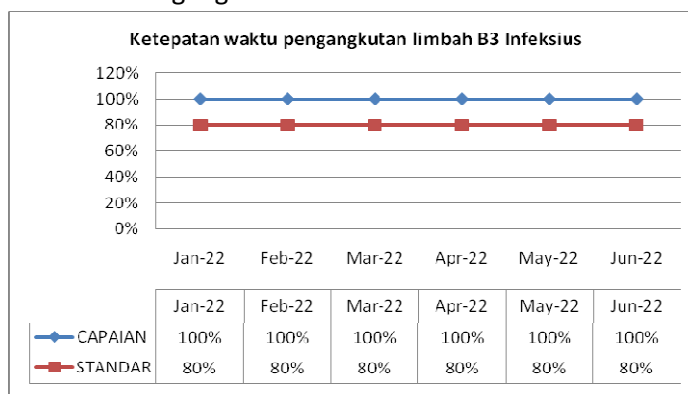
7.6. Kejadian Tidak Dilaksanakannya Maintenance Elevator Tepat Waktu



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

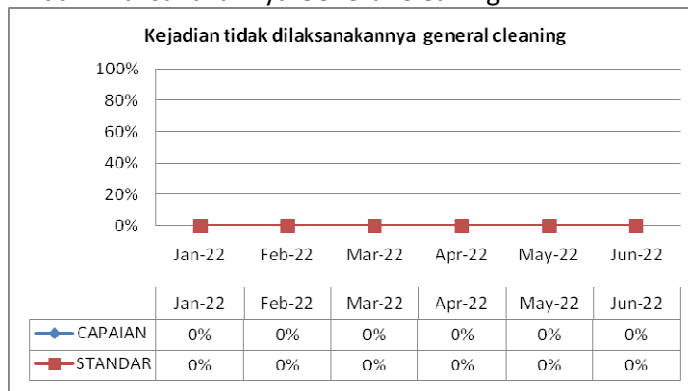
7.7. Ketepatan Waktu Pengangkutan Limbah B3 Infeksius



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu ketepatan waktu pengangkutan limbah B3 Infeksius pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

7.8. Kejadian Tidak Dilaksanakannya General Cleaning



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

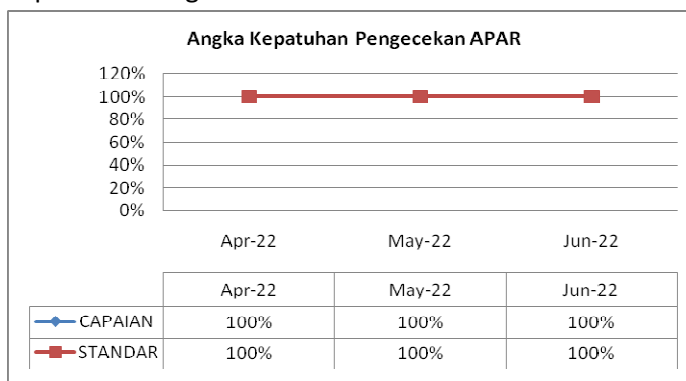
7.9. Kejadian Pencurian Barang di dalam Gedung Rumah Sakit



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian pencurian barang di dalam gedung rumah sakit, pada triwulan II adalah 0 kejadian, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

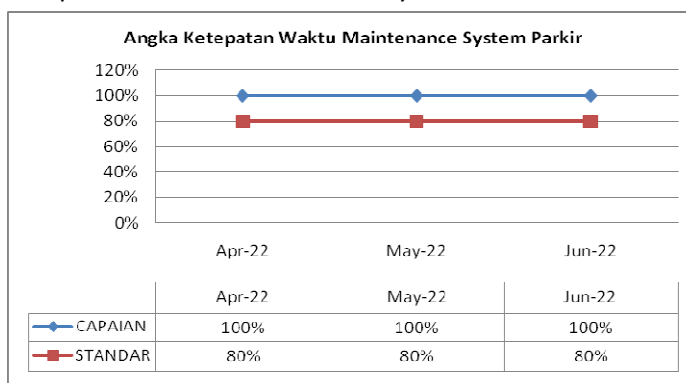
7.10. Angka Kepatuhan Pengecekan APAR



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka kepatuhan pengecekan APAR, pada triwulan II adalah 100 %, telah mencapai standar.

7.11. Angka Ketepatan Waktu Maintenance System Parkir



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka ketepatan waktu maintenance system parkir, pada triwulan II adalah 100 %, telah mencapai standar.

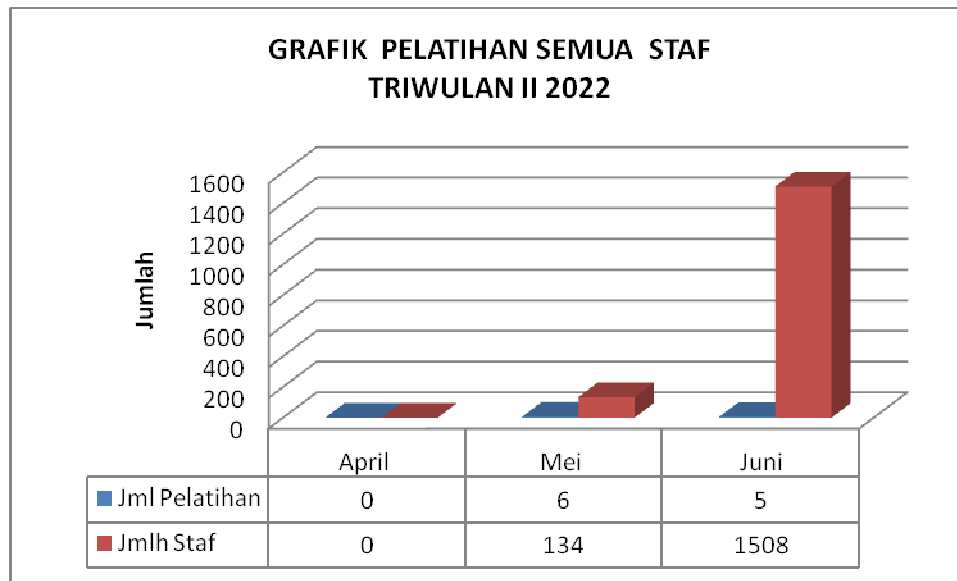
BAB VII PELATIHAN SEMUA STAF

8.1. Tabel Staf Yang Mendapatkan Pelatihan

No.	Waktu Kegiatan / Acara	Jml Peserta	Peserta	Kelompok	Kegiatan
1	17 - 20 Mei 2022	28	5	Medis	Orientasi Karyawan Baru
			9	Penunjang	
			1	Kebidanan	
			13	Non Medis	
2	30 Mei 2022	33	9	Medis	Pelatihan Penatalaksanaan Kegawatdaruratan
			24	Keperawatan	
3	31 Mei 2022	19	5	Medis	Pelatihan Penatalaksanaan Kegawatdaruratan
			14	Keperawatan	
4	24 Mei 2022	15	13	Medis	Superiority Ozempic In Type 2 DM Management oleh dr. Nur Anna CS, Sp.P
			2	Penunjang	
5	27 Mei 2022	18	16	Medis	Early Glycemic Contril With Kidney Protection oleh dr. Nur Anna CS, Sp.P
			2	Penunjang	
6	31 Mei 2022	21	19	Medis	Round Table Discussion oleh dr. Adhitia Budy Prakoso, Sp.JP
			2	Penunjang	
7	6 - 30 Juni 2022	1009	564	Keperawatan	Mandatory Training Pencegahan dan engendalian Infeksi
			223	Penunjang	
			222	Non Medis	
8	22 - 30 Juni 2022	447	216	Penunjang	Mandatory Training Bantuan Hidup Dasar
			231	Non Medis	
9	24 Juni 2022	15	13	Medis	Experience Right Using Basal Insulin To Achieve Glycemic Control oleh dr. Nur Anna CS, Sp.P
			2	Penunjang	
10	15 Juni 2022	19	17	Medis	Round Table Discussion oleh dr. M. Saugi Abduh, Sp.PD-KKV
			2	Penunjang	
11	24 Juni 2022	18	16	Medis	Round Table Discussion oleh dr. Adhitia Budy Prakoso, Sp.JP
			2	Penunjang	



8.2. Grafik Kegiatan Pelatihan semua staf



8.3. Analisa :

Pada kegiatan pelatihan semua staf RSI. Sultan Agung di triwulan II Tahun 2022 didapatkan kegiatan pelatihan sebanyak 11. Adapun rincian kegiatan selama triwulan II adalah sebagai berikut pada bulan April tidak ada kegiatan pelatihan, bulan mei ada 6 kegiatan pelatihan dengan jumlah staf yang mengikuti 134, sedangkan di bulan juni ada 5 kegiatan pelatihan dengan jumlah peserta (staf yang mengikuti) sebanyak 1508 staf.

BAB VIII MENKOMUNIKASIKAN HASIL PENGUKURAN MUTU

8.1 Komunikasi Hasil Capaian Ke Staf



Komunikasi ke staf terkait capaian indikator mutu disampaikan melalui IT Blok RS.

8.2. Keaktifan Penginputan Ke Sismadak

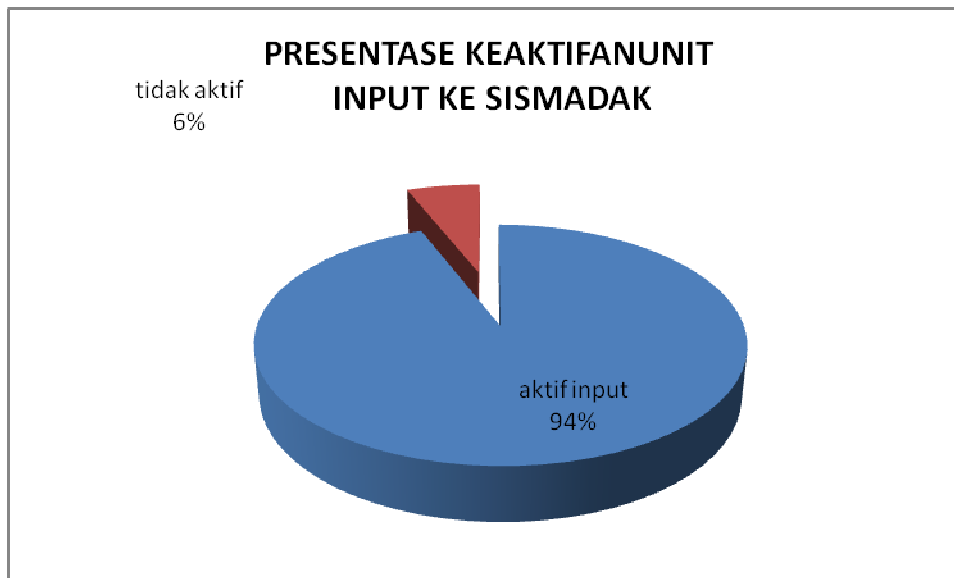
Pada triwulan II tahun 2022 didapatkan unit yang tidak aktif dalam penginputan capaian indikator mutu ke SISMADAK, adalah sebagai berikut :

8.2.1. Tabel Keaktifan penginputan ke Sismadak

No	Unit
1	Humas
2	Instalasi Informasi Teknologi
3	Bagian Pembinaan Rohani Islam
4	Promosi Kesehatan Rumah Sakit



8.2.2. Presentase Keaktifan Penginputan



8.2.3. Analisa

Dari tabel diatas didapatkan 4 unit yang tidak aktif dalam penginputan indikator mutu dan sudah dilakukan pengingatan perihal keaktifan pelaporan indikator mutu oleh komite mutu rumah sakit di bulan Juni 2022. Sedangkan presentase keaktifan didapatkan 6% tidak aktif dan 94% aktif dalam penginputan indikator mutu pada triwulan II Tahun 2022.



BAB IX PENUTUP

Demikian laporan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien triwulan II tahun 2022 ini, semoga dapat menjadi bahan evaluasi dalam mengelola program peningkatan mutu dan keselamatan pasien sehari-hari sesuai dengan apa yang direncanakan, agar dapat mendukung tercapainya tujuan.

Semarang, 8 Juli 2022
Komite Mutu Rumah Sakit

dr. Ayu Sekar Melati
Ketua