



# LAPORAN INDIKATOR MUTU RS RSUD dr. DARSONO

TRIWULAN IV  
2019



PEMERINTAH KABUPATEN PACITAN  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. DARSONO

Jl. A. Yani No. 51 Telp. (0357) 881410 Fax. (0357) 883818 PACITAN

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur kehadirat Allah Yang Maha Esa atas rahmat dan hidayahNya sehingga seluruh penyusunan Laporan Indikator Mutu Rumah Sakit Umum Daerah dr. Darsono Kabupaten Pacitan Triwulan IV Tahun 2019 dapat berjalan dengan baik.

Indikator adalah petunjuk atau tolak ukur, pelayanan kesehatan di rumah sakit. Petunjuk ini dapat diukur, sehingga indikator merupakan fenomena yang dapat diukur. Indikator mutu kesehatan atau pelayanan kesehatan dapat mengacu pada indikator yang relevan berkaitan dengan struktur, proses dan outcomes.

Indikator mutu rumah sakit akan mencerminkan mutu pelayanan dari rumah RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan. Fungsi dari penetapan indikator tersebut antara lain sebagai alat untuk melaksanakan manajemen kontrol dan alat untuk mendukung pengambilan keputusan dalam rangka perencanaan kegiatan untuk masa yang akan datang.

Akhir kata, kami dari Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu terlaksananya seluruh indikator mutu RS sehingga tersusunnya laporan Indikator Mutu RS RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan triwulan IV tahun 2019. Semoga dengan adanya laporan ini kita dapat meningkatkan mutu layanan RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan.

Penyusun

Komite PMKP

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL .....	i
KATA PENGANTAR .....	ii
DAFTAR ISI .....	iii
BAB I Pendahuluan.....	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan.....	2
BAB II Kegiatan PMKP.....	3
A. Kegiatan Pokok.....	3
B. Kegiatan.....	4
C. Pencatatan dan Pelaporan.....	5
BAB III Hasil Kegiatan.....	6
A. Analisa Data Indikator Mutu Wajib .....	6
B. Pemilihan Pelayanan Area Prioritas .....	19
C. Analisa Data Indikator Area Prioritas.....	20
BAB IV Penutup .....	31

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Tujuan Pembangunan Kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Pelayanan Rumah Sakit (RS) ikut bertanggung jawab dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat dengan meningkatkan mutu pelayanan yang menjadi prioritas utama di pelayanan RS.

Sesuai dengan misi Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Darsono Kabupaten Pacitan untuk dapat memberikan pelayanan bermutu dengan mengutamakan keselamatan pasien, untuk itu RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan melakukan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang sesuai dengan standar akreditasi SNARS Edisi I. Kegiatan ini di lakukan di setiap unit kerja / instalasi terkait untuk mengukur kinerja pelayanan RS dan sebagai manajemen kontrol untuk mendukung pengambilan keputusan.

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan pasien dan menjamin keselamatan pasien maka RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan mempunyai program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang menjangkau ke seluruh unit kerjanya yang nantinya dipakai sebagai ukuran kinerja pelayanan RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan dan sebagai manajemen kontrol untuk pengambilan keputusan.

Direktur RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan bersama sama dengan pimpinan unit pelayanan dan pimpinan manajemen memilih dan menetapkan pengukuran mutu disetiap unit pelayanan ataupun unit kerja dan menetapkan mutu pelayanan prioritas RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan periode tahun 2019. Berdasarkan hasil rapat koordinasi RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan, Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan dan pimpinan – pimpinan unit pelayanan dan unit kerja di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan, maka ditetapkan indikator mutu yang dilakukan pengukuran mutu. Dari indikator mutu yang telah ditetapkan terdiri dari indikator mutu rumah sakit , indikator mutu prioritas yaitu pelayanan saraf dan indikator mutu unit kerja. Dalam proses pengukuran indikator mutu RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan ini dikelompokkan menjadi 3 yaitu

indikator mutu area klinis , indikator mutu area manajemen dan indikator mutu keselamatan pasien. Setiap indikator dibuat profil indikatornya oleh komite PMKP bekerja sama dengan unit terkait. Pengumpulan data dilakukan oleh Penanggung Jawab Data unit terkait. Pemantauan data dilakukan oleh unit kerja / instalasi masing-masing yaitu supervise oleh kepala instalasi/unit. Selain pemantauan yang dilakukan oleh instalasi/ unit kerja masing masing, pemantauan juga dilakukan melalui supervisi dan validasi data oleh anggota komite PMKP.

Upaya-upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan sudah dilakukan namun dalam pelaksanaannya masih ditemukan kendala-kendala, sehingga dibutuhkan evaluasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara berkelanjutan. Evaluasi program dilakukan agar dapat diketahui adanya kendala – kendala dalam pelaksanaannya sehingga dapat diambil langkah – langkah tindak lanjut dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan.

## B. TUJUAN

### 1. Tujuan Umum

Tergambarnya peningkatan mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Dilakukan evaluasi peningkatan mutu RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan melalui pemantauan indikator mutu prioritas yang telah ditetapkan oleh rumah sakit.
- b. Dilakukan evaluasi program keselamatan pasien dengan pemantauan Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit (IKP-RS).
- c. Dievaluasinya pelaksanaan program mutu spesifik lain yang dilakukan oleh tim/komite /unit terkait dengan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- d. Didapatkannya rekomendasi dan *governing body* (dewan pengawas) mengenai program mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan.

**BAB II**  
**KEGIATAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN**  
**PERIODE OKTOBER s/d DESEMBER 2019**

**A. KEGIATAN POKOK**

Kegiatan pemantauan indikator mutu RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan dimulai bulan Januari tahun 2019. Kegiatan pemantauan ini akan berkesinambungan. Adapun indikator mutu yang dipantau adalah sebagai berikut :

1. Indikator Mutu Wajib
  - a. Kepatuhan Identifikasi Pasien
  - b. Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit)
  - c. Waktu Tunggu Rawat Jalan
  - d. Penundaan Operasi Elektif
  - e. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis
  - f. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium
  - g. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
  - h. Kepatuhan Penggunaan Formularium Rumah Sakit
  - i. Kepatuhan Cuci Tangan
  - j. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cidera Akibat Pasien Jatuh Pada Pasien Rawat Inap
  - k. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathways
  - l. Kepuasan Pasien dan Keluarga
  - m. Kecepatan Respon Terhadap Komplain
2. Indikator mutu area prioritas pelayanan terdiri dari :
  - a. Indikator mutu klinis
    - 1) Penulisan resep pelayanan saraf dapat terbaca;
    - 2) Infeksi luka infus (ILI/Plebitis);
    - 3) Infeksi saluran kemih (ISK);
    - 4) Kejadian decubitus selama masa perawatan;
  - b. Indikator mutu manajemen  
Ketidaklengkapan dokumen pendukung penagihan pelayanan saraf
  - c. Indikator sasaran keselamatan pasien
    - 1) Ketepatan identifikasi pasien;

- 2) Peningkatan komunikasi yang efektif;
- 3) Peningkatan kewaspadaan terhadap obat high alert
- 4) Peningkatan kepatuhan cuci tangan;
- 5) Pengurangan resiko pasien jatuh

## B. KEGIATAN

1. Menetapkan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan, sesuai dengan keputusan Direktur.
2. Membuat konsep regulasi yaitu Kebijakan, Pedoman, Panduan serta program kerja seluruh kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan yang ditetapkan oleh Direktur.
3. Melakukan sosialisasi tentang Kebijakan, Pedoman, Panduan dan Program Kerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien kepada seluruh staf di seluruh unit pelayanan dan unit kerja yang ada di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan
4. Membuat usulan anggota Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan untuk mengikuti pelatihan eksternal PMKP yang diselenggarakan oleh KARS
5. Bersama dengan bidang diklat menyelenggarakan pelatihan Penanggungjawab Data (PJ) data, workshop Analisa dan Validasi Data dan pelatihan PMKP internal untuk seluruh penanggung jawab (PJ) data dan seluruh staf rumah sakit yang terlibat dalam kegiatan PMKP RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan secara bertahap.
6. Melakukan sosialisasi tentang pelaporan insiden keselamatan pasien di semua unit kerja di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan.
7. Melakukan pemantauan indikator mutu secara berkesinambungan
8. Melakukan validasi data yang dikumpulkan oleh penanggungjawab data data unit dan melakukan pengolahan analisa data bersama sama dengan instalasi/unit kerja terkait di Rumah Sakit Umum Daerah Ulin Banjarmasin.
9. Melakukan penyampaian hasil pemantauan indikator mutu oleh masing masing instalasi/unit kerja.
10. Menyusun laporan hasil pemantauan indikator mutu

### **C. PENCATATAN DAN PELAPORAN**

Data hasil pemantauan indikator mutu rumah sakit dicatat oleh petugas unit terkait dalam sensus harian, direkap oleh penanggung jawab data unit, di supervisi oleh kepala Instalasi/unit kerja terkait, di validasi oleh Tim Validasi Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan. Validasi data dilakukan sesuai dengan panduan validasi data. Analisa data dilakukan oleh unit terkait bekerjasama dengan Komite PMKP.

Analisa data dilengkapi dengan improvement program dan data dituangkan dalam bentuk laporan yang kemudian akan dilaporkan kepada Direktur dalam bentuk Laporan Triwulan.

### BAB III

### HASIL KEGIATAN

#### A. ANALISA DATA INDIKATOR MUTU WAJIB

##### 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Indikator	Kepatuhan Identifikasi Pasien																										
Numerator	Jumlah proses yang telah dilakukan identifikasi secara benar																										
Denumerator	Jumlah seluruh pasien rawat inap																										
Target	100%																										
Hasil	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th><th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mrt</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Agt</th><th>Spt</th><th>Okt</th><th>Nov</th><th>Des</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>88,37</td><td>91,56</td><td>87,85</td><td>88,02</td><td>87,65</td><td>90,54</td><td>89,71</td><td>90,45</td><td>92,69</td><td>93,09</td><td>90,88</td><td>95,15</td></tr> </tbody> </table>		Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des	88,37	91,56	87,85	88,02	87,65	90,54	89,71	90,45	92,69	93,09	90,88	95,15	
	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des															
88,37	91,56	87,85	88,02	87,65	90,54	89,71	90,45	92,69	93,09	90,88	95,15																
Grafik	<p style="text-align: center;"><b>Kepatuhan Identifikasi Pasien</b></p> <p style="text-align: center;">Persentase</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <caption>Data for Kepatuhan Identifikasi Pasien</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th><th>Persentase (%)</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>88,37</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>91,56</td></tr> <tr><td>Mrt</td><td>87,85</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>88,02</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>87,65</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>90,54</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>89,71</td></tr> <tr><td>Agt</td><td>90,45</td></tr> <tr><td>Spt</td><td>92,69</td></tr> <tr><td>Okt</td><td>93,09</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>90,88</td></tr> <tr><td>Des</td><td>95,15</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Persentase (%)	Jan	88,37	Feb	91,56	Mrt	87,85	Apr	88,02	Mei	87,65	Jun	90,54	Jul	89,71	Agt	90,45	Spt	92,69	Okt	93,09	Nov	90,88	Des	95,15
Bulan	Persentase (%)																										
Jan	88,37																										
Feb	91,56																										
Mrt	87,85																										
Apr	88,02																										
Mei	87,65																										
Jun	90,54																										
Jul	89,71																										
Agt	90,45																										
Spt	92,69																										
Okt	93,09																										
Nov	90,88																										
Des	95,15																										
Analisa	<p>Identifikasi pasien merupakan upaya rumah sakit menjamin keselamatan pasien. Identifikasi pasien yang benar akan menghindarkan pasien terhadap resiko kesalahan prosedur tindakan, kesalahan pemberian obat dan lainnya. Berdasarkan grafik diatas dapat dilihat bahwa kepatuhan identifikasi pasien triwulan IV sebesar 93,02%.</p> <p>Masih adanya ketidaktepatan identifikasi pasien di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan di sebabkan karena :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kurangnya pemahaman petugas terhadap SPO identifikasi pasien</li> <li><input type="checkbox"/> Petugas belum terbiasa mengecek gelang pasien</li> </ul>																										
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan sesuai SPO</li> <li><input type="checkbox"/> Supervisi kepala unit</li> <li><input type="checkbox"/> Pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien</li> </ul>																										

## 2. Emergency Respon Time ≤ 5 menit

Indikator	Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit)																										
Numerator	Jumlah pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat yang mendapatkan pelayanan kegawatdaruratannya dalam waktu ≤ 5 menit																										
Denumerator	Jumlah seluruh pasien pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat yang mendapatkan pelayanan kegawatdaruratannya																										
Target	100%																										
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mrt</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Agt</th><th>Spt</th><th>Okt</th><th>Nov</th><th>Des</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>99,4</td><td>99,5</td><td>99,9</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td> </tr> </tbody> </table>	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des	99,4	99,5	99,9	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des																
99,4	99,5	99,9	100	100	100	100	100	100	100	100	100																
Grafik	<p style="text-align: center;"><b>Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit)</b></p> <table border="1"> <caption>Data for Emergency Response Time Graph</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th><th>Percentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>99,4</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>99,5</td></tr> <tr><td>Mrt</td><td>99,9</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>100</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>100</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>100</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>100</td></tr> <tr><td>Agt</td><td>100</td></tr> <tr><td>Spt</td><td>100</td></tr> <tr><td>Okt</td><td>100</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>100</td></tr> <tr><td>Des</td><td>100</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Percentase	Jan	99,4	Feb	99,5	Mrt	99,9	Apr	100	Mei	100	Jun	100	Jul	100	Agt	100	Spt	100	Okt	100	Nov	100	Des	100
Bulan	Percentase																										
Jan	99,4																										
Feb	99,5																										
Mrt	99,9																										
Apr	100																										
Mei	100																										
Jun	100																										
Jul	100																										
Agt	100																										
Spt	100																										
Okt	100																										
Nov	100																										
Des	100																										
Analisa	Indikator mutu emergency respon time ≤ 5 menit menggambarkan tingkat keselamatan pasien gawat darurat secara eksponensial berbanding lurus dengan waktu yang dibutuhkan pasien sehingga mendapatkan pertolongan medis yang tepat. Berdasarkan grafik hasil analisa data indikator mutu Emergency Respon time ≤ 5 menit pada triwulan IV sesuai standar yaitu 100%.																										
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan asuhan pasien IGD sesuai dengan SPO yang ditetapkan rumah sakit</li> <li><input type="checkbox"/> Meningkatkan kompetensi petugas IGD</li> <li><input type="checkbox"/> Melakukan pelatihan mengenai waktu tanggap penangangan pasien di IGD untuk mengurangi angka mortalitas dan morbiditas pasien di IGD</li> </ul>																										

### 3. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Indikator	Waktu Tunggu Rawat Jalan																																					
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei																																					
Denumerator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei																																					
Target	60 menit																																					
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mrt</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Agt</th><th>Spt</th><th>Okt</th><th>Nov</th><th>Des</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>123</td><td>117</td><td>140</td><td>133,2</td><td>100,5</td><td>115</td><td>120</td><td>136</td><td>132</td><td>126</td><td>109,2</td><td>112</td></tr> </tbody> </table>												Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des	123	117	140	133,2	100,5	115	120	136	132	126	109,2	112		
Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des																											
123	117	140	133,2	100,5	115	120	136	132	126	109,2	112																											
Grafik	<p>Waktu Tunggu Rawat Jalan</p> <p>Persentase</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bulan</th><th>Waktu Tunggu (Persentase)</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>123</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>117</td></tr> <tr><td>Mrt</td><td>140</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>133,2</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>100,5</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>115</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>120</td></tr> <tr><td>Agt</td><td>136</td></tr> <tr><td>Sept</td><td>132</td></tr> <tr><td>Okt</td><td>126</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>109,2</td></tr> <tr><td>Des</td><td>112</td></tr> </tbody> </table>												Bulan	Waktu Tunggu (Persentase)	Jan	123	Feb	117	Mrt	140	Apr	133,2	Mei	100,5	Jun	115	Jul	120	Agt	136	Sept	132	Okt	126	Nov	109,2	Des	112
Bulan	Waktu Tunggu (Persentase)																																					
Jan	123																																					
Feb	117																																					
Mrt	140																																					
Apr	133,2																																					
Mei	100,5																																					
Jun	115																																					
Jul	120																																					
Agt	136																																					
Sept	132																																					
Okt	126																																					
Nov	109,2																																					
Des	112																																					
Analisa	<p>Waktu Tunggu Rawat Jalan bertujuan untuk mengetahui waktu tunggu pelayanan pasien di rawat jalan sehingga terselenggaranya pelayanan poliklinik pada hari kerja yang mudah dan cepat diakses oleh pasien. WTRJ ini penting karena berakitan dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit.</p> <p>Berdasarkan grafik diatas didapatkan bahwa waktu tunggu rawat jalan belum sesuai standar, dengan angka rata-rata di triwulan IV 2019 sebesar 115,7 menit.</p>																																					
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Menurunkan capaian indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan sesuai SPO</li> <li><input type="checkbox"/> Melakukan asuhan pasien rawat jalan sesuai SPO dan melakukan inovasi prosedur pendaftaran menggunakan teknologi informasi terkini</li> </ul>																																					

#### 4. Penundaan Operasi Elektif

Indikator	Penundaan Operasi Elektif																										
Numerator	Jumlah pasien yang waktu jadwal operasinya berubah																										
Denumerator	Jumlah pasien yang di operasi elektif																										
Target	5%																										
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mrt</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Agt</th><th>Spt</th><th>Okt</th><th>Nov</th><th>Des</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jan</td><td>2,33</td><td>2,94</td><td>2,13</td><td>5,56</td><td>5,97</td><td>3,17</td><td>12,1</td><td>2,1</td><td>2,5</td><td>3,52</td><td>4,41</td><td>5,84</td></tr> </tbody> </table>		Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des	Jan	2,33	2,94	2,13	5,56	5,97	3,17	12,1	2,1	2,5	3,52	4,41	5,84
	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des															
Jan	2,33	2,94	2,13	5,56	5,97	3,17	12,1	2,1	2,5	3,52	4,41	5,84															
Grafik	<p>Penundaan Operasi Elektif</p> <p>Percentase</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bulan</th><th>Percentase</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>2,33</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>2,94</td></tr> <tr><td>Mrt</td><td>2,13</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>5,56</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>5,97</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>3,17</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>12,1</td></tr> <tr><td>Agt</td><td>2,1</td></tr> <tr><td>Sept</td><td>2,5</td></tr> <tr><td>Okt</td><td>3,52</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>4,41</td></tr> <tr><td>Des</td><td>5,84</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Percentase	Jan	2,33	Feb	2,94	Mrt	2,13	Apr	5,56	Mei	5,97	Jun	3,17	Jul	12,1	Agt	2,1	Sept	2,5	Okt	3,52	Nov	4,41	Des	5,84
Bulan	Percentase																										
Jan	2,33																										
Feb	2,94																										
Mrt	2,13																										
Apr	5,56																										
Mei	5,97																										
Jun	3,17																										
Jul	12,1																										
Agt	2,1																										
Sept	2,5																										
Okt	3,52																										
Nov	4,41																										
Des	5,84																										
Analisa	<p>Ketepatan dan kecepatan penanganan, mengindikasikan kеefektifan dan efisiensi waktu tunggu operasi. Indikator mutu penundaan operasi elektif pada grafik diatas menunjukkan kasus penundaan operasi elektif sudah sesuai standar dibawah 5 %, meskipun ada dibulan juli 2019, dengan rata-rata di triwulan IV sebesar 4,59%. Penyebab angka penundaan operasi yang masih ada disebabkan karena :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Penurunan kondisi umum pasien</li> <li><input type="checkbox"/> Perbaikan kondisi pasien</li> </ul>																										
Rekomendasi	<p>Berdasarkan analisa diatas buat maka agar angka penundaan operasi elektif sesuai standar maka perlu dilakukan upaya :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pemenuhan sarana : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Memonitor kelayakan alat dikamar operasi secara berkala</li> <li><input type="checkbox"/> Berkoordinasi dengan pihak terkait apabila ada kerusakan dikamar operasi</li> <li><input type="checkbox"/> Melakukan pemeriksaan/inspeksi secara berkala ketersedian/penampungan air</li> </ul> </li> <li>b. Sumber Daya Manusia <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Meningkatkan SDM yang ada di rumah sakit khususnya untuk ruangan kamar operasi</li> </ul> </li> <li>c. Prosedur : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sosialisasi SPO penundaan waktu operasi elektif</li> <li>Penjadwalan operasi terintegrasi dari ruang rawat inap</li> </ul> </li> </ol>																										

## 5. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis

Indikator	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis																																							
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis sebelum jam 14:00 pada hari berjalan																																							
Denumerator	Jumlah visite dokter spesialis pada hari berjalan																																							
Target	80%																																							
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mrt</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Agt</th><th>Spt</th><th>Okt</th><th>Nov</th><th>Des</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>94,77</td><td>97,39</td><td>99,04</td><td>98,6</td><td>99,3</td><td>98,73</td><td>96</td><td>98,6</td><td>97,39</td><td>97,65</td><td>99,06</td><td>100</td></tr> </tbody> </table>		Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des	94,77	97,39	99,04	98,6	99,3	98,73	96	98,6	97,39	97,65	99,06	100														
	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des																												
94,77	97,39	99,04	98,6	99,3	98,73	96	98,6	97,39	97,65	99,06	100																													
Grafik	<p>The chart displays two data series: actual performance (blue line with diamonds) and a target or baseline (red line with diamonds). The Y-axis represents the percentage of visits before 14:00, ranging from 70 to 105. The X-axis lists the months from January to December. The blue line starts at 94,77% in January, rises to 97,39%, 99,04%, 98,6%, 99,3%, 98,73%, 96%, 98,6%, 97,39%, 97,65%, 99,06%, and reaches 100% in December. The red line remains consistently at 80% across all months.</p> <table border="1"> <caption>Data for Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th><th>Actual (%)</th><th>Target (%)</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>94,77</td><td>80</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>97,39</td><td>80</td></tr> <tr><td>Mrt</td><td>99,04</td><td>80</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>98,6</td><td>80</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>99,3</td><td>80</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>98,73</td><td>80</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>96</td><td>80</td></tr> <tr><td>Agt</td><td>98,6</td><td>80</td></tr> <tr><td>Spt</td><td>97,39</td><td>80</td></tr> <tr><td>Okt</td><td>97,65</td><td>80</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>99,06</td><td>80</td></tr> <tr><td>Des</td><td>100</td><td>80</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Actual (%)	Target (%)	Jan	94,77	80	Feb	97,39	80	Mrt	99,04	80	Apr	98,6	80	Mei	99,3	80	Jun	98,73	80	Jul	96	80	Agt	98,6	80	Spt	97,39	80	Okt	97,65	80	Nov	99,06	80	Des	100	80
Bulan	Actual (%)	Target (%)																																						
Jan	94,77	80																																						
Feb	97,39	80																																						
Mrt	99,04	80																																						
Apr	98,6	80																																						
Mei	99,3	80																																						
Jun	98,73	80																																						
Jul	96	80																																						
Agt	98,6	80																																						
Spt	97,39	80																																						
Okt	97,65	80																																						
Nov	99,06	80																																						
Des	100	80																																						
Analisa	<p>Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis bertujuan untuk mendapatkan gambaran kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu memberikan pelayanan medis kepada pasien yang menjadi tanggungjawabnya, dengan standar capaian adalah 80%, dengan rata-rata pada trimester IV sebesar 98,9%.</p> <p>Dokter spesialis yang jumlahnya terbatas harus memberikan pelayanan di Instalasi Rawat Jalan, Rawat Inap dan Bedah Sentral maupun unit tindakan lainnya sehingga terlambat melakukan visite.</p>																																							
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Melakukan sosialisasi tentang ketentuan jam visite kepada para DPJP</li> <li><input type="checkbox"/> Mengupayakan formasi penambahan dokter spesialis sehingga mampu melayani sesuai kasus yang ada</li> <li><input type="checkbox"/> Sosialisasi SPO jam visite dokter</li> <li><input type="checkbox"/> Supervisi jam visite dokter spesialis</li> <li><input type="checkbox"/> Edaran jam visite ke setiap KSM</li> </ul>																																							

## 6. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis laboratorium

Indikator	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium																										
Numerator	Jumlah pemeriksaan laboratorium kritis yang dilaporkan < 30 menit (kali)																										
Denumerator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium kritis (kali)																										
Target	80%																										
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mrt</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Agt</th><th>Spt</th><th>Okt</th><th>Nov</th><th>Des</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>79,37</td><td>60</td><td>55</td><td>62,71</td><td>73,66</td><td>84,62</td><td>97,59</td><td>100</td><td>94,44</td><td>91,3</td><td>93,33</td><td>94,87</td></tr> </tbody> </table>	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des	79,37	60	55	62,71	73,66	84,62	97,59	100	94,44	91,3	93,33	94,87		
Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des																
79,37	60	55	62,71	73,66	84,62	97,59	100	94,44	91,3	93,33	94,87																
Grafik	<p style="text-align: center;"><b>Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium</b></p> <p>Percentase</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bulan</th><th>Persentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>79,37</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>60</td></tr> <tr><td>Mrt</td><td>55</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>62,71</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>73,66</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>84,62</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>97,59</td></tr> <tr><td>Agt</td><td>100</td></tr> <tr><td>Spt</td><td>94,44</td></tr> <tr><td>Okt</td><td>91,3</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>93,33</td></tr> <tr><td>Des</td><td>94,87</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Persentase	Jan	79,37	Feb	60	Mrt	55	Apr	62,71	Mei	73,66	Jun	84,62	Jul	97,59	Agt	100	Spt	94,44	Okt	91,3	Nov	93,33	Des	94,87
Bulan	Persentase																										
Jan	79,37																										
Feb	60																										
Mrt	55																										
Apr	62,71																										
Mei	73,66																										
Jun	84,62																										
Jul	97,59																										
Agt	100																										
Spt	94,44																										
Okt	91,3																										
Nov	93,33																										
Des	94,87																										
Analisa	Indikator mutu waktu lapor hasil kritis laboratorium bertujuan untuk mendukung keselamatan pasien. Standar capaiananya sebesar 100%. Berdasarkan grafik diatas, pada triwulan IV sudah mencapai standar dengan angka rata-rata pada sebesar 93,17%.																										
Rekomendasi	<p>Berdasarkan diagram tulang ikan yang telah dibuat maka agar indikator mutu waktu lapor hasil test kritis laboratorium sesuai standar maka perlu dilakukan upaya perbaikan-perbaikan sarana, sumber daya manusia dan prosedur yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sarana <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Penyediaan kelengkapan alat laboratorium.</li> </ul> </li> <li>b. Sumber Daya Manusia : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Review jumlah tenaga laboratorium patologi klinik sesuai beban kerja</li> </ul> </li> <li>c. Prosedur : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Review SPO pelaporan hasil test kritis laboratorium oleh analis kesehatan ke dokter penanggung jawab laboratorium</li> <li><input type="checkbox"/> Review SPO pelaporan hasil test kritis laboratorium ke DPJP</li> <li><input type="checkbox"/> Review regulasi tentang pelaporan hasil test kritis laboratorium</li> <li><input type="checkbox"/> Ada bukti tindak lanjut pelaporan hasil test kritis laboratorium secara kolaboratif</li> <li><input type="checkbox"/> Monitoring kepatuhan pelaporan hasil test kritis laboratorium melalui audit rekam medis.</li> </ul> </li> </ul>																										

## 7. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Indikator	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional																										
Numerator	Jumlah R/ yang patuh dengan formularium nasional (lembar)																										
Denumerator	Jumlah seluruh R/ (lembar)																										
Target	80%																										
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mrt</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Agt</th><th>Spt</th><th>Okt</th><th>Nov</th><th>Des</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jan</td><td>97,76</td><td>93,15</td><td>95,97</td><td>87,39</td><td>84,52</td><td>81,21</td><td>83,23</td><td>70,16</td><td>71,48</td><td>64,62</td><td>70,71</td><td>76,61</td></tr> </tbody> </table>		Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des	Jan	97,76	93,15	95,97	87,39	84,52	81,21	83,23	70,16	71,48	64,62	70,71	76,61
	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des															
Jan	97,76	93,15	95,97	87,39	84,52	81,21	83,23	70,16	71,48	64,62	70,71	76,61															
Grafik	<p style="text-align: center;"><b>Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional</b></p> <table border="1"> <caption>Data for Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th><th>Percentase (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>97,76</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>93,15</td></tr> <tr><td>Mrt</td><td>95,97</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>87,39</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>84,52</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>81,21</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>83,23</td></tr> <tr><td>Agt</td><td>70,16</td></tr> <tr><td>Spt</td><td>71,48</td></tr> <tr><td>Okt</td><td>64,62</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>70,71</td></tr> <tr><td>Des</td><td>76,61</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Percentase (%)	Jan	97,76	Feb	93,15	Mrt	95,97	Apr	87,39	Mei	84,52	Jun	81,21	Jul	83,23	Agt	70,16	Spt	71,48	Okt	64,62	Nov	70,71	Des	76,61
Bulan	Percentase (%)																										
Jan	97,76																										
Feb	93,15																										
Mrt	95,97																										
Apr	87,39																										
Mei	84,52																										
Jun	81,21																										
Jul	83,23																										
Agt	70,16																										
Spt	71,48																										
Okt	64,62																										
Nov	70,71																										
Des	76,61																										
Analisa	<p>Indikator mutu kepatuhan terhadap penggunaan formularium nasional menggambarkan efisiensi pelayanan obat kepada pasien JKN sehingga terwujudnya penyelenggaraan system pelayanan kefarmasian berbasis mutu dan keselamatan pasien. Kepatuhan penggunaan FORNAS pada grafik diatas trennya menurun dibawah standar 80%, dengan angka rata-rata pada trimester IV tahun 2019 sebesar 70,65%.</p> <p>Hal tersebut disebabkan karena :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kurangnya kedisiplinan staf medis dalam melakukan peresepan obat formularium nasional</li> <li><input type="checkbox"/> Dalam petunjuk teknis pelayanan farmasi bagi peserta JKN disebutkan bahwa pemberian obat fornas diperbolehkan atas indikasi medis di IGD dan untuk pelayanan lanjutan setelah pasien pulang, maksimal 2 jenis obat</li> </ul>																										
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Melakukan evaluasi kepatuhan peresepan formularium nasional</li> <li><input type="checkbox"/> Melakukan sosialisasi secara terus menerus tentang obat-obat yang masuk dalam formularium nasional</li> </ul>																										

## 8. Kepatuhan Penggunaan Formularium Rumah Sakit

Indikator	Kepatuhan Penggunaan Formularium Rumah Sakit																																																			
Numerator	Jumlah R/ yang patuh dengan formularium RS (lembar)																																																			
Denumerator	Jumlah seluruh R/ (lembar)																																																			
Target	80%																																																			
Hasil	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mrt</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Agt</th><th>Spt</th><th>Okt</th><th>Nov</th><th>Des</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>98,62</td><td>97,22</td><td>98,55</td><td>99,13</td><td>99,68</td><td>100</td><td>99,84</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr> </tbody> </table>													Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des	98,62	97,22	98,55	99,13	99,68	100	99,84	100	100	100	100	100															
Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des																																									
98,62	97,22	98,55	99,13	99,68	100	99,84	100	100	100	100	100																																									
Grafik	<p style="text-align: center;"><b>Kepatuhan Penggunaan Formularium Rumah Sakit</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <caption>Data for Kepatuhan Penggunaan Formularium Rumah Sakit</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase (Top Series)</th> <th>Persentase (Bottom Series)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>98,62</td><td>80</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>97,22</td><td>80</td></tr> <tr><td>Mrt</td><td>98,55</td><td>80</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>99,13</td><td>80</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>99,68</td><td>80</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>100</td><td>80</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>99,84</td><td>80</td></tr> <tr><td>Agt</td><td>100</td><td>80</td></tr> <tr><td>Spt</td><td>100</td><td>80</td></tr> <tr><td>Okt</td><td>100</td><td>80</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>100</td><td>80</td></tr> <tr><td>Des</td><td>100</td><td>80</td></tr> </tbody> </table>													Bulan	Persentase (Top Series)	Persentase (Bottom Series)	Jan	98,62	80	Feb	97,22	80	Mrt	98,55	80	Apr	99,13	80	Mei	99,68	80	Jun	100	80	Jul	99,84	80	Agt	100	80	Spt	100	80	Okt	100	80	Nov	100	80	Des	100	80
Bulan	Persentase (Top Series)	Persentase (Bottom Series)																																																		
Jan	98,62	80																																																		
Feb	97,22	80																																																		
Mrt	98,55	80																																																		
Apr	99,13	80																																																		
Mei	99,68	80																																																		
Jun	100	80																																																		
Jul	99,84	80																																																		
Agt	100	80																																																		
Spt	100	80																																																		
Okt	100	80																																																		
Nov	100	80																																																		
Des	100	80																																																		
Analisa	<p>Formularium rumah sakit disusun mengacu pada FORNAS dimana formularium ini merupakan daftar obat yang disepakati oleh staf medis dan disusun oleh Komite Farmasi Terapi</p> <p>Pada grafik kepatuhan penggunaan formularium RS diatas trennya meningkat dan sudah di atas standar 80%, dengan angka rata-rata pada trimester IV tahun 2019 sebesar 100%.</p>																																																			
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan obat sesuai SPO.</li> <li><input type="checkbox"/> Meningkatkan peran aktif staf medis mulai dari penyusunan, pelaksanaan, pemeliharaan dan pengawasan formularium. Komite Farmasi Terapi dalam menyusun formularium meminta feed back dari dokter sehingga benar-benar disepakati oleh semua pihak.</li> <li><input type="checkbox"/> Menyarankan agar Instalasi Farmasi menjamin ketersediaan obat-obat di dalam formularium RS.</li> <li><input type="checkbox"/> Melakukan sosialisasi terus menerus semua kebijakan dan prosedur yang berkaitan dengan formularium yang sudah ada.</li> </ul>																																																			

## 9. Kepatuhan Cuci Tangan

Indikator	Kepatuhan Cuci Tangan																																							
Numerator	Jumlah kepatuhan petugas dalam melakukan hand hygiene																																							
Denumerator	Jumlah kesempatan petugas melakukan hand hygiene																																							
Target	85%																																							
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mrt</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Agt</th><th>Spt</th><th>Okt</th><th>Nov</th><th>Des</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>72,48</td><td>73,78</td><td>75,79</td><td>78,12</td><td>72,7</td><td>73,63</td><td>73,12</td><td>70,82</td><td>71,21</td><td>70,75</td><td>72,31</td><td>70,57</td></tr> <tr> <td>85</td><td>85</td><td>81</td><td>75</td><td>88</td><td>89</td><td>82</td><td>70</td><td>72</td><td>75</td><td>70</td><td>80</td></tr> </tbody> </table>	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des	72,48	73,78	75,79	78,12	72,7	73,63	73,12	70,82	71,21	70,75	72,31	70,57	85	85	81	75	88	89	82	70	72	75	70	80			
Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des																													
72,48	73,78	75,79	78,12	72,7	73,63	73,12	70,82	71,21	70,75	72,31	70,57																													
85	85	81	75	88	89	82	70	72	75	70	80																													
Grafik	<p style="text-align: center;"><b>Kepatuhan Cuci Tangan</b></p> <table border="1"> <caption>Data for Kepatuhan Cuci Tangan (Persentase)</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th><th>Actual (%)</th><th>Target (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>72,48</td><td>85</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>73,78</td><td>85</td></tr> <tr><td>Mrt</td><td>76,79</td><td>85</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>78,12</td><td>85</td></tr> <tr><td>Mai</td><td>72,7</td><td>85</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>73,63</td><td>85</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>73,12</td><td>85</td></tr> <tr><td>Agt</td><td>70,82</td><td>85</td></tr> <tr><td>Spt</td><td>71,21</td><td>85</td></tr> <tr><td>Okt</td><td>70,75</td><td>85</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>72,31</td><td>85</td></tr> <tr><td>Des</td><td>70,57</td><td>85</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Actual (%)	Target (%)	Jan	72,48	85	Feb	73,78	85	Mrt	76,79	85	Apr	78,12	85	Mai	72,7	85	Jun	73,63	85	Jul	73,12	85	Agt	70,82	85	Spt	71,21	85	Okt	70,75	85	Nov	72,31	85	Des	70,57	85
Bulan	Actual (%)	Target (%)																																						
Jan	72,48	85																																						
Feb	73,78	85																																						
Mrt	76,79	85																																						
Apr	78,12	85																																						
Mai	72,7	85																																						
Jun	73,63	85																																						
Jul	73,12	85																																						
Agt	70,82	85																																						
Spt	71,21	85																																						
Okt	70,75	85																																						
Nov	72,31	85																																						
Des	70,57	85																																						
Analisa	<p>Target capaian indikator mutu kepatuhan cuci tangan sebesar 85%. Berdasarkan grafik diatas kepatuhan cuci tangan belum mencapai standar. Terdapat peningkatan kepatuhan cuci tangan sejak bulan Februari 2019 namun masih belum mencapai standar, dengan angka rata-rata pada trimester IV tahun 2019 sebesar 71,21%.</p> <p>Masih adanya ketidakpatuhan cuci tangan di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan di sebabkan karena :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kurangnya pemahaman dan kesadaran akan pentingnya cuci tangan</li> <li><input type="checkbox"/> Kurangnya kepedulian individu</li> </ul>																																							
Rekomendasi	<p>Berdasarkan diagram tulang ikan yang telah dibuat maka agar indikator mutu kepatuhan cuci tangan sesuai standar maka perlu dilakukan upaya perbaikan-perbaikan sarana, sumber daya manusia dan prosedur yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sarana             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pemeliharaan dan perbaikan sarana cuci tangan secara berkala sehingga dapat berfungsi baik.</li> <li>b. Penyediaaan handrub secara berkala oleh Instalasi Farmasi sehingga handrub terjamin kecukupannya.</li> <li>c. Penyediaan banner dan poster cuci tangan untuk meningkatkan kepatuhan cuci tangan.</li> </ol> </li> <li><input type="checkbox"/> Sumber daya manusia Peningkatan pemahaman, kepedulian dan kesadaran pentingnya cuci tangan.</li> <li><input type="checkbox"/> Prosedur Audit kepatuhan pelaksanaan SPO hand hygiene</li> </ul>																																							

## 10. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Ranap

Indikator	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Ranap																																				
Numerator	Jumlah kasus yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan pasien jatuh																																				
Denumerator	Jumlah kasus semua pasien yang berisiko jatuh																																				
Target	100%																																				
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mrt</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Agt</th><th>Spt</th><th>Okt</th><th>Nov</th><th>Des</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td> </tr> <tr> <td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td> </tr> </tbody> </table>	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des																										
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100																										
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100																										
Grafik	<p style="text-align: center;"><b>Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Ranap</b></p> <p>The chart displays a horizontal line with diamond markers at the 100% mark on the y-axis for every month on the x-axis. The y-axis is labeled 'Percentase' and ranges from 50 to 105 in increments of 5. The x-axis lists the months: Jan, Feb, Mrt, Apr, Mei, Jun, Jul, Agt, Sept, Okt, Nov, Des.</p> <table border="1"> <caption>Data for Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Ranap</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th><th>Percentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>100</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>100</td></tr> <tr><td>Mrt</td><td>100</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>100</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>100</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>100</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>100</td></tr> <tr><td>Agt</td><td>100</td></tr> <tr><td>Sept</td><td>100</td></tr> <tr><td>Okt</td><td>100</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>100</td></tr> <tr><td>Des</td><td>100</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Percentase	Jan	100	Feb	100	Mrt	100	Apr	100	Mei	100	Jun	100	Jul	100	Agt	100	Sept	100	Okt	100	Nov	100	Des	100										
Bulan	Percentase																																				
Jan	100																																				
Feb	100																																				
Mrt	100																																				
Apr	100																																				
Mei	100																																				
Jun	100																																				
Jul	100																																				
Agt	100																																				
Sept	100																																				
Okt	100																																				
Nov	100																																				
Des	100																																				
Analisa	Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh di rawat inap merupakan indikator keselamatan pasien, sudah mencapai standar 100%.																																				
Rekomendasi	<p>Upaya perbaikan yang dilakukan untuk mempertahankan capaian adalah :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sarana : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Perbaikan tempat tidur masih ada yang rusak/tidak Pagar pengamannya</li> <li><input type="checkbox"/> Perbaikan roda tempat tidur/brankar yang sudah aus/lepas bantalan karetnya</li> </ul> </li> <li>b. Sumber daya manusia <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Peningkatan kesadaran perawat terhadap skrining pasien resiko jatuh</li> <li><input type="checkbox"/> Peranan Kepala unit kerja / ruangan untuk memonitor pelaksanaan skrining pasien resiko jatuh</li> </ul> </li> <li>c. Prosedur : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Peningkatan koordinasi unit kerja dengan dengan Instalasi Kesehatan dan keselamatan Kerja Rumah Sakit untuk manajemen faktor-faktor resiko di lingkungan rumah sakit.</li> <li><input type="checkbox"/> Edukasi kepada petugas dan keluarga pasien di setiap unit kerja tentang pencegahan pasien resiko jatuh</li> <li><input type="checkbox"/> Monitor kualitas pagar pengaman/roda tempat tidur/brankar</li> </ul> </li> </ul>																																				

## 11. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

Indikator	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway																										
Numerator	Jumlah kasus yang penanganannya patuh dengan kriteria 5 clinical pathways																										
Denumerator	Jumlah total kasus yang masuk dalam kriteria 5 clinical pathways yang ditetapkan																										
Target	80%																										
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mrt</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Agt</th><th>Spt</th><th>Okt</th><th>Nov</th><th>Des</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hasil</td><td>87,5</td><td>85,42</td><td>78,61</td><td>91,67</td><td>80,69</td><td>81,94</td><td>79,78</td><td>83,33</td><td>88,3</td><td>86,39</td><td>84,2</td><td>84,88</td></tr> </tbody> </table>		Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des	Hasil	87,5	85,42	78,61	91,67	80,69	81,94	79,78	83,33	88,3	86,39	84,2	84,88
	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des															
Hasil	87,5	85,42	78,61	91,67	80,69	81,94	79,78	83,33	88,3	86,39	84,2	84,88															
Grafik	<p style="text-align: center;"><b>Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway</b></p> <table border="1"> <caption>Data for Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th><th>Percentase (%)</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>87,5</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>85,42</td></tr> <tr><td>Mrt</td><td>78,61</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>91,67</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>80,69</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>81,94</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>79,78</td></tr> <tr><td>Agt</td><td>83,33</td></tr> <tr><td>Sept</td><td>88,3</td></tr> <tr><td>Okt</td><td>86,39</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>84,2</td></tr> <tr><td>Des</td><td>84,88</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Percentase (%)	Jan	87,5	Feb	85,42	Mrt	78,61	Apr	91,67	Mei	80,69	Jun	81,94	Jul	79,78	Agt	83,33	Sept	88,3	Okt	86,39	Nov	84,2	Des	84,88
Bulan	Percentase (%)																										
Jan	87,5																										
Feb	85,42																										
Mrt	78,61																										
Apr	91,67																										
Mei	80,69																										
Jun	81,94																										
Jul	79,78																										
Agt	83,33																										
Sept	88,3																										
Okt	86,39																										
Nov	84,2																										
Des	84,88																										
Analisa	<p>Kepatuhan terhadap clincal pathway menggambarkan terselenggaranya standarisasi proses asuhan klinis, mengurangi resiko proses asuhan klinis, mengurangi adanya variasi asuhan klinis dan memberikan asuhan klinis yang tepat waktu serta penggunaan sumber daya yang efisien dan konsisten sehingga menghasilkan mutu pelayanan yang tinggi dengan menggunakan praktek klinik yang berbasis bukti.</p> <p>Berdasarkan grafik diatas menunjukkan kepatuhan terhadap clincal pathway sudah sesuai standar, dengan angka rata-rata di triwulan IV 2019 sebesar 85,16%</p>																										
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Konsistensi pengisian CP oleh Case Manager</li> <li><input type="checkbox"/> Komite medis mengadakan rapat rutin dengan KSM untuk melakukan evaluasi CP</li> <li><input type="checkbox"/> Monitoring ketersediaan format CP di setiap unit pelayanan</li> <li><input type="checkbox"/> Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan asuhan pasien sesuai dengan clincal pathway yang ditetapkan rumah sakit</li> </ul>																										

## 12. Kepuasan Pasien dan Keluarga

Indikator	Kepuasan Pasien dan Keluarga																										
Numerator	Hasil Penilaian IKM. Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)																										
Denumerator	Skala Maksimal Penilaian IKM. Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)																										
Target	80%																										
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jan</th> <th>Feb</th> <th>Mrt</th> <th>Apr</th> <th>Mei</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Agt</th> <th>Spt</th> <th>Okt</th> <th>Nov</th> <th>Des</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>82</td> <td>81,6</td> <td>88,3</td> <td>82,86</td> <td>80</td> <td>81,43</td> <td>78,57</td> <td>82,86</td> <td>81,43</td> <td>82,14</td> <td>84,29</td> <td>82,86</td> </tr> </tbody> </table>		Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des	82	81,6	88,3	82,86	80	81,43	78,57	82,86	81,43	82,14	84,29	82,86	
	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des															
82	81,6	88,3	82,86	80	81,43	78,57	82,86	81,43	82,14	84,29	82,86																
Grafik	<p style="text-align: center;"><b>Kepuasan Pasien dan Keluarga</b></p> <table border="1"> <caption>Data for Kepuasan Pasien dan Keluarga</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Percentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>82</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>81,6</td></tr> <tr><td>Mrt</td><td>88,3</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>82,86</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>80</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>81,43</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>78,57</td></tr> <tr><td>Agt</td><td>82,86</td></tr> <tr><td>Sept</td><td>81,43</td></tr> <tr><td>Okt</td><td>82,14</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>84,29</td></tr> <tr><td>Des</td><td>82,86</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Percentase	Jan	82	Feb	81,6	Mrt	88,3	Apr	82,86	Mei	80	Jun	81,43	Jul	78,57	Agt	82,86	Sept	81,43	Okt	82,14	Nov	84,29	Des	82,86
Bulan	Percentase																										
Jan	82																										
Feb	81,6																										
Mrt	88,3																										
Apr	82,86																										
Mei	80																										
Jun	81,43																										
Jul	78,57																										
Agt	82,86																										
Sept	81,43																										
Okt	82,14																										
Nov	84,29																										
Des	82,86																										
Analisa	Kepuasan adalah tingkat keadaan yang dirasakan seseorang yang merupakan hasil dari membandingkan pelayanan yang diberikan dengan harapan. Berdasarkan garfik diatas tampak kepuasan pasien sudah mencapai standar, dengan angka rata-rata pada trimester IV tahun 2019 sebesar 83,1%. Kepuasan pasien merupakan sebuah pencapaian rumah sakit dalam memberikan pelayanan prima.																										
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan sesuai SPO.</li> <li><input type="checkbox"/> Meningkatkan kualitas pelayanan pada unsur penilaian kepuasan pasien dan keluarga</li> </ul>																										

### 13. Kecepatan Respon Terhadap Komplain

Indikator	Kecepatan Respon Terhadap Komplain																																				
Numerator	Jumlah KKM, KKK dan KKH yang sudah ditanggapi dan ditindaklanjuti dalam 1 bulan																																				
Denumerator	Jumlah seluruh KKM, KKK dan KKH dalam 1 bulan																																				
Target	100%																																				
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mrt</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Agt</th><th>Spt</th><th>Okt</th><th>Nov</th><th>Des</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td> </tr> <tr> <td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td> </tr> </tbody> </table>	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des																										
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100																										
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100																										
Grafik	<p style="text-align: center;"><b>Kecepatan Respon Terhadap Komplain</b></p> <table border="1"> <caption>Data for Kecepatan Respon Terhadap Komplain</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th><th>Persentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>100</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>100</td></tr> <tr><td>Mrt</td><td>100</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>100</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>100</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>100</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>100</td></tr> <tr><td>Agt</td><td>100</td></tr> <tr><td>Sept</td><td>100</td></tr> <tr><td>Okt</td><td>100</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>100</td></tr> <tr><td>Des</td><td>100</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Persentase	Jan	100	Feb	100	Mrt	100	Apr	100	Mei	100	Jun	100	Jul	100	Agt	100	Sept	100	Okt	100	Nov	100	Des	100										
Bulan	Persentase																																				
Jan	100																																				
Feb	100																																				
Mrt	100																																				
Apr	100																																				
Mei	100																																				
Jun	100																																				
Jul	100																																				
Agt	100																																				
Sept	100																																				
Okt	100																																				
Nov	100																																				
Des	100																																				
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kecepatan respon terhadap komplain diatas telah mencapai standar 100%.																																				
Rekomendasi	<p>a. Sarana</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Peningkatan sarana SIE Informasi dan Pengaduan berupa penyediaan buku atau formulir complain</li> <li><input type="checkbox"/> Monitoring lingkungan rumah sakit sehingga tercipta suasana lingkungan yang nyaman dan aman untuk pasien/keluarga</li> </ul> <p>b. Sumber Daya Manusia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Peningkatan kapasitas sumber daya manusia melalui pendidikan dan pelatihan sehingga petugas penanganan komplain mempunyai kompetensi</li> <li><input type="checkbox"/> Melakukan komunikasi dan informasi efektif dengan pendekatan persuasife pada pasien dan keluarga</li> </ul> <p>c. Prosedur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kepatuhan pelaksanaan SPO Penanganan Pengaduan Pasien/Keluarga</li> <li><input type="checkbox"/> Pelaksanaan alur penyampaian dan penyelesaian komplain yang berjenjang</li> <li><input type="checkbox"/> Melakukan edukasi prosedur dan peraturan yang berlaku kepada pasien dan keluarga untuk mempercepat pemahaman</li> </ul>																																				

## B. PEMILIHAN PELAYANAN AREA PRIORITAS

Area Prioritas pelayanan ditetapkan dalam rapat Komite bersama Direktur dan Kepala Bidang di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan, dengan keputusan menetapkan "pelayanan saraf sebagai prioritas pelayanan tahun 2019.

Latar belakang penetapan pelayanan saraf sebagai area prioritas upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan adalah :

1. Pemilihan pelayanan saraf sebagai upaya pemenuhan visi dan misi rumah sakit
  - a. Visi rumah sakit adalah terwujudnya RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan yang berkualitas, profesional, dan terpercaya dalam pelaksanaan kesehatan di Kabupaten Pacitan 2021. Dengan pemilihan upaya peningkatan mutu pelayanan saraf ini, maka RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan berharap akan mampu menyediakan pelayanan saraf yang prima sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan/teknologi dan dapat menjadi pusat rujukan regional pasien-pasien pelayanan saraf
  - b. Misi rumah sakit
    - 1) Meningkatnya pelayanan kesehatan yang bermutu dan profesional dengan mengutamakan keselamatan pasien merupakan salah satu misi RSUD dr. darsono Kabupaten Pacitan. Upaya peningkatan mutu pelayanan saraf diharapkan mampu memberikan pelayanan saraf yang mengutamakan keselamatan pasien mengingat hanya terdapat 1 (satu) orang dokter spesialis saraf, sedangkan jumlah kunjungan pasien pelayanan saraf merupakan jumlah kunjungan tertinggi dibanding dengan pelayanan lainnya, yaitu sebanyak 15.105 pasien atau 18,76% dari jumlah total pasien yang berkunjung ke rawat jalan RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan pada tahun 2018.

### 2. Data permasalahan yang ada di rumah sakit

Upaya peningkatan mutu pelayanan saraf juga berdasarkan adanya data yang ada di instalasi farmasi rumah sakit pada tahun 2018 dimana dari 750 lembar resep pasien pelayanan saraf hanya terdapat 70,33% yang

- terbaca. Hal ini masih berada di bawah standar. Target jumlah resep pasien pelayanan saraf yang terbaca adalah sebanyak 100%.
- Perbaikan pelayanan saraf diharapkan dapat berdampak pada efisiensi. Pelayanan saraf merupakan pelayanan yang high cost

### C. ANALISA DATA INDIKATOR AREA PRIORITAS

#### 1. Indikator Area Klinik

##### a. Penulisan Resep Pelayanan Saraf Dapat Terbaca

Indikator	Penulisan Resep Pelayanan Saraf Dapat Terbaca																																					
Numerator	Jumlah penulisan resep pelayanan saraf dapat terbaca																																					
Denumerator	Jumlah seluruh resep pelayanan saraf																																					
Target	100%																																					
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mrt</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Agt</th><th>Spt</th><th>Okt</th><th>Nov</th><th>Des</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>56,06</td><td>51,91</td><td>63,04</td><td>55,03</td><td>46,82</td><td>71,37</td><td>61,36</td><td>61,07</td><td>66,08</td><td>75,6</td><td>65,23</td><td>83,7</td> </tr> </tbody> </table>												Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des	56,06	51,91	63,04	55,03	46,82	71,37	61,36	61,07	66,08	75,6	65,23	83,7		
Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des																											
56,06	51,91	63,04	55,03	46,82	71,37	61,36	61,07	66,08	75,6	65,23	83,7																											
Grafik	<p>Penulisan Resep Pelayanan Saraf Dapat Terbaca</p> <p>Persentase</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bulan</th><th>Persentase (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>56,06</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>51,91</td></tr> <tr><td>Mrt</td><td>63,04</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>55,03</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>46,82</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>71,37</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>61,36</td></tr> <tr><td>Agt</td><td>61,07</td></tr> <tr><td>Spt</td><td>66,08</td></tr> <tr><td>Okt</td><td>75,6</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>65,23</td></tr> <tr><td>Des</td><td>83,7</td></tr> </tbody> </table>												Bulan	Persentase (%)	Jan	56,06	Feb	51,91	Mrt	63,04	Apr	55,03	Mei	46,82	Jun	71,37	Jul	61,36	Agt	61,07	Spt	66,08	Okt	75,6	Nov	65,23	Des	83,7
Bulan	Persentase (%)																																					
Jan	56,06																																					
Feb	51,91																																					
Mrt	63,04																																					
Apr	55,03																																					
Mei	46,82																																					
Jun	71,37																																					
Jul	61,36																																					
Agt	61,07																																					
Spt	66,08																																					
Okt	75,6																																					
Nov	65,23																																					
Des	83,7																																					
Analisa	<p>Pada grafik penulisan resep pelayanan saraf dapat terbaca diatas trennya meningkat dan meskipun masih dibawah standar 100%, dengan angka rata-rata pada trimester IV tahun 2019 sebesar 74,84%.</p>																																					
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mengusulkan penambahan staf medis pelayanan saraf</li> <li><input type="checkbox"/> Penulisan resep dilakukan dengan huruf lengkap</li> <li><input type="checkbox"/> Mengupayakan penggunaan e-resep untuk meminimalkan resep tidak terbaca</li> </ul>																																					

## b. Infeksi Luka Infus (ILI/Plebitis)

Indikator	Infeksi Luka Infus (ILI/Plebitis)																										
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi luka infus (phlebitis)																										
Denumerator	Jumlah hari pemasangan infus																										
Target	1,5%																										
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jan</th> <th>Feb</th> <th>Mrt</th> <th>Apr</th> <th>Mei</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Agt</th> <th>Spt</th> <th>Okt</th> <th>Nov</th> <th>Des</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td>0,21</td> <td>0,22</td> <td>0,43</td> <td>0,39</td> <td>0,32</td> <td>0,29</td> <td>0,2</td> <td>0,77</td> <td>1,27</td> <td>0,06</td> <td>0,5</td> <td>0,12</td> </tr> </tbody> </table>		Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des		0,21	0,22	0,43	0,39	0,32	0,29	0,2	0,77	1,27	0,06	0,5	0,12
	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des															
	0,21	0,22	0,43	0,39	0,32	0,29	0,2	0,77	1,27	0,06	0,5	0,12															
Grafik	<p>Infeksi Luka Infus (ILI/Plebitis)</p> <p>Persentase</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>0,21</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>0,22</td></tr> <tr><td>Mrt</td><td>0,43</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>0,39</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>0,32</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>0,29</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>0,2</td></tr> <tr><td>Agt</td><td>0,77</td></tr> <tr><td>Sept</td><td>1,27</td></tr> <tr><td>Okt</td><td>0,06</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>0,5</td></tr> <tr><td>Des</td><td>0,12</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Persentase (%)	Jan	0,21	Feb	0,22	Mrt	0,43	Apr	0,39	Mei	0,32	Jun	0,29	Jul	0,2	Agt	0,77	Sept	1,27	Okt	0,06	Nov	0,5	Des	0,12
Bulan	Persentase (%)																										
Jan	0,21																										
Feb	0,22																										
Mrt	0,43																										
Apr	0,39																										
Mei	0,32																										
Jun	0,29																										
Jul	0,2																										
Agt	0,77																										
Sept	1,27																										
Okt	0,06																										
Nov	0,5																										
Des	0,12																										
Analisa	<p>Infeksi luka infus/phlebitis merupakan inflamasi vena, yang ditandai dengan adanya daerah merah, nyeri dan pembengkakan pada daerah penusukan atau sepanjang vena.</p> <p>Pada grafik Infeksi Luka Infus (ILI/Plebitis) diatas trennya meningkat namun sudah di dibawah standar 1,5%, dengan angka rata-rata pada trimester IV tahun 2019 sebesar 0,23%</p>																										
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Memberikan pemahaman pemasangan IV catheter dengan teknik yang benar</li> <li><input type="checkbox"/> Melakukan monitoring IV catheter setiap operan dinas perawat dan bila sudah 3 hari segera dipindah ke lokasi lain</li> <li><input type="checkbox"/> Memberikan penjelasan pada pasien dan keluarga</li> <li><input type="checkbox"/> Melakukan edukasi / sosialisasi bundles Plebitis</li> <li><input type="checkbox"/> Melakukan monitoring dan surveillan HAIs secara rutin</li> </ul>																										

### c. Infeksi Salurah Kemih (ISK)

Indikator	Infeksi Salurah Kemih (ISK)																										
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi salurah kemih (ISK)																										
Denumerator	Jumlah seluruh pasien yang terpasang cateter urin																										
Target	4,7%																										
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mrt</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Agt</th><th>Spt</th><th>Okt</th><th>Nov</th><th>Des</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>		Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des															
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0															
Grafik	<p style="text-align: center;"><b>Infeksi Salurah Kemih (ISK)</b></p> <p>The graph shows a horizontal line at the 0% mark across all twelve months, indicating that the percentage of patients with urinary tract infections remained consistently low throughout the year.</p> <table border="1"> <caption>Data for Infeksi Salurah Kemih (ISK) Graph</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th><th>Persentase (%)</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>0</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>0</td></tr> <tr><td>Mrt</td><td>0</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>0</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>0</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>0</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>0</td></tr> <tr><td>Agt</td><td>0</td></tr> <tr><td>Spt</td><td>0</td></tr> <tr><td>Okt</td><td>0</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>0</td></tr> <tr><td>Des</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Persentase (%)	Jan	0	Feb	0	Mrt	0	Apr	0	Mei	0	Jun	0	Jul	0	Agt	0	Spt	0	Okt	0	Nov	0	Des	0
Bulan	Persentase (%)																										
Jan	0																										
Feb	0																										
Mrt	0																										
Apr	0																										
Mei	0																										
Jun	0																										
Jul	0																										
Agt	0																										
Spt	0																										
Okt	0																										
Nov	0																										
Des	0																										
Analisa	Indikator mutu Infeksi Saluran Kemih (ISK) bertujuan untuk mendukung upaya pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit. Standar capaiannya di bawah 4,7%. Berdasarkan grafik diatas kejadian Penumonia Akibat Pemakaian Infeksi Saluran Kemih (ISK) masih sesuai standar dengan angka rata-rata sebesar 0%																										
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan sesuai SPO.</li> <li><input type="checkbox"/> Surveilan secara rutin oleh IPCN dan IPCLN agar upaya pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit berjalan dengan baik</li> </ul>																										

#### d. Kejadian Decubitus selama Masa Perawatan

Indikator	Kejadian decubitus selama masa perawatan																																					
Numerator	Jumlah kejadian decubitus																																					
Denumerator	Jumlah hari tirah baring																																					
Target	1,5%																																					
Hasil	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th><th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mrt</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Agt</th><th>Spt</th><th>Okt</th><th>Nov</th><th>Des</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jumlah</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>													Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des	Jumlah	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des																										
Jumlah	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																										
Grafik	<p style="text-align: center;"><b>Kejadian Decubitus selama Masa Perawatan</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <caption>Data for Kejadian Decubitus selama Masa Perawatan</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Percentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>1.5</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>1.5</td></tr> <tr><td>Mrt</td><td>1.5</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>1.5</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>1.5</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>1.5</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>1.5</td></tr> <tr><td>Agt</td><td>1.5</td></tr> <tr><td>Spt</td><td>1.5</td></tr> <tr><td>Okt</td><td>1.5</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>1.5</td></tr> <tr><td>Des</td><td>1.5</td></tr> </tbody> </table>												Bulan	Percentase	Jan	1.5	Feb	1.5	Mrt	1.5	Apr	1.5	Mei	1.5	Jun	1.5	Jul	1.5	Agt	1.5	Spt	1.5	Okt	1.5	Nov	1.5	Des	1.5
Bulan	Percentase																																					
Jan	1.5																																					
Feb	1.5																																					
Mrt	1.5																																					
Apr	1.5																																					
Mei	1.5																																					
Jun	1.5																																					
Jul	1.5																																					
Agt	1.5																																					
Spt	1.5																																					
Okt	1.5																																					
Nov	1.5																																					
Des	1.5																																					
Analisa	<p>Dekubitus merupakan masalah akut yang sering terjadi pada situasi perawatan pemulihan. Gangguan ini terjadi pada individu yang mengalami tirah baring lama serta mengalami gangguan tingkat kesadaran. Ketika dekubitus terjadi maka lama perawatan dan biaya perawatan rumah sakit akan meningkat.</p> <p>Pada grafik diatas sudah mencapai standar, dengan angka pada trimester IV tahun 2019 sebesar 0%</p>																																					
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mempertahankan capaian dengan konsisten melaksanakan Standar Operasional Prosedur (SOP) pencegahan dekubitus khususnya pada pasien yang berisiko sampai dengan total care</li> </ul>																																					

## 2. Indikator Area Manajemen

### Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung Penagihan Pelayanan Saraf

Indikator	Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung Penagihan Pelayanan Saraf																																					
Numerator	Jumlah dokumen pendukung penagihan pelayanan saraf yang tidak lengkap																																					
Denumerator	Jumlah seluruh dokumen pendukung penagihan pelayanan saraf																																					
Target	0%																																					
Hasil	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th><th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mrt</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Agt</th><th>Spt</th><th>Okt</th><th>Nov</th><th>Des</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td><td>35,8</td><td>44,6</td><td>40,7</td><td>31,8</td><td>34,6</td><td>34,6</td><td>33,4</td><td>48</td><td>37,5</td><td>38,1</td><td>20,24</td><td>23,79</td></tr> </tbody> </table>													Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des		35,8	44,6	40,7	31,8	34,6	34,6	33,4	48	37,5	38,1	20,24	23,79
	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des																										
	35,8	44,6	40,7	31,8	34,6	34,6	33,4	48	37,5	38,1	20,24	23,79																										
Grafik	<p style="text-align: center;"><b>Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung Penagihan Pelayanan Saraf</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <caption>Data for Grafik (Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung Penagihan Pelayanan Saraf)</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>35,8</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>44,6</td></tr> <tr><td>Mrt</td><td>40,7</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>31,8</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>34,6</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>34,6</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>33,4</td></tr> <tr><td>Agt</td><td>48</td></tr> <tr><td>Sept</td><td>37,5</td></tr> <tr><td>Okt</td><td>38,1</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>20,24</td></tr> <tr><td>Des</td><td>23,79</td></tr> </tbody> </table>												Bulan	Persentase (%)	Jan	35,8	Feb	44,6	Mrt	40,7	Apr	31,8	Mei	34,6	Jun	34,6	Jul	33,4	Agt	48	Sept	37,5	Okt	38,1	Nov	20,24	Des	23,79
Bulan	Persentase (%)																																					
Jan	35,8																																					
Feb	44,6																																					
Mrt	40,7																																					
Apr	31,8																																					
Mei	34,6																																					
Jun	34,6																																					
Jul	33,4																																					
Agt	48																																					
Sept	37,5																																					
Okt	38,1																																					
Nov	20,24																																					
Des	23,79																																					
Analisa	<p>Dokumen pendukung penagihan adalah dokumen yang harus disertakan didalam proses penagihan pada pihak asuransi/ perusahaan sesuai dengan permintaan yang tercantum di dalam surat perjanjian kerjasama. Dokumen pendukung penagihan meliputi surat jaminan, foto copy kartu peserta asuransi, resume medis, hasil laboratorium, hasil radiologi.</p> <p>Pada grafik diatas trennya meningkat dan masih di atas standar 0%, dengan angka rata-rata pada trimester IV tahun 2019 sebesar 27,38%</p>																																					
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Meningkatkan kedisiplinan petugas untuk mengingatkan pihak terkait dalam melengkapi dokumen pendukung penagihan</li> </ul>																																					

### 3. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

#### a. Ketidaktepatan Identifikasi Pasien

Indikator	Ketidaktepatan Identifikasi Pasien																																																		
Numerator	Jumlah ketidaktepatan identifikasi pasien melalui gelang pasien																																																		
Denumerator	Jumlah seluruh identifikasi pasien melalui gelang pasien																																																		
Target	0%																																																		
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mrt</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Agt</th><th>Spt</th><th>Okt</th><th>Nov</th><th>Des</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td><td>0,10</td><td>0,105</td><td>0,03</td><td>0,32</td><td>0,22</td><td>0,07</td><td>0,37</td><td>0,49</td><td>0,17</td><td>0,22</td><td>0,08</td><td>0,21</td></tr> <tr> <td>2018</td><td>0</td><td>0,105</td><td>0</td><td>0,1</td><td>0,1</td><td>0</td><td>0,03</td><td>0,11</td><td>0,1</td><td>0</td><td>0,04</td><td>0,11</td></tr> </tbody> </table>													Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des	2019	0,10	0,105	0,03	0,32	0,22	0,07	0,37	0,49	0,17	0,22	0,08	0,21	2018	0	0,105	0	0,1	0,1	0	0,03	0,11	0,1	0	0,04	0,11
	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des																																							
2019	0,10	0,105	0,03	0,32	0,22	0,07	0,37	0,49	0,17	0,22	0,08	0,21																																							
2018	0	0,105	0	0,1	0,1	0	0,03	0,11	0,1	0	0,04	0,11																																							
Grafik	<p style="text-align: center;"><b>Ketidaktepatan Identifikasi Pasien</b></p> <table border="1"> <caption>Data for Grafik (Ketidaktepatan Identifikasi Pasien)</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>2019 (%)</th> <th>2018 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>0,10</td><td>0,1</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>0,105</td><td>0,105</td></tr> <tr><td>Mrt</td><td>0,03</td><td>0,03</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>0,32</td><td>0,1</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>0,22</td><td>0,1</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>0,07</td><td>0,03</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>0,37</td><td>0,03</td></tr> <tr><td>Agt</td><td>0,49</td><td>0,03</td></tr> <tr><td>Sept</td><td>0,17</td><td>0,03</td></tr> <tr><td>Okt</td><td>0,22</td><td>0,03</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>0,08</td><td>0,03</td></tr> <tr><td>Des</td><td>0,21</td><td>0,03</td></tr> </tbody> </table>												Bulan	2019 (%)	2018 (%)	Jan	0,10	0,1	Feb	0,105	0,105	Mrt	0,03	0,03	Apr	0,32	0,1	Mei	0,22	0,1	Jun	0,07	0,03	Jul	0,37	0,03	Agt	0,49	0,03	Sept	0,17	0,03	Okt	0,22	0,03	Nov	0,08	0,03	Des	0,21	0,03
Bulan	2019 (%)	2018 (%)																																																	
Jan	0,10	0,1																																																	
Feb	0,105	0,105																																																	
Mrt	0,03	0,03																																																	
Apr	0,32	0,1																																																	
Mei	0,22	0,1																																																	
Jun	0,07	0,03																																																	
Jul	0,37	0,03																																																	
Agt	0,49	0,03																																																	
Sept	0,17	0,03																																																	
Okt	0,22	0,03																																																	
Nov	0,08	0,03																																																	
Des	0,21	0,03																																																	
Analisa	<p>Proses kegiatan identifikasi adalah dengan memasang gelang identifikasi pasien rawat inap tercantum nama, tanggal lahir dan nomor rekam medis. Ketersediaan gelang identitas pasien sangat penting, sehingga dapat meminimalkan risiko terjadi kesalahan dalam mengidentifikasi pasien pada saat tindakan, prosedur diagnostik, dan terapeutik.</p> <p>Pada grafik ketidaktepatan identifikasi pasien pada gelang pasien diatas trennya meningkat dan masih dibawah standar 0%, dengan angka rata-rata pada trimester IV tahun 2019 sebesar 0,17%.</p>																																																		
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sosialisasi kepatuhan SPO identifikasi pasien</li> <li><input type="checkbox"/> Supervisi kepala unit</li> <li><input type="checkbox"/> Pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien</li> </ul>																																																		

## b. Peningkatan Komunikasi Efektif

Indikator	Instruksi verbal via telepon di luar jam kerja yang tidak ditandatangani dalam 24 jam																																							
Numerator	Jumlah instruksi verbal via telepon di luar jam kerja yang tidak ditandatangani dalam 24 jam																																							
Denumerator	Jumlah seluruh verbal via telepon di luar jam kerja																																							
Target	0%																																							
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jan</th> <th>Feb</th> <th>Mrt</th> <th>Apr</th> <th>Mei</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Agt</th> <th>Spt</th> <th>Okt</th> <th>Nov</th> <th>Des</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,25</td> <td>0</td> <td>0,43</td> <td>0</td> <td>0,35</td> <td>0,88</td> <td>0,99</td> <td>2,58</td> <td>1,59</td> <td>1,42</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,21</td> <td>0</td> <td>0,42</td> <td>0,65</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des	2019	0	0	0,25	0	0,43	0	0,35	0,88	0,99	2,58	1,59	1,42	2018	0	0	0,21	0	0,42	0,65	0	0	0	0	0	0
	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des																												
2019	0	0	0,25	0	0,43	0	0,35	0,88	0,99	2,58	1,59	1,42																												
2018	0	0	0,21	0	0,42	0,65	0	0	0	0	0	0																												
Grafik	<p style="text-align: center;"><b>Instruksi verbal via telepon di luar jam kerja yang tidak ditandatangani dalam 24 jam</b></p> <p>The chart displays the monthly percentage of verbal instructions given via telephone outside working hours that were not signed off within 24 hours. The data shows a significant peak in October (2.58%) followed by November (1.59%) and December (1.42%), with most other months showing very low percentages (mostly below 1%).</p> <table border="1"> <caption>Data for Grafik</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>0</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>0</td></tr> <tr><td>Mrt</td><td>0,25</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>0</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>0,43</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>0</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>0,35</td></tr> <tr><td>Agt</td><td>0,88</td></tr> <tr><td>Sept</td><td>0,99</td></tr> <tr><td>Okt</td><td>2,58</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>1,59</td></tr> <tr><td>Des</td><td>1,42</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Persentase (%)	Jan	0	Feb	0	Mrt	0,25	Apr	0	Mei	0,43	Jun	0	Jul	0,35	Agt	0,88	Sept	0,99	Okt	2,58	Nov	1,59	Des	1,42													
Bulan	Persentase (%)																																							
Jan	0																																							
Feb	0																																							
Mrt	0,25																																							
Apr	0																																							
Mei	0,43																																							
Jun	0																																							
Jul	0,35																																							
Agt	0,88																																							
Sept	0,99																																							
Okt	2,58																																							
Nov	1,59																																							
Des	1,42																																							
Analisa	<p>Komunikasi efektif yang tepat waktu, akurat, lengkap jelas dan dipahami oleh pasien akan mengurangi kesalahan dan dapat meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk lisan dan tertulis.</p> <p>Pada grafik diatas trennya meningkat dan masih dibawah standar 0%, dengan angka rata-rata pada trimester IV tahun 2019 sebesar 1,86%.</p>																																							
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Meningkatkan kepatuhan SPO instruksi verbal via telp, agar informasi yang disampaikan oleh perawat ke dokter dapat akurat dan tepat, dalam rangka pengambilan keputusan terhadap situasi klinis yang dihadapi pasien, dapat menggunakan standarisasi komunikasi melalui metode Situation Background Assessment Recommendation (SBAR)</li> <li><input type="checkbox"/> Supervisi kepala unit/ruang</li> <li><input type="checkbox"/> Pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien</li> </ul>																																							

### c. Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai

Indikator	Ketidakpatuhan pemberian label obat high alert oleh farmasi																																							
Numerator	Jumlah pemberian label obat high alert yang tidak patuh																																							
Denumerator	Jumlah seluruh pemberian label obat high alert																																							
Target	0%																																							
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jan</th> <th>Feb</th> <th>Mrt</th> <th>Apr</th> <th>Mei</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Agt</th> <th>Spt</th> <th>Okt</th> <th>Nov</th> <th>Des</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des	2019	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2018	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des																												
2019	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																												
2018	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																												
Grafik	<p style="text-align: center;"><b>Ketidakpatuhan pemberian label obat high alert oleh farmasi</b></p> <table border="1"> <caption>Data for Grafik</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>0</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>0</td></tr> <tr><td>Mrt</td><td>0</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>0</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>0</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>0</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>0</td></tr> <tr><td>Agt</td><td>0</td></tr> <tr><td>Spt</td><td>0</td></tr> <tr><td>Okt</td><td>0</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>0</td></tr> <tr><td>Des</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Persentase	Jan	0	Feb	0	Mrt	0	Apr	0	Mei	0	Jun	0	Jul	0	Agt	0	Spt	0	Okt	0	Nov	0	Des	0													
Bulan	Persentase																																							
Jan	0																																							
Feb	0																																							
Mrt	0																																							
Apr	0																																							
Mei	0																																							
Jun	0																																							
Jul	0																																							
Agt	0																																							
Spt	0																																							
Okt	0																																							
Nov	0																																							
Des	0																																							
Analisa	<p>Obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (high alert medications) adalah obat yang sering menyebabkan terjadinya kesalahan serius (sentinel event). Obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan seperti obat-obatan yang terlihat mirip Nama Obat Rupa Mirip (NORUM) atau Look Alike Sound Alike (LASA)</p> <p>Pada grafik diatas ketidaktepatan pemberian label obat oleh Farmasi sudah sesuai standar yaitu 0%.</p>																																							
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mempertahankan capaian</li> <li><input type="checkbox"/> Supervisi kepala unit</li> <li><input type="checkbox"/> Pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien</li> </ul>																																							

**d. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi**

Indikator	Ketidakpatuhan pelaksanaan prosedur site marking pada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi																																							
Numerator	Jumlah ketidakpatuhan pelaksanaan prosedur site marking pada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi																																							
Denumerator	Jumlah seluruh pelaksanaan prosedur site marking pada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi																																							
Target	0%																																							
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jan</th> <th>Feb</th> <th>Mrt</th> <th>Apr</th> <th>Mei</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Agt</th> <th>Spt</th> <th>Okt</th> <th>Nov</th> <th>Des</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des	2019	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2018	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des																												
2019	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																												
2018	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																												
Grafik	<p style="text-align: center;"><b>Ketidakpatuhan pelaksanaan prosedur site marking pada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi</b></p> <table border="1"> <caption>Data for Grafik</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>0</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>0</td></tr> <tr><td>Mrt</td><td>0</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>0</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>0</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>0</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>0</td></tr> <tr><td>Agt</td><td>0</td></tr> <tr><td>Spt</td><td>0</td></tr> <tr><td>Okt</td><td>0</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>0</td></tr> <tr><td>Des</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Persentase	Jan	0	Feb	0	Mrt	0	Apr	0	Mei	0	Jun	0	Jul	0	Agt	0	Spt	0	Okt	0	Nov	0	Des	0													
Bulan	Persentase																																							
Jan	0																																							
Feb	0																																							
Mrt	0																																							
Apr	0																																							
Mei	0																																							
Jun	0																																							
Jul	0																																							
Agt	0																																							
Spt	0																																							
Okt	0																																							
Nov	0																																							
Des	0																																							
Analisa	<p>Salah lokasi, salah prosedur dan salah pasien operasi adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini merupakan akibat dari komunikasi yang tidak efektif antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien didalam penandaan lokasi (site marking) dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi.</p> <p>Pada grafik diatas sudah sesuai standar, untuk pelaksanaan prosedur site marking pada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi.</p>																																							
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mempertahankan capaian</li> <li><input type="checkbox"/> Meningkatkan kepatuhan kepatuhan petugas perlu ditingkatkan agar pelaksanaan sasaran keselamatan pasien khususnya pasien operasi dapat berjalan optimal</li> <li><input type="checkbox"/> Supervisi kepala unit</li> </ul>																																							

### e. Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Indikator	Kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode enam langkah dan lima momen																																							
Numerator	Jumlah kepatuhan petugas dalam melakukan hand hygiene																																							
Denumerator	Jumlah kesempatan petugas melakukan hand hygiene																																							
Target	0%																																							
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jan</th> <th>Feb</th> <th>Mrt</th> <th>Apr</th> <th>Mai</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Agt</th> <th>Spt</th> <th>Okt</th> <th>Nov</th> <th>Des</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td> <td>72.48</td> <td>73.78</td> <td>75.79</td> <td>78.12</td> <td>72.7</td> <td>73.63</td> <td>73.12</td> <td>70.82</td> <td>71.21</td> <td>70.63</td> <td>70.36</td> <td>70.44</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>85</td> <td>85</td> <td>81</td> <td>75</td> <td>88</td> <td>89</td> <td>82</td> <td>70</td> <td>72</td> <td>75</td> <td>70</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>		Jan	Feb	Mrt	Apr	Mai	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des	2019	72.48	73.78	75.79	78.12	72.7	73.63	73.12	70.82	71.21	70.63	70.36	70.44	2018	85	85	81	75	88	89	82	70	72	75	70	80
	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mai	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des																												
2019	72.48	73.78	75.79	78.12	72.7	73.63	73.12	70.82	71.21	70.63	70.36	70.44																												
2018	85	85	81	75	88	89	82	70	72	75	70	80																												
Grafik	<p style="text-align: center;"><b>Kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode enam langkah dan lima momen</b></p> <table border="1"> <caption>Data for Kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode enam langkah dan lima momen</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>2019 (%)</th> <th>2018 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>72.48</td><td>85</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>73.78</td><td>85</td></tr> <tr><td>Mrt</td><td>75.79</td><td>75</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>78.12</td><td>78</td></tr> <tr><td>Mai</td><td>72.7</td><td>88</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>73.63</td><td>89</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>73.12</td><td>82</td></tr> <tr><td>Agt</td><td>70.82</td><td>70</td></tr> <tr><td>Spt</td><td>71.21</td><td>72</td></tr> <tr><td>Okt</td><td>70.63</td><td>75</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>70.36</td><td>70</td></tr> <tr><td>Des</td><td>70.44</td><td>80</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	2019 (%)	2018 (%)	Jan	72.48	85	Feb	73.78	85	Mrt	75.79	75	Apr	78.12	78	Mai	72.7	88	Jun	73.63	89	Jul	73.12	82	Agt	70.82	70	Spt	71.21	72	Okt	70.63	75	Nov	70.36	70	Des	70.44	80
Bulan	2019 (%)	2018 (%)																																						
Jan	72.48	85																																						
Feb	73.78	85																																						
Mrt	75.79	75																																						
Apr	78.12	78																																						
Mai	72.7	88																																						
Jun	73.63	89																																						
Jul	73.12	82																																						
Agt	70.82	70																																						
Spt	71.21	72																																						
Okt	70.63	75																																						
Nov	70.36	70																																						
Des	70.44	80																																						
Analisa	<p>Pokok dari eliminasi infeksi adalah cuci tangan (hand hygiene) yang tepat. Pedoman hand hygiene yang berlaku secara internasional bias diperoleh dari World Health Organization (WHO), rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi pedoman hand hygiene yang diterima secara umum untuk implementasi pedoman itu di rumah sakit</p> <p>Pada grafik diatas masih dibawah standar 85%, dengan angka rata-rata pada trimester IV tahun 2019 sebesar 70,47%. Hal ini di disebabkan karena :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kurangnya pemahaman dan kesadaran akan pentingnya cuci tangan.</li> <li><input type="checkbox"/> Kurangnya kepedulian individu</li> </ul>																																							
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sarana <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pemeliharaan dan perbaikan sarana cuci tangan secara berkala sehingga dapat berfungsi baik.</li> <li>b. Penyediaaan handrub secara berkala oleh Instalasi Farmasi sehingga handrub terjamin kecukupannya.</li> <li>c. Penyediaan banner dan poster cuci tangan untuk meningkatkan kepatuhan cuci tangan.</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Sumber daya manusia Peningkatan pemahaman, kepedulian dan kesadaran pentingnya cuci tangan.</li> <li><input type="checkbox"/> Prosedur Audit kepatuhan pelaksanaan SPO hand hygiene</li> </ul>																																							

### f. Pengurangan resiko pasien terjatuh

Indikator	Tidak adanya kejadian pasien jatuh																																							
Numerator	Jumlah insiden kejadian pasien jatuh																																							
Denumerator	-																																							
Target	0%																																							
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mrt</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Agt</th><th>Spt</th><th>Okt</th><th>Nov</th><th>Des</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr> <td>2018</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>		Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des	2019	1	0	0	1	0	1	1	0	1	2	0	0	2018	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt	Okt	Nov	Des																												
2019	1	0	0	1	0	1	1	0	1	2	0	0																												
2018	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0																												
Grafik	<p style="text-align: center;"><b>Tidak adanya kejadian pasien jatuh</b></p> <table border="1"> <caption>Data for 'Tidak adanya kejadian pasien jatuh' chart</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th><th>Persentase</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>1</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>0</td></tr> <tr><td>Mrt</td><td>0</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>1</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>0</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>1</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>1</td></tr> <tr><td>Agt</td><td>0</td></tr> <tr><td>Sept</td><td>1</td></tr> <tr><td>Okt</td><td>2</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>0</td></tr> <tr><td>Des</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Persentase	Jan	1	Feb	0	Mrt	0	Apr	1	Mei	0	Jun	1	Jul	1	Agt	0	Sept	1	Okt	2	Nov	0	Des	0													
Bulan	Persentase																																							
Jan	1																																							
Feb	0																																							
Mrt	0																																							
Apr	1																																							
Mei	0																																							
Jun	1																																							
Jul	1																																							
Agt	0																																							
Sept	1																																							
Okt	2																																							
Nov	0																																							
Des	0																																							
Analisa	<p>Pasien yang pada asesmen awal dinyatakan berisiko rendah untuk jatuh dapat mendadak berubah menjadi berisiko tinggi. Hal ini disebabkan oleh operasi dan/atau anestesi, perubahan mendadak kondisi pasien, serta penyesuaian pengobatan.</p> <p>Pada grafik diatas masih diatas standar, dimana pada triwulan IV 2019 terdapat 2 kasus jatuh.</p>																																							
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Melakukan asesmen resiko jatuh</li> <li><input type="checkbox"/> Menempatkan pasien resiko jatuh sesuai dengan SPO/aturan yang berlaku</li> <li><input type="checkbox"/> Memasang kancing resiko jatuh</li> <li><input type="checkbox"/> Melakukan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang resiko jatuh</li> </ul>																																							

## BAB IV

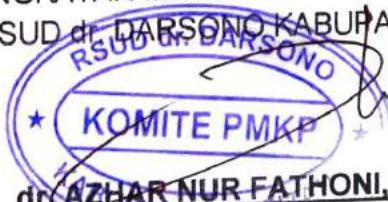
### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

1. Upaya peningkatan mutu yang dilakukan oleh RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan saat ini sudah mendapatkan dukungan yang maksimal dari Direktur dan seluruh staf Rumah sakit. Akan tetapi masih butuh koordinasi dan tata kelola yang baik dalam sistemika kerjanya.
2. Kedisiplinan dalam pelaporan mutu juga harus ditingkatkan. Kompetensi dan pengetahuan seluruh anggota Komite PMKP dan Penanggung Jawab Mutu Unit tentang upaya peningkatan mutu harus selalu di update dan dilaksanakan.

#### B. Saran

1. Memaksimalkan pertemuan rutin Komite PMKP sebagai upaya sosialisasi seluruh program peningkatan mutu kepada kepala unit maupun penanggung jawab mutu di unit.
2. Peningkatan pemahaman unit kerja tentang PMKP melalui pelatihan internal PMKP secara bertahap untuk seluruh pegawai rumah sakit .
3. Penataan dan pendistribusian ulang seluruh dokumen PMKP yang berupa program, Panduan dan SPO sehingga setiap pegawai lebih memahami upaya peningkatan mutu di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan.
4. Mengoptimalkan upaya validasi data mutu sehingga data mutu dapat ditampilkan dan pertanggungjawabkan di publik.
5. Melakukan peninjauan kembali terhadap profil indikator mutu yang telah dibuat untuk mendapat hasil penilaian mutu yang tidak bias dan berkualitas

Pacitan, Januari 2020  
KETUA KOMITE  
PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN  
RSUD dr. DARSONO KABUPATEN PACITAN  
  
dr AZHAR NUR FATHONI, Sp.THT-KL  
NIP. 19751117 200604 1 010