

LAPORAN KOMITE MUTU, MANAJEMEN RISIKO, DAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN

PERIODE : NOVEMBER



**DISUSUN OLEH :
KOMITE MUTU RSU BUNDA JAKARTA**

2021

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) merupakan kegiatan yang wajib dijalankan oleh seluruh rumah sakit yang dikelola melalui satu Komite yang sudah ditunjuk oleh kepala Rumah Sakit yang tertuang dalam SK (Surat Keputusan).

Berdasarkan Permenkes Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah sakit bahwa setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan tata kelola mutu untuk meningkatkan mutu rumah sakit dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit, dan dalam rangka efektifitas dan efesiensi penyelenggaraan tata kelola mutu rumah sakit, komite lainnya yang melaksanakan fungsi manajemen risiko dan keselamatan pasien dapat diintegrasikan dengan komite mutu.

Berdasarkan hal tersebut RSU Bunda Jakarta telah memiliki Komite Mutu sesuai dengan ketentuan. Berikut laporan yang tertuang adalah laporan tentang kegiatan dari program komite mutu dan keselamatan pasien, manajemen risiko, dan kegiatan pasien safety yang tertuang dalam laporan insiden keselamatan pasien.

B. MAKSUD DAN TUJUAN PELAPORAN

Laporan kegiatan Komite Mutu yaitu sebagai bahan informasi kepada Kepala Rumah Sakit terkait dengan kegiatan pencapaian indikator mutu baik indikator mutu rumah sakit ataupun indikator mutu unit kerja.

Tujuan :

1. Tergambarnya pelaksanaan program kerja bulan November
2. Tergambarnya pencapaian produktifitas pelayanan
3. Tergambarnya pencapaian Indikator Mutu Nasional (IMN)
4. Tergambarnya pencapaian Indikator Mutu Prioritas
5. Tergambarnya pencapaian Indikator Mutu Unit Kerja

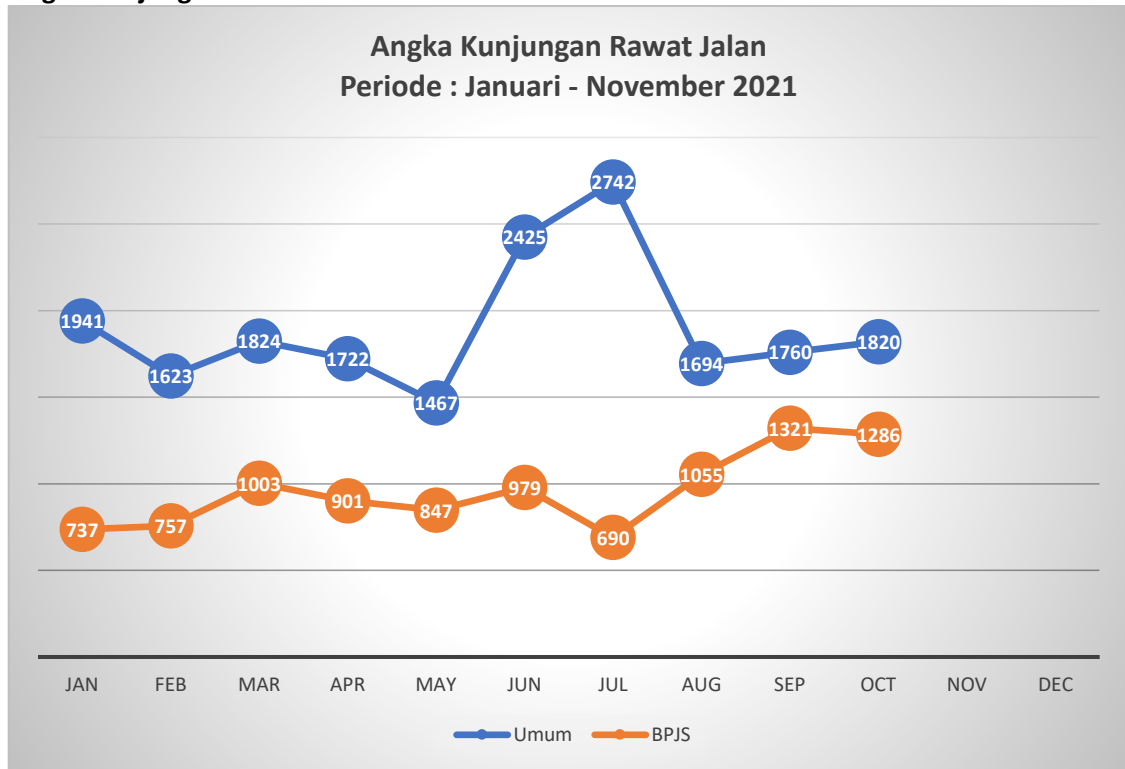
C. RUANG LINGKUP

1. Pelaporan Pelaksanaan Program Kerja Komite Mutu
2. Pelaporan Produktifitas Pelayanan RSU Bunda Jakarta
3. Pelaporan Indikator Mutu (Nasional, Prioritas, dan Unit Kerja)
4. Laporan Insiden Keselamatan Pasien

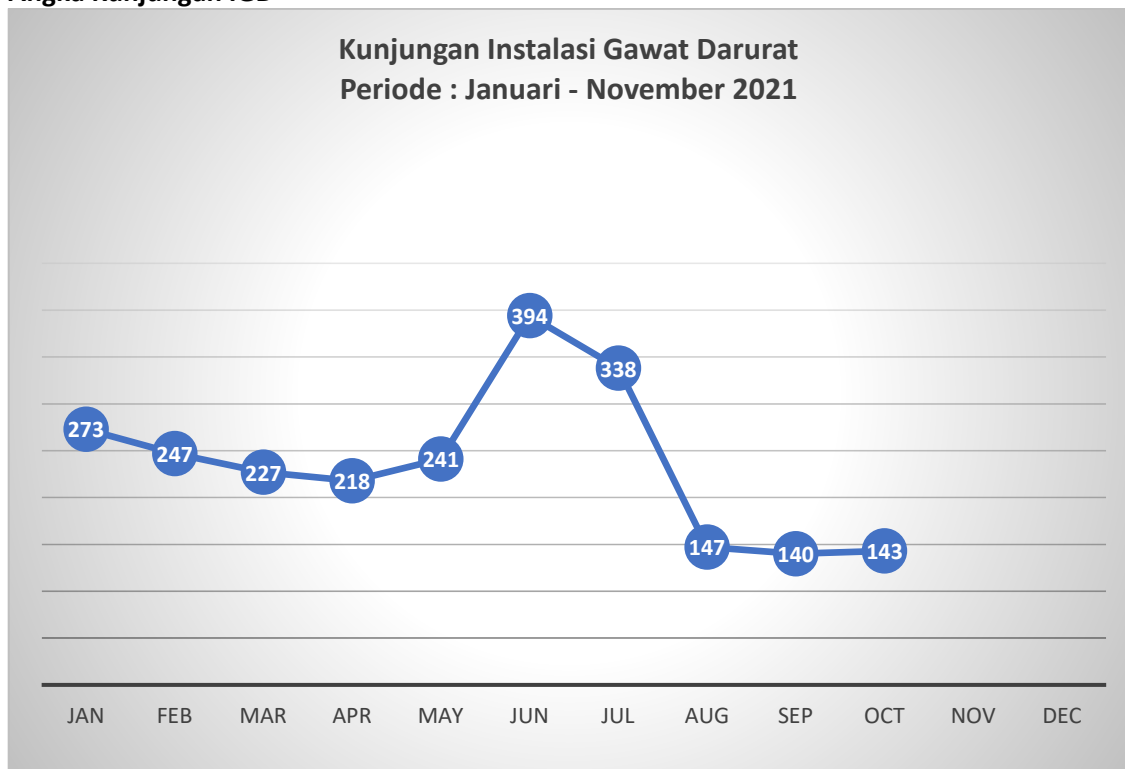
BAB III CAPAIAN HASIL

A. PRODUKTIFITAS PELAYANAN

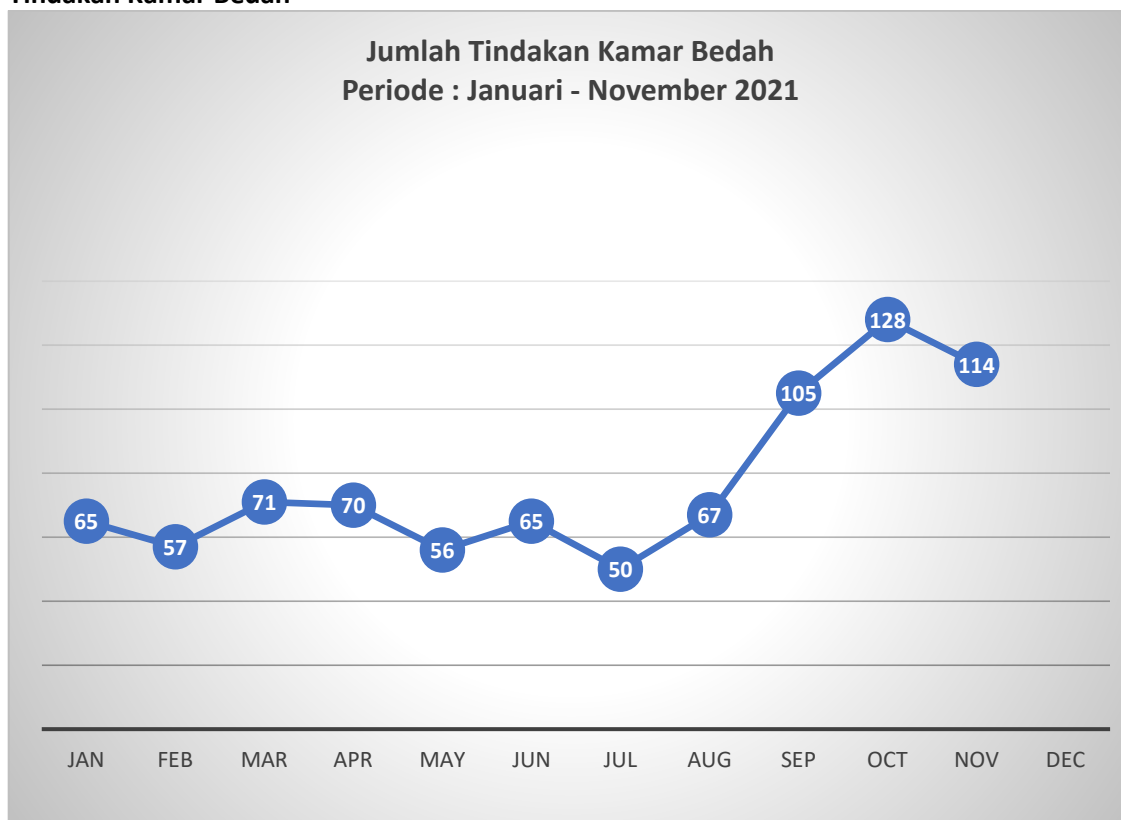
1. Angka Kunjungan Rawat Jalan



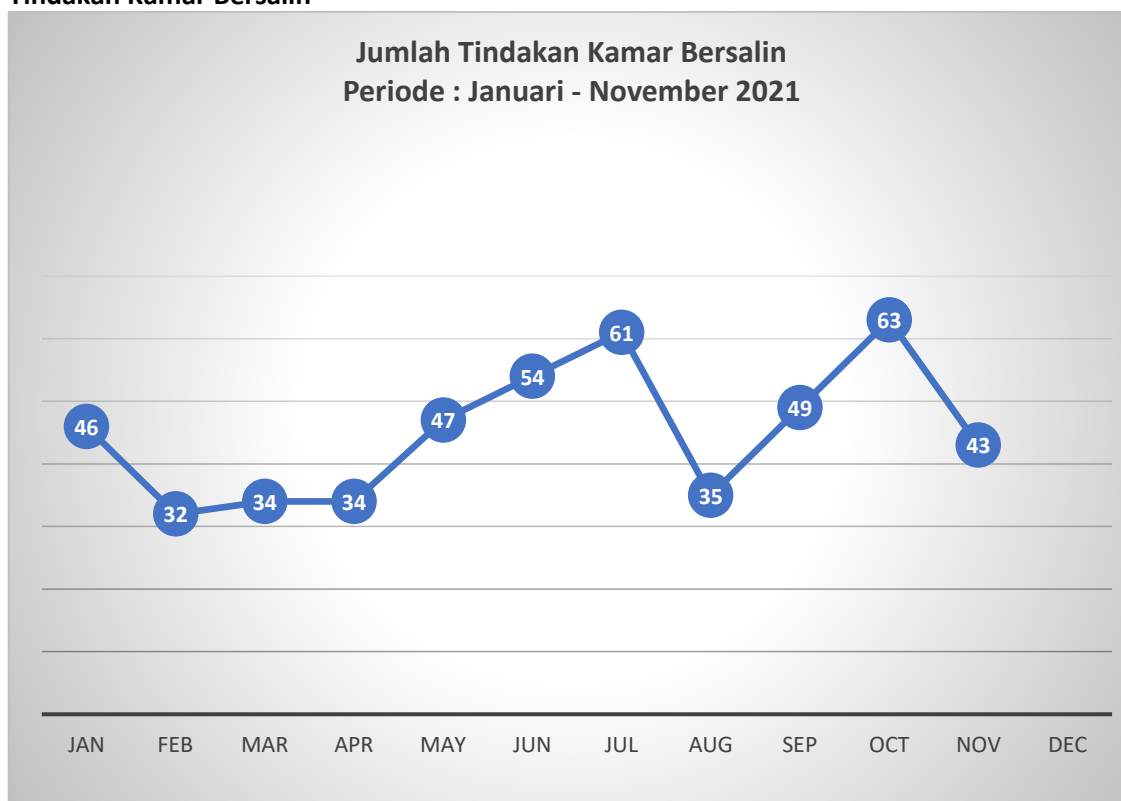
2. Angka Kunjungan IGD



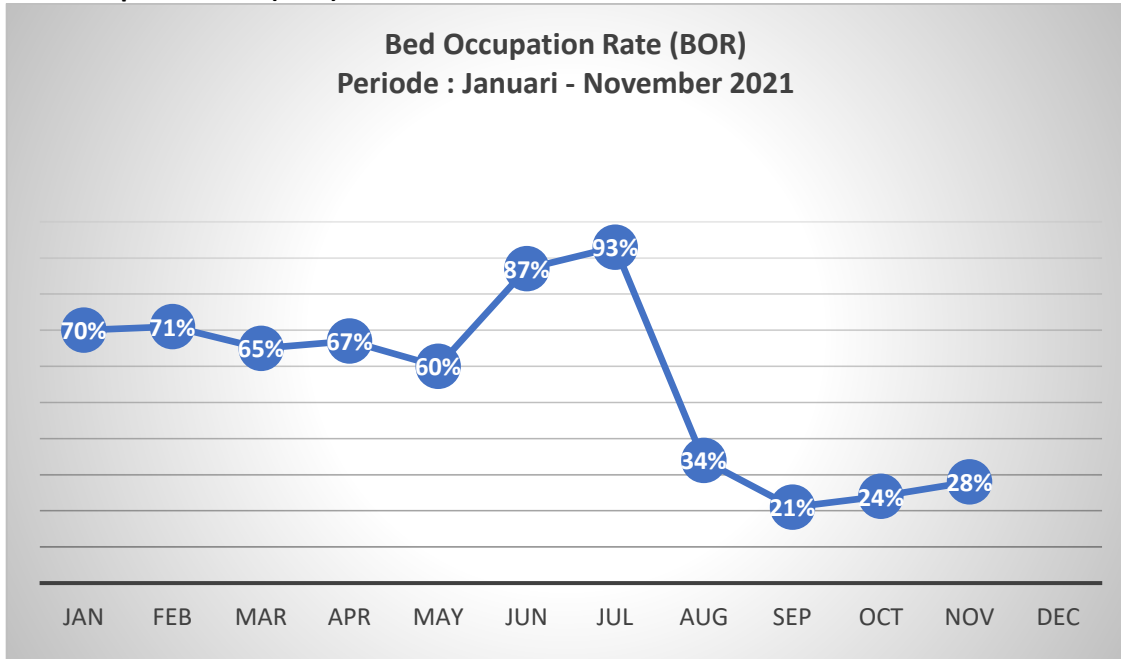
3. Tindakan Kamar Bedah



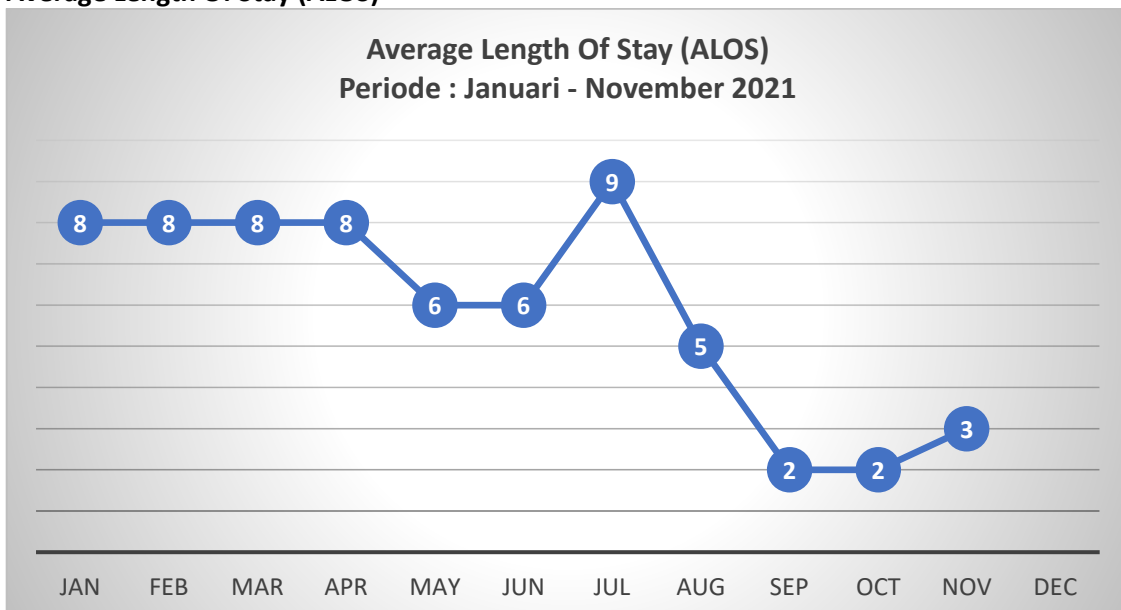
4. Tindakan Kamar Bersalin



5. Bed Occupation Rate (BOR)



6. Average Length Of Stay (ALOS)



7. Analisa LOS/ TOI

Terjadi peningkatan ALOS dari bulan Oktober ke November rata-rata sebesar 1 hari. Hal ini sejalan dengan mulai beragamnya kasus perawatan. Namun RSU Bunda Jakarta, masih lebih didominasi perawatan spesialis Obsgyn dan Anak, beberapa hari belakangan sudah lebih variatif seperti kasus Urologi, Cancer, dan Kardiologi. Penerapan Clinical Pathway juga sedikit banyak mempengaruhi ALOS, dikarenakan sudah mulai diterapkannya ketentuan lama hari rawat. Stabilitasnya nilai TOI dari bulan Oktober dan November, menunjukkan masih belum efisiensinya penggunaan tempat tidur di RSU Bunda Jakarta. Hal ini sejalan dengan nilai BOR yang masih rendah.

Sebagai pembandingan, untuk bulan Juni-Juli, ALOS memanjang karena peningkatan kasus Covid-19, dan untuk TOI rendah karena jarak kekosongan tempat tidur hamper tidak ada (selalu penuh, bahkan sampai waiting list).

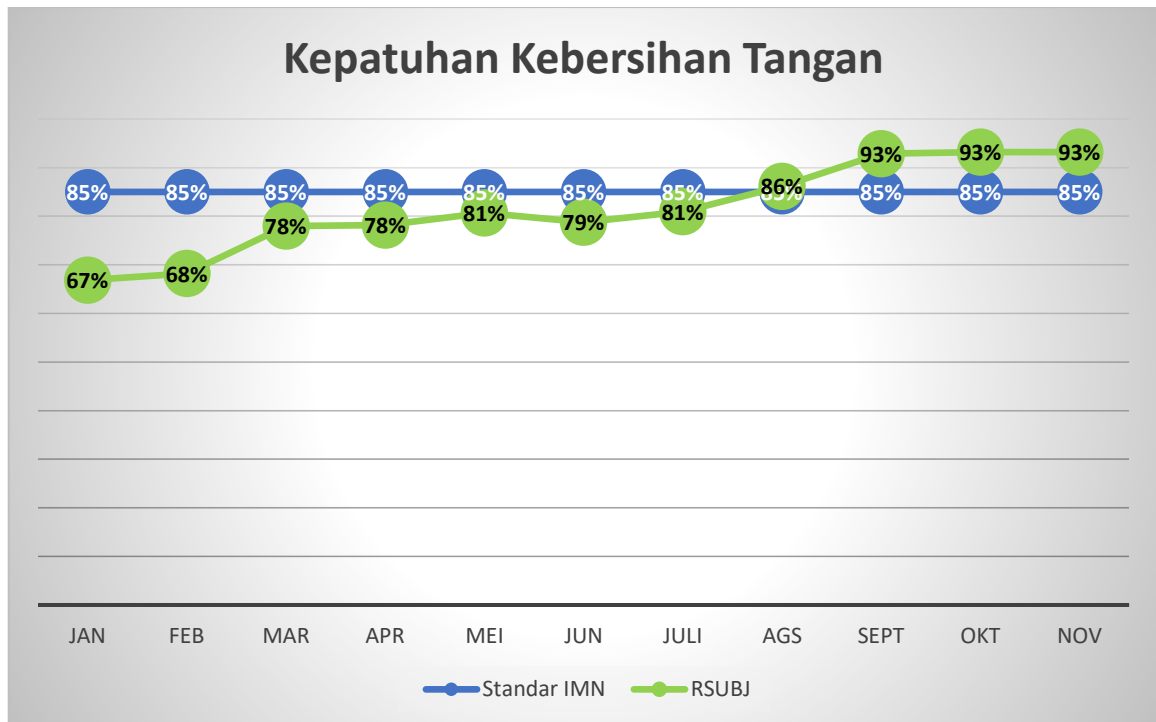
B. CAPAIAN INDIKATOR MUTU NASIONAL (IMN)

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Capaian Unit Kerja :

NO	RUANGAN	JAN			FEB			MAR		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	LANTAI 7	88	100	88%	46	65	71%	69	85	81%
2	LANTAI 6	97	100	97%	79	100	79%	100	100	100%
3	PNS	45	80	56%	56	80	70%	67	97	69%
4	OK	90	100	90%	83	100	83%	96	100	96%
5	POLI	66	100	66%	73	100	73%	80	100	80%
6	ICU	84	95	88%	81	100	81%	69	80	86%
7	BPJS	72	100	72%	60	99	61%	77	100	77%
8	VK	66	100	66%	81	100	81%	57	100	57%
9	BAHANA	71	100	71%	72	89	81%	84	97	87%
10	MCU	40	80	50%	30	39	77%	37	41	90%
11	IGD	65	100	65%	33	45	73%	88	99	89%
12	LAB	53	93	57%	29	42	69%	58	94	62%
13	SASANA	40	52	77%	22	32	69%	80	80	100%
14	RADIOLOGI	32	64	50%	25	31	81%	50	62	81%
15	FARMASI	20	56	36%	55	80	69%	47	63	75%
16	LINEN	63	100	63%	54	100	54%	66	100	66%
17	GIZI	37	100	37%	40	100	40%	10	100	10%
18	NON MEDIS	12	20	60%	11	20	55%	60	100	60%
19	DOKTER	42	80	0%	40	100	0%	51	100	0%
TOTAL/BULAN		1083	1620	67%	970	1422	68%	1246	1698	73%
NO	RUANGAN	APR			MEI			JUN		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	LANTAI 7	45	60	75%	93	100	93%	100	100	100%
2	LANTAI 6	100	100	100%	100	100	100%	100	100	100%
3	PNS	60	100	60%	46	85	54%	50	90	56%
4	OK	94	100	94%	98	100	98%	96	100	96%
5	POLI	96	100	96%	97	100	97%	96	100	96%
6	ICU	29	35	83%	68	80	85%	45	50	90%
7	BPJS	78	100	78%	84	100	84%	63	100	63%
8	VK	71	100	71%	95	95	100%	100	100	100%
9	BAHANA	62	100	62%	73	100	73%	89	100	89%
10	MCU	18	20	90%	29	42	69%	36	36	100%
11	IGD	91	95	96%	96	100	96%	81	100	81%
12	LAB	30	30	100%	100	100	100%	16	16	100%
13	SASANA	80	80	100%	80	80	100%	48	48	100%
14	RADIOLOGI	38	53	72%	42	63	67%	63	100	63%
15	FARMASI	21	24	88%	68	68	100%	66	76	87%
16	LINEN	86	99	87%	77	100	77%	81	100	81%
17	GIZI	30	100	30%	12	100	12%	12	100	12%
18	NON MEDIS	64	100	64%	30	60	50%	51	90	57%
19	DOKTER	45	60	0%	62	100	0%	41	60	0%
TOTAL/BULAN		1138	1456	78%	1350	1673	81%	1234	1566	79%

NO	RUANGAN	JUL			AUG			SEP		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	LANTAI 7	100	100	100%	100	100	100%	100	100	100%
2	LANTAI 6	100	100	100%	97	100	97%	100	100	100%
3	PNS	55	100	55%	49	85	58%	55	77	71%
4	OK	96	100	96%	97	100	97%	97	100	97%
5	POLI	96	100	96%	98	100	98%	97	100	97%
6	ICU	43	50	86%	94	100	94%	95	100	95%
7	BPJS	63	100	63%	63	100	63%	63	100	63%
8	VK	100	100	100%	100	100	100%	100	100	100%
9	BAHANA	81	100	81%	93	99	94%	90	97	93%
10	MCU	40	40	100%	40	40	100%	41	41	100%
11	IGD	100	100	100%	29	30	97%	100	100	100%
12	LAB	60	60	100%	60	60	100%	25	25	100%
13	SASANA	80	80	100%	80	80	100%	80	80	100%
14	RADIOLOGI	57	69	83%	43	67	64%	60	80	75%
15	FARMASI	66	76	87%	70	80	88%	70	70	100%
16	LINEN	80	100	80%	83	100	83%	79	84	94%
17	GIZI	0	100	0%	40	100	40%	95	100	95%
18	NON MEDIS	16	48	33%	40	40	100%	51	51	100%
19	DOKTER	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
TOTAL/BULAN		1233	1523	81%	1276	1481	86%	1398	1505	93%
NO	RUANGAN	OKT			NOV					
		N	D	%	N	D	%			
1	LANTAI 7	100	100	100%	0	0	0%			
2	LANTAI 6	74	80	93%	100	100	100%			
3	PNS	72	85	85%	85	100	85%			
4	OK	100	100	100%	100	100	100%			
5	POLI	97	100	97%	94	100	94%			
6	ICU	97	100	97%	96	100	96%			
7	BPJS	77	100	77%	79	100	79%			
8	VK	100	100	100%	100	100	100%			
9	BAHANA	95	100	95%	90	97	93%			
10	MCU	40	40	100%	39	40	98%			
11	IGD	100	100	100%	100	100	100%			
12	LAB	40	40	100%	80	80	100%			
13	SASANA	80	80	100%	64	64	100%			
14	RADIOLOGI	80	100	80%	80	100	80%			
15	FARMASI	60	60	100%	0	0	0%			
16	LINEN	87	100	87%	17	20	85%			
17	GIZI	85	100	85%	14	20	70%			
18	NON MEDIS	0	0	0%	0	0	0%			
19	DOKTER	0	0	0%	0	0	0%			
TOTAL/BULAN		1384	1485	93%	1138	1221	93%			



Analisa : Dari grafik di atas, menunjukan kepatuhan petugas kesehatan baik medis maupun non medis dalam melakukan kebersihan tangan sudah baik, namun harus tetap di monitoring ketat. Jangan sampai terjadi infeksi nosokomial terjadi di RSU Bunda Jakarta (Sampel = 1221 peluang)

Action Plan :

Plan : Meningkatkan kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan

Do : PJ Unit kerja melakukan monev terhadap kepatuhan petugas dalam melakukan kebersihan tangan

Study : SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : Terlaksana keselamatan pasien

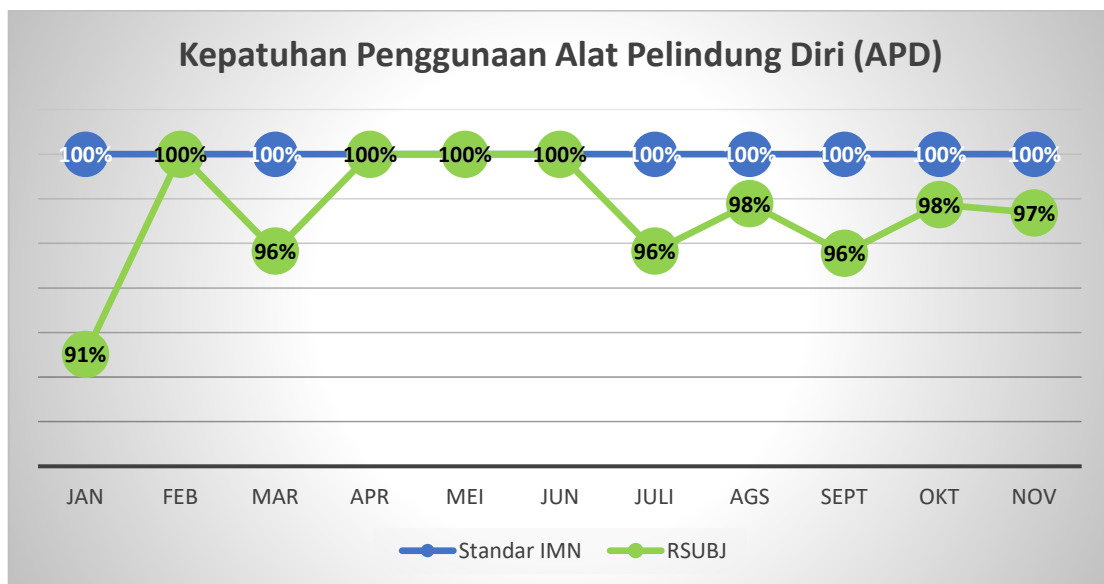
Action : Monev kepatuhan petugas dalam melakukan kebersihan tangan

Time : 30Desember 2021

PIC : Seluruh PJ Unit Kerja dan Komite PPI

2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri

No	Bulan	Standar IMN	Numerator	Denominator	RSUBJ
1	Jan	100%	71	78	91%
2	Feb	100%	24	24	100%
3	Mar	100%	22	23	96%
4	Apr	100%	24	24	100%
5	Mei	100%	24	24	100%
6	Jun	100%	24	24	100%
7	Juli	100%	22	23	96%
8	Ags	100%	88	90	98%
9	Sept	100%	86	90	96%
10	Okt	100%	173	177	98%
11	Nov	100%	74	76	97%



Analisa : Dari grafik di atas, menunjukan proses identifikasi belum mencapai target wajib. Masih ditemukan petugas yang tidak menggunakan APD sesuai tindakan yang dilakukan dengan berbagai alasan. Kedepannya, akan diberlakukan tindakan disiplin terhadap kealpaan penggunaan APD pada saat melakukan tindakan.

Action Plan :

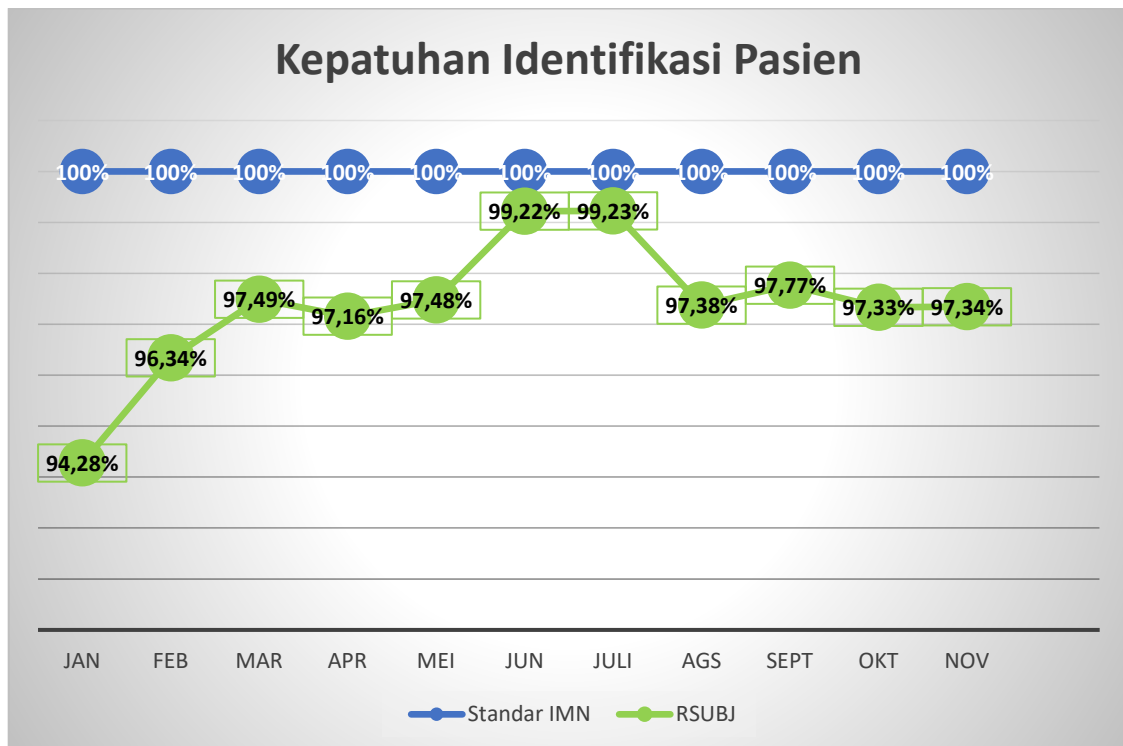
Plan : Mempertahankan kualitas pelayanan
 Do : Monev terhadap kepatuhan penggunaan APD
 Study : SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : Terlaksana keselamatan pasien
 Action : PJ Unit kerja melakukan monev terhadap kepatuhan penggunaan APD

Time : 30 Desember 2021

3. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Pencapaian Unit Kerja :

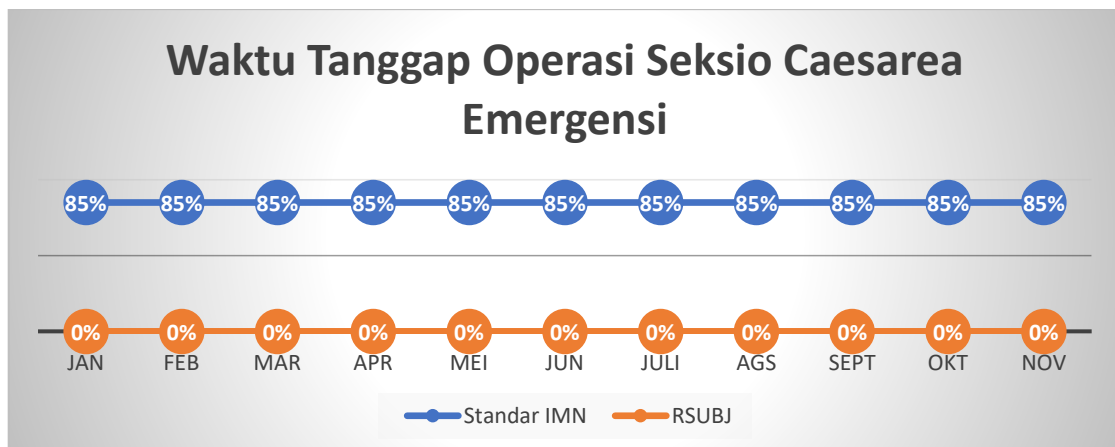
NO	RUANGAN	JAN			FEB			MAR		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	BAHANA	0	0	0,00%	0	0	0,00%	55	59	93,22%
2	ICU	26	35	74,29%	25	35	71,43%	26	35	74,29%
3	LANTAI 6	0	0	0,00%	0	0	0,00%	108	109	99,08%
4	LANTAI 7	179	204	87,75%	180	188	95,74%	91	91	100,00%
5	PNS	43	43	100,00%	37	37	100,00%	55	55	100,00%
6	GIZI	312	312	100,00%	232	232	100,00%	209	209	100,00%
TOTAL/BULAN		560	594	94,28%	474	492	96,34%	544	558	97,49%
NO	RUANGAN	APR			MEI			JUN		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	BAHANA	61	61	100,00%	25	25	100,00%	82	82	100,00%
2	ICU	35	50	70,00%	34	48	70,83%	17	23	73,91%
3	LANTAI 6	84	84	100,00%	123	123	100,00%	133	134	99,25%
4	LANTAI 7	87	87	100,00%	88	88	100,00%	89	89	100,00%
5	PNS	31	31	100,00%	57	57	100,00%	36	34	105,88%
6	GIZI	215	215	100,00%	214	214	100,00%	280	280	100,00%
TOTAL/BULAN		513	528	97,16%	541	555	97,48%	637	642	99,22%
NO	RUANGAN	JUL			AUG			SEP		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	BAHANA	94	94	100,00%	33	33	100,00%	23	23	100,00%
2	ICU	18	22	81,82%	30	40	75,00%	31	40	77,50%
3	LANTAI 6	132	133	99,25%	28	28	100,00%	65	65	100,00%
4	LANTAI 7	75	75	100,00%	99	99	100,00%	77	77	100,00%
5	PNS	36	36	100,00%	44	44	100,00%	72	72	100,00%
6	GIZI	286	286	100,00%	137	137	100,00%	126	126	100,00%
TOTAL/BULAN		641	646	99,23%	371	381	97,38%	394	403	97,77%
NO	RUANGAN	OKT			NOV					
		N	D	%	N	D	%			
1	BAHANA	23	24	95,83%	66	66	100,00%			
2	ICU	37	48	77,08%	31	40	77,50%			
3	LANTAI 6	65	65	100,00%	40	41	97,56%			
4	LANTAI 7	77	77	100,00%	38	39	97,44%			
5	PNS	76	76	100,00%	82	82	100,00%			
6	GIZI	160	160	100,00%	146	146	100,00%			
TOTAL/BULAN		438	450	97,33%	403	414	97,34%			



Analisa	: Dari grafik di atas, pada bulan November menunjukkan proses identifikasi belum mencapai target wajib. Masih ada nakes yang tidak menanyakan nama pasien dan tanggal lahir saat memberikan tindakan pelayanan. (Sampel = 414 nakes)
Action Plan :	
Plan	: Mempertahankan kualitas pelayanan keperawatan
Do	: PJ Unit kerja melakukan monev terhadap ketepatan identifikasi pasien ranap
Study	: SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : Terlaksana keselamatan pasien
Action	: Bedside teaching dalam melakukan setiap tindakan pelayanan oleh PJ Unit Kerja
Time	: 20 Desember 2021
PIC	: Seluruh PJ Rawat Inap dan Kabid Keperawatan

4. Waktu Tanggap Operasi Seksio Caesaria Emergensi

No	Bulan	Standar IMN	Numerator	Denominator	RSUBJ
1	Jan	85%	0	0	#DIV/0!
2	Feb	85%	0	0	#DIV/0!
3	Mar	85%	0	0	#DIV/0!
4	Apr	85%	0	0	#DIV/0!
5	Mei	85%	0	0	#DIV/0!
6	Jun	85%	0	0	#DIV/0!
7	Juli	85%	0	0	#DIV/0!
8	Ags	85%	0	0	#DIV/0!
9	Sept	85%	0	0	#DIV/0!
10	Okt	85%	0	2	0%
11	Nov	85%	0	6	0%



Analisa : Dari grafik di atas, waktu tanggap belum sesuai standar karena untuk kasus-kasus cito masih harus tetap menunggu hasil PCR yang dimana hasil keluar lebih dari 30 menit. Namun monitoring pasien dan persiapan tetap dilakukan extra sehingga proses operasi berjalan dengan baik. Pengumpulan data baru dimulai bulan September 2021.

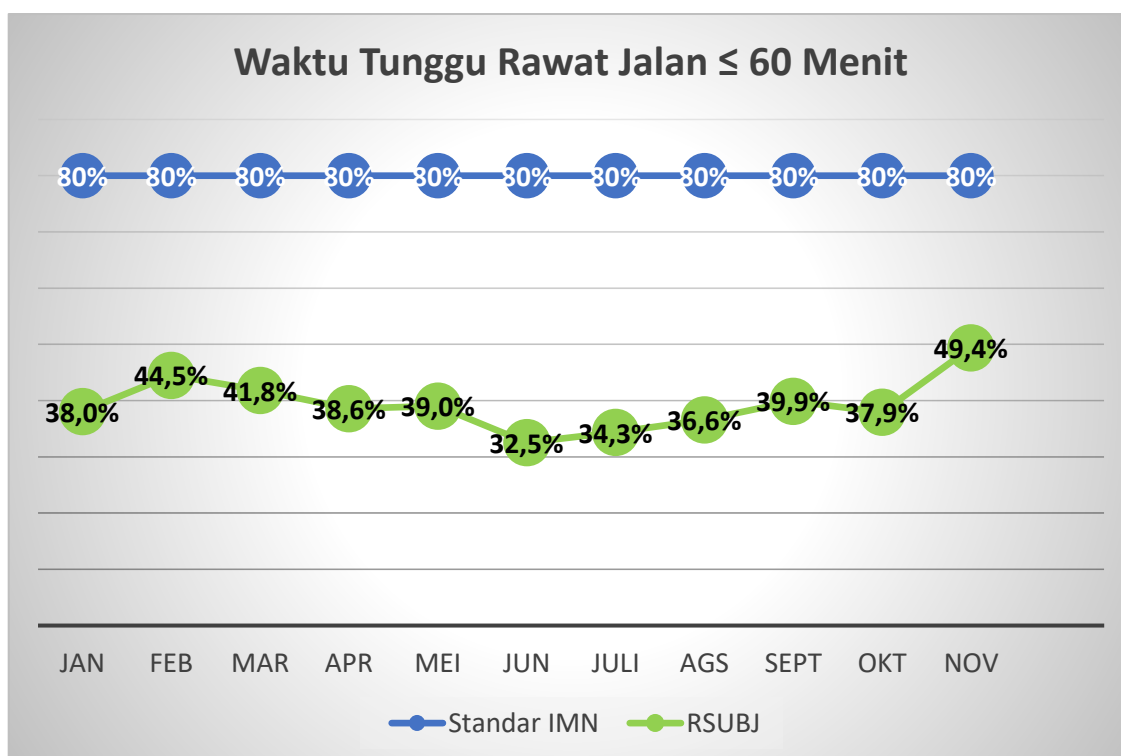
Action Plan :

Plan : Mempertahankan kualitas pelayanan medis
 Do : Monitoring dan evaluasi tata laksana pasien operasi untuk kasus SC emergency
 Check : SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : Terlaksana keselamatan pasien
 Action : Meeting antara Keperawatan dan Medis untuk tata laksana pasien operasi untuk kasus SC emergency

Time : 30 Desember 2021

5. Waktu Tunggu Rawat Jalan

UNIT		JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV
SPESIALIS	N	55	70	80	85	85	75	87	89	90	85	99
	D	85	80	80	85	85	80	90	90	90	85	99
BPJS	N	287	356	427	328	309	309	219	398	541	456	669
	D	814	877	1133	986	925	1100	801	1242	1492	1341	1455
TOTAL/ BULAN	N	342	426	507	413	394	384	306	487	631	541	768
	D	899	957	1213	1071	1010	1180	891	1332	1582	1426	1554
	%	38%	45%	42%	39%	39%	33%	34%	37%	40%	38%	49%



Analisa : Dari grafik di atas, menunjukkan waktu tunggu di poli rawat jalan masih jauh dari standar IMN yakni $\geq 80\%$, terutama poli BPJS. Namun hal ini terjadi karena banyak pasien yang mendaftar jauh sebelum jam praktek dokter. Misalnya : Dokter praktek jam 10.00, namun pasien sudah mendaftar jam 07.00. Jadi seolah-olah pasien menunggu lama untuk mendapatkan pelayanan. sementara dokter hadir tepat sesuai jam praktik. (Sampel : 768 pasien)

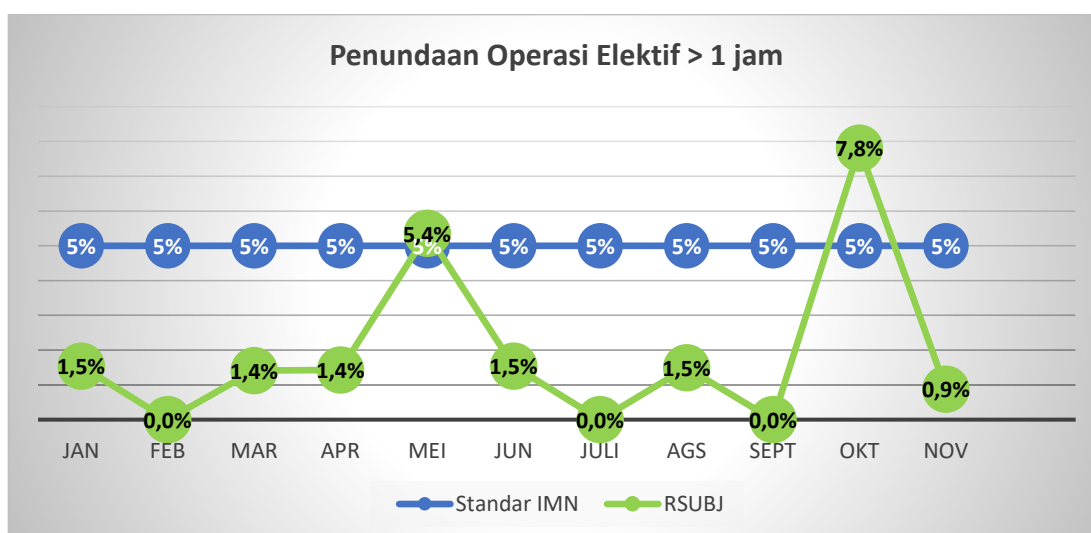
Action Plan :

Plan : Mempertahankan kualitas pelayanan keperawatan
 Do : Perbaiki alur/SOP pendaftaran
 Study : SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : Peningkatan kualitas pelayanan
 Action : Meeting antara team Keperawatan dan Admission untuk review kembali alur/ SOP Pendaftaran pasien rawat jalan

Time : 20 Desember 2021

6. Penundaan Operasi Elektif

No	Bulan	Standar IMN	Numerator	Denominator	RSUBJ
1	Jan	5%	1	65	1,5%
2	Feb	5%	0	57	0,0%
3	Mar	5%	1	71	1,4%
4	Apr	5%	1	70	1,4%
5	Mei	5%	3	56	5,4%
6	Jun	5%	1	65	1,5%
7	Juli	5%	0	50	0,0%
8	Ags	5%	1	67	1,5%
9	Sept	5%	0	105	0,0%
10	Okt	5%	10	128	7,8%
11	Nov	5%	1	114	0,9%



Analisa : Dari grafik di atas, dapat dilihat penundaan operasi elektif mengalami penurunan dari bulan Oktober ke November. Karena sudah dilakukan mapping ruang OK dengan baik dan ruangan OK sudah dapat digunakan semua. Masih ada 1 kejadian, dimana hal ini terjadi karena ada pasien cito yang membutuhkan pelayanan di poliklinik IGD. Jadi Dokter Operator melayani layanan cito terlebih dahulu. (Sampel = 114 pasien)

Action Plan :

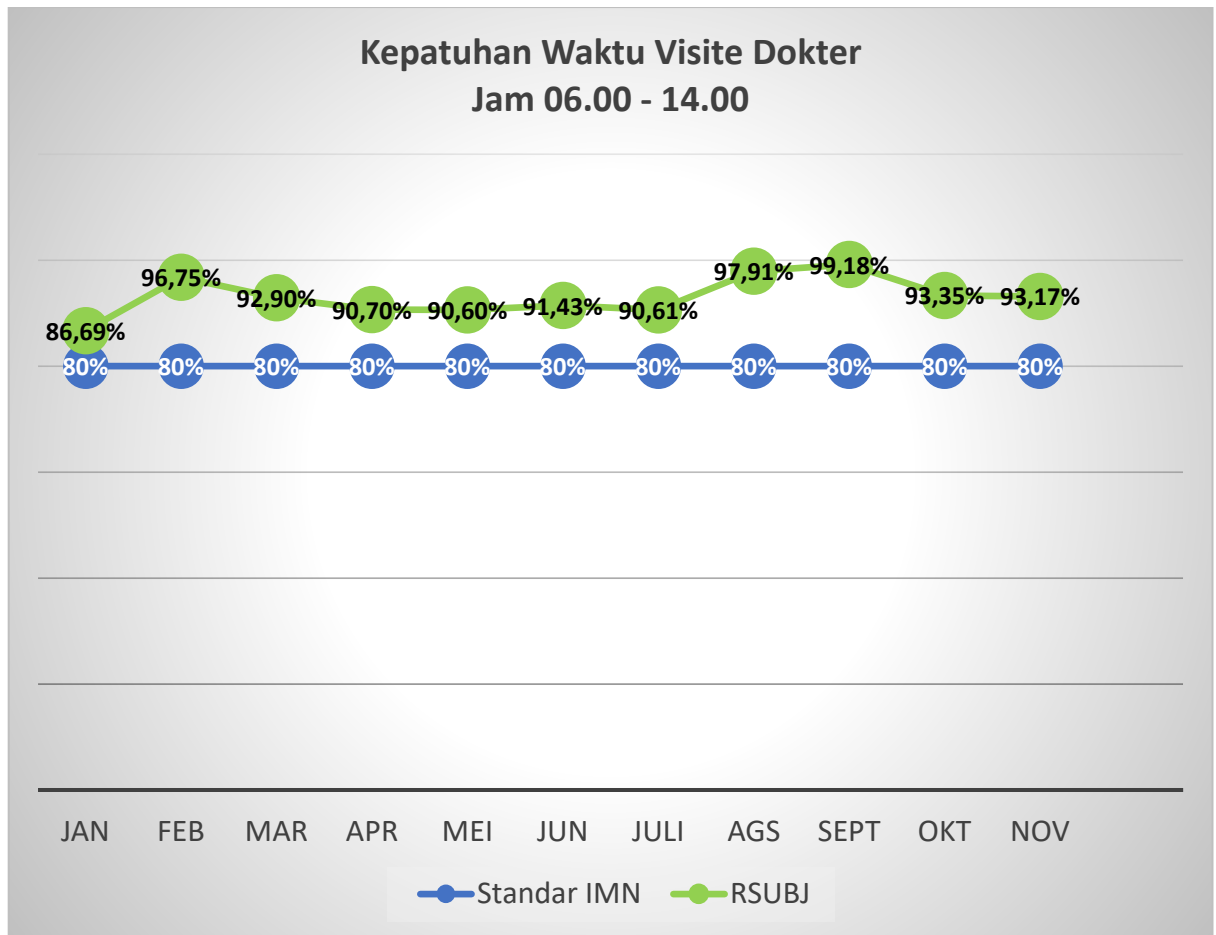
- Plan : Meningkatkan pelayanan kamar operasi dengan jam operasi yang tepat waktu sesuai jadwal
- Do : Tetap melakukan penjadwalan yang akurat agar pasien terlayani dengan baik dan tepat waktu
- Study : SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : Meningkatnya kualitas pelayanan
- Action : Melakukan mapping ruang OK

Time : 20 Desember 2021
 PIC : Ns. Risa (PJ OK)

7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter

Pencapaian Unit Kerja :

NO	RUANGAN	JAN			FEB			MAR		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	BAHANA	0	0	0,00%	0	0	0,00%	48	59	81,36%
2	LANTAI 6	0	0	0,00%	0	0	0,00%	108	109	99,08%
3	LANTAI 7	176	204	86,27%	114	118	96,61%	99	109	90,83%
4	PNS	39	44	88,64%	35	36	97,22%	46	47	97,87%
TOTAL/BULAN		215	248	86,69%	149	154	96,75%	301	324	92,90%
NO	RUANGAN	APR			MEI			JUN		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	BAHANA	55	61	90,16%	25	25	100,00%	80	82	97,56%
2	LANTAI 6	83	84	98,81%	123	123	100,00%	133	134	99,25%
3	LANTAI 7	75	84	89,29%	101	123	82,11%	110	134	82,09%
4	PNS	21	29	72,41%	40	48	83,33%	29	35	82,86%
TOTAL/BULAN		234	258	90,70%	289	319	90,60%	352	385	91,43%
NO	RUANGAN	JUL			AUG			SEP		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	BAHANA	86	94	91,49%	29	33	87,88%	23	23	100,00%
2	LANTAI 6	131	133	98,50%	28	28	100,00%	65	65	100,00%
3	LANTAI 7	108	133	81,20%	278	282	98,58%	214	217	98,62%
4	PNS	32	34	94,12%	40	40	100,00%	61	61	100,00%
TOTAL/BULAN		357	394	90,61%	375	383	97,91%	363	366	99,18%
NO	RUANGAN	OKT			NOV					
		N	D	%	N	D	%			
1	BAHANA	20	26	76,92%	66	66	100,00%			
2	LANTAI 6	67	71	94,37%	38	41	92,68%			
3	LANTAI 7	252	263	95,82%	99	112	88,39%			
4	PNS	40	46	86,96%	70	74	94,59%			
TOTAL/BULAN		379	406	93,35%	273	293	93,17%			



Analisa : Dari grafik di atas, menunjukan kepatuhan Dokter Spesialis (DPJP) untuk melakukan visite ke pasien sesuai waktu yang sudah ditentukan yakni dalam rentang waktu jam 06.00 - 14.00 sudah di atas target pencapaian. Masih ada beberapa dokter yang belum patuh, hal ini terjadi dikarenakan beberapa hal, diantaranya : dokter visite sesuai jam praktik di poliklinik, dokter ada tindakan lain baik di poliklinik ataupun ruang bedah, atau dokter praktik di tempat lain (Sampel = 293 Pasien)

Action Plan :

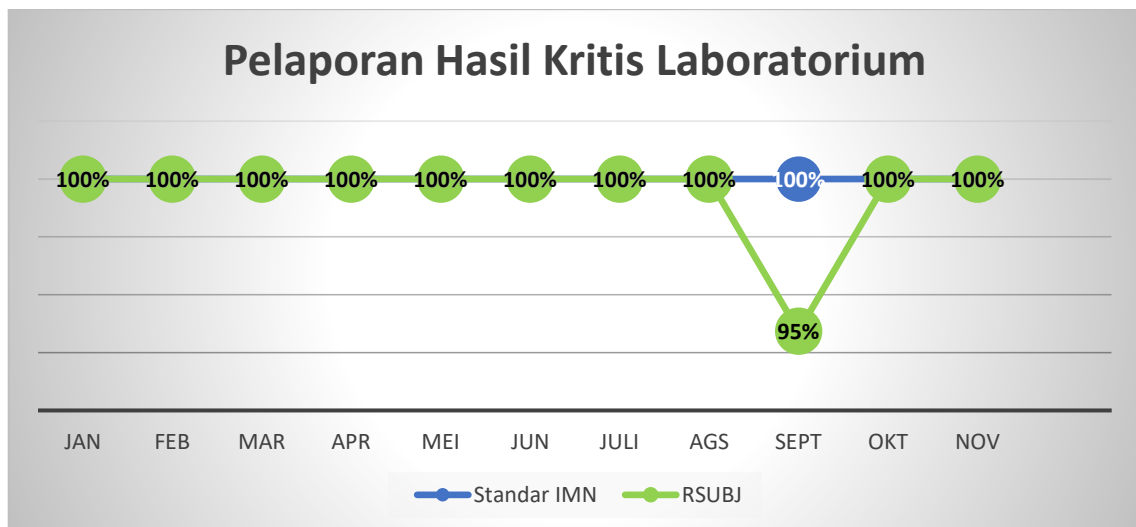
Plan : Mempertahankan kualitas pelayanan kepada pasien
 Do : Meningkatkan komitmen antara RS dengan Dokter Spesialis (DPJP)
 Study : SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : Terlaksana keselamatan pasien
 Action : Menemui Dokter-dokter spesialis untuk diskusi masalah jam visite

Time : 20 Desember 2021

PIC : Kabid Medis

8. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

No	Bulan	Target Pencapaian	Numerator	Denominator	Capaian
1	Jan	100%	9	9	100%
2	Feb	100%	5	5	100%
3	Mar	100%	9	9	100%
4	Apr	100%	6	6	100%
5	Mei	100%	16	16	100%
6	Jun	100%	22	22	100%
7	Juli	100%	20	20	100%
8	Ags	100%	23	23	100%
9	Sept	100%	18	19	95%
10	Okt	100%	13	13	100%
11	Nov	100%	51	51	100%



Analisa : Dari grafik di atas, menunjukan pelaporan hasil laboratorium kritis sudah sesuai standar IMN. (Sampel = 51 Hasil Laboratorium Kritis)

Action Plan :

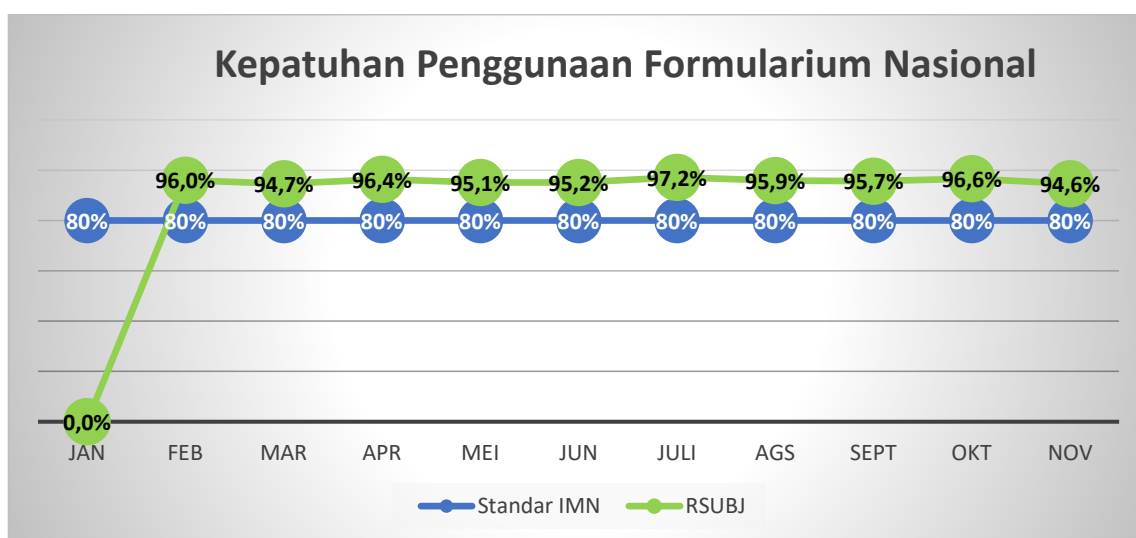
Plan : Mempertahankan kualitas pelayanan laboratorium
 Do : PJ Unit kerja melakukan monev terhadap kecepatan pelaporan hasil laboratorium dengan nilai kritis sesuai standar IMN.
 Study : SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : Terlaksana keselamatan pasien
 Action : Monitoring dan evaluasi pelaksanaan pelaporan oleh PJ Unit Kerja

Time : 20 Desember 2021

PIC : Seluruh PJ Rawat Inap dan PJ Laboratorium

9. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

No	Bulan	Standar IMN	Numerator	Denominator	RSubj
1	Jan	80%	0	0	0,0%
2	Feb	80%	1292	1346	96,0%
3	Mar	80%	1649	1742	94,7%
4	Apr	80%	1494	1550	96,4%
5	Mei	80%	1407	1480	95,1%
6	Jun	80%	1086	1141	95,2%
7	Juli	80%	1167	1201	97,2%
8	Ags	80%	469	489	95,9%
9	Sept	80%	1828	1911	95,7%
10	Okt	80%	1829	1893	96,6%
11	Nov	80%	2130	2252	94,6%



Analisa : Dari grafik di atas, menunjukan kepatuhan penggunaan Formularium Nasional sudah di atas target wajib. (Sampel = 2252 R/ resep)

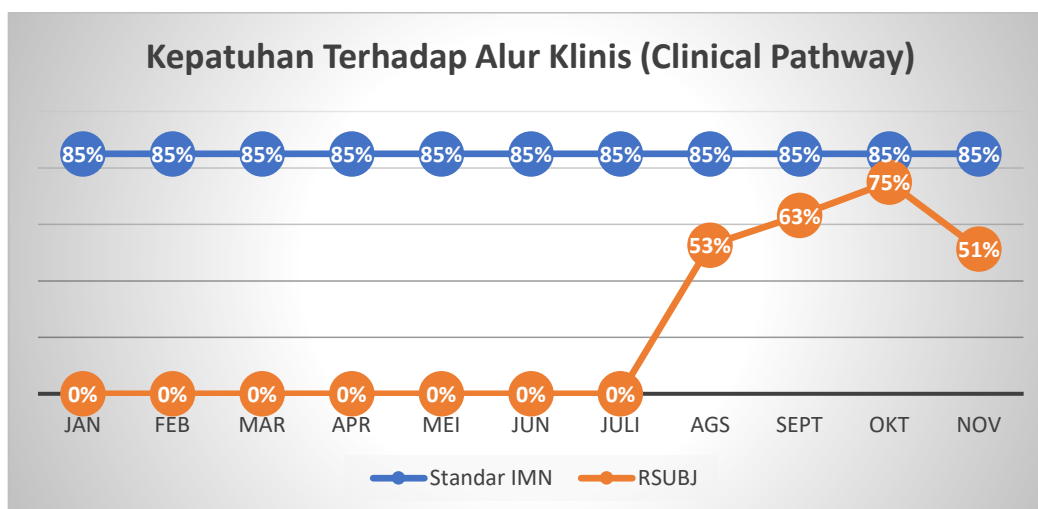
Action Plan :

- Plan : Mempertahankan kualitas pelayanan Farmasi
- Do : PJ Unit kerja melakukan monev terhadap kepatuhan dokter dalam menggunakan formularium nasional dan ketersediaan obat dalam fornasi di gudang farmasi
- Study : SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : Terlaksana keselamatan pasien
- Action : Menemui DPJP yang belum patuh dalam menggunakan formularium nasional dan melakukan monitoring rutin terhadap ketersediaan obat-obat sesuai fornasi

Time : 20 Desember 2021

10. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)

No	Bulan	Standar IMN	Numerator	Denominator	RSUBJ
1	Jan	85%	0	0	0%
2	Feb	85%	0	0	0%
3	Mar	85%	0	0	0%
4	Apr	85%	0	0	0%
5	Mei	85%	0	0	0%
6	Jun	85%	0	0	0%
7	Juli	85%	0	0	0%
8	Ags	85%	10	19	53%
9	Sept	85%	12	19	63%
10	Okt	85%	3	4	75%
11	Nov	85%	20	39	51%



Analisa : Dari grafik di atas, menunjukan ada proses pelaksanaan Clinical Pathway yang sudah mulai berjalan. Dari bulan Januari - Juli belum dilakukan pelaksanaan karena belum ada sosialisasi tentang pelaksanaan clinical pathway. Bulan November, diagnosa sudah mulai variatif tidak hanya terbatas kasus Anak dan Obsgyn saja.

Action Plan :

Plan : Mempertahankan kualitas pelayanan

Do : PJ Unit kerja melakukan monev

Check : SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : Terlaksana keselamatan pasien

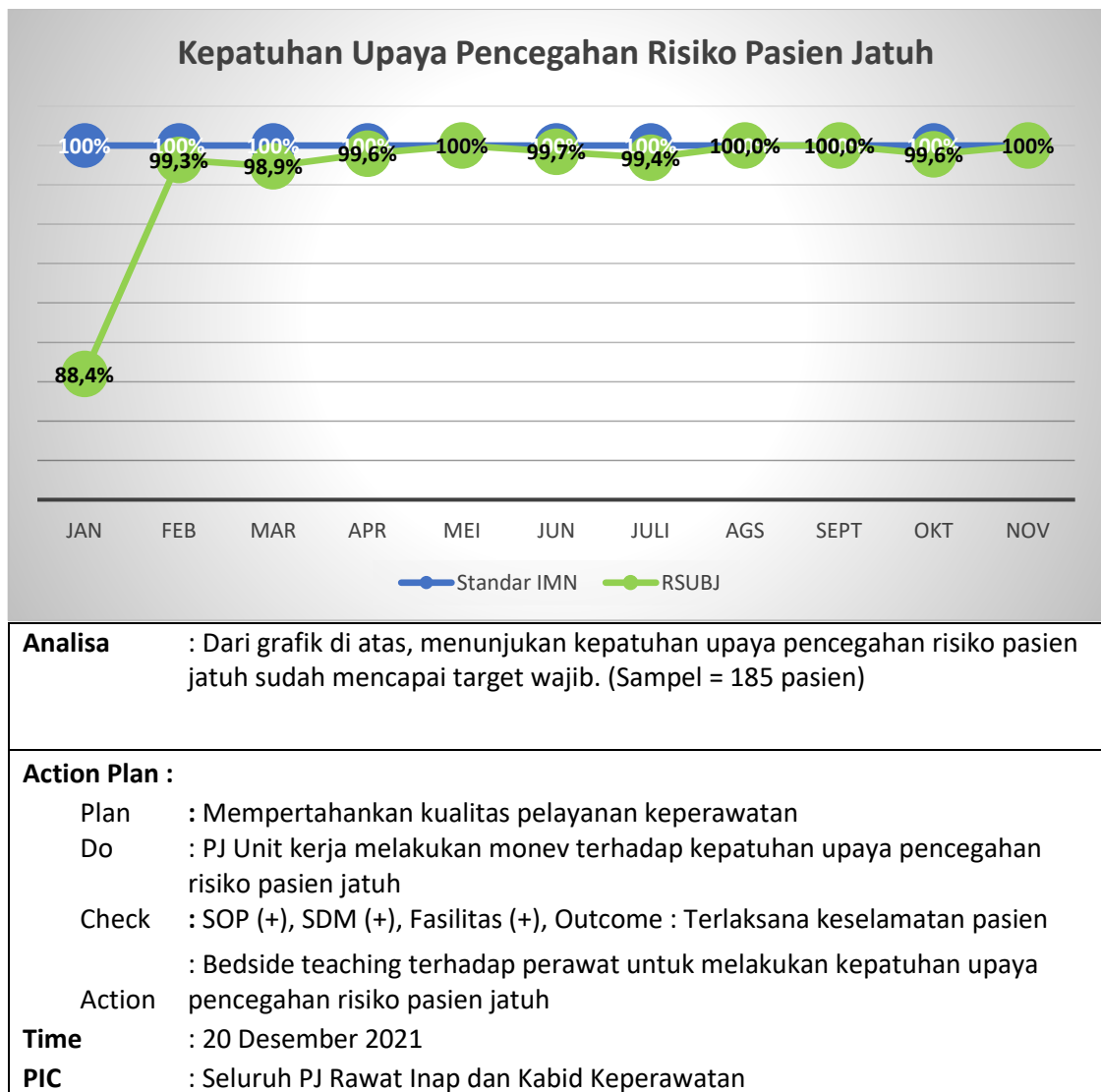
Action : Koordinasi Kabid Medis dengan Komite Medik untuk tata laksana clinical pathway.

Time : 30 Desember 2021
 PIC : Seluruh PJ Rawat Inap dan Kabis Keperawatan

11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

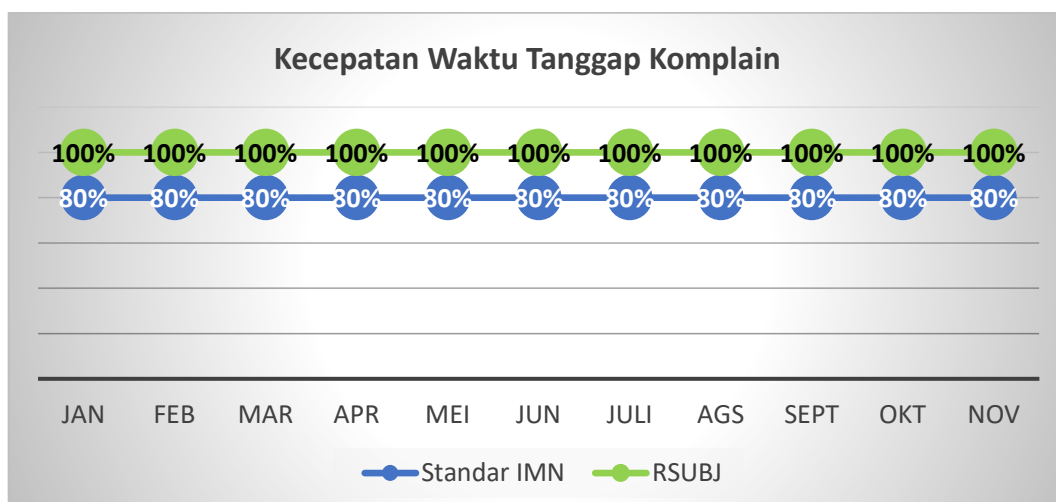
Pencapaian Unit Kerja :

NO	RUANGAN	JAN			FEB			MAR		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	BAHANA	0	0	0%	0	0	0%	57	59	96,61%
2	LANTAI 6	0	0	0%	0	0	0%	0%	109	99,08%
3	LANTAI 7	178	204	87,25%	117	118	99,15%	91	91	100%
4	PNS	20	20	100%	18	18	100%	24	24	100%
TOTAL/BULAN		198	224	88,39%	135	136	99,26%	280	283	98,94%
NO	RUANGAN	APR			MEI			JUN		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	BAHANA	61	61	100%	25	25	100%	82	82	100,00%
2	LANTAI 6	83	84	98,81%	123	123	100%	133	134	99,25%
3	LANTAI 7	87	87	100%	87	87	100%	88	88	100%
4	PNS	14	14	100%	24	24	100%	16	16	100%
TOTAL/BULAN		245	246	99,59%	259	259	100	319	320	99,69%
NO	RUANGAN	JUL			AUG			SEP		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	BAHANA	94	94	100%	33	33	100%	23	23	100%
2	LANTAI 6	131	133	98,50%	28	28	100%	65	65	100%
3	LANTAI 7	75	75	100%	99	99	100%	77	77	100%
4	PNS	17	17	100%	23	23	100%	61	61	100%
TOTAL/BULAN		317	319	99,37%	183	183	100	226	226	100
NO	RUANGAN	OKT			NOV					
		N	D	%	N	D	%			
1	BAHANA	23	24	95,83%	66	66	100%			
2	LANTAI 6	71	71	100%	41	41	100%			
3	LANTAI 7	95	95	100%	38	38	100%			
4	PNS	37	37	100%	40	40	100%			
TOTAL/BULAN		226	227	99,56%	185	185	100			



12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

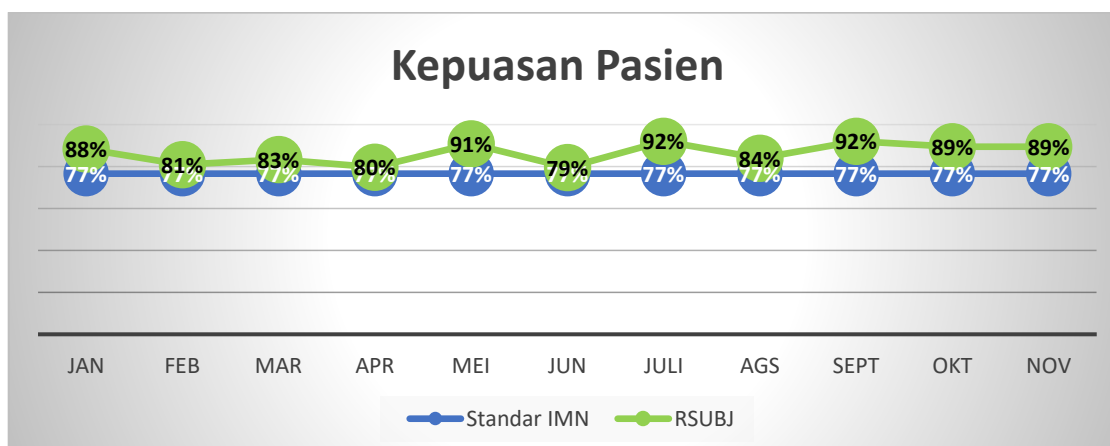
No	Bulan	Standar IMN	Numerator	Denominator	RSubj
1	Jan	80%	78	78	100%
2	Feb	80%	84	84	100%
3	Mar	80%	84	84	100%
4	Apr	80%	84	84	100%
5	Mei	80%	87	87	100%
6	Jun	80%	78	78	100%
7	Juli	80%	76	76	100%
8	Ags	80%	75	75	100%
9	Sept	80%	76	76	100%
10	Okt	80%	85	85	100%
11	Nov	80%	123	123	100%



Analisa	: Dari grafik di atas, menunjukan proses respon petugas Client Service dalam menanggapi dan menindaklanjuti komplain sudah di atas target IMN. Hal ini dilakukan agar pasien merasa diperhatikan dalam setiap pelayanan, baik itu pelayanan medis maupun pelayanan keluhan pelanggan.
Action Plan :	
Plan	: Mempertahankan kualitas pelayanan client service
Do	: Monitoring dan evaluasi kegiatan penanganan komplain dan hasil action plan
Study	: SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : Peningkatan kualitas pelayanan
Action	: PJ Unit dan Manager Patient Journey melakukan monev dan briefing terhadap setiap input dari pasien
Time	: 30 Desember 2021
PIC	: Seluruh PJ Unit dan Manager Patient Journey

13. Kepuasan Pasien

No	Bulan	Standar IMN	Numerator	Denominator	RSUBJ
1	Jan	77%	69	78	88%
2	Feb	77%	68	84	81%
3	Mar	77%	70	84	83%
4	Apr	77%	67	84	80%
5	Mei	77%	79	87	91%
6	Jun	77%	62	78	79%
7	Juli	77%	70	76	92%
8	Ags	77%	63	75	84%
9	Sept	77%	70	76	92%
10	Okt	77%	76	85	89%
11	Nov	77%	110	123	89%



Analisa	: Dari grafik di atas, menunjukkan kepuasan pasien dalam pelayanan RSUD Bunda Jakarta secara keseluruhan sudah di atas target IMN. Namun hal ini harus tetap menjadi perhatian agar kepuasan pasien tetap terjaga agar pasien menjadi loyal terhadap RS, dan muncul juga pasien-pasien baru sebagai sahabat Bunda.
Action Plan :	
Plan	: Mempertahankan dan meningkatkan kepuasan pasien
Do	: Monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan seluruh unit
Study	: SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : Peningkatan kepuasan pasien terhadap pelayanan
Action	: PJ Unit dan Manager Patient Journey melakukan monev dan briefing terhadap setiap input dari pasien
Time	: 30 Desember 2021
PIC	: Seluruh PJ Unit dan Manager Patient Journey

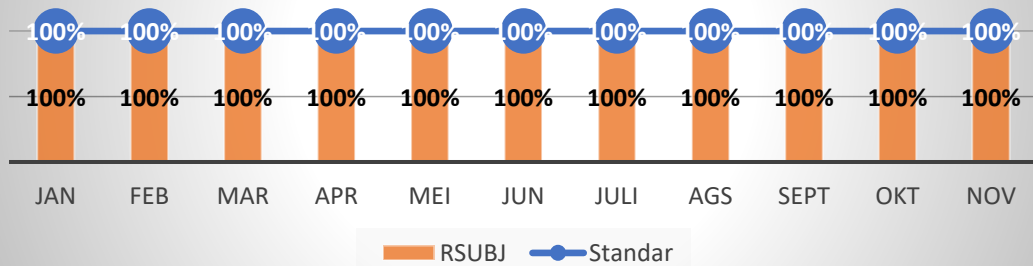
C. CAPAIAN INDIKATOR MUTU PRIORITAS

1. Indikator Area Klinis

a. Angka pengkajian awal medis pada pasien rawat inap selesai dalam 24 jam

No	Bulan	Standar	Numerator	Denominator	RSubj
1	Jan	100%	50	50	100%
2	Feb	100%	50	50	100%
3	Mar	100%	50	50	100%
4	Apr	100%	50	50	100%
5	Mei	100%	50	50	100%
6	Jun	100%	50	50	100%
7	Juli	100%	50	50	100%
8	Ags	100%	50	50	100%
9	Sept	100%	50	50	100%
10	Okt	100%	50	50	100%
11	Nov	100%	50	50	100%

Angka pengkajian awal medis pada pasien rawat inap selesai dalam 24 jam

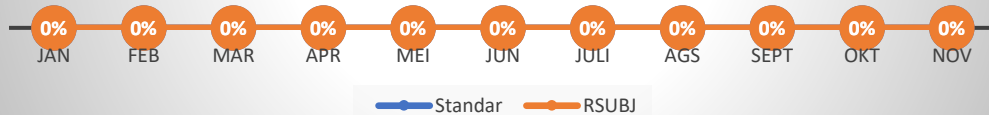


Analisa	: Pengisian pengkajian awal medis sudah sesuai standar, dikarenakan tim GP sudah mulai berkomitmen untuk penyelesaian pengkajian dalam waktu 24 jam
Action Plan :	
Plan	: Mempertahankan komitmen pengisian pengkajian awal medis dan melakukan monitoring tiap bulan
Do	: Resosialisasi kepada seluruh GP dan perawat yang terkait. Pengisian harus lengkap sampai ttd dan nama jelas.
Study	: SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : Meningkatnya kualitas pelayanan
Action	: Monitoring pengisian pengkajian awal medis melalui review rekam medis setiap bulan.
Time	: 20 Desember 2021
PIC	: Kabid Keperawatan, Medis, dan Bapak Iben (MR)

b. Pemakaian antibiotik double pada pasien Sectio Caesaria

No	Bulan	Standar	Numerator	Denominator	RSUBJ
1	Jan	0%	0	19	0%
2	Feb	0%	0	16	0%
3	Mar	0%	0	23	0%
4	Apr	0%	0	14	0%
5	Mei	0%	0	22	0%
6	Jun	0%	0	18	0%
7	Juli	0%	0	16	0%
8	Ags	0%	0	23	0%
9	Sept	0%	0	27	0%
10	Okt	0%	0	35	0%
11	Nov	0%	0	57	0%

Pemakaian antibiotik double pada pasien Sectio Caesaria

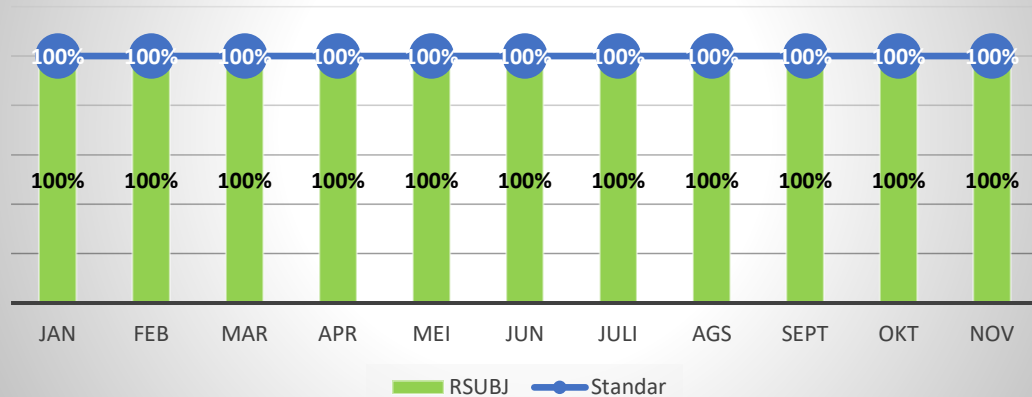


Analisa	: Sudah berjalan baik sesuai standar (Sampel : 57 Pasien)
Action Plan :	
Plan	: Meningkatkan dan mempertahankan pencapaian kualitas pelayanan medis
Do	: Telaah resep farmasi klinis
Check	: SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : Meningkatnya kualitas pelayanan dengan menjalankan clinical pathway SC
Action	: Koordinasi dengan case manager untuk berjalannya clinical pathway
Time	: 30 Desember 2021
PIC	: Ns. Risa (PJ OK) dan Kabid Medis

c. Kepatuhan monitoring pasien post anestesi Spinal di kamar

No	Bulan	Standar	Numerator	Denominator	RSUBJ
1	Jan	100%	65	65	100%
2	Feb	100%	57	57	100%
3	Mar	100%	71	71	100%
4	Apr	100%	70	70	100%
5	Mei	100%	56	56	100%
6	Jun	100%	65	65	100%
7	Juli	100%	50	50	100%
8	Ags	100%	67	67	100%
9	Sept	100%	105	105	100%
10	Okt	100%	128	128	100%
11	Nov	100%	114	114	100%

Kepatuhan Monitoring Pasien Post Anestesi Spinal di Kamar Bedah



Analisa : Dari grafik di atas, terlihat pencapaian sudah memenuhi standar (Sampel = 114 pasien)

Action Plan :

Plan : Mempertahankan pencapaian kualitas pelayanan kamar operasi
 Do : Pengajuan pelatihan penata anestesi ke bagian SDM
 Study : SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), terlaksananya pengawasan oleh dr anestesi dan penata anestesi
 Action : Lakukan pelatihan penata anestesi dan penjadwalan standby untuk dokter anestesi

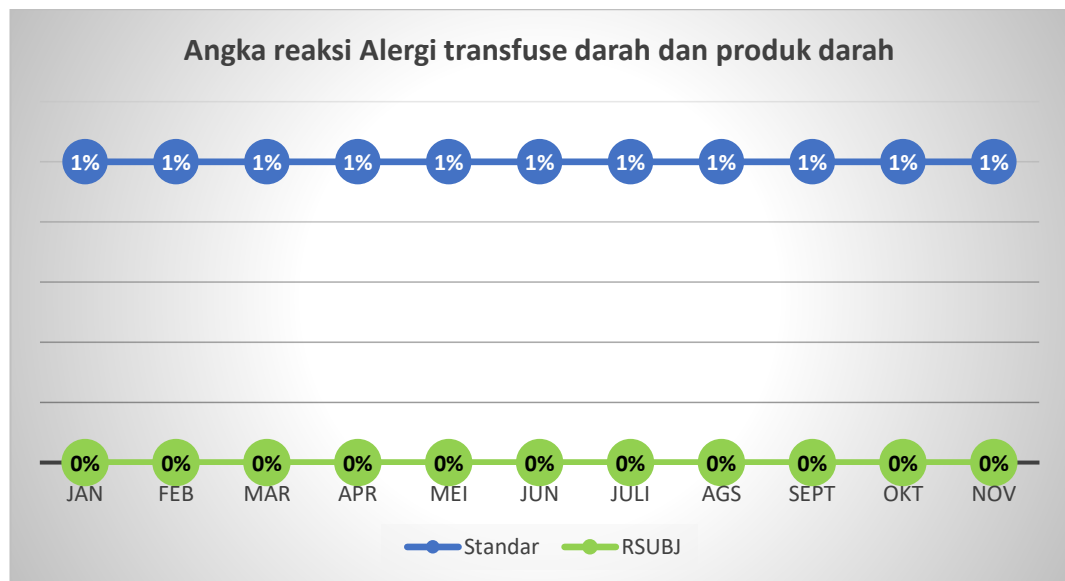
Time : 30 Desember 2021

PIC : Ns. Risa (PJ OK)

d. Angka reaksi Alergi transfuse darah dan produk darah

No	Bulan	Standar	Numerator	Denominator	RSUBJ
1	Jan	1%	0	10	0%
2	Feb	1%	0	2	0%
3	Mar	1%	0	3	0%
4	Apr	1%	0	5	0%
5	Mei	1%	0	3	0%
6	Jun	1%	0	3	0%
7	Juli	1%	0	3	0%
8	Ags	1%	0	5	0%
9	Sept	1%	0	5	0%
10	Okt	1%	0	10	0%

11	Nov	1%	0	0	0%
----	-----	----	---	---	----



Analisa : Dari grafik di atas, terlihat tidak ada kejadian reaksi alergi transfusi dalam pemberian darah. (data yang diambil baru dari lantai 7)

Action Plan :

Plan : Mempertahankan pencapaian kualitas pelayanan keperawatan
Do : Sosialisasi SOP Pemberian transfusi darah
Study : SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : Tidak terjadi reaksi alergi
Action : Lakukan resosialisasi SOP Pemberian tranfusi darah

Time : 30 Desember 2021

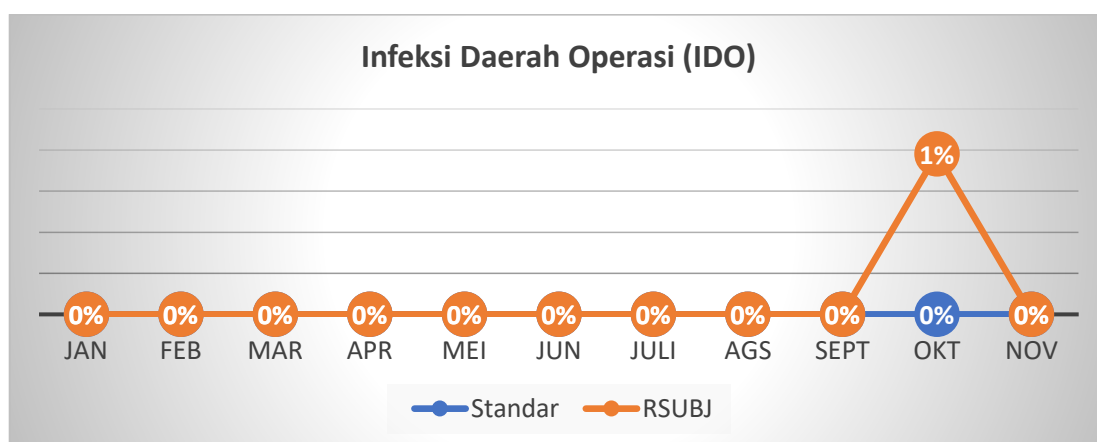
PIC : Semua PJ Unit Rawat Inap

e. Angka Kelengkapan Pengisian Form Resume Medis

f. Infeksi Daerah Operasi (IDO)

No	Bulan	Standar	Numerator	Denominator	RSUBJ
1	Jan	0%	0	65	0%
2	Feb	0%	0	57	0%
3	Mar	0%	0	71	0%
4	Apr	0%	0	70	0%
5	Mei	0%	0	56	0%
6	Jun	0%	0	65	0%
7	Juli	0%	0	50	0%
8	Ags	0%	0	67	0%
9	Sept	0%	0	105	0%

10	Okt	0%	1	128	1%
11	Nov	0%	0	114	0%



Analisa : Dari grafik di atas, terlihat adanya angka kejadian infeksi daerah operasi pada pasien yang dilakukan pembedahan. (Sampel = 114 pasien)

Action Plan :

Plan : Mempertahankan kualitas pelayanan keperawatan
Do : Dilakukan screening pra pembedahan pada pasien-pasien yang berisiko tinggi (geriatri atau memiliki komorbid)
Study : SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : Meningkatnya kualitas pelayanan dan keselamatan pasien
Action : Dilaksanakan screening pra pembedahan oleh PPI, DPJP, dan tim keperawatan

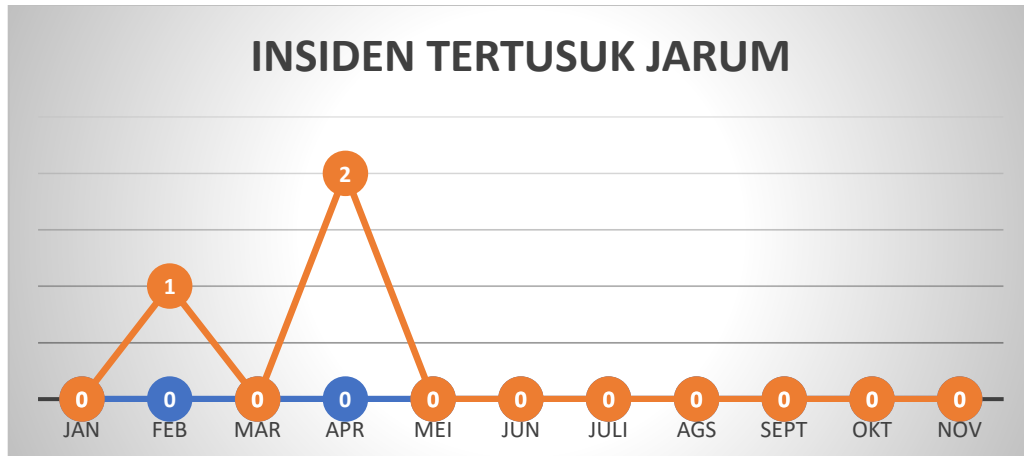
Time : 30 Desember 2021

PIC : PJ Unit Rawat Inap, Rawat Jalan, dan PPI

g. Insiden tertusuk jarum

No	Bulan	Standar (perkejadian)	RSUBJ (perkejadian)
1	Jan	0	0
2	Feb	0	1
3	Mar	0	0
4	Apr	0	2
5	Mei	0	0
6	Jun	0	0
7	Juli	0	0
8	Ags	0	0

9	Sept	0	0
10	Okt	0	0
11	Nov	0	0



Analisa : Dari data di atas, sudah tidak pernah terjadi insiden tertusuk jarum.

Action Plan :

Plan : Menurunkan angka tertusuk jarum
Do : PJ Unit selalu mengingatkan tatalaksana penggunaan benda tajam
Study : SOP APD melakukan penyuntikan, SOP Pembuangan benda tajam, SOP tatalaksana sampah medis, SOP Cek alkes pasca tindakan, Fasilitas tempat pembuangan jarum (+), Pengetahuan SDM (+)
Action : Lakukan resosialisasi SOP secara berkala

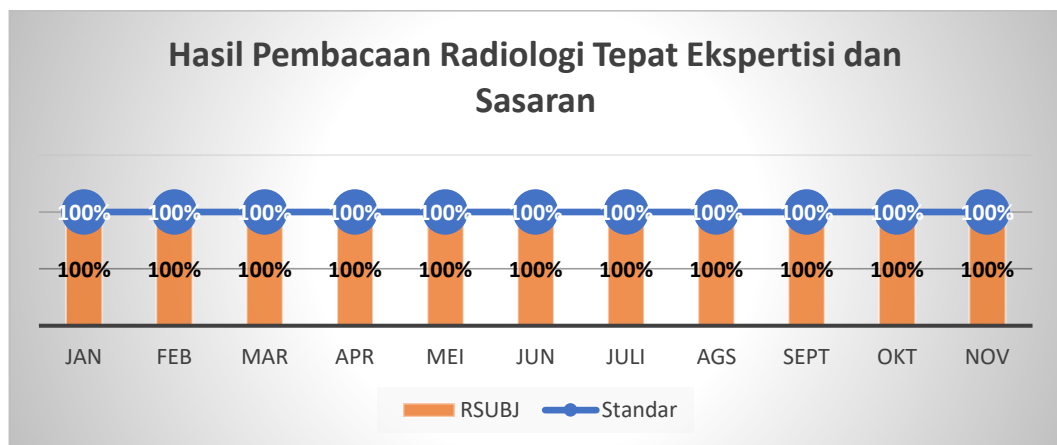
Time : 30 Desember 2021

PIC : Desti (K3)

h. Hasil pembacaan radiologi tepat ekspertisi dan sasaran

No	Bulan	Standar	Numerator	Denominator	RSUBJ
1	Jan	100%	125	125	100%
2	Feb	100%	129	129	100%
3	Mar	100%	128	128	100%
4	Apr	100%	145	145	100%
5	Mei	100%	89	89	100%
6	Jun	100%	155	155	100%
7	Juli	100%	170	170	100%
8	Ags	100%	113	113	100%
9	Sept	100%	71	71	100%

10	Okt	100%	130	130	100%
11	Nov	100%	85	85	100%

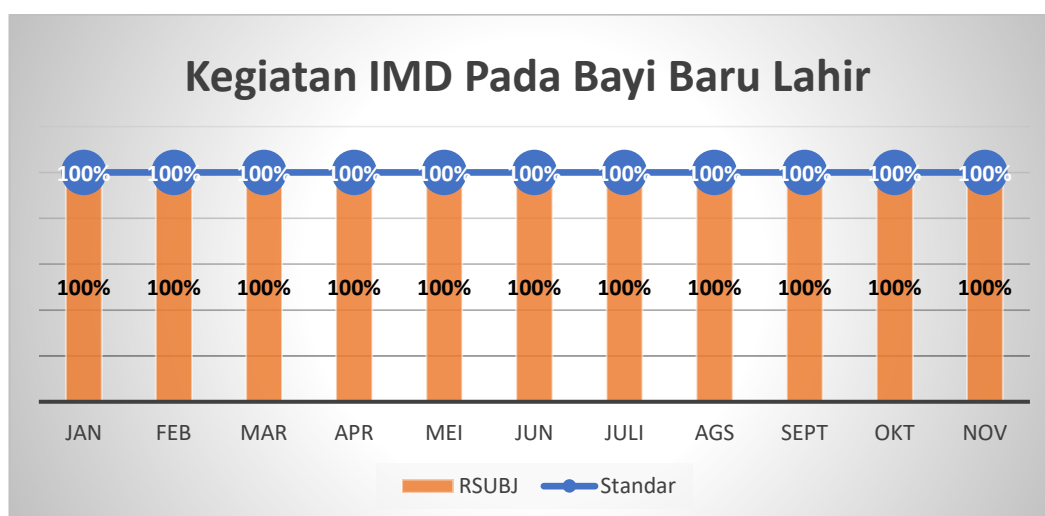


Analisa	: Dari data di atas, terlihat hasil pembacaan sesuai target (sampel = 85 pemeriksaan)
Action Plan :	Plan : Monev seluruh kegiatan radiologi Do : PJ Unit selalu berkoordinasi dengan tim radiologi dalam kegiatan penyelesaian hasil Check SDM (+), Fasilitas (+) Proses : Monev tiap bulannya Outcome : Tercapainya pelaporan tepat waktu Study : SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : tercapai pelaporan yang tepat sasaran Action : Lakukan evaluasi berkala terhadap kualitas hasil bacaan
Time	: 30 Desember 2021
PIC	: Ibu Afni (PJ Radiologi)

i. Kegiatan IMD Pada Bayi Baru Lahir

No	Bulan	Standar	Numerator	Denominator	RSUBJ
1	Jan	100%	19	19	100%
2	Feb	100%	15	15	100%
3	Mar	100%	23	23	100%
4	Apr	100%	14	14	100%
5	Mei	100%	15	15	100%
6	Jun	100%	15	15	100%
7	Juli	100%	17	17	100%
8	Ags	100%	21	21	100%
9	Sept	100%	25	25	100%

10	Okt	100%	33	33	100%
11	Nov	100%	33	33	100%



Analisa : Dari data di atas, terlihat bahwa kegiatan IMD sudah memenuhi standar.
(Sampel = 33 pasien)

Action Plan :

Plan : Sosialisasi pentingnya kegiatan IMD pada bayi baru lahir
Do : Lakukan clinical meeting antara kabid medis, keperawatan, dan Spesialis Anak
Study : Struktur :SDM (+), Fasilitas (+); Proses : Monev tiap bulannya; Outcome : Tercapainya kegiatan IMD pada bayi baru lahir
Action : Komitmen penerapan kegiatan IMD, memantau pelaksanaan kegiatan IMD pada bayi baru lahir

Time : 30 Desember 2021

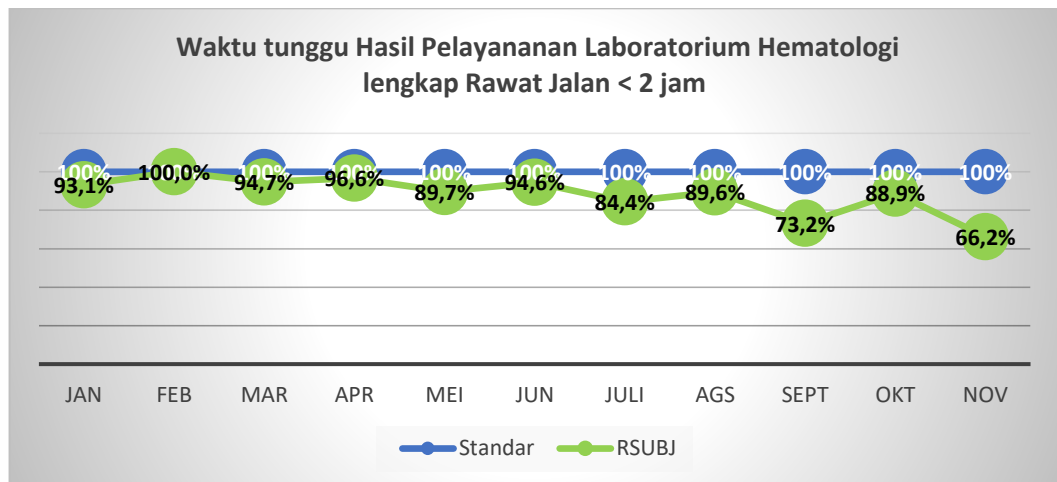
PIC : Bd. Rakhmadona (PJ PNS)

2. Indikator Area Manajemen

a. Waktu tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium Hematologi Lengkap Rawat Jalan < 2 jam

No	Bulan	Standar	Numerator	Denominator	RSUBJ
1	Jan	100%	435	467	93,1%
2	Feb	100%	432	432	100,0%
3	Mar	100%	604	638	94,7%
4	Apr	100%	173	179	96,6%
5	Mei	100%	507	565	89,7%
6	Jun	100%	911	963	94,6%
7	Juli	100%	995	1179	84,4%

8	Ags	100%	535	597	89,6%
9	Sept	100%	60	82	73,2%
10	Okt	100%	320	360	88,9%
11	Nov	100%	298	450	66,2%



Analisa : Dari data di atas, terlihat bada kegiatan IMD sudah memenuhi standar.

Action Plan :

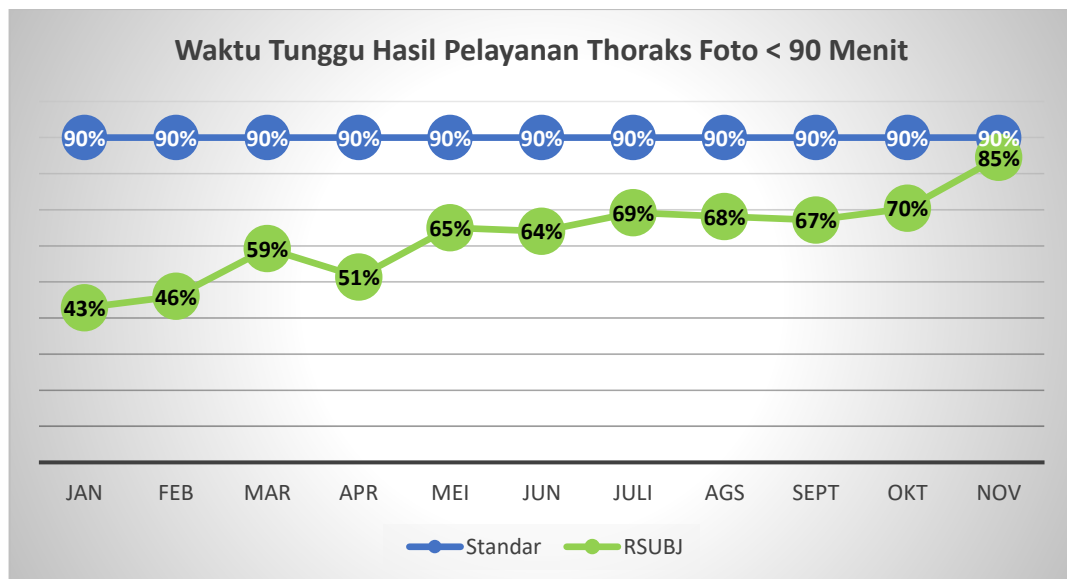
Plan : Sosialisasi pentingnya kegiatan IMD pada bayi baru lahir
Do : Lakukan clinical meeting antara kbid medis, keperawatan, dan Spesialis Anak
Study : Struktur :SDM (+), Fasilitas (+); Outcome : Tercapainya kegiatan IMD
Action : Komitmen penerapan kegiatan IMD, memantau pelaksanaan kegiatan IMD pada bayi baru lahir

Time : 30 Desember 2021

PIC : Bd. Rakhmadona (PJ PNS)

b. Waktu tunggu hasil pelayanan thoraks foto < 90 menit

No	Bulan	Standar	Numerator	Denominator	RSUBJ
1	Jan	90%	48	112	43%
2	Feb	90%	46	100	46%
3	Mar	90%	64	108	59%
4	Apr	90%	58	113	51%
5	Mei	90%	52	80	65%
6	Jun	90%	91	142	64%
7	Juli	90%	117	169	69%
8	Ags	90%	62	91	68%
9	Sept	90%	43	64	67%
10	Okt	90%	62	88	70%
11	Nov	90%	60	71	85%



Analisa : Dari grafik di atas, dapat dilihat waktu tunggu masih jauh dari target, hal ini terjadi karena Radiolog yang bertugas datang tepat pada saat ada tindakan sehingga didahulukan pemeriksaan yang butuh tindakan Dokter Radiologi , sehingga foto (thorax) yang sudah dikerjakan terlebih dahulu belum dibaca. Selain itu, Radiolog konsultasi dengan Radiolog lainnya mengenai hasil. Serta, Radiolog yang shift pagi 1 orang, jadwal middle dokter kadang datang siang dan kadang tidak datang. (Sampel = 71 pemeriksaan rontgen thoraks)

Action Plan :

Plan : Meningkatkan dan mempertahankan pencapaian kualitas layanan radiologi
 Do : Melakukan penjadwalan yang akurat agar pasien terlayani dengan baik dan tepat waktu
 Study : SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : Meningkatnya kualitas pelayanan
 Action : Merevisi alur layanan, agar saat Dokter datang langsung melakukan pembacaan hasil thoraks dan expertise bisa langsung dibuat.

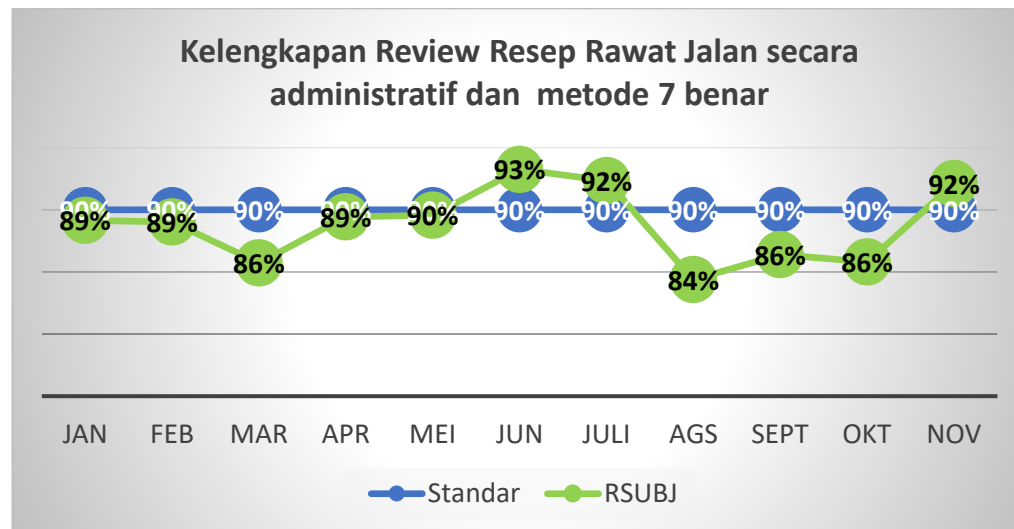
Time : 20 Desember 2021

PIC : Ibu Afni (PJ Radiologi)

c. Kelengkapan Review Resep Rawat Jalan secara administratif dan metode 7 benar

No	Bulan	Standar	Numerator	Denominator	RSUBJ
1	Jan	90%	1273	1428	89%
2	Feb	90%	1079	1212	89%
3	Mar	90%	1110	1295	86%
4	Apr	90%	1099	1229	89%
5	Mei	90%	979	1093	90%
6	Jun	90%	1686	1808	93%
7	Juli	90%	2496	2703	92%

8	Ags	90%	1091	1293	84%
9	Sept	90%	1042	1206	86%
10	Okt	90%	1057	1232	86%
11	Nov	90%	1121	1217	92%

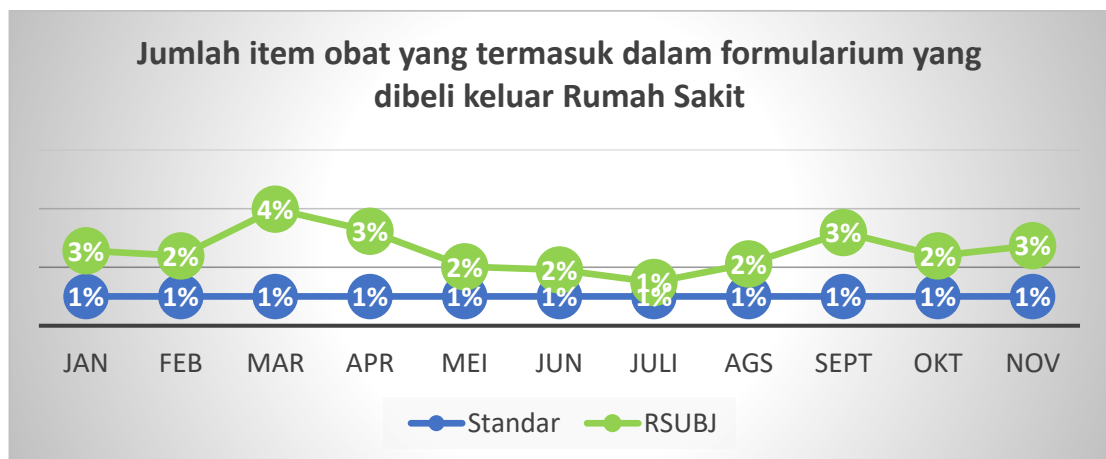


Analisa	: Dari grafik di atas, terlihat hasil review resep sudah di atas target standar.
Action Plan :	
Plan	: Meningkatkan dan mempertahankan pencapaian kualitas farmasi klinis
Do	: Farmasi klinis tersedia di unit rawat jalan
Study	: SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : Meningkatnya kualitas pelayanan
Action	: Farmasi klinis lebih aktif dalam melakukan telaah resep
Time	: 30 Desember 2021
PIC	: Pak Budi (PJ Farmasi)

d. Jumlah item obat yang termasuk dalam formularium yang dibeli keluar Rumah Sakit

No	Bulan	Standar	Numerator	Denominator	RSUBJ
1	Jan	1%	96	3749	3%
2	Feb	1%	78	3263	2%
3	Mar	1%	149	3741	4%
4	Apr	1%	92	2848	3%
5	Mei	1%	56	2778	2%
6	Jun	1%	72	3777	2%

7	Juli	1%	59	3968	1%
8	Ags	1%	57	2691	2%
9	Sept	1%	80	2508	3%
10	Okt	1%	67	2809	2%
11	Nov	1%	65	2370	3%



Analisa : Ada beberapa item obat yang habis stock dan tidak tersedia di Gudang Farmasi, selain itu ada juga obat yang kosong distributo atau discontinue tapi di RS lain atau apotek rekanan ada. Sehingga harus membeli keluar RS.

Action Plan :

Plan : Mengurangi pembelian keluar

Do : Evaluasi sistem pengecekan ketersediaan obat di GF.

Study : Formularium ada dan selalu diperbarui

Action : Pengecekan stok obat di GF secara rutin sesuai hasil evaluasi

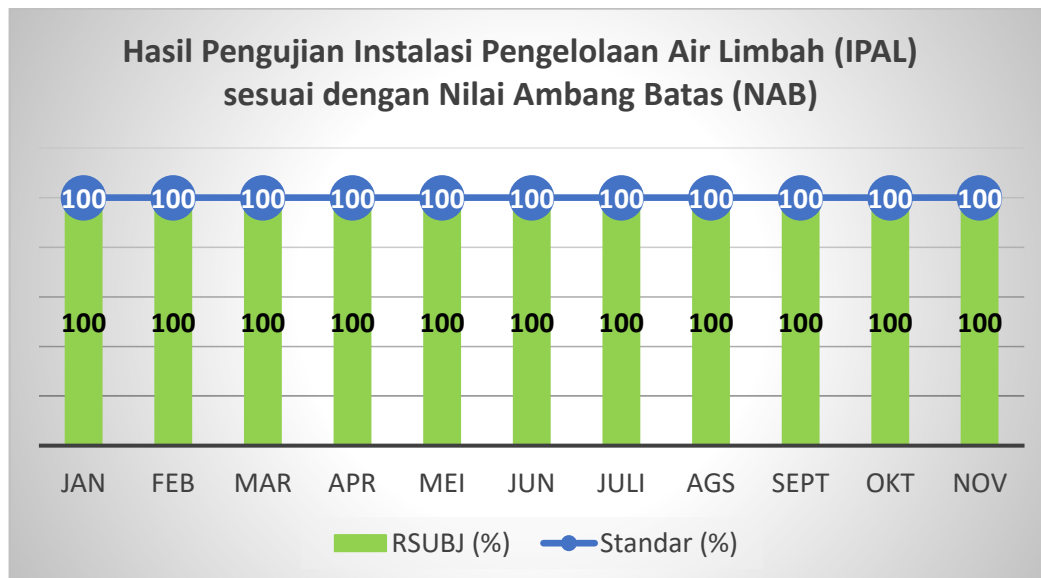
Time : 30 Desember 2021

PIC : Pak Budi (Farmasi) dan Kabid Medis

e. Hasil Pengujian Instalasi Pengelolaan Air Limbah (IPAL) sesuai dengan Nilai Ambang Batas (NAB)

No	Bulan	Standar (%)	RSUBJ (%)	Capaian (%)
1	Jan	100	100	100
2	Feb	100	100	100
3	Mar	100	100	100
4	Apr	100	100	100
5	Mei	100	100	100
6	Jun	100	100	100

7	Juli	100	100	100
8	Ags	100	100	100
9	Sept	100	100	100
10	Okt	100	100	100
11	Nov	100	100	100

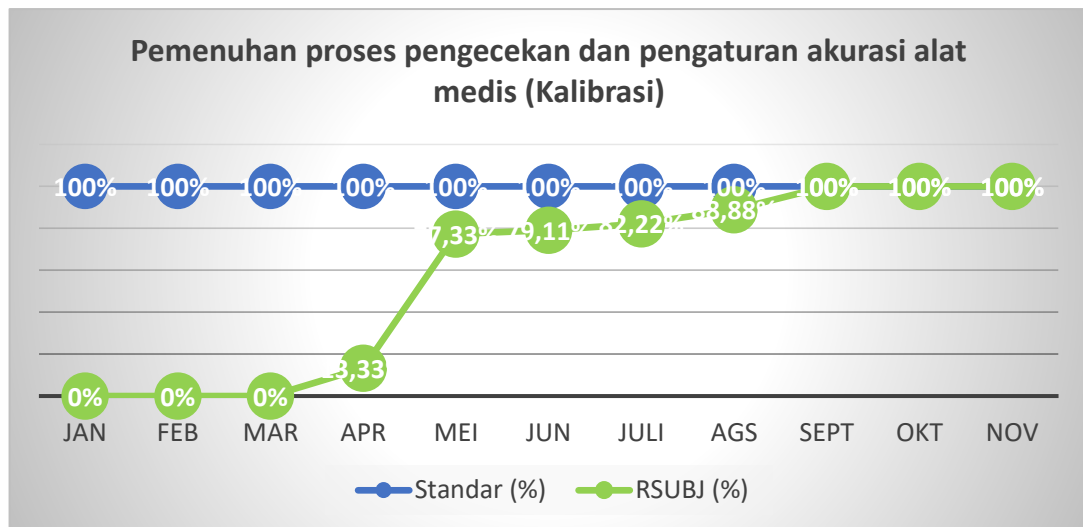


Analisa	: Hasil pengujian IPAL sudah sesuai nilai ambang batas
Action Plan :	
Plan	: Mempertahankan angka pencapaian yang sudah sesuai standar
Do	: Mengevaluasi kegiatan kesling
Study	: SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : Tercapainya laporan tepat waktu
Action	: Pemantauan hasil laporan dan mengingatkan untuk pengiriman selalu tepat waktu
Time	: 30 Desember 2021
PIC	: Dhea (Kesling)

f. Pemenuhan proses pengecekan dan pengaturan akurasi alat medis (Kalibrasi) oleh Atem sesuai jadwal yang ditentukan

No	Bulan	Standar (%)	RSUBJ (%)	Capaian (%)
1	Jan	100%	0%	0%
2	Feb	100%	0%	0%
3	Mar	100%	0%	0%
4	Apr	100%	13,33%	13,33%
5	Mei	100%	77,33%	77,33%

6	Jun	100%	79,11%	79,11%
7	Juli	100%	82,22%	82,22%
8	Ags	100%	88,88%	88,88%
9	Sept	100%	100%	100,00%
10	Okt	100%	100%	100,00%
11	Nov	100%	100%	100,00%



Analisa : Sudah semua alat terkalibrasi di tahun 2021 dengan masa berlaku 1 tahun kedepan. total alat yang dikalibrasi 225 alat.

Action Plan :

Plan : Lakukan pengecekan berkala untuk semua alat
Do : Menyusun jadwal pemeliharaan alat medis 2022
Study : SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : Tingkat keakuratan alat medis tercapai
Action : Pengecekan berkala untuk alat yang sudah dikalibrasi

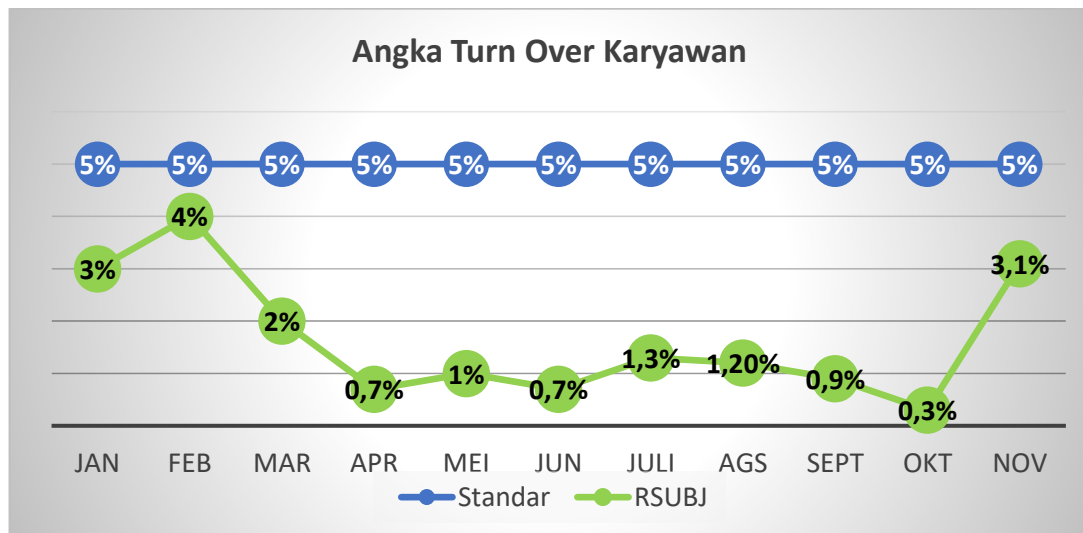
Time : 30 Desember 2021

PIC : Fadhil (PJ Biomedical)

g. Angka Turn Over Karyawan di RSU Bunda Jakarta

No	Bulan	Standar	RSUBJ	Capaian
1	Jan	5%	3%	60%
2	Feb	5%	4%	80%
3	Mar	5%	2%	40%
4	Apr	5%	0,7%	14%
5	Mei	5%	1%	20%
6	Jun	5%	0,7%	14%

7	Juli	5%	1,3%	26%
8	Ags	5%	1,20%	24%
9	Sept	5%	0,9%	18%
10	Okt	5%	0,3%	6%
11	Nov	5%	3,1%	62%

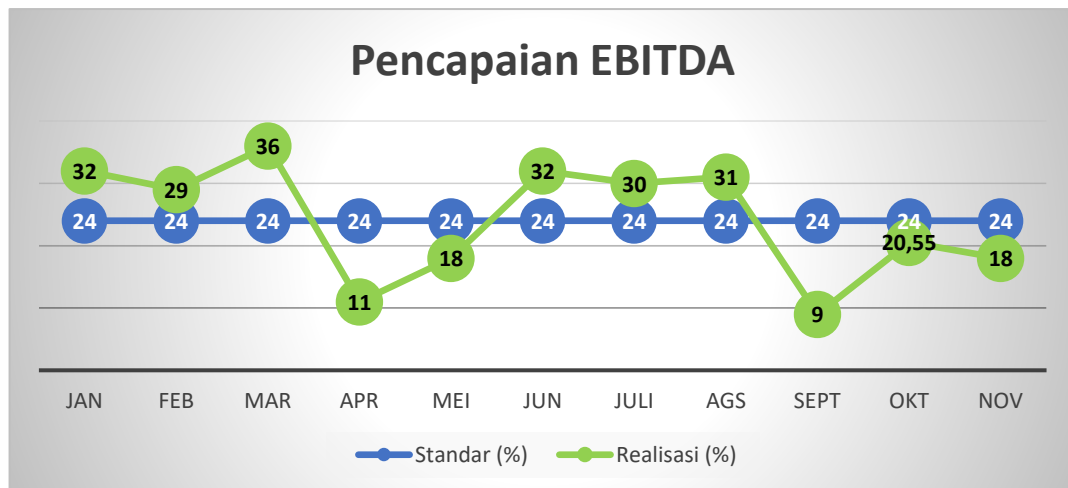


Analisa	: Dari data di atas terlihat bahwa angka turn over karyawan RSU Bunda Jakarta sudah baik dan tidak melampaui standar. Hal ini dapat menggambarkan loyalitas karyawan cukup baik.
Action Plan :	
Plan	: Meningkatkan loyalitas karyawan
Do	: HR Unit Usaha bersama manajemen dapat memenuhi atau memfasilitasi kebutuhan karyawan
Study	: Struktur (+), SDM (+), Fasilitas (+); Proses : Monev tiap bulannya; Outcome : Karyawan memiliki loyalitas yang tinggi, turn over menurun
Action	: Membuat survey kepuasan untuk mengetahui kebutuhan karyawan
Time	: 30 Desember 2021
PIC	: Fitri Asih (HRD)

h. Pencapaian EBITDA

No	Bulan	Standar (%)	Realisasi (%)	Capaian (%)
1	Jan	24	32	133,3
2	Feb	24	29	120,8
3	Mar	24	36	150,0
4	Apr	24	11	45,8
5	Mei	24	18	75,0

6	Jun	24	32	133,3
7	Juli	24	30	125,0
8	Ags	24	31	129,2
9	Sept	24	9	37,5
10	Okt	24	20,55	85,6
11	Nov	24	18	75,0



Analisa : Dari grafik di atas, dapat dilihat ada peningkatan EBITDA yang sangat signifikan dari bulan sebelumnya. Hal ini terjadi karena adanya surplus kemenkes dan peningkatan pasien yang melakukan tindakan operasi.

Action Plan :

Plan : Meningkatkan pencapaian agar memenuhi standar
Do : Program promosi kesehatan
Study : Struktur :SDM (+), Fasilitas (+), SOP (+); Outcome : Tercapainya Ebitda
Action : Koordinasi dengan team marketing untuk meningkatkan jumlah pasien dengan promosi-promosi kesehatan

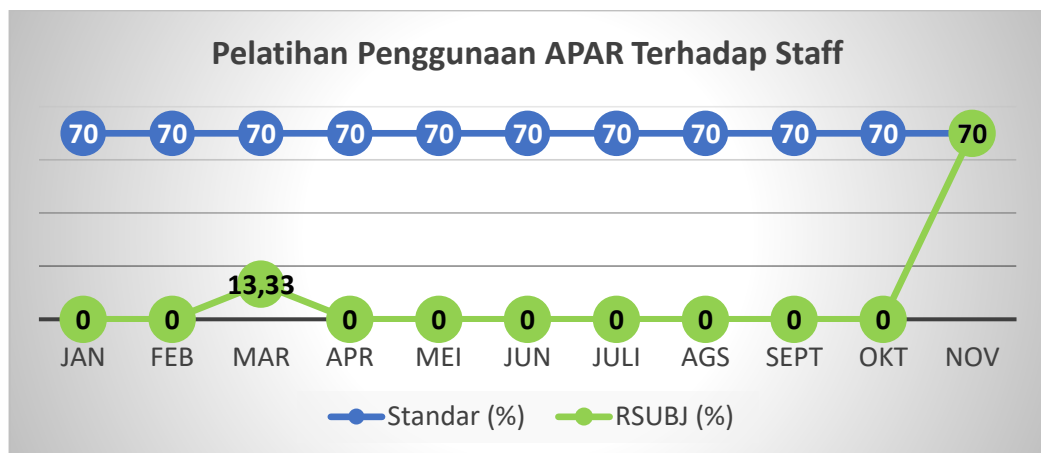
Time : 30 Desember 2021

PIC : Reni (Marketing)

i. Pelatihan penggunaan APAR terhadap staff RSU Bunda Jakarta

No	Bulan	Standar (%)	Realisasi (%)	Capaian (%)
1	Jan	70	0	0
2	Feb	70	0	0
3	Mar	70	13,33	19
4	Apr	70	0	0

5	Mei	70	0	0
6	Jun	70	0	0
7	Juli	70	0	0
8	Ags	70	0	0
9	Sept	70	0	0
10	Okt	70	0	0
11	Nov	70	70	100



Analisa	: Belum dapat dilakukan pelatihan lanjutan untuk seluruh karyawan, dikarenakan masih pandemi dan ada larangan untuk berkumpul dalam jumlah banyak.
Action Plan :	
Plan	: Buat rencana pelatihan lanjutan bersama HR dan K3 per unit kerja
Do	: Meeting dengan HR dan K3
Study	: Struktur :SDM (+), Fasilitas (+), SOP (+); Proses : Dilakukan pelatihan APAR; Outcome : Menilai hasil sosialisasi dan simulasi
Action	: Sudah dijadwalkan Minggu ke 4 November untuk kegiatan pelatihan seluruh karyawan dengan Damkar
Time	: 30 Desember 2021
PIC	: Desti (K3) dan Fittri Asih (HRD)

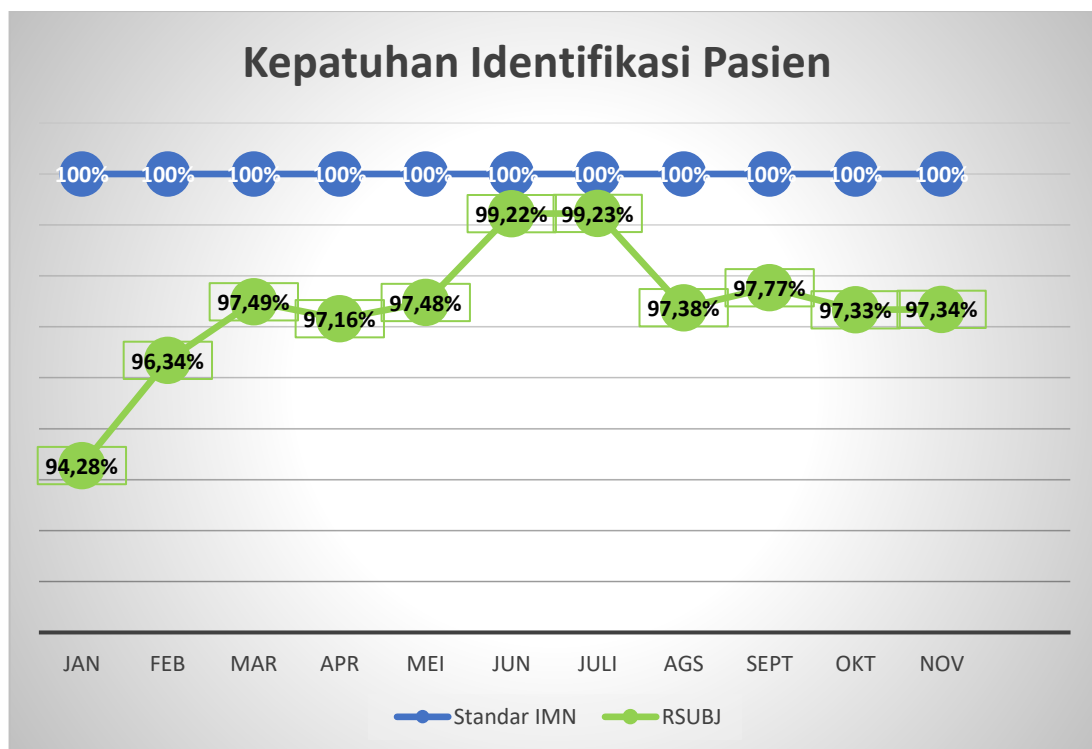
3. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien

a. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Pencapaian Unit Kerja :

NO	RUANGAN	JAN			FEB			MAR		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	BAHANA	0	0	0,00%	0	0	0,00%	55	59	93,22%
2	ICU	26	35	74%	25	35	71,43%	26	35	74,29%
3	LANTAI 6	0	0	0,00%	0	0	0,00%	108	109	99,08%
4	LANTAI 7	179	204	88	180	188	95,74%	91	91	100,00%
5	PNS	43	43	100%	37	37	100,00%	55	55	100,00%

6	GIZI	312	312	100%	232	232	100,00%	209	209	100,00%
TOTAL/BULAN		560	594	94,28%	474	492	96,34%	544	558	97,49%
NO	RUANGAN	APR			MEI			JUN		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	BAHANA	61	61	100,00%	25	25	100,00%	82	82	100,00%
2	ICU	35	50	70,00%	34	48	70,83%	17	23	73,91%
3	LANTAI 6	84	84	100,00%	123	123	100,00%	133	134	99,25%
4	LANTAI 7	87	87	100,00%	88	88	100,00%	89	89	100,00%
5	PNS	31	31	100,00%	57	57	100,00%	36	34	105,88%
6	GIZI	215	215	100,00%	214	214	100,00%	280	280	100,00%
TOTAL/BULAN		513	528	97,16%	541	555	97,48%	637	642	99,22%
NO	RUANGAN	JUL			AUG			SEP		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	BAHANA	94	94	100,00%	33	33	100,00%	23	23	100,00%
2	ICU	18	22	81,82%	30	40	75,00%	31	40	77,50%
3	LANTAI 6	132	133	99,25%	28	28	100,00%	65	65	100,00%
4	LANTAI 7	75	75	100,00%	99	99	100,00%	77	77	100,00%
5	PNS	36	36	100,00%	44	44	100,00%	72	72	100,00%
6	GIZI	286	286	100,00%	137	137	100,00%	126	126	100,00%
TOTAL/BULAN		641	646	99,23%	371	381	97,38%	394	403	97,77%
NO	RUANGAN	OKT			NOV					
		N	D	%	N	D	%			
1	BAHANA	23	24	95,83%	66	66	100,00%			
2	ICU	37	48	77,08%	31	40	77,50%			
3	LANTAI 6	65	65	100,00%	40	41	97,56%			
4	LANTAI 7	77	77	100,00%	38	39	97,44%			
5	PNS	76	76	100,00%	82	82	100,00%			
6	GIZI	160	160	100,00%	146	146	100,00%			
TOTAL/BULAN		438	450	97,33%	403	414	97,34%			

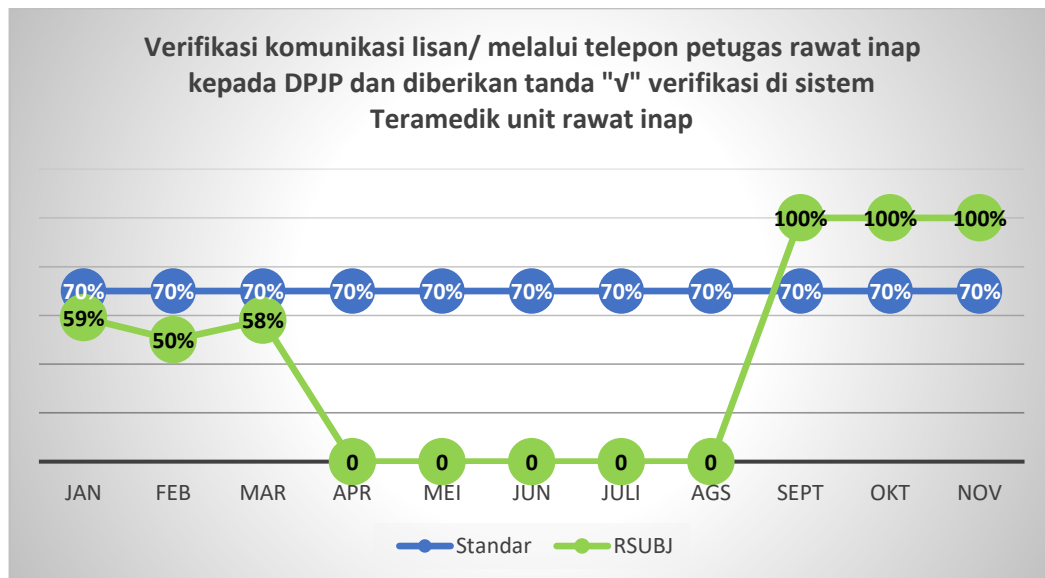


Analisa	: Dari grafik di atas, pada bulan November menunjukkan proses identifikasi belum mencapai target wajib. Masih ada nakes yang tidak menanyakan nama pasien dan tanggal lahir saat memberikan tindakan pelayanan.
Action Plan :	
Plan	: Mempertahankan kualitas pelayanan keperawatan
Do	: PJ Unit kerja melakukan monev terhadap ketepatan identifikasi pasien ranap
Study	: SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : Terlaksana keselamatan pasien
Actio	: Bedside teaching dalam melakukan setiap tindakan pelayanan oleh PJ Unit Kerja
n	
Time	: 20 Desember 2021
PIC	: Seluruh PJ Rawat Inap dan Kabid Keperawatan

b. Verifikasi komunikasi lisan/ melalui telepon petugas rawat inap kepada DPJP dan diberikan tanda "v" verifikasi di sistem Teramedik unit rawat inap

No	Bulan	Standar	RSUBJ	Capaian
1	Jan	70%	59%	84%
2	Feb	70%	50%	71%
3	Mar	70%	58%	83%
4	Apr	70%	0	0%
5	Mei	70%	0	0%
6	Jun	70%	0	0%
7	Juli	70%	0	0%

8	Ags	70%	0	0%
9	Sept	70%	100%	143%
10	Okt	70%	100%	143%
11	Nov	70%	100%	143%



Analisa : Dari grafik di atas, sudah dilakukan review indikator SKP ini sejak 15 September 2021, namun baru untuk unit PNS. Secara sistem dilapangan sudah ada, Selanjutnya akan dilakukan sosialisasi kepada unit rawat inap lainnya.

Action Plan :

Plan : Sosialisasi sistem verifikasi dalam program Teramedik kepada unit lain
Do : Koordinasi antar PJ rawat inap dan IT untuk sosialisasi verifikasi dalam sistem Teramedik
Check : SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : Terlaksana keselamatan pasien
Action : Jadwalkan sosialisasi antar PJ rawat inap dan IT untuk sosialisasi verifikasi dalam sistem Teramedik

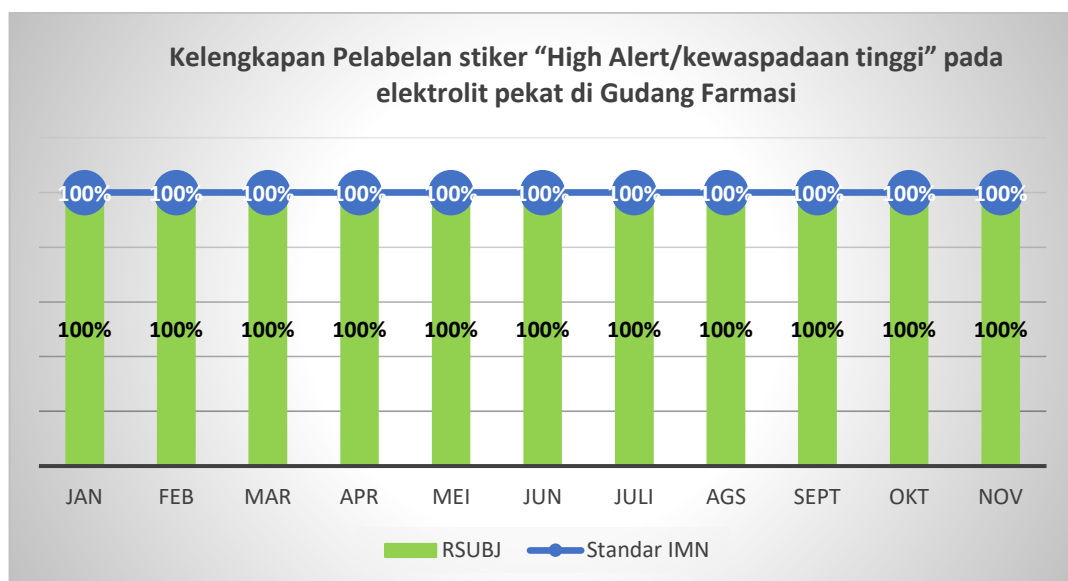
Time : 30 Desember 2021

PIC : Kabid Keperawatan, Rommy IT

c. Kelengkapan Pelabelan stiker "High Alert/kewaspadaan tinggi" pada elektrolit pekat di Gudang Farmasi di RSU Bunda Jakarta

No	Bulan	Standar IMN	Numerator	Denominator	RSUBJ
1	Jan	100%	1920	1920	100%
2	Feb	100%	1475	1475	100%
3	Mar	100%	1283	1283	100%

4	Apr	100%	1345	1345	100%
5	Mei	100%	2235	2235	100%
6	Jun	100%	1869	1869	100%
7	Juli	100%	1541	1541	100%
8	Ags	100%	2180	2180	100%
9	Sept	100%	2132	2132	100%
10	Okt	100%	2078	2078	100%
11	Nov	100%	1790	1790	100%



Analisa : Dari grafik di atas, pelabelan stiker farmasi sudah sesuai standar.

Action Plan :

Plan : Mempertahankan kualitas pelayanan farmasi
Do : PJ Unit kerja melakukan moneyv terhadap kelengkapan pelabelan stiker high alert.
Study : SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : Terlaksana keselamatan pasien
Action : Pengecekan rutin harian pelabelan stiker high alert

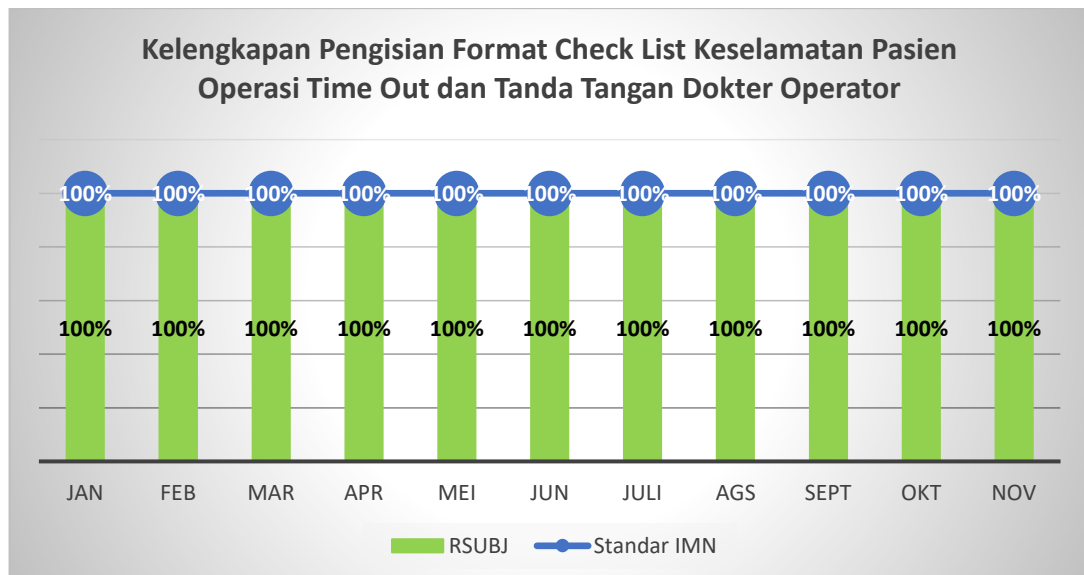
Time : 30 Desember 2021

PIC : Bapak Budi (PJ Farmasi)

d. Kelengkapan pengisian format check list keselamatan pasien operasi time out dan tanda tangan dokter operator

No	Bulan	Standar IMN	Numerator	Denominator	RSUBJ
1	Jan	100%	65	65	100%
2	Feb	100%	57	57	100%

3	Mar	100%	71	71	100%
4	Apr	100%	70	70	100%
5	Mei	100%	56	56	100%
6	Jun	100%	65	65	100%
7	Juli	100%	50	50	100%
8	Ags	100%	67	67	100%
9	Sept	100%	105	105	100%
10	Okt	100%	128	128	100%
11	Nov	100%	114	114	100%



Analisa : Dari grafik di atas, terlihat pengisian format check list keselamatan pasien sudah sesuai target.

Action Plan :

Plan : Melakukan pengumpulan data

Do : Koordinasi antar PJ rawat inap dan bagian Mutu untuk melakukan review MR

Study : SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : Terlaksana keselamatan pasien

Action : Review Rekam Medis terjadwal

Time : 30 Desember 2021

PIC : Seluruh PJ Rawat Inap

e. Kepatuhan Kebersihan Tangan

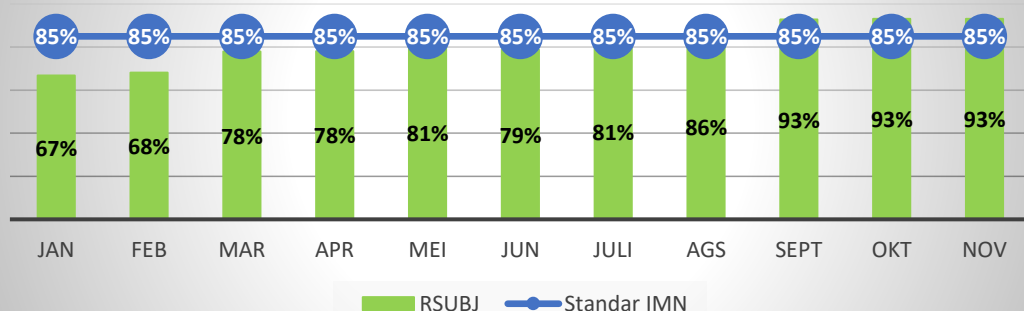
Capaian Unit Kerja :

NO	RUANGAN	JAN			FEB			MAR		
		N	D	%	NOV	D	%	N	D	%

1	LANTAI 7	88	100	88%	46	65	71%	69	85	81%
2	LANTAI 6	97	100	97%	79	100	79%	100	100	100%
3	PNS	45	80	56%	56	80	70%	67	97	69%
4	OK	90	100	90%	83	100	83%	96	100	96%
5	POLI	66	100	66%	73	100	73%	80	100	80%
6	ICU	84	95	88%	81	100	81%	69	80	86%
7	BPJS	72	100	72%	60	99	61%	77	100	77%
8	VK	66	100	66%	81	100	81%	57	100	57%
9	BAHANA	71	100	71%	72	89	81%	84	97	87%
10	MCU	40	80	50%	30	39	77%	37	41	90%
11	IGD	65	100	65%	33	45	73%	88	99	89%
12	LAB	53	93	57%	29	42	69%	58	94	62%
13	SASANA	40	52	77%	22	32	69%	80	80	100%
14	RADIOLOGI	32	64	50%	25	31	81%	50	62	81%
15	FARMASI	20	56	36%	55	80	69%	47	63	75%
16	LINEN	63	100	63%	54	100	54%	66	100	66%
17	GIZI	37	100	37%	40	100	40%	10	100	10%
18	NON MEDIS	12	20	60%	11	20	55%	60	100	60%
19	DOKTER	42	80	0%	40	100	0%	51	100	0%
TOTAL/BULAN		1083	1620	67%	970	1422	68%	1246	1698	73%
NO	RUANGAN	APR			MEI			JUN		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	LANTAI 7	45	60	75%	93	100	93%	100	100	100%
2	LANTAI 6	100	100	100%	100	100	100%	100	100	100%
3	PNS	60	100	60%	46	85	54%	50	90	56%
4	OK	94	100	94%	98	100	98%	96	100	96%
5	POLI	96	100	96%	97	100	97%	96	100	96%
6	ICU	29	35	83%	68	80	85%	45	50	90%
7	BPJS	78	100	78%	84	100	84%	63	100	63%
8	VK	71	100	71%	95	95	100%	100	100	100%
9	BAHANA	62	100	62%	73	100	73%	89	100	89%
10	MCU	18	20	90%	29	42	69%	36	36	100%
11	IGD	91	95	96%	96	100	96%	81	100	81%
12	LAB	30	30	100%	100	100	100%	16	16	100%
13	SASANA	80	80	100%	80	80	100%	48	48	100%
14	RADIOLOGI	38	53	72%	42	63	67%	63	100	63%
15	FARMASI	21	24	88%	68	68	100%	66	76	87%
16	LINEN	86	99	87%	77	100	77%	81	100	81%
17	GIZI	30	100	30%	12	100	12%	12	100	12%
18	NON MEDIS	64	100	64%	30	60	50%	51	90	57%
19	DOKTER	45	60	0%	62	100	0%	41	60	0%
TOTAL/BULAN		1138	1456	78%	1350	1673	81%	1234	1566	79%
NO	RUANGAN	JUL			AUG			SEP		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	LANTAI 7	100	100	100%	100	100	100%	100	100	100%

2	LANTAI 6	100	100	100%	97	100	97%	100	100	100%
3	PNS	55	100	55%	49	85	58%	55	77	71%
4	OK	96	100	96%	97	100	97%	97	100	97%
5	POLI	96	100	96%	98	100	98%	97	100	97%
6	ICU	43	50	86%	94	100	94%	95	100	95%
7	BPJS	63	100	63%	63	100	63%	63	100	63%
8	VK	100	100	100%	100	100	100%	100	100	100%
9	BAHANA	81	100	81%	93	99	94%	90	97	93%
10	MCU	40	40	100%	40	40	100%	41	41	100%
11	IGD	100	100	100%	29	30	97%	100	100	100%
12	LAB	60	60	100%	60	60	100%	25	25	100%
13	SASANA	80	80	100%	80	80	100%	80	80	100%
14	RADIOLOGI	57	69	83%	43	67	64%	60	80	75%
15	FARMASI	66	76	87%	70	80	88%	70	70	100%
16	LINEN	80	100	80%	83	100	83%	79	84	94%
17	GIZI	0	100	0%	40	100	40%	95	100	95%
18	NON MEDIS	16	48	33%	40	40	100%	51	51	100%
19	DOKTER	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
TOTAL/BULAN		1233	1523	81%	1276	1481	86%	1398	1505	93%
NO	RUANGAN	OKT			NOV					
		N	D	%	N	D	%			
1	LANTAI 7	100	100	100%	0	0	0%			
2	LANTAI 6	74	80	93%	100	100	100%			
3	PNS	72	85	85%	85	100	85%			
4	OK	100	100	100%	100	100	100%			
5	POLI	97	100	97%	94	100	94%			
6	ICU	97	100	97%	96	100	96%			
7	BPJS	77	100	77%	79	100	79%			
8	VK	100	100	100%	100	100	100%			
9	BAHANA	95	100	95%	90	97	93%			
10	MCU	40	40	100%	39	40	98%			
11	IGD	100	100	100%	100	100	100%			
12	LAB	40	40	100%	80	80	100%			
13	SASANA	80	80	100%	64	64	100%			
14	RADIOLOGI	80	100	80%	80	100	80%			
15	FARMASI	60	60	100%	0	0	0%			
16	LINEN	87	100	87%	17	20	85%			
17	GIZI	85	100	85%	14	20	70%			
18	NON MEDIS	0	0	0%	0	0	0%			
19	DOKTER	0	0	0%	0	0	0%			
TOTAL/BULAN		1384	1485	93%	1138	1221	93%			

Kepatuhan Kebersihan Tangan



Analisa : Dari grafik di atas, menunjukkan kepatuhan petugas kesehatan baik medis maupun non medis dalam melakukan kebersihan tangan sudah baik, namun harus tetap di monitoring ketat. Jangan sampai terjadi infeksi nosokomial terjadi di RSU Bunda Jakarta (Sampel = 1221 peluang)

Action Plan :

Plan : Meningkatkan kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan
 Do : PJ Unit kerja melakukan monev terhadap kepatuhan petugas dalam melakukan kebersihan tangan

Study : SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : Terlaksana keselamatan pasien

Action : Monev kepatuhan petugas dalam melakukan kebersihan tangan

Time : 30 Desember 2021

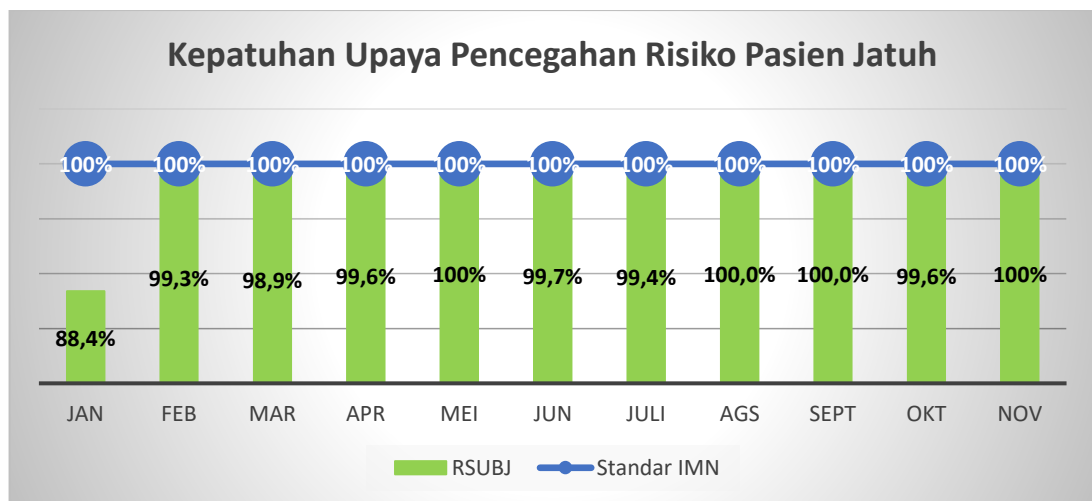
PIC : Seluruh PJ Unit Kerja dan Komite PPI

f. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Capaian Unit Kerja :

NO	RUANGAN	JAN			FEB			MAR		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	BAHANA	0	0	0,00%	0	0	0,00%	57	59	96,61%
2	LANTAI 6	0	0	0,00%	0	0	0,00%	108	109	99,08%
3	LANTAI 7	178	204	87,25%	117	118	99,15%	91	91	100,00%
4	PNS	20	20	100,00%	18	18	100,00%	24	24	100,00%
TOTAL/BULAN		198	224	88,39%	135	136	99,26%	280	283	98,94%
NO	RUANGAN	APR			MEI			JUN		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%
1	BAHANA	61	61	100,00%	25	25	100,00%	82	82	100,00%
2	LANTAI 6	83	84	98,81%	123	123	100,00%	133	134	99,25%
3	LANTAI 7	87	87	100,00%	87	87	100,00%	88	88	100,00%
4	PNS	14	14	100,00%	24	24	100,00%	16	16	100,00%
TOTAL/BULAN		245	246	99,59%	259	259	100,00%	319	320	99,69%
NO	RUANGAN	JUL			AUG			SEP		
		N	D	%	N	D	%	N	D	%

1	BAHANA	94	94	100,00%	33	33	100,00%	23	23	100,00%
2	LANTAI 6	131	133	98,50%	28	28	100,00%	65	65	100,00%
3	LANTAI 7	75	75	100,00%	99	99	100,00%	77	77	100,00%
4	PNS	17	17	100,00%	23	23	100,00%	61	61	100,00%
TOTAL/BULAN		317	319	99,37%	183	183	100,00%	226	226	100,00%
NO	RUANGAN	OKT			NOV					
		N	D	%	N	D	%			
1	BAHANA	23	24	95,83%	66	66	100,00%			
2	LANTAI 6	71	71	100,00%	41	41	100,00%			
3	LANTAI 7	95	95	100,00%	38	38	100,00%			
4	PNS	37	37	100,00%	40	40	100,00%			
TOTAL/BULAN		226	227	99,56%	185	185	100,00%			



Analisa : Dari grafik di atas, menunjukan kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh sudah mencapai target wajib. (Sampel = 185 pasien)

Action Plan :

Plan : Mempertahankan kualitas pelayanan keperawatan
Do : PJ Unit kerja melakukan monev terhadap kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
Study : SOP (+), SDM (+), Fasilitas (+), Outcome : Terlaksana keselamatan pasien
Action : Bedside teaching terhadap perawat untuk melakukan kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

Time : 20 Desember 2021

PIC : Seluruh PJ Rawat Inap dan Kabid Keperawatan