# LAPORAN MUTU RSU BUNDA PADANG NOVEMBER 2021



RUMAH SAKIT UMUM BUNDA PADANG JL. PROKLAMASI NO. 37 PADANG

#### BAB I PENDAHULUAN

#### A. LATAR BELAKANG

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien merupakan proses kegiatan yang berkesinambungan (never ending process). Dalam rangka meningkatkan kualitas rumah sakit, RSU Bunda Padang melakukan pemantauan pada indikator mutu sesuai dengan Indikator Mutu Nasional (IMN) yang telah ditetapkan oleh Kementrian Kesehatan sebagai tolok ukur yang digunakan untuk menilai tingkat keberhasilan mutu pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. RSU Bunda Padang juga telah menetapkan Indikator Mutu Prioritas, melakukan pencatatn dan pengumpulan indikator wajib dan indikator sasaran keselamatan pasien. Salah satu penilaian dalam kelompok standar manajemen rumah sakit dari program akreditas adalah peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan pasien dan menjamin keselamatan pasien maka RSU Bunda Padang mempunyai program peningkatan mutu dan keselamatan paisen yang menjangkau ke seluruh unit kerja yang terkait yang nantinya dipakai sebagai ukuran kinerja pelayanan RS dan sebagai manajemen control untuk pengambilan keputusan.

Direktur RSU Bunda Padang bersama sama dengan unit pelayanan memilih dan menetapkan pengukuran mutu di setiap unit pelayanan ataupun diunit kerja dan menetapkan mutu pelayanan prioritas RSU Bunda Padang periode tahun 2021. Berdasarkan hasil rapat koordinasi Direktur, Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dan pimpinan unit pelayanan dan unit kerja di RSU Bunda Padang maka ditetapkan 13 indikator mutu nasional, 7 indikator mutu prioritas yaitu pelayanan kebidanan, 6 indikator sasaran keselamatan pasien dan indikator mutu unit pelayanan. Dalam proses pengukuran semua indikator mutu RSU Bunda Padang ini dikelompokan menadi 3 yaitu indikator area klinis, indikator mutu area manajemen dan indikator mutu keselamatan pasien. Setiap indiator dibuat profil indikatornya oleh Komite PMKP bekerjasama dengan unit terkait. Pengumpulan data dilakukan oleh PIC data unit terkait. Pemantauan data dilakukan oleh unit kerja yaitu supervise

kepala unit. Selain pemantauan yang dilakukan oleh unit keja masing-masing, pemantauan juga dilakukan melalui program validasi data oleh anggota Komite PMKP.

Laporan hasil analisa data semua indikator mutu RSU Bunda Padang dilakukan oleh unit terkait bekerjasama dengan komite PMKP RSU Bunda Padang. Semua data indikator mutu dilakukan analisa dan ditampilkan dalam bentuk grafik-grafik.

#### **B. MAKSUD DAN TUJUAN**

#### 1. Tujuan Umum

Tergambarnya mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien di RSU Bunda Padang

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Dilakukan evaluasi peningkatan mutu RSU Bunda Padang melalui pemantauan indikator mutu yang telah ditetapkan yang dilakukan oleh setiap unit
- b. Dilakukan evaluasi program keselamatan pasien dengan pemantauan insiden keselamatan pasien
- c. Didapatkan rekomendasi dari Kepala Rumah Sakit dan serta Korporate BMHS mengenai program mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien di RSU Bunda Padang

#### **BAB II**

# KEGIATAN PEMANTAUAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT UMUM BUNDA PADANG PERIODE BULAN NOVEMBER TAHUN 2021

#### A. PELAKSANAAN PROGRAM KERJA

Program kerja Komite Mutu RSU Bunda Padang adalah memantau indikator mutu yang terdiri dari Indikator Mutu Nasional (IMN) dan Indikator Mutu Prioritas yang terdiri dari Indikator Area Klinis (IAK) dan Indikator Area Manajemen (IAM), serta Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) yang diukur dari semua unit kerja terkait, dimulai bulan Januari 2021. Pada laporan ini akan disampaikan laporan hingga November 2021.

#### B. KEGIATAN

- Menetapkan program kerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSU Bunda BMC Padang, sesuai dengan keputusan Direktur.
- Menetapkan regulasi yaitu kebijakan, Pedoman dan Panduan serta program krja seluruh kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien kepada seluruh staf di seluruh unit pelayanan dan unt kerja yang ada di RSU Bunda Padang.
- 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 RSU Bunda Padang
- 4. Mengirim anggota Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) RSU Bunda Padang untuk mengikuti pelatihan eksternal PMKP yang diselenggarakan oleh KARS
- Menyelenggarakan pelatihan PIC data dan pelatihan PMKP internal untuk seluruh PIC data dan seluruh staf rumah sakit yang terlibat dalam kegiatan PMKP RSU Bunda Padang

- 6. Melakukan sosialisasi tentang pelaporan insiden keselamatan pasien di semua unit terkait di RSU Bunda Padang
- 7. Melakukan pemantauan indikator mutu secara berkesinambungan
- Melakukan validasi data yang dikumpulkan oleh PIC data unit dan melakukan pengolahan analisa data bersama dengan unit kerja terkait RSU Bunda Padang
- 9. Melakukan penyampaian hasil pemantauan indikator mutu oleh masingmasing unit kerja
- 10. Menyusun laporan hasil pemantauan indikator mutu.

#### C. PENCATATAN DAN PELAPORAN

Data hasil pemantauan indikator mutu rumah sakit oleh petugas unit terkait dlam sensus harian, direkap oleh PIC data unit, di supervise oleh ka unit kerja terkait, di validasi oleh anggota Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) RSU Bunda Padang. data yang divalidasi khusus data dari indikator area kliinik. Analisa yang dilakukan oleh unit terkait bekerjasama dengan Komite PMKP.

Analisa data dilegkapi dengan improvement program dengan teknik PDSA. Hasil analisa data diuangkan dalam bentuk laporan yang kemudian akan dilaporkan kepada Direktur, setiap 3 bulan sekali dalam rapat Evaluasi Triwulan. Disamping itu juga dilakukan evaluasi tahunana guna merangkum hasil pencapaian, semua unit kerja di RSU Bunda Padang selama setahun. Evaluasi tahunan akan dituangkan dalam bentuk Laporan tahunan yang akan dilaporkan kepada Direktur RSU Bunda Padang.

## BAB III HASIL CAPAIAN RSU BUNDA PADANG NOVEMBER 2021

#### A. PRODUKTIFITAS PELAYANAN

#### 1. ANGKA KUNJUNGAN RAWAT JALAN

|              | JUMLAH KUNJUNGAN BERDASARKAN SPESIALISASI |          |             |             |             |                  |          |                  |              |             |             |          |               |               |
|--------------|---|----------|-------------|-------------|-------------|------------------|----------|------------------|--------------|-------------|-------------|----------|---------------|---------------|
| SPESI        | KNJ                                       |          |             |             |             |                  | E        | BUL              | AN           |             |             |          |               |               |
| ALISA<br>S1  | NGA<br>N                                  | JA<br>N  | F<br>E<br>B | M<br>A<br>R | A<br>P<br>R | M<br>E<br>I      | JU<br>N  | J<br>U<br>L      | A<br>G<br>ST | S<br>E<br>P | O<br>K<br>T | N<br>O   | JM<br>L       | TO<br>T       |
|              | UM<br>UM                                  | 66<br>6  | 54<br>2     | 58<br>9     | 61<br>7     | 5<br>6<br>0      | 71<br>2  | 4<br>8<br>6      | 39<br>7      | 44 0        | 49<br>5     | 55<br>8  | 60<br>62      |               |
| ANAK         | ASS                                       | 25<br>3  | 22<br>6     | 24<br>6     | 28<br>7     | 2<br>4<br>5      | 31 2     | 2<br>3<br>5      | 19<br>8      | 28<br>4     | 30<br>2     | 35<br>0  | 29<br>38      | 13<br>37<br>7 |
|              | BPJS                                      | 37<br>1  | 37<br>9     | 42<br>0     | 45<br>1     | 3<br>1<br>6      | 39<br>9  | 3<br>7<br>9      | 36<br>0      | 39<br>5     | 46<br>2     | 44<br>5  | 43<br>77      |               |
|              | UM<br>UM                                  | 65<br>7  | 63<br>6     | 64<br>1     | 58<br>8     | 5<br>1<br>0      | 68<br>7  | 4<br>6<br>5      | 42<br>6      | 49<br>7     | 54<br>7     | 57<br>8  | 62<br>32      |               |
| OBGY<br>N    | ASS                                       | 19<br>2  | 21<br>1     | 20<br>5     | 18<br>5     | 1<br>8<br>4      | 18<br>5  | 1<br>5<br>0      | 15<br>4      | 19<br>2     | 15<br>7     | 16<br>4  | 19<br>79      | 11<br>54<br>9 |
|              | BPJS                                      | 32<br>6  | 31<br>4     | 40<br>0     | 32<br>1     | 2<br>8<br>2      | 32<br>3  | 2<br>5<br>9      | 24<br>0      | 27<br>4     | 27<br>7     | 32<br>2  | 33<br>38      |               |
|              | UM<br>UM                                  | 12<br>3  | 13<br>0     | 15<br>3     | 11<br>9     | 1<br>7<br>9      | 18<br>2  | 1<br>2<br>0      | 14<br>7      | 14<br>5     | 13<br>1     | 13<br>9  | 15<br>68      |               |
| INTER<br>NIS | ASS                                       | 78       | 54          | 78          | 56          | 5<br>6           | 10<br>9  | 6<br>5           | 65           | 80          | 90          | 76       | 80<br>7       | 16<br>70      |
| 1110         | BPJS                                      | 12<br>06 | 11<br>76    | 15<br>20    | 13<br>58    | 1<br>2<br>5<br>2 | 13<br>05 | 1<br>1<br>5<br>9 | 11<br>94     | 12<br>75    | 13<br>30    | 15<br>53 | 14<br>32<br>8 | 3             |
| BEDA         | UM  | 29       | 17          | 14          | 11          | 1                | 21       | 1                | 19           | 20          | 30          | 16       | 20            | 32            |

| Н                                 | UM       |         |         |          |          | 3           |          | 2           |         |          |          |          | 2             | 84       |
|-----------------------------------|----------|---------|---------|----------|----------|-------------|----------|-------------|---------|----------|----------|----------|---------------|----------|
|                                   | ASS      | 11      | 4       | 9        | 13       | 9           | 9        | 1           | 3       | 5        | 6        | 11       | 91            |          |
|                                   | BPJS     | 28<br>6 | 32<br>2 | 32<br>8  | 28<br>6  | 2<br>1<br>6 | 26<br>4  | 2<br>2<br>3 | 24<br>6 | 25<br>9  | 26<br>1  | 30<br>0  | 29<br>91      |          |
| BEDA                              | UM<br>UM | 29      | 44      | 30       | 25       | 3 0         | 27       | 1<br>5      | 21      | 20       | 38       | 42       | 32<br>1       |          |
| H<br>ORTO                         | ASS      | 18      | 25      | 19       | 15       | 1<br>9      | 60       | 1<br>6      | 18      | 12       | 28       | 30       | 26<br>0       | 11<br>47 |
| PEDY                              | BPJS     | 87<br>1 | 90<br>6 | 10<br>16 | 10<br>62 | 7<br>5<br>1 | 10<br>44 | 9<br>7<br>1 | 85<br>5 | 11<br>08 | 11<br>05 | 12<br>00 | 10<br>88<br>9 | 0        |
| BEDA                              | UM<br>UM | 47      | 53      | 49       | 43       | 5<br>7      | 75       | 2<br>8      | 32      | 38       | 50       | 69       | 54<br>1       |          |
| Н                                 | ASS      | 17      | 9       | 6        | 6        | 6           | 7        | 5           | 8       | 10       | 10       | 12       | 96            | 67       |
| UROL<br>OGI                       | BPJS     | 56<br>2 | 55<br>6 | 67<br>1  | 60<br>9  | 4<br>6<br>4 | 62<br>0  | 3<br>7<br>3 | 52<br>2 | 61<br>6  | 55<br>1  | 60<br>6  | 61<br>50      | 87       |
| BEDA                              | UM<br>UM | 5       | 5       | 7        | 6        | 5           | 5        | 4           | 5       | 6        | 6        | 3        | 57            | 20       |
| Н                                 | ASS      | 1       | 1       | 1        | 2        | 1           | 4        | 3           | 1       | 0        | 0        | 1        | 15            | 39<br>8  |
| ANAK                              | BPJS     | 31      | 25      | 25       | 36       | 2 6         | 47       | 4 3         | 22      | 21       | 18       | 32       | 32<br>6       | 0        |
| BEDA                              | UM<br>UM | 14      | 10      | 10       | 11       | 1<br>5      | 35       | 1<br>5      | 26      | 21       | 21       | 17       | 19<br>5       |          |
| Н                                 | ASS      | 8       | 5       | 4        | 12       | 4           | 10       | 4           | 8       | 11       | 8        | 4        | 78            | 25       |
| ONKO<br>LOGI                      | BPJS     | 18<br>9 | 17<br>8 | 24<br>5  | 23<br>1  | 1<br>9<br>8 | 23<br>6  | 1<br>2<br>7 | 23 2    | 24<br>0  | 24<br>1  | 19<br>7  | 23<br>14      | 87       |
| BEDA<br>H                         | UM<br>UM | 0       | 4       | 6        | 7        | 5           | 2        | 0           | 2       | 4        | 2        | 7        | 39            |          |
| PLSTI                             | ASS      | 0       | 0       | 0        | 1        | 1           | 0        | 2           | 0       | 0        | 3        | 0        | 7             |          |
| K<br>REKO<br>N DAN<br>ESTET<br>IK | BPJS     | 0       | 0       | 1        | 4        | 8           | 4        | 0           | 1       | 9        | 3        | 5        | 35            | 81       |
| BEDA<br>H                         | UM<br>UM | 1       | 0       | 0        | 1        | 2           | 2        | 4           | 4       | 3        | 24       | 0        | 41            | 17       |
| SARA                              | ASS      | 0       | 1       | 0        | 1        | 0           | 3        | 4           | 1       | 5        | 0        | 0        | 15            | 4        |

| F             | BPJS     | 13       | 6       | 8        | 4        | 1                | 11       | 1                | 21       | 26       | 11       | 6        | 11<br>8       |          |
|---------------|----------|----------|---------|----------|----------|------------------|----------|------------------|----------|----------|----------|----------|---------------|----------|
|               | UM<br>UM | 37       | 32      | 38       | 38       | 3 2              | 73       | 3 2              | 43       | 36       | 31       | 24       | 41<br>6       |          |
| JANTU         | ASS      | 19       | 16      | 20       | 20       | 1<br>6           | 24       | 1<br>9           | 21       | 32       | 18       | 36       | 24<br>1       | 12<br>72 |
| NG            | BPJS     | 10<br>11 | 96<br>9 | 11<br>93 | 11<br>10 | 1<br>0<br>2<br>8 | 11<br>37 | 1<br>1<br>3<br>0 | 10<br>60 | 11<br>33 | 11<br>94 | 11<br>07 | 12<br>07<br>2 | 9        |
|               | UM<br>UM | 29       | 31      | 50       | 31       | 2<br>8           | 31       | 2 5              | 49       | 33       | 39       | 39       | 38<br>5       |          |
| PARU          | ASS      | 9        | 10      | 9        | 12       | 6                | 11       | 1<br>0           | 20       | 21       | 12       | 11       | 13<br>1       | 68<br>80 |
|               | BPJS     | 50<br>9  | 46<br>3 | 61<br>6  | 61<br>1  | 5<br>1<br>2      | 51<br>9  | 6<br>1<br>8      | 57<br>2  | 63<br>0  | 64<br>8  | 66<br>6  | 63<br>64      |          |
|               | UM<br>UM | 67       | 62      | 73       | 12<br>1  | 5<br>4           | 75       | 5<br>5           | 63       | 81       | 84       | 77       | 81<br>2       |          |
| THT           | ASS      | 36       | 38      | 24       | 43       | 4<br>0           | 41       | 3 2              | 32       | 33       | 33       | 44       | 39<br>6       | 70<br>13 |
|               | BPJS     | 48<br>9  | 46<br>5 | 55<br>8  | 61<br>2  | 4<br>8<br>4      | 46<br>3  | 4<br>7<br>2      | 49<br>0  | 59<br>5  | 61<br>8  | 55<br>9  | 58<br>05      | 13       |
|               | UM<br>UM | 58       | 61      | 48       | 41       | 4<br>9           | 44       | 2<br>7           | 29       | 51       | 75       | 63       | 54<br>6       |          |
| KULIT         | ASS      | 23       | 20      | 20       | 14       | 2 4              | 23       | 1 3              | 24       | 12       | 22       | 22       | 21<br>7       | 53<br>24 |
|               | BPJS     | 39<br>0  | 40<br>6 | 47<br>3  | 44<br>7  | 3<br>7<br>5      | 36<br>4  | 3<br>4<br>9      | 34<br>4  | 41<br>8  | 47<br>8  | 51<br>7  | 45<br>61      | 21       |
|               | UM<br>UM | 15       | 7       | 9        | 5        | 8                | 18       | 1 2              | 7        | 9        | 13       | 17       | 12<br>0       |          |
| MATA          | ASS      | 16       | 9       | 6        | 8        | 1<br>8           | 13       | 5                | 6        | 10       | 13       | 1        | 10<br>5       | 23<br>05 |
|               | BPJS     | 20<br>9  | 16<br>0 | 21<br>4  | 20<br>6  | 1<br>6<br>5      | 19<br>2  | 1<br>4<br>7      | 14<br>7  | 21<br>0  | 21       | 21<br>7  | 20<br>80      | 03       |
| NEUR<br>OLOGI | UM<br>UM | 68       | 58      | 63       | 60       | 5<br>4           | 56       | 2 6              | 48       | 49       | 70       | 78       | 63<br>0       | 77<br>68 |
| OLOGI         | ASS      | 22       | 10      | 12       | 20       | 1                | 8        | 8                | 45       | 8        | 15       | 13       | 17            | 00       |

|                |          |          |          |          |          | 1                |          |                  |          |          |          |          | 2             |                |
|----------------|----------|----------|----------|----------|----------|------------------|----------|------------------|----------|----------|----------|----------|---------------|----------------|
|                | BPJS     | 56<br>6  | 59<br>4  | 74<br>4  | 65<br>6  | 6 0 4            | 68<br>9  | 4<br>9<br>2      | 58<br>7  | 69<br>5  | 64       | 69<br>9  | 69<br>66      |                |
|                | UM<br>UM | 8        | 3        | 1        | 3        | 2                | 16       | 7                | 5        | 9        | 13       | 13       | 80            |                |
| PSIKI          | ASS      | 0        | 0        | 1        | 0        | 1                | 1        | 0                | 1        | 0        | 1        | 3        | 8             | 18             |
| ATER           | BPJS     | 14<br>8  | 12<br>8  | 15<br>2  | 14<br>6  | 1<br>2<br>8      | 16<br>1  | 1<br>4<br>7      | 13<br>1  | 15<br>8  | 19<br>7  | 27<br>1  | 17<br>67      | 55             |
|                | UM<br>UM | 15       | 18       | 25       | 17       | 3<br>6           | 19       | 6                | 3        | 12       | 11       | 16       | 17<br>8       |                |
| GIGI           | ASS      | 28       | 35       | 27       | 33       | 2<br>8           | 25       | 2<br>5           | 19       | 22       | 41       | 34       | 31<br>7       | 22<br>35       |
|                | BPJS     | 26<br>2  | 13<br>6  | 15<br>0  | 12<br>9  | 1<br>3<br>3      | 16<br>7  | 1<br>7<br>2      | 77       | 13<br>9  | 18<br>6  | 18<br>9  | 17<br>40      | 33             |
| REHA           | UM<br>UM | 1        | 2        | 0        | 3        | 3                | 3        | 2                | 2        | 3        | 2        | 2        | 23            |                |
| В              | ASS      | 3        | 2        | 0        | 4        | 3                | 1        | 4                | 6        | 2        | 7        | 4        | 36            | 10             |
| MEDI<br>K      | BPJS     | 84       | 11<br>6  | 73       | 10<br>5  | 9                | 12<br>7  | 1<br>0<br>4      | 79       | 38       | 96       | 92       | 10<br>04      | 63             |
|                | UM<br>UM | 5        | 0        | 1        | 2        | 3                | 1        | 6                | 2        | 4        | 2        | 1        | 27            |                |
| FISIOT<br>ERAP | ASS      | 57       | 19       | 10       | 15       | 2<br>5           | 7        | 2<br>8           | 41       | 31       | 31       | 22       | 28<br>6       | 59<br>41       |
| YS             | BPJS     | 45<br>7  | 57<br>7  | 55<br>7  | 58<br>9  | 4<br>8<br>7      | 47<br>2  | 6<br>0<br>8      | 42<br>0  | 43       | 51<br>2  | 51<br>8  | 56<br>28      | 71             |
|                | UM<br>UM | 18<br>74 | 17<br>15 | 18<br>07 | 17<br>49 | 1<br>6<br>4<br>5 | 20<br>84 | 1<br>3<br>4<br>7 | 13<br>30 | 14<br>81 | 16<br>84 | 17<br>59 | 18<br>47<br>5 |                |
| TOTA<br>L      | ASS      | 79<br>1  | 69<br>5  | 69<br>7  | 74<br>7  | 6<br>9<br>7      | 85<br>3  | 6<br>3<br>9      | 67<br>1  | 77<br>0  | 79<br>7  | 83<br>8  | 81<br>95      | 11<br>95<br>23 |
|                | BPJS     | 79<br>80 | 78<br>76 | 93<br>64 | 89<br>73 | 7<br>5<br>2<br>0 | 85<br>44 | 7<br>7<br>8<br>4 | 76<br>00 | 86<br>70 | 90<br>41 | 95<br>01 | 92<br>85<br>3 |                |

| JML | 10<br>64<br>5 | 10<br>28<br>6 | 11<br>86<br>8 | 11<br>46<br>9 | 9<br>8<br>6<br>2 | 11<br>48<br>1 | 9<br>7<br>7<br>0 | 96<br>01 | 10<br>92<br>1 | 11<br>52<br>2 | 12<br>09<br>8 | 11<br>95<br>23 | 11<br>95<br>23 |
|-----|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|---------------|------------------|----------|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------|
|-----|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|---------------|------------------|----------|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------|

#### 2. KUNJUNGAN UGD

Capaian kunjungan UGD RSU Bunda Padang periode Januari hingga November 2021:

| KUNJUN<br>GAN |    | BULAN |     |    |    |    |    |     |     |    |     |     |
|---------------|----|-------|-----|----|----|----|----|-----|-----|----|-----|-----|
|               | JA | FE    | M   | AP | M  | JU | JU | AG  | SE  | О  | NO  | JM  |
|               | N  | В     | AR  | R  | EI | N  | L  | ST  | PT  | KT | V   | L   |
| UGD           | 24 | 19    | 226 | 24 | 25 | 31 | 30 | 226 | 171 | 21 | 262 | 265 |
| UMUM          | 3  | 7     | 220 | 7  | 5  | 4  | 6  | 220 | 1/1 | 0  | 202 | 7   |
| UGD ASS       | 90 | 65    | 88  | 13 | 12 | 13 | 15 | 90  | 94  | 89 | 122 | 118 |
| UUD ASS       | 90 | 03    | 00  | 2  | 8  | 0  | 3  | 90  | 94  | 09 | 122 | 1   |
| UGD           | 10 | 90    | 109 | 11 | 13 | 11 | 12 | 976 | 872 | 96 | 120 | 119 |
| BPJS          | 18 | 1     | 6   | 23 | 25 | 67 | 71 | 970 | 012 | 0  | 3   | 12  |
| KEMKES        |    |       |     | 29 | 50 | 52 | 16 | 109 | 149 | 4  | 2   | 423 |
| KENIKES       |    |       |     | 9  | 5  | 5  | 54 | 4   | 149 | 4  | 2   | 2   |
| TOTAL         | 13 | 11    | 141 | 18 | 22 | 21 | 33 | 238 | 128 | 12 | 158 | 199 |
| IOTAL         | 51 | 63    | 0   | 01 | 13 | 36 | 84 | 6   | 6   | 63 | 9   | 82  |

#### 3. TINDAKAN KAMAR BEDAH

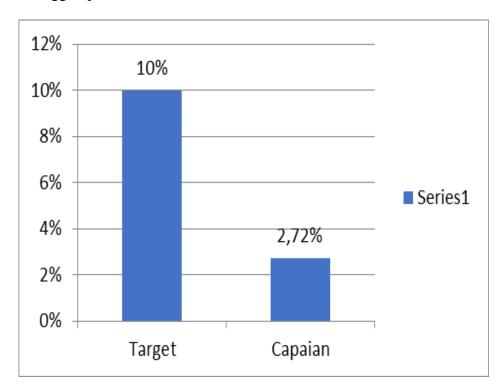
Berdasrkan program kerja peningkatan mutu dan keselamatan pasien di kamar operasi Rumah Sakit Umum Bunda Padang memilih empat indikator mutu yang sudah di validasi yaitu:

|    | Jml                                  | Sesuai  | Blm               |        | Te    | erpantau  | Sesuai  |
|----|--------------------------------------|---------|-------------------|--------|-------|-----------|---------|
| No | Indikator                            | Standar | Sesuai<br>Standar | Jumlah | Tidak | Terpantau | Standar |
| 1  | Kepatuhan<br>waktu tunggu<br>elektif | 100%    | Belum<br>sesuai   | 96%    | 4%    | 96%       | 100%    |

| _  | ı r   |       |                   |       |       |       |       |
|----|---|-------|-------------------|-------|-------|-------|-------|
| 2  | kepatuhan site<br>marking   | 100%  | Sesuai<br>standar | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  |
| 3  |   |       |                   |       |       |       |       |
|    | kepatuhan Time out  | 100%  | Belum             | 100 % | 0 %   | 100 % | 100%  |
| 4  | kepatuhan<br>keluar<br>pemulihan  | 100%  | sesuai            | 100 % | 0 %   | 100 % | 100%  |
|    | sesuai aldere<br>score  |       | Sesuai            |       |       |       |       |
|    |   | 100%  | standar           | 100%  | 0%    | 100%  | 100%  |
|    | Kejadian<br>kematian<br>dimeja  |       | Sesuai            |       |       |       |       |
| 5. | operasi   | 0%    | standar           | 0%    | 0%    | 0%    | 0%    |
| 6. | Tidak ada<br>Kejadian<br>operasi salah<br>sisi  | 100%  | Sesuai<br>standar | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  |
|    | Tidak ada<br>Kejadian<br>operasi salah  | 100,0 | Sesuai            | 100,0 | 10070 | 10070 | 10070 |
| 7. | orang   | 100%  | standar           | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  |
|    | Tidak ada<br>kejadian salah<br>tindakan pada  |       | Sesuai            |       |       |       |       |
| 8. | operasi   | 100%  | standar           | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  |
|    | Tidak ada<br>kejadian<br>tertinggalnya<br>benda asing<br>padaa tubuh<br>pasien setelah<br>operasi | 1000/ | Sesuai            | 1000/ | 1000  | 1000/ | 1000/ |
| 9. | -   | 100%  | standar           | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  |
| 10 | Komplikasi<br>anestesi<br>karena  | 5%    | Sesuai<br>standar | 0%    | 0%    | 0%    | 0%    |

|    | overdosis<br>reaksi anestesi                                      |    |                   |    |    |    |    |
|----|---|----|-------------------|----|----|----|----|
| 11 | Ketidak<br>sesuaian<br>diagnosis<br>medik pre dan<br>post operasi | 0% | Sesuai<br>standar | 0% | 0% | 0% | 0% |
|    | Kejadian desaturasi O2 saat durante anestesi dengan general       |    | Sesuai            |    |    |    |    |
| 12 | anestesi  | 0% | standar           | 0% | 0% | 0% | 0% |

## a) Waktu tunggu operasi elektif

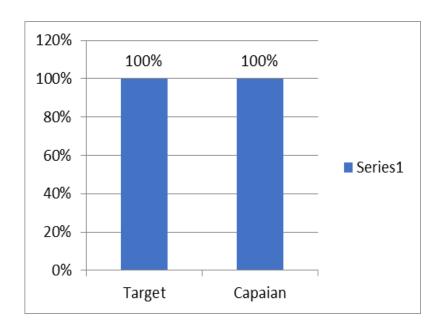


## Interpretasi data:

Dari 257 orang pasien 7 orang pasien yang operasi tertunda, jadi grafik di atas dapat di simpulkan dengan target 10% hanya 2,72 % yang tercapai.

| PLAIN                           | DO  | STUDY  | ACTION   |
|---------------------------------|---|--|--|
| Mengupayakan capaian target 10% | Meningkatkan<br>pencapian Waktu<br>tunggu operasi elektif | November 2021<br>waktu tunggu<br>operasi efektif hanya | <ol> <li>Himbauan kepada<br/>tim operasi untuk<br/>memaksilmakan<br/>waktu secara efesi<br/>en lagi</li> <li>Mencari penyebab<br/>ketidak tercapaian<br/>target dengan<br/>evaluasi rutin</li> </ol> |

## b) Kepatuhan site marking

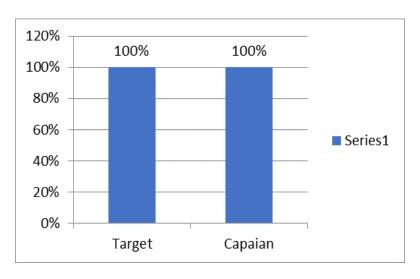


## Interpretasi data:

Dari tabel di atas di jelaskan bahwa sebanyak 84 pasien yang melakukan tindakan operasi excisi, 84 orang pasien di lakukan site marking, 100% target telah tercapai pada bulan ini.

| PLAIN          | DO             | STUDY          | ACTION           |
|----------------|----------------|----------------|------------------|
| Mengupayakan   | Meningkatkan   | Dalam bulan    | Himbauan kepada  |
| capaian target | kepatuhan site | November 2021  | dokter operator  |
| 100%           | marking        | kepatuhan site | lebih patuh lagi |
|                |                | marking sudah  | dalam melakukan  |
|                |                | mencapai 100%. | site marking .   |
|                |                |                |                  |

## c) Kepatuhan Time Out

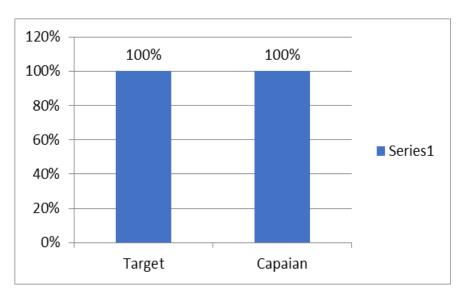


## Interpretasi data:

Dari data di atas di jelaskan bahwa sebanyak 257 pasien yang di dilakukan tindakan operasi pasien yang melakukan tindakan time out 257 orang jadi dapat di simpulkan bahwa target 100%, terget tecapai dibulan November 2021.

| PLAIN                                      | DO   | STUDY   | ACTION  |
|--|--|---|---|
| Mengupaya<br>kan capaian<br>target<br>100% | Meningkat<br>kan<br>kepatuhan<br>site<br>marking | Dalam bulan<br>November 2021<br>kepatuhan time<br>out sudah<br>mencapai 100 % | Himbauan kepada tim operasi lebih<br>patuh lagi dalam melakukan kepatuhan<br>time out |

## d) Kepatuhan keluar pemulihan sesuai aldrete score



## Interpretasi data:

Dari tabel di atas dapat di jelaskan bahwa sebanyak 60 pasien, telah tercapai target 100% dalam kepatuhan keluar pemulihan sesuai *aldrete score*.

| PLAIN                                  | DO  | STUDY   | ACTION  |
|--|---|---|---|
| Mengupayakan<br>capaian target<br>100% | Meningkatkan<br>kepatuhan<br>keluar<br>pemulihan<br>sesuai aldrete<br>score | Dalam bulan November 2021 kepatuhan keluar pemulihan sesuai aldrete score sudah 100% target yang tercapai | Himbauan kepada perawat recovery<br>room sealalu mempertahankan<br>dalam melakukan pemulihan pasien<br>sesuai aldrete score |

#### 4. TINDAKAN KAMAR BERSALIN

a) Persalinan dengan SC November 2021

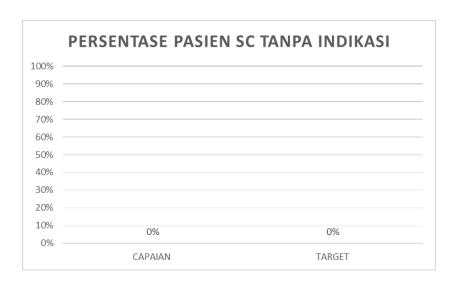
| JUMLAH PASIEN<br>MELAHIRKAN | JUMLAH<br>PASIEN SC | CAPAIAN | TARGET |
|-----------------------------|---------------------|---------|--------|
| 36                          | 30                  | 83%     | 30%    |



#### Interpretasi data:

Dari data di atas didapat bahwa pada bulan November 2021 persalinan dengan SC belum mencapai target yaitu < 30 % dikarenakan banyaknya persalinan dengan patologi atau indikasi yang menyebabkan pasien harus ditindak secara SC dan tidak dapat dilahirkan normal.

#### b) Persalinan SC tanpa indikasi



#### Interpretasi data:

Dari data di atas didapat bahwa pada bulan November 2021 dari 34 pasien persalinan tidak ada tindakan SC yang dilakukan kepada pasien tanpa indikasi.

# 5. BED OCCUPATION RATE (BOR), AVERAGE LENGTH OF STAY (ALOS) DAN ANALISA LOS/TOI

| NO | BULAN     | JML<br>PASIEN | H HARI<br>PERAW | H<br>LAMA | BOR<br>(%) | ALOS<br>(hari) | BTO<br>(kali) | TOI<br>(hari) | TOTAL<br>HARI /<br>BULAN | TOTAL<br>HARI | TOTAL<br>TT | HARI/<br>BULAN<br>*TT | TOTAL<br>HARI<br>*TT |
|----|-----------|---------------|-----------------|-----------|------------|----------------|---------------|---------------|--------------------------|---------------|-------------|-----------------------|----------------------|
| 1  | Januari   | 671           | 3.703           | 3.032     | 106,65     | 4,52           | 5,99          | -0,34         | 31                       | 31            | 112         | 3.472                 | 3.472                |
| 2  | Februari  | 647           | 3.425           | 2.778     | 109,22     | 4,29           | 5,78          | -0,45         | 28                       | 28            | 112         | 3.136                 | 3.136                |
| 3  | Maret     | 726           | 3838            | 3.112     | 110,54     | 4,29           | 6,48          | -0,50         | 31                       | 31            | 112         | 3.472                 | 3.472                |
| 4  | April     | 731           | 4199            | 3.468     | 116,64     | 4,74           | 6,09          | -0,82         | 30                       | 30            | 120         | 3.600                 | 3.600                |
| 5  | Mei       | 694           | 3990            | 3.296     | 107,26     | 4,75           | 5,78          | -0,39         | 31                       | 31            | 120         | 3.720                 | 3.720                |
| 6  | Juni      | 807           | 5085            | 4.278     | 141,25     | 5,30           | 6,73          | -1,84         | 30                       | 30            | 120         | 3.600                 | 3.600                |
| 7  | Juli      | 647           | 4674            | 4.027     | 108,47     | 6,22           | 4,65          | -0,56         | 31                       | 31            | 139         | 4.309                 | 4.309                |
| 8  | Agustus   | 774           | 4.059           | 3.285     | 94,20      | 4,24           | 5,57          | 0,32          | 31                       | 31            | 139         | 4.309                 | 4.309                |
| 9  | September | 564           | 2.457           | 1.893     | 58,92      | 3,36           | 4,06          | 3,04          | 30                       | 30            | 139         | 4.170                 | 4.170                |
| 10 | Oktober   | 536           | 1.859           | 1.323     | 49,15      | 2,47           | 4,39          | 3,59          | 31                       | 31            | 122         | 3.782                 | 3.782                |
| 11 | November  | 609           | 2.140           | 1.531     | 58,47      | 2,51           | 4,99          | 2,50          | 30                       | 30            | 122         | 3.660                 | 3.660                |
| 12 | Desember  |               |                 |           |            |                |               |               |                          |               |             |                       |                      |
|    | ΓΟΤΑL     | 7.406         | 39.429          | 32.023    | 96,76      | 4,32           | 60,70         | 0,18          | 334                      | 334           | 122         | 40.748                | 40.748               |

#### NILAI STANDAR ;

BOR : (Nilai Standar = 60 - 85 %)
ALOS : (Nilai Standar = 6 - 9 hari)
TOI : (Nilai Standar = 1 - 3 hari)

**BTO** : (Nilai Standar = 40 - 50 kali dalam setahun)

# B. CAPAIAN INDIKATOR MUTU NASIONAL

| NO | KODE      | INDIKATOR MUTU   | TARGET     |
|----|-----------|--|------------|
| A  | IMN       | INDIKATOR MUTU NASIONAL  | IAKGEI     |
| 1  | IMN 1     | Kepatuhan Identifikasi Pasien  | 100%       |
| 2  | IMN 2     | Ketepatan Penanganan SC Cyto ≤ 30 menit  | 100%       |
| 3  | IMN 3     | Waktu Tunggu Rawat Jalan   | ≤ 60 menit |
| 4  | IMN 4     | Penundaan Operasi Elektif  | 5%         |
| 5  | IMN 5     | Kepatuhan Jan Visite Dokter Spesialis  | 80%        |
| 6  | IMN 6     | Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium  | 100%       |
| 7  | IMN 7     | Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasionla  | 80%        |
| 8  | IMN 8     | Kepatuhan Cuci Tangan  | 85%        |
| 9  | IMN 9     | Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera<br>Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap | 100%       |
| 10 | IMN<br>10 | Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway  | 80%        |
| 11 | IMN<br>11 | Kepuasan Pasien dan Keluarga   | 80%        |
| 12 | IMN<br>12 | Kecepatan respon terhadap Komplain   | 75%        |
| 13 | IMN<br>13 | Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)   | 100%       |

#### 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien



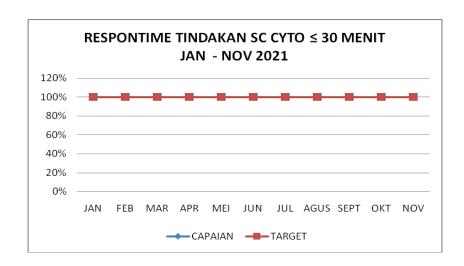
| Unit    | 2D   | 2A   | HCU  | NICU | BAYI | 2B   | 3B   | 4B   | VK   | POLI | PINERE |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--------|
| Capaian | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100%   |
| Target  | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100%   |

#### a. Interpretasi

Data kepatuhan Identifikasi Pasien RSU Bunda Padang diambil dari analisa masing-masing unit terkait yaitu Unit Rawat Inap dan Poli Rawat Jalan. Berdasarkan grafik di atas dapat dilihat bahwa kepatuhan identifikasi pasien di RSU Bunda sudah mencapai standar. Hal ini perlu terus dipertahankan dan dilakukan supervise secara berkala untuk mempertahankan mutu kepatuhan identifikasi pasien.

- 1) Tingkatkan kepatuhan dan spo
- 2) Monitoring dan evaluasi
- 3) Pertahankan dan lakukan perbaikan

#### 2. Kecepatan Penanganan SC Cyto ≤ 30 menit



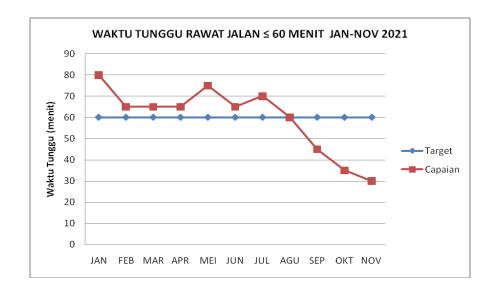
#### a. Interpretasi

Pada grafik diatas kecepatan penanganan SC Cyto kurang dari 30 menit sudah sesuai target, hal ini didukung dengan komitmen petugas baik DPJP dan petugas terkait lainnya.

## b. Tindak lanjut:

- 1) Tingkatkan kepatuhan dan spo
- 2) Monitoring dan evaluasi
- 3) Pertahankan dan lakukan perbaikan

#### 3. Waktu Tunggu Rawat Jalan



#### a) Interpretasi

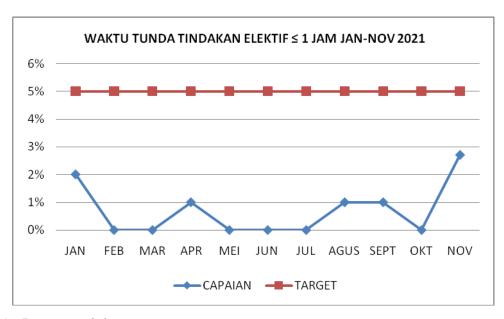
Indikator mutu Waktu Tunggu Rawat Jalan bertujuan untuk mengetahui waktu tunggu pelayanan pasien dirawat jalan sehingga terselenggaranya pelayanan poliklinik pada hari kerja yang mudah dan cepat diakses oleh pasien. Indikator ini penting karena berkaitan dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan RS. berdasarkan grafik diatas didapatkan peningkatan dalam 3 bulan terakhir dimana waktu tunggu tercapai sesuai target yaitu < 60 menit.

#### b) Tindak Lanjut:

Meningkatkan capaian indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan sesuai SPO serta melakukan monitor rutin.

| PLAIN               | DO                 | STUDY              | ACTION               |
|---------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| Mengupayakan        | Perawat selalu     | Semua pasien yang  | Mengingatkan perawat |
| waktu tunggu        | meningatkan dokter | mendaftar ke rawat | untuk selalu         |
| rawat jalan < darin | 1 jam sebelum jam  | jalan dilakukan    | mengingatkan dokter  |
| 60 menit            | praktek di mulai.  | pencatatan jam     | praktek sesuai jam   |
|                     |                    | kedatangannya oleh | praktek              |
|                     |                    | perawat poliklinik |                      |
|                     |                    | sejak dari jadwal  |                      |
|                     |                    | jam mulai praktek  |                      |
|                     |                    | dokter spesialis   |                      |
|                     |                    | sampai dengan      |                      |
|                     |                    | pasien diperiksa   |                      |
|                     |                    | oleh dokter        |                      |
|                     |                    | spesialis          |                      |

## 4. Penundaan Operasi Elektif

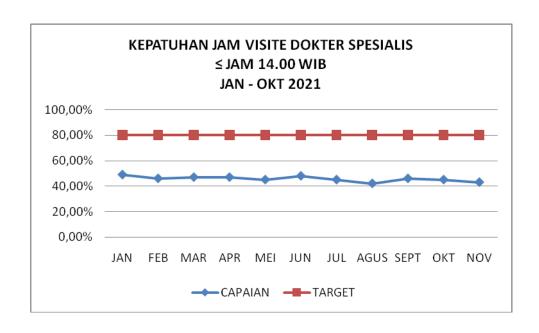


## a) Interpretasi data:

Pada bulan November terdapat peningkatan pasien dengan operasi tertunda >1 jam dimana dari 257 orang pasien 7 orang pasien yang operasi tertunda, jadi grafik di atas dapat di simpulkan dengan target  $\leq 5\%$  tercapai 2,72 % sehingga capaian masih sesuai target .

| PLAIN                   | DO                  | STUDY                | ACTION             |
|-------------------------|---------------------|----------------------|--------------------|
|                         |                     |                      |                    |
| Mengupayakan            | Meningkatkan        | Dalam bulan          | 1. Himbauan kepada |
| capaian target $\leq 5$ | pencapaian target   | November 2021        | tim operasi untuk  |
| %                       | waktu tunda operasi | waktu tunggu         | memaksilmakan      |
|                         | elektif             | operasi efektif 2,72 | waktu secara efesi |
|                         |                     | % target yang        | en lagi            |
|                         |                     | tercapai             | 2. Mencari         |
|                         |                     |                      | penyebab ketidak   |
|                         |                     |                      | tercapaian target  |
|                         |                     |                      | dengan evaluasi    |
|                         |                     |                      | rutin              |

#### 5. Ke patuhan Jam Visit Dokter Spesialis

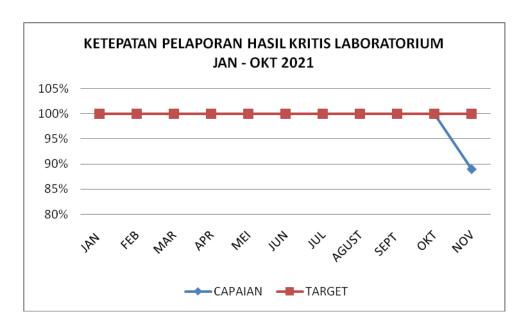


#### a) Interpretasi

Capaian kepatuhan Jam visite Dokter Spesialis belum mencapai target, dimana hal ini terjadi diduga karena sebagian besar dokter RSU Bunda Padang berstatus PNS sehingga baru visite setelah pelayanan sebagai PNS yaitu di atas pukul 16.00.

- 1. Dokter dimintakan untuk visite tepat waktu,sesuai dengan waktu visite yg sudah ditetapkan
- 2. Mengevaluasi kembali kepatuhan dokter visite
- 3. Monitoring kepatuhan visite dokter
- 4. Memberikan umpan balik kepada dokter spesialis yg tidak visite tepat waktu
- 5. Berdiskusi dan berkoordinasi dengan Kepala Rumah Sakit untuk mengingatkan kembali waktu visit Dokter Spesialis
- Berdiskusi dan berkoordinasi dengan Kepala Rumah Sakit untuk meningkatkan SDM Dokter Spesialis tetap di RSU Bunda Padang

#### 6. Waktu Lapor Hasil Test Kristis Laboratorium



#### a) Interpretasi

Nilai kritis adalah:Hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan Rumah Sakit. Kategorinya adalah yang memerlukan penatalaksanaan segera dengan standard waktu kurang dari 30 menit baik secara lisan maupun secara tulisan dengan target 100%. Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan November 2021 terjadi penurunan dari target yang sudah di tetap kan.

## b) Tindak Lanjut

| Plan  | Do   | Study  | Action   |  |
|---|--|--|--|--|
| Usaha     pencapaian     sesuai target     yang sudah     ditetap kan     rumah sakit      Membuat SPO     pelaporan nilai     kritis | <ol> <li>Kepala unit mengingatkan supaya pelaksana labor melakukan pencatatan dan pelaporan nilai kritis</li> <li>Menjalin Koordinasi yang baik antara petugas Laboratorium dengan petugas rawatan.</li> <li>Menjalankan SPO yang telah ada</li> </ol> | Terjadi penurunan<br>di bulan November<br>2021 | Mengingatkan kembali pencatatan dan pelaporan nilai kritis |  |

# 7. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional RS Provider BPJS



#### a) Interpretasi data:

RSU Bunda Padang menetapkan penggunaan Formularium Nasional bagi RS provider BPJS dan Formularium RS bagi non provider BPJS. Jumlah resep yang dilayani di rawat inap tgl 1 November sampai 30 November 2021 sebanyak 4460 lembar dengan rincian 2951 provider BPJS dan 1509 non provider BPJS. Kepatuhan dokter dalam menulis resep sesuai FORNAS untuk pasien BPJS tercapai 100 % sudah memenuhi target dari 80 % Indikator mutu nasional yang ditetapkan.

| Plan            | Do             | Study                    | Action          |
|-----------------|----------------|--------------------------|-----------------|
| - Mempertahanka | - Meningkatkan | - Penulisan obat generik | - ada ketegasan |
| n pencapaian    | kepatuhan      | merupakan cara untuk     | manajemen       |
| target standar  | bekerja sesuai | menghemat biaya          | terhadap        |
| mutu 80 % untuk | SOP            | pengobatan. Sesuai       | situasi dalam   |
| kepatuhan       | -              | dengan kendali mutu      | bertindak       |
| penulisan resep |                | kendali biaya            | disebabkan      |
| sesuai FORNAS   |                | - Dokter penulis resep   | ada petugas     |
| - Mempertahanka |                | diharapkan bisa          | farmasi yang    |
| n pencapaian    |                | menulis resep sesuai     | mengkonfirm     |
| target standar  |                | dengan FOR RS            | asi kepada      |
| mutu 90 % untuk |                | sehingga stok yang       | dokter jika     |
| kepatuhan       |                | disediaan tidak          | ada resep       |
| penulisan resep |                | melampaui dari target    | pasien yang     |
| sesuai FOR RS   |                | yang ditetapkan dari     | tidak sesuai    |
|                 |                | Corporate                | formularium.    |
|                 |                | - Meningkatnya           |                 |

| persentase penulisan  |
|-----------------------|
| resep diluar fornas   |
| disebabkan banyaknya  |
| obat generic yang     |
| kosong didistributor. |

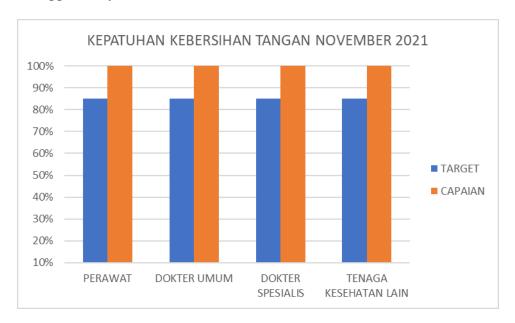
#### 8. Kepatuhan Cuci Tangan

#### a) SASARAN

- Pelaksanaan pengukuran kepatuhan Hand Hygiene dilakukan pada Unit-Unit yang berhubungan dengan pelayanan langsung pada pasien, seperti : Unit rawat inap, Unit rawat jalan, Unit gawat darurat, laboratorium, radiologi , Unit Intensive dan Medichal Check Up
- 2) Pelaksanaan pengukuran kepatuhan Hand Hygiene dilakukan pada petugas yang berhubungan secara lansung dengan pasien

#### **b)** METODE PELAKSANAAN

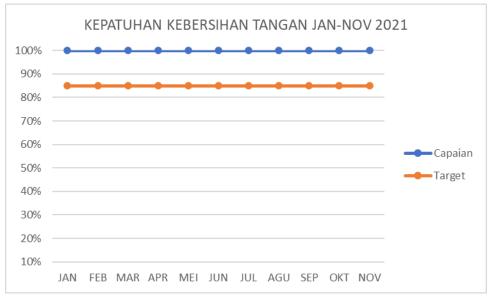
Pengukuran kepatuhan kebersihan tangan dilakukan setiap bulan dengan cara observasi menggunakan metode sesuai standar WHO (berdasarkan opportunity untuk kebersihan tangan, minimal 200 opportunity)



Berdasarkan data diatas angka kepatuhan *Hand Hygiene* Pada Bulan November 2021 :

Perawat : 100 %
 Dokter Umum 100 %
 Dokter Spesialis 100 %

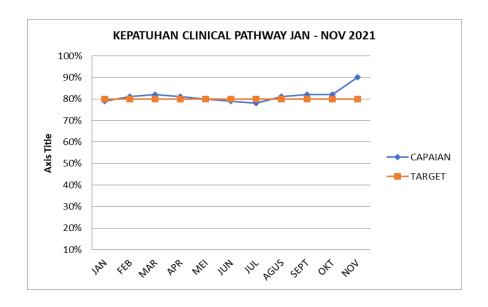
4. Tenaga kesehatan lain: 100 %



#### Interpretasi

Indikator mutu Kepatuhan Cuci Tangan pada bulan Januari-November 2021 sudah mencapai target, hal ini memperlihatkan kesadaran petugas pentngnya cuci tangan. Capaian ini perlu dipertahankan dan dilakukan audit cuci tangan.

#### 9. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway



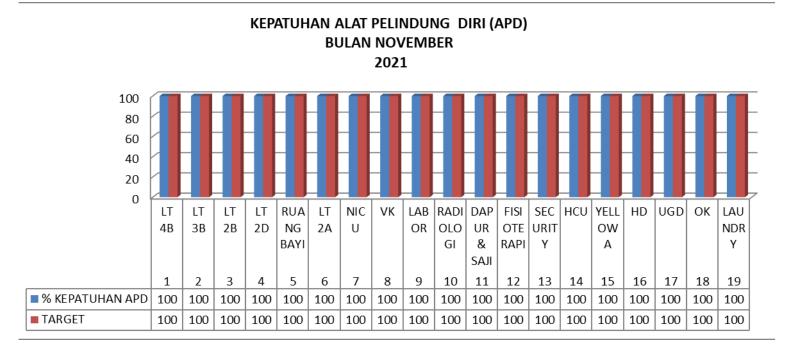
#### a) Interpretasi:

Pemantauan pada kepatuhan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) sesuai clinical pathway merupakan unsur penting dalam menjaga mutu pelayanan rumah sakit. Pada bulan November 2021 Kepatuhan Pelaksanaan Clinical Pathway pada pasien rawat inap sudah mencapai target.

#### b) Tindak lanjut:

- 1) Tingkatkan kepatuhan dan spo
- 2) Monitoring dan evaluasi
- 3) Pertahankan dan lakukan perbaikan

#### 10. Kepatuhan Penggunan Alat Pelindung Diri (APD)



#### a) Interpretasi

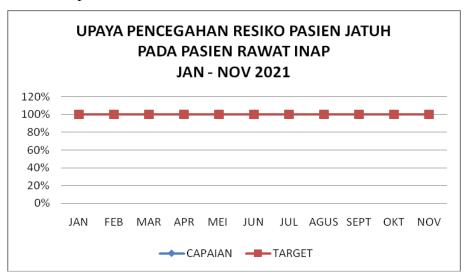
Indikator mutu Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) pada unit terkait pada bulan November 2021 sudah mencapai target.

#### b) Tindak lanjut:

1) Tingkatkan kepatuhan dan spo

- 2) Monitoring dan evaluasi
- 3) Pertahankan dan lakukan perbaikan

# 11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada Pasien Rawat Inap



#### a) Interpretasi

Capaian data mutu tentang kepatuhan upaya pencegahan jatuh pasien ranap sudah mencapai target. Semua pasien yang beresiko sudah di beri penandaan resiko jatuh dan tidak ada insiden pasien jatuh di bulan November 2021.

- Tingkatkan kepatuhan perawat dalam melakukan pengontrolan dan pemberian tanda untuk pasien beresiko jatuh setiap saat.
- 2. Lakukan pemeriksaan sesuai SPO
- 3. Monitoring dan evaluasi

## 12. Kepuasan Pasien dan Keluarga



#### a) Interpretasi:

Capaian Kepuasan dan Keluarga perlu ditingkatkan karena dilihat dari grafik bahwa indikator ini belum mencapai target. Diduga hal ini dinilai dari ketersedian fasilitas tempat tunggu pasien, pendaftaran, namum hal ini akan menjadi perbaikan untuk RS Bunda Padang.

- 1) Monitoring dan evaluasi
- 2) Pertahankan dan lakukan perbaikan

## 13. Kecepatan Respon Terhadap Komplain



#### a) Interpretasi

Untuk capaian indikator Kecepatan Respon Terhadap Komplain, sudah mencapat target, perlu di pertahankan.

- 1) Monitoring dan evaluasi
- 2) Pertahankan dan lakukan perbaikan

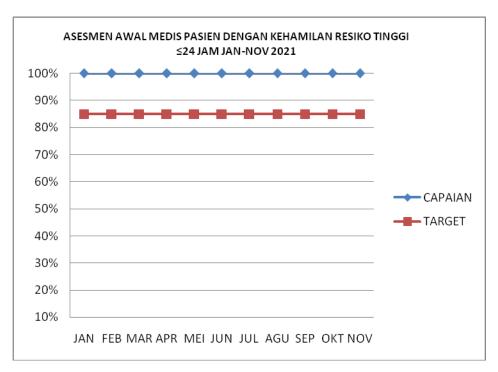
## C. CAPAIAN INDIKATOR MUTU PRIORITAS

## 1. INDIKATOR MUTU PRIORITAS

| NO | KODE      | INDIKATOR MUTU  | TARGET |
|----|-----------|---|--------|
| В  | INDIKATOR | ATOR INDIKATOR PRIORITAS  |        |
| 1  | IAK 1     | Assesmen Pasien: Kelengkapan Pengisian Assesmen Awal Pasien dengan Kehamilan Resiko Tinggi                  | 100%   |
| 2  | IAK 2     | Pelayanan Lab: Ketepatan Penyelesaian Pemeriksaan Lab pada Pasien dengan Kegawatdaruratan Janin (<30 menit) | 100%   |
| 3  | IAK 3     | Kejadian Angka Reaksi Transfusi Darah pada<br>Pasien Kehamilan Resiko Tinggi                                | 0      |
| 4  | IAK 4     | Kecepatan Penanganan SC Cyto (<30 menit)  | 100%   |
| 5  | IAK 5     | Kejadian Kesalahan Pemberian Obat pada<br>Pasien Post SC Cyto   | 0      |
| 6  | IAK 6     | Pencegahan dan Pengendalian Infeksi,<br>Surveilen: Kejadian IDO pada Pasien SC Cyto                         | 0      |
| 7  | IAM 1     | Respontime Tanggapan Kerusakan Alat Medis<br>saat Tindakan SC Cyto  | 98%    |
| 8  | IAM 2     | Kepuasan Pasien dan Keluarga pada Pasien<br>SC Cyto   | 98 %   |
| 5  | IAM 3     | Ketersediaan Linen di Kamar Operasi   | 100 %  |
| 6  | IAM 4     | Ketersediaan Obat-obat Emergency  | 100%   |

#### A. Indikator Area Klinis

 Assesmen Pasien: Kelengkapan Pengisian Assesmen Awal Pasien dengan Kehamilan Resiko Tinggi

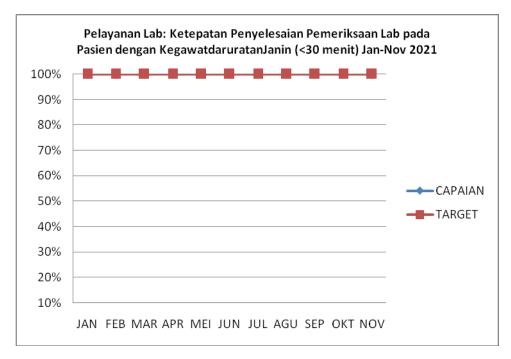


#### a) Interpretasi

Dari data di atas didapatkan assesmen awal medis pasien dengan kehamilan resiko tinggi  $\leq$  24 jam pada bulan November 2021 sudah mencapai target, selanjutnhya akan terus dilakukan pemantauan.

- 1. Monitoring dan evaluasi
- 2. Pertahankan dan lakukan perbaikan

2) Pelayanan Lab: Ketepatan Penyelesaian Pemeriksaan Lab pada Pasien dengan Kegawatdaruratan Janin (<30 menit)

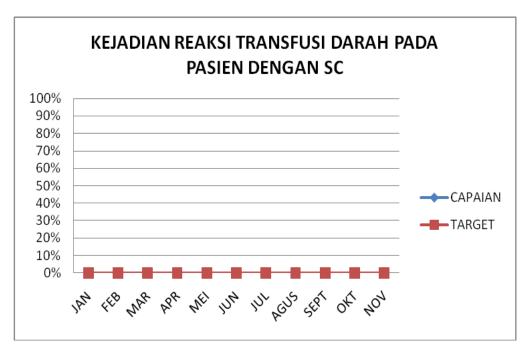


#### a) Interpretasi

Dari data di atas didapatkan assesmen awal medis pasien dengan kehamilan resiko tinggi  $\leq$  24 jam pada bulan November 2021 sudah mencapai target, selanjutnhya akan terus dilakukan pemantauan.

- 1. Monitoring dan evaluasi
- 2. Pertahankan dan lakukan perbaikan

 Kejadian Angka Reaksi Transfusi Darah pada Pasien Kehamilan Resiko Tinggi

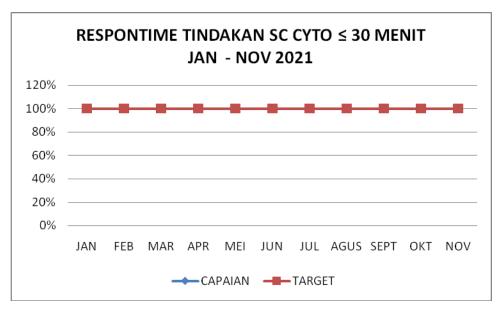


### a) Interpretasi

Dari data di atas didapatkan kejadian transfuse darah pada pasien dengan SC bulan November 2021 sudah mencapai target dimana tidak ditemukan kasus, selanjutnhya akan terus dilakukan pemantauan.

- 1) Monitoring dan evaluasi
- 2) Pertahankan dan lakukan perbaikan

### 4) Kecepatan Penanganan SC Cyto (<30 menit)

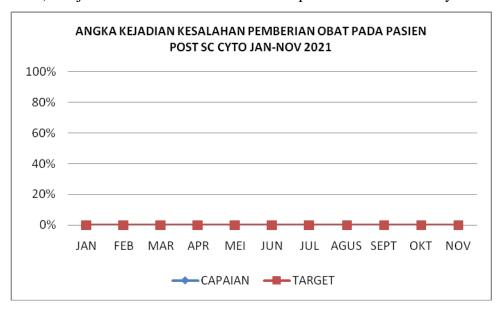


### a) Interpretasi

Dari data di atas didapatkan Kecepatan Penanganan SC Cyto (<30 menit) bulan November 2021 sudah mencapai target, selanjutnhya akan terus dilakukan pemantauan.

- 1) Monitoring dan evaluasi
- 2) Pertahankan dan lakukan perbaikan

# 5) Kejadian Kesalahan Pemberian Obat pada Pasien Post SC Cyto

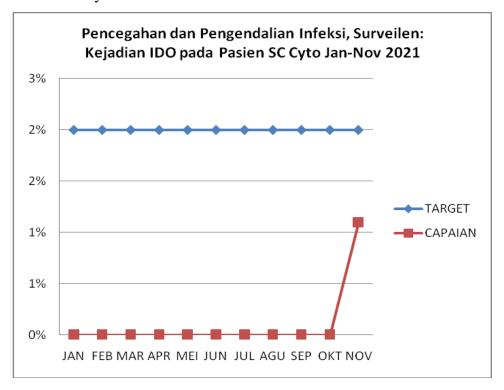


## a) Interpretasi:

Dari permintaan obat pasien post SC cyto tidak ada terjadi kesalahan dalam pemberian obat. Sehingga target 0 % yang diharapkan dapat tercapai.

| Plan             | Do          | Study                 | Action                  |
|------------------|-------------|-----------------------|-------------------------|
| - Mempertahankan | - Meningkat | - Tulisan dokter yang | - Setiap pemberian obat |
| mutu agar tidak  | kan         | kurang jelas bisa     | harus sesuai SOP.       |
| pernah terjadi   | kepatuhan   | menyebabkan           | - Mengupayakan untuk    |
| kesalahan dalam  | bekerja     | terjadinya            | tidak terjadi kesalahan |
| pemberiaan obat  | sesuai SOP  | kesalahan             | dengan meminimalisir    |
|                  |             | pemberian obat        | kemungkinan human       |
|                  |             |                       | error                   |

 Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Surveilen: Kejadian IDO pada Pasien SC Cyto



#### a) Interpretasi

Angka Kejadian IDO pada Pasien SC Cyto pada bulan November 2021<br/>mengalami peningkatan dibanding bulan sebelumnya tetapi masih memenuhi standar yang ditetapkan  $\leq 2$  %.

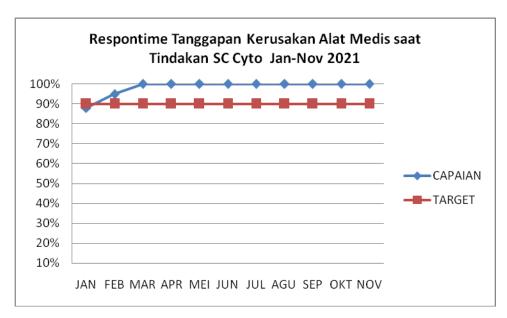
#### b) Rekomendasi dan Tindak Lanjut:

- Diharapkan setiap ruang pasien yang dilakukan tindakan operasi tidak terjadi
   IDO, dan dapat mampu untuk mempertahankan angka capaian infeksi daerah operasi 0 % pada bulan berikutnya
- Melakukan persiapan pasien operasi sesuai SPO ( *standar prosedur operasional*) dimulai sejak pasien masih di ruang rawat inap
- Melakukan monitoring terhadap kepatuhan cuci tangan bedah pada petugas kamar operasi
- Melakukan pemantauan dengan bundle prevention (Formulir pengumpulan data surveilans infeksi luka operasi) pada pasien operasi dimulai dari persiapan sebelum operasi sampai pasien dalam masa penyembuhan (control di poli)

• Melakukan audit pada pelaksanaan pengisian formulir bundle prevention.

#### B) Indikator Area Manajemen

1) Respontime Tanggapan Kerusakan Alat Medis saat Tindakan SC Cyto



### a) Interpretasi

Dari data di atas didapatkan Respontime Tanggapan Kerusakan Alat Medis saat Tindakan SC Cyto (> 15 menit) bulan November 2021 sudah mencapai target, selanjutnhya akan terus dilakukan pemantauan.

- 1. Monitoring dan evaluasi
- 2. Pertahankan dan lakukan perbaikan

# 2) Kepuasan Pasien dan Keluarga pada Pasien SC Cyto

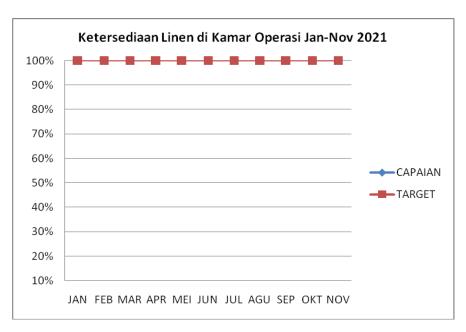


### a) Interpretasi:

Capaian Kepuasan dan Keluarga post SC pada bulan November 2021 sudah mencapai target.

- 1) Monitoring dan evaluasi
- 2) Pertahankan dan lakukan perbaikan

# 3) Ketersediaan Linen di Kamar Operasi

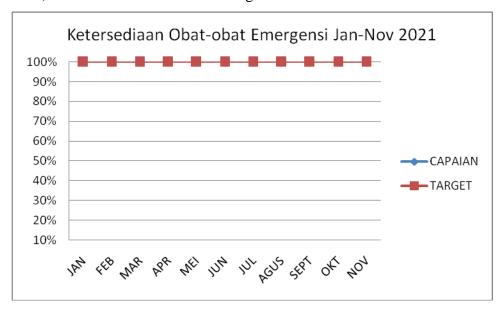


### a) Interpretasi:

Capaian Ketersediaan Linen di Kamar Operasi pada bulan November 2021 sudah mencapai target.

- Monitoring dan evaluasi
- Pertahankan dan lakukan perbaikan

### 4) Ketersediaan Obat-obat Emergensi



### a) Interpretasi:

Capaian Ketersediaan Obat-obat Emergensi pada bulan November 2021 sudah mencapai target.

# c) Tindak lanjut:

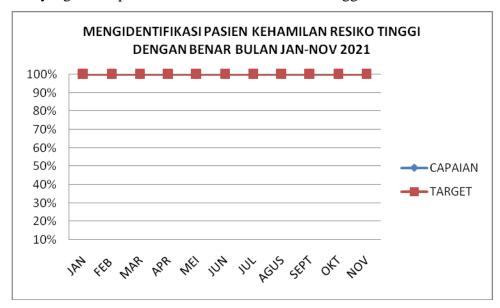
- Monitoring dan evaluasi
- Pertahankan dan lakukan perbaikan

### 2. SASARAN KESELAMATAN PASIEN

| C | ISKP   | SASARAN KESELAMATAN PASIEN  | TARGET |
|---|--------|---|--------|
| 1 | ISKP 1 | Identifikasi yang Benar pada Pasien Kehamilan<br>Resiko Tinggi                            | 100%   |
| 2 | ISKP 2 | Kepatuhan Penerapan Komunikasi Efektif<br>dengan Metode SBAR pada Pasien Resiko<br>Tinggi | 100%   |
| 3 | ISKP 3 | Angka Kejadian Pasien Jatuh Pada pasien Resiko<br>Tinggi                                  | 100%   |

| 4 | ISKP 4 | Kepatuhan Pelaksanaan TimeOut pada Pasien<br>Resiko Tinggi                    | 100% |
|---|--------|---|------|
| 5 | ISKP 5 | Kewaspadaan Keamanan Obat yang Perlu<br>Diwaspadai: Pelabelan Obat High Alert | 100% |

#### 1. Identifikasi yang Benar pada Pasien Kehamilan Resiko Tinggi

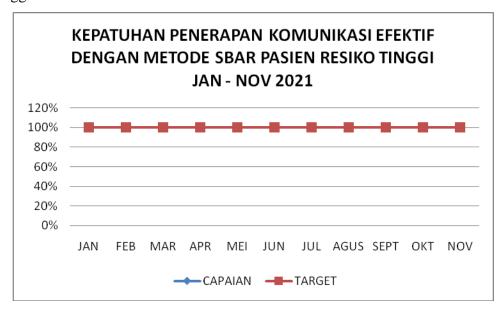


### a. Interpretasi

Data Identifikasi yang Benar pada Pasien Kehamilan Resiko Tinggi RSU Bunda Padang diambil dari analisa masing-masing unit terkait yaitu Unit Rawat Inap terkait. Berdasarkan grafik di atas dapat dilihat bahwa Identifikasi yang Benar pada Pasien Kehamilan Resiko Tinggi di RSU Bunda sudah mencapai standar. Hal ini perlu terus dipertahankan dan dilakukan supervise secara berkala untuk mempertahankan mutu kepatuhan identifikasi pasien.

- 1) Tingkatkan kepatuhan dan spo
- 2) Monitoring dan evaluasi
- 3) Pertahankan dan lakukan perbaikan

# 2. Kepatuhan Penerapan Komunikasi Efektif dengan Metode SBAR pada Pasien Resiko Tinggi



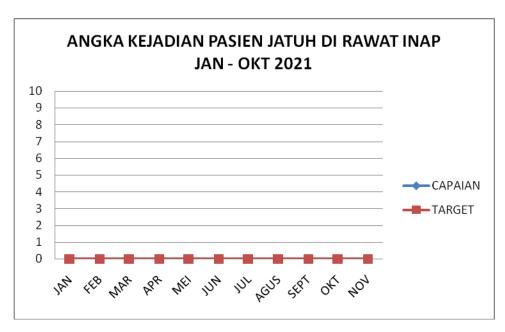
### a) Interpretasi

Dari data di atas komunikasi efektif dengan Metode SBAR pada Pasien Resiko Tinggi pada November 2021 sudah mencapai target, selanjutnya akan terus dilakukan pemantauan rutin.

### b) Tidak Lanjut

- a. Monitoring dan evaluasi
- b. Pertahankan dan lakukan perbaikan

# 3. Angka Kejadian Pasien Jatuh Pada pasien Resiko Tinggi



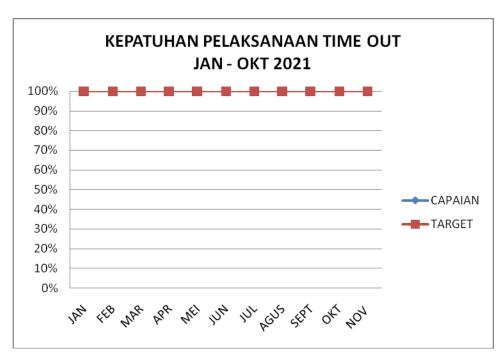
### b) Interpretasi:

Capaian data mutu Insiden Jatuh Pada pasien Resiko Tinggi pada unit rawat inap terkait bulan November 2021 adalah 0%, tidak adanya kejadian jatuh.

#### b) Rekomendasi:

- 1. Tingkatkan kepatuhan/upaya pencegahan resiko jatuh
- 2. Lakukan asesmen jatuh sesuai spo
- 3. Monitoring dan evaluasi

# 4. Kepatuhan Pelaksanaan TimeOut pada Pasien Resiko Tinggi

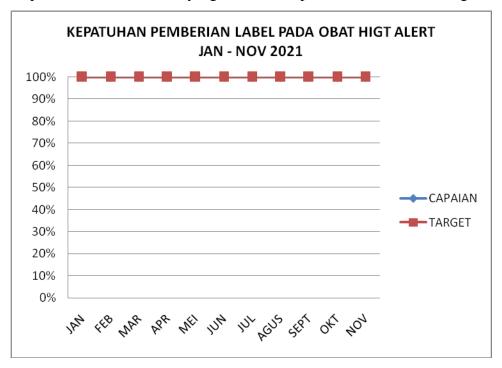


# a) Interpretasi

Pada bulan November sebanyak 257 pasien yang di dilakukan tindakan operasi pasien yang melakukan tindakan time out 257 orang jadi dapat di simpulkan bahwa target 100%, terget tecapai dibulan November 2021.

| PLAIN    | DO        | STUDY          | ACTION                                  |
|----------|-----------|----------------|---|
|          |           |                |   |
| Mengupay | Meningka  | Dalam bulan    | Himbauan kepada tim operasi lebih patuh |
| akan     | tkan      | November       | lagi dalam melakukan kepatuhan time out |
| capaian  | kepatuhan | 2021 kepatuhan |   |
| target   | site      | time out sudah |   |
| 100%     | marking   | mencapai 100   |   |
|          |           | %              |   |
|          |           |                |   |

### 5. Kewaspadaan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai: Pelabelan Obat High Alert



### a) Interpretasi

Dari data di atas didapatkan Pelabelan Obat High Alert pada November 2021 sudah mencapai target, selanjutnya akan terus dilakukan pemantauan rutin.

### b) Tidak Lanjut

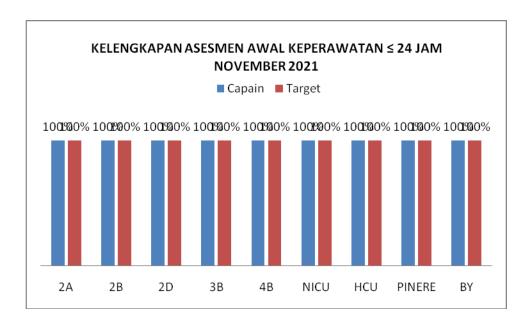
- a. Monitoring dan evaluasi
- b. Pertahankan dan lakukan perbaikan

| Plan                          | Do                     | Study                          | Action   |
|-------------------------------|------------------------|--------------------------------|--|
| - Mengupayakan                | Meningkatka            | Dalam bulan                    | Mengupayakan untuk tidak terjadi   |
| mempertahank<br>an pencapaian | n kepatuhan<br>bekerja | November 2021 high alert semua | kesalahan dengan meminimalisir<br>kemungkinan <i>human error</i> dan tetap |
| target standar<br>mutu        | sesuai SOP             | obat di label                  | meningkatkan kepatuhan bekerja<br>sesuai dengan SOP                        |

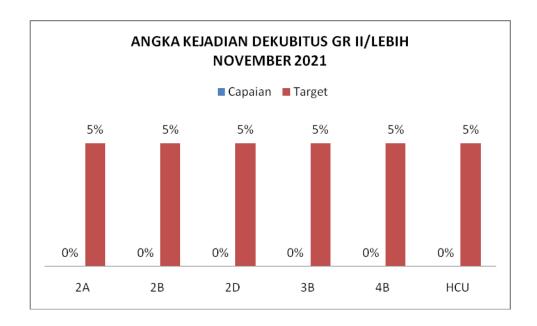
### D. CAPAIAN INDIKATOR MUTU UNIT

### 1. MUTU UNIT KEPERAWATAN

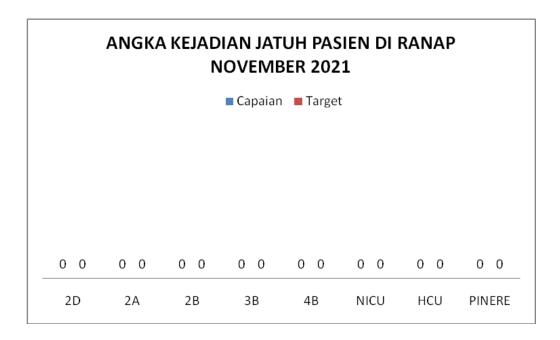
a) Kelengkapan Assesmen Keperawatan ≤ 24 jam



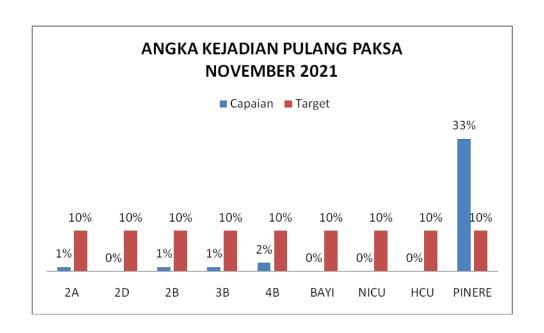
b) Angka Kejadian Dekubitus GR II/Lebih pada pasien umur > 18 tahun di Ranap



# c) Angka Kejadian Jatuh di Rawat Inap



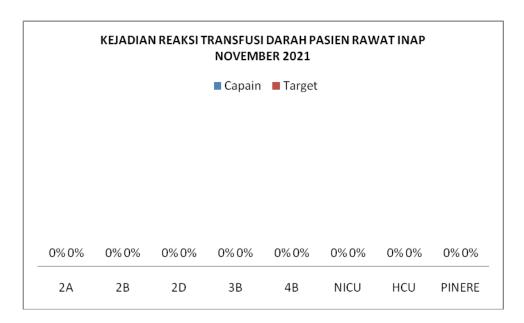
# d) Angka Kejadian Pulang Paksa pada Pasien Rawat Inap



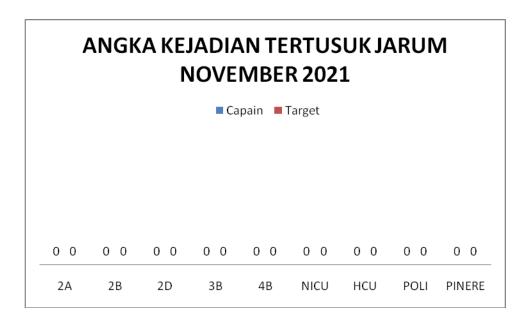
# e) Tidak Terpakainya Produk Darah yang Sudah di Order



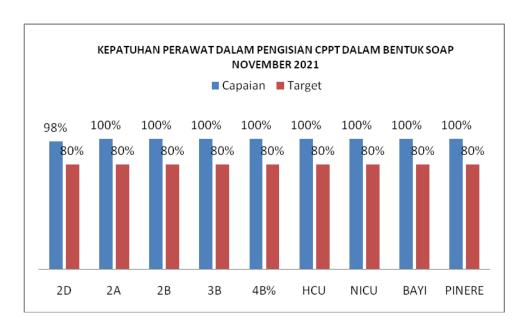
# f) Kejadian Reaksi Transfusi Darah di Rawat Inap



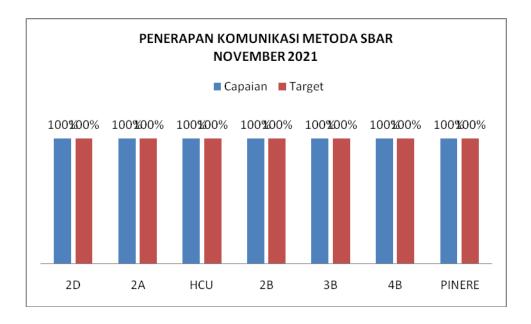
# g) Kejadian Tertusuk Jarum di Rawat Inap



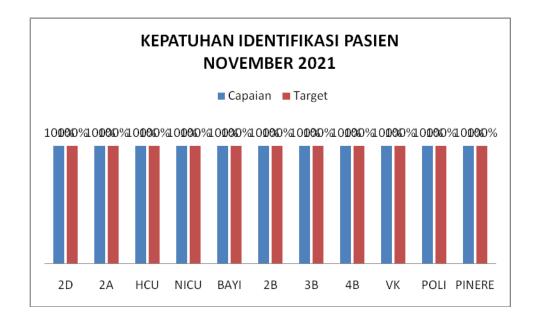
### h) Kepatuhan Perawat membuat CPPT dalam bentuk SOAP



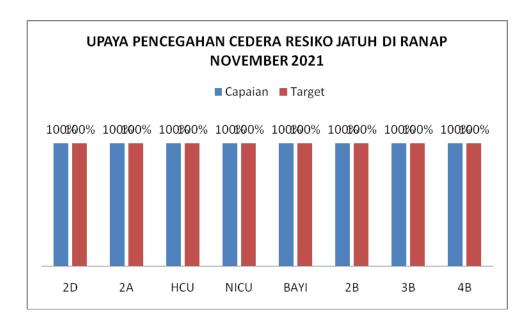
# i) Kepatuhan Penerapan Komunikasi efektif dengan Metode SBAR



# j) Mengidentifikasi Pasien dengan Benar

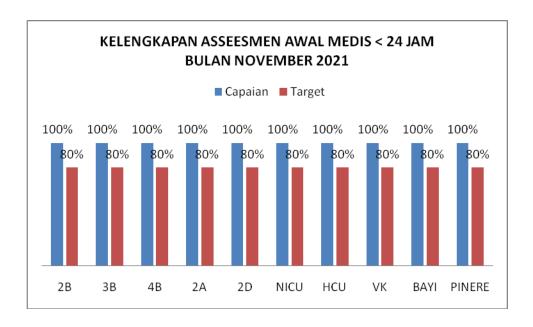


### k) Upaya Pencegahan Jatuh Pada Pasien Ranap

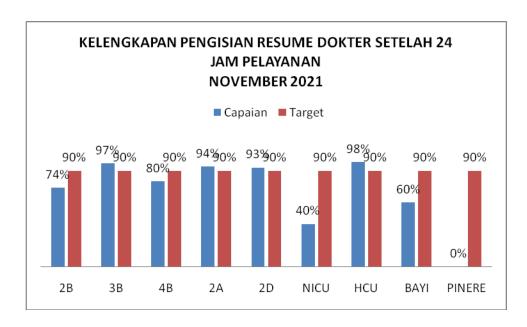


#### 2. INDIKATOR MUTU MEDIS

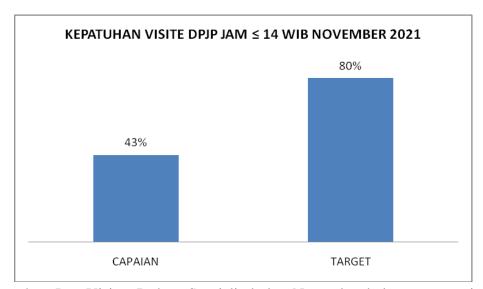
a) Kelengkapan AssesmenAwal Medis



### b) Kelengkapan Pengisian Resume Medis Pasien

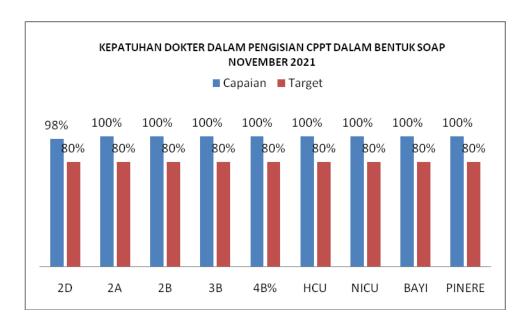


### c) Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis



Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis bulan November belum mencapai target yaitu 43%, hal ini diduga karena dokter spesialis berstatus PNS sehingga visite baru bisa setelah jam kerja PNS

# d) Kepatuhan DPJP mengisi CPPT dalam bentuk SOAP setelah Pelayanan



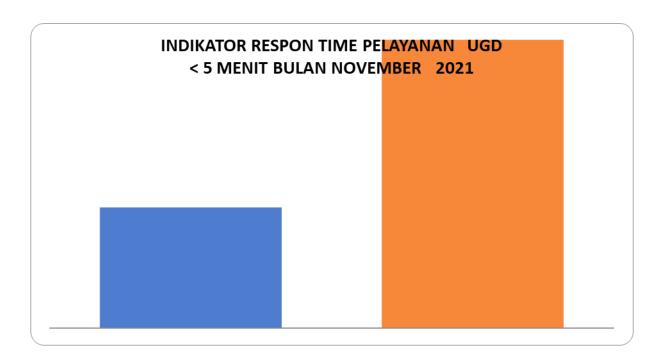
# e) Kepatuhan Jam Visite Dokter Kebidanan



### 3. INDIKATOR MUTU IGD

a) Indikator Respon Time Pelayanan UGD < 5 Menit

| Respon time <5<br>mnt | Jumlah seluruh<br>pasien | Capaian | Target |
|-----------------------|--------------------------|---------|--------|
| 1358                  | 1589                     | 85 %    | 100 %  |



### **INTERPRETASI**

Di dapatkan dari data di atas indikator respon time < 5 menit di UGD pada bulan November 2021 masih belum mencapai target 100% di harapkan untuk bulan selanjutnya mencapai target yang sudah ditentukan,

# b) Indikator Pemberi Pelayanan Gawat Darurat Yang Bersertifikat Di UGD

| Tenaga kesehatan | Jumlah Seluruh | Capaian | Target |
|------------------|----------------|---------|--------|
| pemberi          | Tenaga         |         |        |
| pelayanan yg     | kesehatan UGD  |         |        |
| bersertifikat    |                |         |        |
| 27               | 27             | 100 %   | 100 %  |

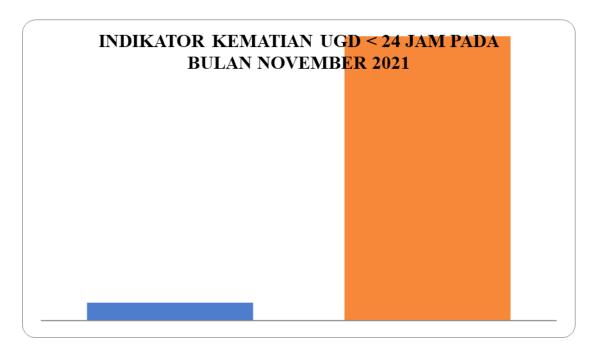


### **INTERPRETASI**

Di dapatkan dari data di atas indikator pemberi pelayanan gawat darurat di UGD yang bersertifikat pada bulan 2021 sudah mencapai target di harapkan untuk bulan selanjutnya tetap seperti ini.

### c) Indikator Kematian Pasien < 24 Jam Di UGD

| Jumlah Pasien yg | Jumlah Seluruh | Capaian | Target |
|------------------|----------------|---------|--------|
| Meninggal        | Pasien UGD     |         |        |
| 1                | 1263           | 0,1%    | 2 %    |



### **INTERPRETASI**

Di dapatkan dari data di atas indikator kematian pasien < 24 jam pada bulan November 2021 ada, Diharapkan bulan berikutnya tidak ada lagi kematian di UGD.

# d) Indikator Identifikasi Pasien Di UGD

| Jumlah pasien<br>yang<br>dilaksanakan<br>standar<br>identifikasi<br>dengan tepat | Jumlah seluruh<br>pasien rawat<br>inap dalam 1<br>bulan | Capaian | Target |
|--|---|---------|--------|
| 329  | 329   | 100%    | 100 %  |



Dari data di atas di dapatkan keseluruhan pasien rawat inap UGD pada bulan Oktober 2021 sudah di identifikasi dengan benar di harapkan untuk bulan selanjutnya seperti itu.

# e) Pemberian Aspilet Pada Pasien MCI di UGD < 24 jam

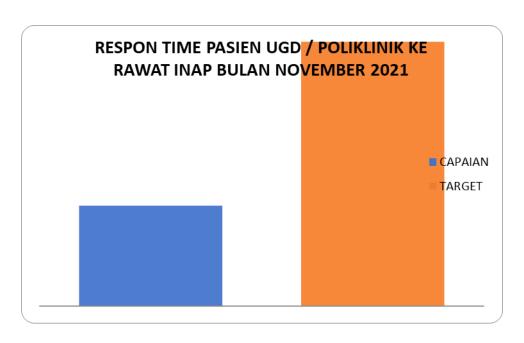
| pasien yang<br>menggunakan<br>aspilet < 24 jam | Jumlah seluruh<br>pasien yang<br>menggunakan<br>aspilet | Capaian | Target |
|--|---|---------|--------|
| 23   | 23  | 100%    | 100 %  |



Dari data di atas di dapatkan keseluruhan pasien MCI di UGD pada bulan November 2021 sudah di berikan aspilet < 24 jam.

# f ) Respon Time pasien UGD ke Ranap < 60 menit

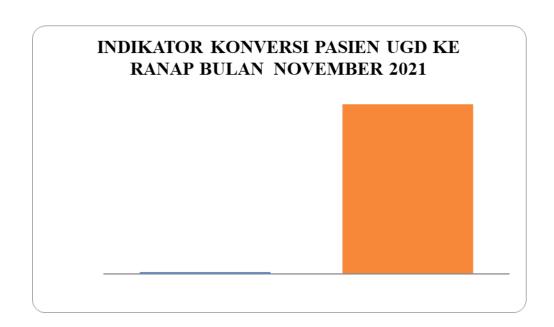
| Jumlah pasien<br>yang dtransfer<br>dari UGD ke<br>ranap < 60 menit | Jumlah pasien<br>yang dtransfer<br>dari UGD ke<br>ranap dalam 1bln | Capaian | Target |
|--|--|---------|--------|
| 278  | 329  | 84 %    | 100 %  |



Di dapatkan dari data di atas indikator respon time pasien ugd ke ranap pada bulan November 2021 masih belum mencapai target 100%,karena kamar rawatan yang akan ditempati pasien masih menunggu hasil screaning covid -19 sehingga respon time pasien tersebut > 60 menit untuk pindah kerawatan.tetapi kamar tersebut sudah diboking terlebih dahulu sebelum hasil screaning keluar, sebelum hasil screaning pasien dititip dulu di UGD sampai hasil screaning keluar dan sampai kamar yang akan ditempati sudah ready. Kadang kamar yang akan ditempati pasien belum pulang sehingga nya pasien terpaksa menunggu dulu di ugd sampai ada kamar tersebut di bersihkan diharapkan bulan berikut pasien tersebut tidak menunggu lama di ugd smapai di antar ke ranap dengan kurun waktu < 60 menit

### g ) Konversi pasien UGD ke ranap

| Jumlah pasien<br>yang menolak<br>dirawat | Jumlah pasien<br>yang dtransfer<br>dari UGD ke<br>ranap dalam<br>1bln | Capaian | Target |
|--|---|---------|--------|
| 1  | 329   | 0,3 %   | 30 %   |

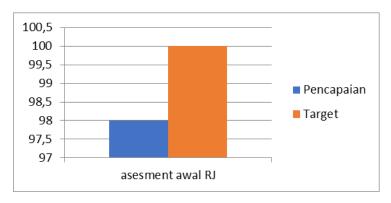


Dari data di atas di dapatkan konversi pasien UGD ke ranap bulan November 2021 masih belum mencapai target karena pemahaman pasien tentang covid 19,jadi pasien menolak untuk dirawat karena masih ada screaning covid dan pasien tidak mau dirawat diruangan observsi / ruangan isolasi.

#### 4. INDIKATOR MUTU POLIKLINIK

### 1. Asesment Rawat jalan

| Indikator            | sampel  | Pencapaian | Target |
|----------------------|---------|------------|--------|
| Kepatuhan Pengisian  | 216/220 | 98%        | 100 %  |
| asesmen awal rawat   |         |            |        |
| jalan <2 jam setelah |         |            |        |
| dokter praktek       |         |            |        |



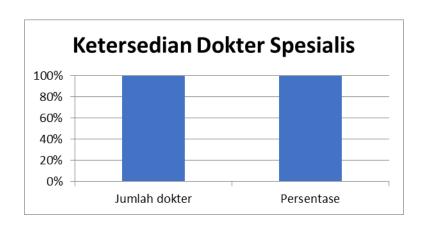
### Interpretasi data:

Dari diagram diatas dapat disimpulkan bahwa dalam bulan Agustus pencapaian pengisian asesment rawat jalan sebesar 98 %.

| PLAIN                          | DO  | STUDY   | ACTION  |
|--------------------------------|---|---|---|
| Meningkatkan<br>capaian target | Meningkatkan pencapian pengisian asesment rawat jalan | Dalam bulan Agustus<br>pencapaian pengisian<br>asesmnt arawat jalan<br>sebesar 98 % | Memastikan semua perawat poliklinik untuk mengis asesment awal rawat jalan<2 jam setelah dokter praktek |

# 2. Ketersedian dokter spesialis Di poliklinik Bulan November 2021

| Indikator                                  | Jumlah Spesilisasi | Pencapaian |
|--|--------------------|------------|
| Ketersedian dokter spesialis Di poliklinik | 19                 | 100%       |
|  |                    |            |



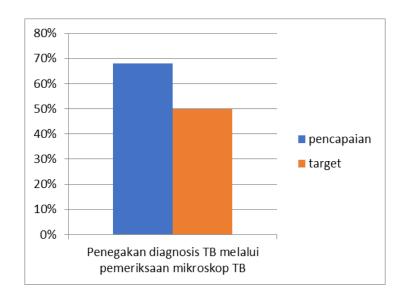
### Interpretasi data:

Dari diagram diatas dapat disimpulkan bahwa 100% dokter spesialis memberi pelayanan sesuai dengan jam praktek di RSU C BMC.

| PLAIN                                     | DO   | STUDY   | ACTION   |
|---|--|---|--|
| Mempertahanka<br>n capaian target<br>100% | Mempertahankan<br>ketersedian dokter<br>spesialis di rawat jalan | Dalam bulan Agustus<br>ketersediaan dokter<br>spesialis di poliklinik<br>mencapai target 100% | <ul> <li>Memastikan<br/>dokter praktek<br/>pada jadwalnya</li> <li>Mencarikan<br/>dokter pengganti<br/>kalau dokter<br/>berhalangan<br/>untuk praktek</li> </ul> |

### 3. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB

| Indikator    |           |      | Target | Jumlah | Penegakan | Pencapaian |
|--------------|-----------|------|--------|--------|-----------|------------|
|              |           |      |        | pasien | melaui    |            |
|              |           |      |        |        | mikroskop |            |
| Penegakan    | diagnosis | TB   | ≥60 %  | 4      | 2         | 50%        |
| melalui      | pemerik   | saan |        |        |           |            |
| mikroskop TB |           |      |        |        |           |            |



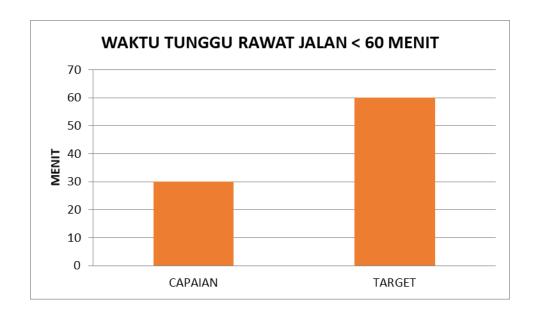
### Interpretasi data:

Dari diagram diatas dapat disimpulkan bahwa 50 % pasien tb ditegakkan melalui pemeriksaan mikroskopik pada bulan November 2021

| PLAIN  | DO   | STUDY  | ACTION   |
|--|--|--|--|
| Mempertahanka<br>n capian target<br>pemeriksaan<br>mikroskopik ≥<br>60 % | Mempertahan<br>pencapaian target<br>pemeriksaan lebih<br>dari 60 % | Dalam bulan<br>November 2021<br>penegakan<br>diagnosa TB dari<br>mikroskopi<br>sebanyak 50 %<br>atau sebanyak 2<br>pasien. | <ul> <li>Melakukan         pemeriksaan mikroskopi         semua pasien yang         terduga TB</li> <li>Mengingatkan dokter         untuk melakukan         pemeriksaan mikroskopi.</li> </ul> |

Pada data diatas diddapatkan untuk penegakan diagnosis dengan mikroskopi TB sudah mencapai target yang ditetapkan capaian saat ini adalah 68% dan ini perlu dipertahankan dan ditingkatkan.

# 4. Waktu Tunggu Rawat Jalan



Data ini menunjukan bahwa waktu tunggu rawat jalan kurang dari 60 menit, artinya target untuk waktu tunggu rawat jalan sudah tercapai, hal ini perlu dipertahankan dan ditingkatkan.

#### 5. INDIKATOR MUTU HEMODIALISA

# a) INSIDEN TERLEPASNYA JARUM VENA FISTULA INTRA DAILISIS (VENOUS NEEDLE DISLODGEMENT)



### 1. Interpretasi:

Capaian data mutu insiden terlepasnya jarum vena fistula intra dialisis di bulan November tidak adanya insiden terlepasnya jarum pada pasien rajal di ruang hemodialisa.

- Tingkatkan kepatuhan/upaya pencegahan terlepasnya jarum vena fistula
- Tingkatkan edukasi kepada keluarga dan Pasien
- Tingkatkan, pertahankan dan lakukan perbaikan.

### b) KEJADIAN CLOTTING DURANTTE HD



### Interpretasi:

Capaian data mutu kejadian clothing intra dialisis di bulan November tidak adanya kejadian clothing intra hd pada pasien rajal di ruang hemodialisa.Ini menunjukan sudah tercapainya target.

#### Rekomendasi:

- 1. Tingkatkan kepatuhan prosedur pasien
- 2. Monitoring dan evaluasi
- 3. Pertahankan dan lakukan perbaikan

#### c) ANGKA KEJADIAN KEGAGALAN PENUSUKAN FISTULA



### Interpretasi:

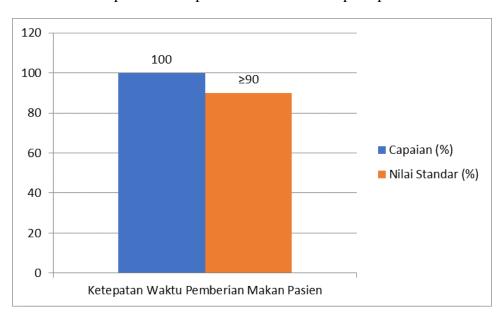
Capaian data mutu kejadian kegagalan penusukan cimino intra dialisis di bulan November 2021 tidak ada.Ini menunjukan sudah tercapainya target.

#### Rekomendasi:

- 1. Tingkatkan kepatuhan prosedur pasien
- 2. Monitoring dan evaluasi
- 3.Pertahankan dan lakukan perbaikan

#### 6. INDIKATOR UNIT GIZI

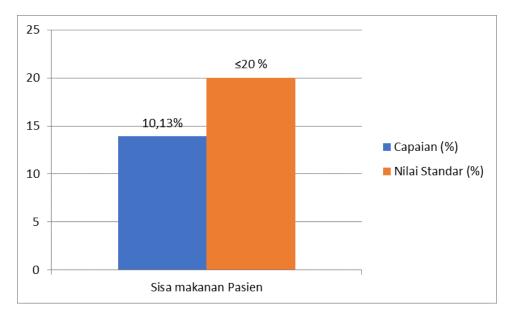
a) Indaktor mutu ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien ≥ 90%



#### Analisa:

Hasil data ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien unit gizi pada bulan November sudah mencapai standar yaitu 100 %. Survey yang dilakukan adalah jadwal pemberian diit khusus ( makan cair ) pasien.

# b) Makanan Yang Tidak Habis oleh Pasien ≤ 20%



### Analisa:

Hasil data indikator Mutu Makanan yang tidak habis oleh pasien pada bulan November sudah mencapai standar, yaitu 10,13 % untuk standarnya  $\leq$  20%. Survey yang dilakukan adalah pada saat distribusi makan siang pasien.

### c) Ketepatan Dalam Pemberian Diet Pasien (100%)



#### Analisa:

Hasil data indikator mutu tidak adanya kesalahan pemberian diet pasien pada bulan November dengan tujuan tergambarnya resiko kesalahan dalam pemberian makanan berdiet kepada pasien. Dari data yang didapat hasil data mencapai target Capaian 100 % target yang harus dicapai 100 %

#### 7. INDIKATOR LABORATORIUM

a) Waktu tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium ≤ 140 menit



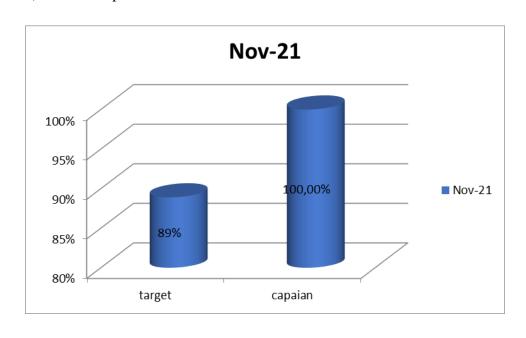
Berdasarkan data diatas didapat indikator pada bulan November 2021 terjadi penurunan.Penurunan ini terjadi pada: .

- 1. pengambilan sampel pagi hari,karena pengerjaan nya dilakukan kolektif dan dikerjakan sekaligus dengan pasien yang lain, sehingga pengerjaan nya tertunda di karenakan sampel terlambat sampai di ruangan laboratorium
- 2. dan petugas pagi harus menjalan kan kalibrasi dan kontrol terlebih dahulu
- 3. adanya trouble pada alat sehingga pengerjaan sample tertunda
- 4. .Untuk meningkat kan pencapaian ini petugas laboratorium akan selalu memantau dengan melaksanakan kegiatan dengan metoda PDSA.

Kegiatan dengan metode PDSA yang sudah kita lakukan adalah:

| Plan  | Do   | Study  | Action  |
|---|--|--|---|
| 1. Mempertahankan capaian target 2. Mengadakan training alat baru kimia dan hematologi kepada semua petugas 3. Membuat SPO Alat yg baru | 1. Kepala unit mengingatkan supaya pelaksana labor melakukan pencatatan pada pengambilan darah dan waktu penyerahan hasil 2. Menjalin Koordinasi yang baik antara petugas Laboratorium dengan petugas rawatan. 3. Menjalankan SPO yang telah ada 4. Mengusulkan penambahan Dokter patologi klinik untuk yang standby setiap hari kerja | 1. Terjadi penurunan di bulan November 2021 ini 2. Semua petugas sudah mulai paham dalam mengoperasional kan semua alat kimia dan hematologi yg baru,tapi masih dalam tahap belajar pemantapan lebih lanjut 3. Sudah ada usulan penambahan Dokter Patologi klinik,tetapi belum terealisasi | 1. Melakukan sosialisasi pencatatan 2. Sudah ada penambahan /back-up alat kimia 3. Sudah dilakukan traning alat hematologic dan kimia pada semua petugas 4. SPO alat sudah ada 5. Menerapkan system penghargaan dan sangsi yang jelas |

# b) Waktu Lapor Hasil Kritis

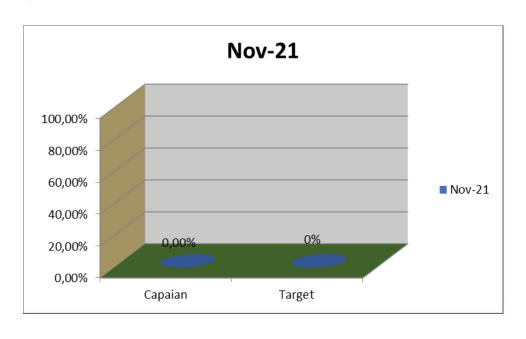


Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan November 2021 Terjadi penurunan dari target yang sudah di tetapkan. Untuk itu petugas laboratorium akan selalu memantau dengan melaksanakan kegiatan dengan metoda PDSA.

Kegiatan dengan metode PDSA yang sudah kita lakukan adalah:

| Plan   | Do  | Study  | Action   |
|--|---|--|--|
| Usaha pencapaian sesuai target yang sudah ditetap kan rumah sakit     Membuat SPO pelaporan nilai kritis | 1. Kepala unit mengingatkan supaya pelaksana labor melakukan pencatatan dan pelaporan nilai kritis  2. Menjalin Koordinasi yang baik antara petugas Laboratorium dengan petugas rawatan.  3. Menjalankan SPO yang telah ada | Terjadi penurunan<br>di bulan November<br>2021 | Mengingatkan kembali<br>pencatatan dan pelaporan<br>nilai kritis |

## c) Kesalahan dalam memberikan Hasil Laboratorium



Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa :pencapaian indicator kesalahan dalam pemberian dan penulisan hasil laboratorium dibulan November 2021 sudah tercapai sesuai target.Walaupun demikian petugas akan selalu berusaha untuk mempertahan kan capaian tersebut. petugas laboratorium akan selalu memantau dengan melaksanakan kegiatan dengan metoda PDSA.

Kegiatan dengan metode PDSA yang sudh kita lakukan adalah:

| Plan  | Do  | Study                                       | Action   |
|---|---|---|--|
| 1 Ian   | Du  | Siudy                                       | ACHUII   |
| 1. Mempertahan kan  | 1. Setiap penyerahan  | Sudah tercapai di                           | Melakukan validasi dan   |
| Mempertahan kan capaian sesuai target     Bekerja sesuai dengan SPO yang sudah ditetepkan | hasil laboratorium dilakukan pencatatan serah terima hasil  2. Melakukan koreksi ulang sebelum mengeluarkan hasil ke petugas rawatan  3. Menjalin Koordinasi yang baik antara sesama petugas Laboratoium. | Sudah tercapai di<br>bulan November<br>2021 | Melakukan validasi dan<br>koreksi ulang sebelum<br>memberikan hasil ke<br>pasien /k pasien |
|   | <ul><li>4. Menjalankan SPO yang telah ada</li><li>5. Selalu mendorong petugas agar lebih di tingkatkan ketelitian dan keakuratan dalam bekerja</li></ul>  |   |  |

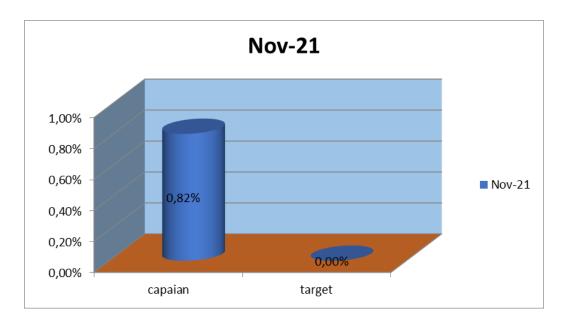
## d) Ketepatan Pengiriman Reagen dari Suplayer



Berdasarkan data diatas dilihat bahwa capaian target untuk ketepatan pengiriman reagen tepat waktu dari suplayer di bulan November 2021 terjadi penurunan dari sebelum nya.Hal ini di sebabkan sudah ada sebagian reagen yang di stok di gudang vendor,sehingga bagi reagen yang ada bisa langsung di kirim ke kita . Oleh demikian petugas laboratorium akan selalu memantau dengan melaksanakan kegiatan dengan metode PDSA

| Plan   | Do  | Study  | Action  |
|--|---|--|---|
| Mempertahan kan capaian sesuai target                        | Setiap permintaan<br>harus di masukan<br>ke gudang farmasi<br>satu hari sebelum<br>hari pemesanan | Belum tercapai<br>target di bulan<br>November 2021 | Menerapkan system<br>secand opini ke vendor<br>lain |
| Mendorong agar<br>suplayer mengirim<br>pesanan sesuai target |   |  | Menjalin kerjasama yang<br>baik dengan suplayer     |

## e) Pengulangan dalam Pengambilan Sampel



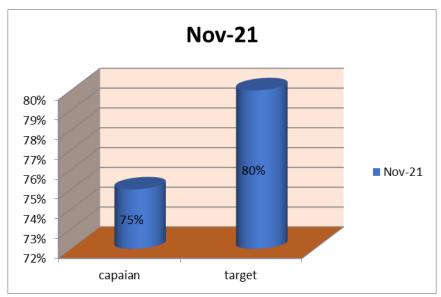
Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa :pencapaian indicator Tidak adanya Pengulangan dalam pengambilan sampel di bulan November 2021 tidak tercapai target yang sudah ditetapkan yaitu dengan target 0%.yaitu terjadi penurunan. Penurunan ini dikarenakan beberapa hal yaitu kebutuhan sample yang terlalu banyak sehingga sample pertama yang diambil tidak cukup dan terpaksa diambil lagi.Banyak nya petugas baru yang masih belum terlatih dalam melakukan plebotomi, dan pengambilan di perbantukan oleh perawat yg kurang paham cara pemisahan sample ke tabung sampel

Untuk meningkat kan capaian target ini petugas laboratorium akan selalu memantau dengan melaksanakan kegiatan dengan metoda PDSA. Kegiatan dengan metode PDSA yang sudh kita lakukan adalah:

| Plan                               | Do   | Study   | Action  |
|------------------------------------|--|---|---|
| Mengupayakan capaian sesuai target | 1. Melakukan sosialisasi SPO Plebotomy  2. Melatih cara memotifasi dan komunikasi yang baik kepada pasien. | Di usahankan untuk pengambilan sample bagi petugas yang sudah terampil      Banyak petugas yang masih baru dan belum terampil dalam | <ol> <li>Terjadi penurunan dari bulan sebelum nya ,</li> <li>Melakukan komunikasi yang baik kepeda pasien</li> <li>Menggunakan bahan dan alat sesuai</li> </ol> |

| Plan | Do | Study      | Action   |
|------|----|------------|--|
|      |    | phlebotomy | dengan kebutuhan pengambilan sampel darah  4. Menerapan system penghargaan |

## f) Respontime Tanggapan Laporan Kerusakan Alat Labor

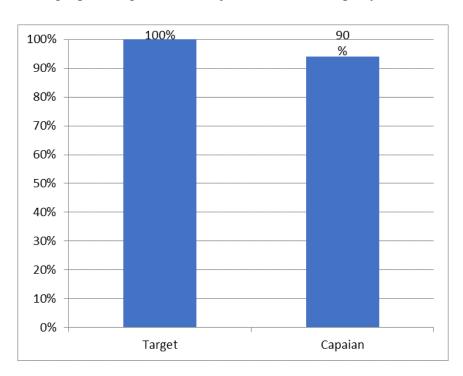


Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa capaian respontime kerusakan alat KSO oleh Vendor alat pada bulan November 2021 terjadi penurunan.Hal ini disebab kan : ada trouble teknisi sedang di luar kota.tekhnisi dari vendor Cuma 1 org. Walaupun demikian petugas laboratorium akan selalu memantau dengan melaksanakan kegiatan dengan metode PDSA

| Plan                                     | Do   | Study  | Action  |
|--|--|--|---|
| Mengupayakan<br>capaian sesuai<br>target | Memberikan sangsi<br>kepada vendor jika<br>respon kerusakan<br>alat terlalu lama | Tidak tercapai<br>target di bulan<br>November 2021 | Menjalin kerjasama yang<br>baik antara petugas labor<br>dengan teknisi alat |

## 8. INDIKATOR MUTU REKAM MEDIS

a) Kelengkapan Pengisian RM 24 jam setelah selesai pelayanan

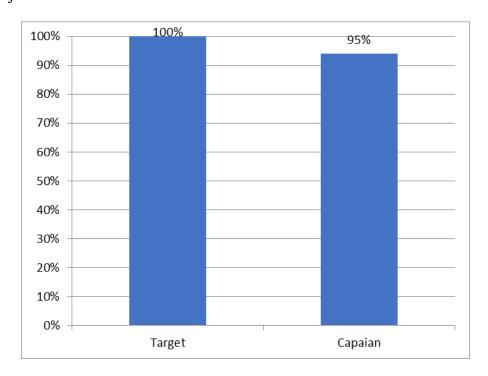


## Interpretasi data:

Dari 69 berkas rekam medik 7 berkas rekam medis tidak lengkap , jadi grafik di atas dapat di simpulkan dengan target 100% hanya 90% target tercapai

| PLAIN                                  | DO  | STUDY   | ACTION   |
|--|---|---|--|
| Mengupayakan<br>capaian target<br>100% | Meningkatkan<br>kelengkapan<br>pengisian rekam<br>medis 24 jam setelah<br>selesai pelayanan | Dalam bulan nov<br>2021 kelengkapan<br>pengisian rekam<br>medik 90% target<br>yang tercapai | <ul> <li>3. Himbauan kepada tim keperawatan dan dokter untuk melengkapi status rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan</li> <li>4. Mencari penyebab ketidaktercapaian target dengan evaluasi rutin</li> </ul> |

b) Kelengkapan informed consent rawat inap setelah mendapatkan informasi yang jelas

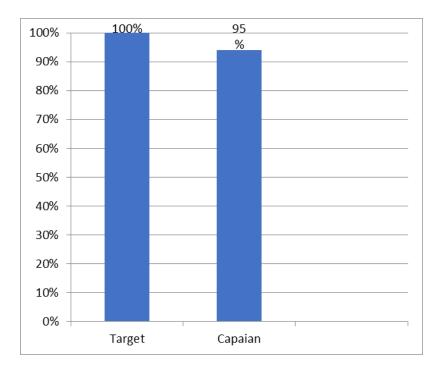


## Interpretasidata:

Dari tabel di atas di jelaskan bahwa sebanyak 50 pengisian informed consent yang terisi dengan lengkap, 3 diantaranya pengisian informed consent rawat inap tidak lengkap,dari target 100% hanya 95% target yang tecapai.

| PLAIN                            | DO  | STUDY  | ACTION  |
|----------------------------------|---|--|---|
| Mengupayakan capaian target 100% | Melengkapi<br>pengisian informed<br>consent | Dalam bulan nov 2021 kelengkapan pengisian rawat inap 95% target yang tercapai | Himbauan kepada<br>dokter untuk<br>mengisi dengan<br>lengkap informed<br>consent rawat inap |

## c) Tersedianya laporan demografi pasien dan diagnosis klinis

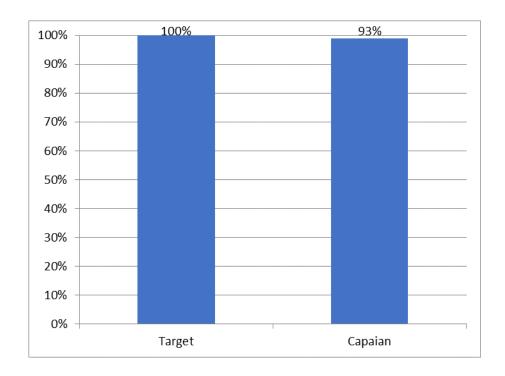


## Interpretasi data:

Dari tabel di atas dapat di jelaskan bahwa sebanyak 69 pengisian data demografi dan diagnosa pasien diantaranya tersedia dengan lengkap, 3 di antaranya tidak tersedia dengan lengkap laporan demografi dan diagnosis klinis , dari kesimpulan di atas dapat di jelaskan bahwa dari target 100% hanya 97% target yang tercapai.

| PLAIN          | DO                   | STUDY                | ACTION            |
|----------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| Mengupayakan   | Tersedianya laporan  | Dalam bulan nov      | Ketepatan laporan |
| capaian target | demografi pasien dan | 2021 ketepatan       | demografi pasien  |
| 100%           | diagnosis klinis     | laporan demografi    | dan diagnosis     |
|                | secara akurat        | dan diagnosis klinis | klinis harus      |
|                |                      | 97 % target yang     | terpenuhi         |
|                |                      | tercapai             |                   |
|                |                      |                      |                   |

# d) Waktu penyediaan dokumen RM pelayanan rawat jalan ≤10 menit (PADA SAAT PASIEN DATANG)

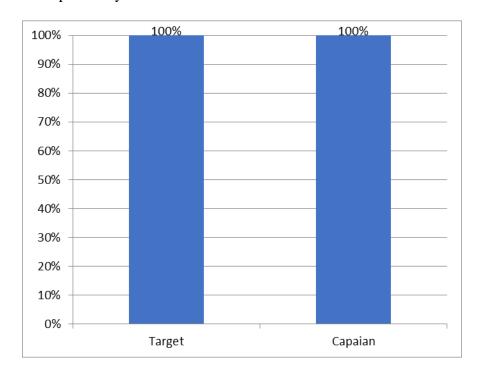


## Interpretasi data:

Dari tabel di atas dapat di jelaskan bahwa sebanyak 100 pasien diantaranya 7 rekam medik rawat jalan penyediaannya tidak tercapai pada saat pasien datang ≤ 10 menit dan 93 tercapai, karena ada dari beberapa pasien sudah berobat kemaren,bsknya datang dan berkas perlu dicari ke casemix/kasir aau dipinjam unit lain,dari kesimpulan di atas dapat di jelaskan bahwa dari target 100% hanya 93% target yang tercapai.

| PLAIN                                  | DO   | STUDY   | ACTION  |
|--|--|---|---|
| Mengupayakan<br>capaian target<br>100% | Meningkatkan<br>keterampilan petugas<br>agar respon nya lebih<br>cepat dalam<br>penyiapan status<br>rawat jalan. | Dalam bulan nov<br>2021 93% target<br>yang tercapai | Terkendala pada<br>pasien BPJS<br>dikarenakan persiapan<br>berkas lebih banyak. |

e) Ketepatan waktu pengiriman laporan ke Dinas Kota /Kesehatan sebelum tanggal 10 setiap bulannya



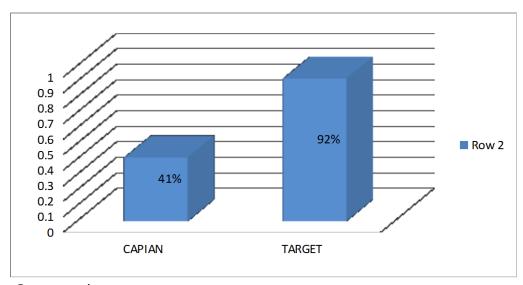
Interpretasidata:

Dapat di simpulkan bahwa dari target 100% hanya % terget yang tecapai.

| PLAIN          | DO                 | maret               | ACTION             |
|----------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| Mengupayakan   | Meningkatkan       | Dalam bulan         | Ketepatan waktu    |
| capaian target | ketepatan waktu    | nov100% target yang | pengiriman         |
| 100%           | pengiriman laporan | tercapai            | laporan ke dinas   |
|                | ke dinas kota/     |                     | kota / kesehatan   |
|                | kesehatan sebelum  |                     | sebelum tanggal 10 |
|                | tanggal 10 setiap  |                     | telah terpenuhi.   |
|                | bulannya           |                     |                    |
|                |                    |                     |                    |

#### 9. INDIKATOR MUTU RADIOLOGI

a) Waktu tunggu hasil pelayanan Radiologi ≤ 180 menit



Interpretasi:

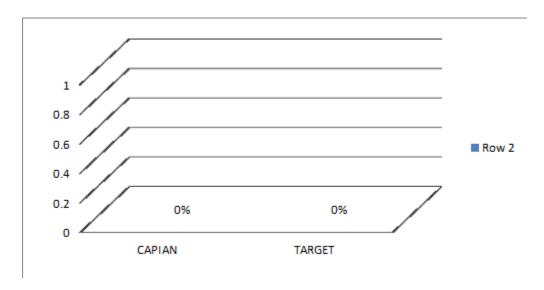
Hasil data waktu tunggu hasil pemeriksaan Radiologi foto rontgen thorax dengan tujuan tergambarnya kecepatan pelayanan Radiologi waktu tunggu ≤ 180 menit.

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan november 2021 belum mencapai target. Beberapa hal yang diduga menyebabkan indikator ini belum tercapai adalah tidak adanya dokter stanby.

Rekomendasi yang dilakukan oleh petugas Radiologi adalah resosialisasi pemberitahuan ke perawat ruangan tentang hasil Radiologi sudah selesai.

Untuk setiap pasien waktu tunggu hasil pelayanan Radiologi foto rontgen thorax adalah tenggang waktu yang dibutuhkan mulai pasien diterima di administrasi radiologi sampai dengan hasil diberikan pada petugas / perawat diukur dalam satuan menit.

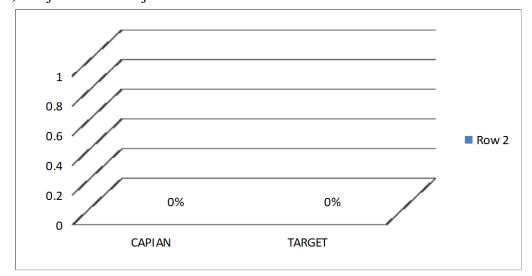
## b) Kesalahan Dalam Pemberian Hasil Radiologi



## Intrepetasi:

Kesalahan dalam pemberian hasil pemeriksaan Radiologi dengan tujuan tergambarnya resiko kesalahan dalam pemberian hasil Radiologi kepasien. Hasil pelayanan Radiologi merupakan gambaran manajemen peningkatan kualitas di unit Radiologi yang diperlukan untuk menegakkan diagnosis. Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan november 2021 sudah bagus dan tercapai target.

## c) Kejadian Film Reject



## **Intrepetasi:**

Pengulangan dalam pengambilan foto rontgen yang mengakibatkan film reject di survey pada pasien rawat inap dan rawat jalan dengan tujuan memberikan kepuasan dan kenyamanan pada pasien dalam melakukan foto rontgen

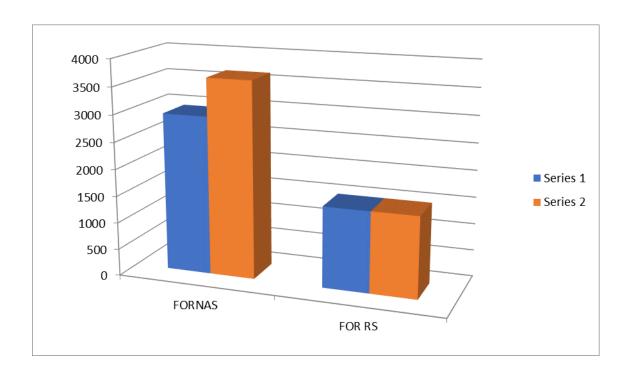
Tidak adanya Pengulangan dalam pengambilan foto rontgen merupakan gambaran manajemen peningkatan kualitas di unit Radiologi yang diperlukan untuk keselamatan dan kepuasan pasien.

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan november 2021 sudah bagus dan tercapai target.

#### 10. INDIKATOR MUTU FARMASI

 a) Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional bagi RS provider BPJS dan Formularium RS bagi non provider BPJS

|              | FORMU    | LARIUM |                      |
|--------------|----------|--------|----------------------|
| JUMLAH RESEP |          | RUMAH  | KETERANGAN           |
|              | NASIONAL | SAKIT  |                      |
|              |          |        | Laporan tgl 1 s/d 30 |
| 4460         | 2951     | 1509   | November             |
|              |          |        | 2021                 |
|              |          |        |                      |



## Interpretasi data:

- 1. Jumlah resep yang dilayani di rawat inap tgl 1 November sampai 30 November 2021 sebanyak 4460 lembar. Kepatuhan dokter dalam menulis resep sesuai FORNAS untuk pasien BPJS sudah memenuhi target dari 80 % Indikator mutu nasional yang ditetapkan.
- Kepatuhan dokter dalam menulis resep sesuai Formularium RS sudah memenuhi target
   dari indikator mutu nasional yang telah ditetapkan

| Plan              | Do             | Study                    | Action             |  |
|-------------------|----------------|--------------------------|--------------------|--|
| - Mempertahankan  | - Meningkatkan | - Penulisan obat generik | - ada ketegasan    |  |
| pencapaian target | kepatuhan      | merupakan cara untuk     | manajemen terhadap |  |
| standar mutu 80   | bekerja sesuai | menghemat biaya          | situasi dalam      |  |
| % untuk           | SOP            | pengobatan. Sesuai       | bertindak          |  |
| kepatuhan         | -              | dengan kendali mutu      | disebabkan ada     |  |
| penulisan resep   |                | kendali biaya            | petugas farmasi    |  |
| sesuai FORNAS     |                | - Dokter penulis resep   | yang               |  |
| - Mempertahankan  |                | diharapkan bisa menulis  | mengkonfirmasi     |  |

| pencapaian target | resep sesuai dengan FOR | kepada dokter jika |
|-------------------|-------------------------|--------------------|
| standar mutu 90   | RS sehingga stok yang   | ada resep pasien   |
| % untuk           | disediaan tidak         | yang tidak sesuai  |
| kepatuhan         | melampaui dari target   | formularium.       |
| penulisan resep   | yang ditetapkan dari    |                    |
| sesuai FOR RS     | Corporate               |                    |
|                   | - Meningkatnya          |                    |
|                   | persentase penulisan    |                    |
|                   | resep diluar fornas     |                    |
|                   | disebabkan banyaknya    |                    |
|                   | obat generic yang       |                    |
|                   | kosong didistributor.   |                    |

## b) Kejadian kesalahan pemberian obat rawat inap

Dari 4460 lembar permintaan obat di rawat inap tidak ada terjadi kesalahan dalam pemberian obat. Sehingga target 0 % yang diharapkan dapat tercapai.

## BMCbpjs37!

| Plan             | Do           | Study                 | Action                     |  |
|------------------|--------------|-----------------------|----------------------------|--|
| - Mempertahankan | - Meningkatk | - Tulisan dokter yang | - Setiap pemberian obat    |  |
| mutu agar tidak  | an           | kurang jelas bisa     | harus sesuai SOP.          |  |
| pernah terjadi   | kepatuhan    | menyebabkan           | - Mengupayakan untuk tidak |  |
| kesalahan dalam  | bekerja      | terjadinya            | terjadi kesalahan dengan   |  |
| pemberiaan obat  | sesuai SOP   | kesalahan             | meminimalisir              |  |
|                  |              | pemberian obat        | kemungkinan human error    |  |

## c) Kepatuhan pemberiaan label obat high alert di Instalasi Farmasi Rawat Inap

Identifikasi obat *high alert* dilakukan dengan maksud untuk mencegah terjadinya kesalahan dalam pemberiaan obat yang perlu diwaspadai

| Plan                             | Do                          | Study                                | Action   |
|----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|--|
| - Mengupayakan                   | Meningkatkan                | Dalam bulan                          | Mengupayakan untuk tidak terjadi   |
| mempertahankan pencapaian target | kepatuhan<br>bekerja sesuai | November<br>2021 high<br>alert semua | kesalahan dengan meminimalisir<br>kemungkinan <i>human error</i> dan tetap |
| standar mutu 0%                  | SOP                         | obat di label                        | meningkatkan kepatuhan bekerja sesuai dengan SOP                           |
|                                  |                             |                                      |  |

## 11. INDIKATOR PPI

## a. Angka kepatuhan *Hand Hygiene* pada Bulan November Tahun 2021

Angka Kepatuhan Hand Hygiene Pada Pada Bulan November 2021 :

| NO | NAMA                | HH (%) | TARGET |
|----|---------------------|--------|--------|
| 1  | PERAWAT             | 100    | 90     |
| 2  | DOKTER<br>UMUM      | 100    | 90     |
| 3  | DOKTER<br>SPESIALIS | 100    | 90     |
| 4  | TENAGA KES<br>LAIN  | 100    | 90     |

Angka kepatuhan Hygiene Pada Pada Bulan November 2021



Berdasarkan data diatas angka kepatuhan *Hand Hygiene* Pada Bulan November 2021:

5. Perawat: 100 %

6. Dokter Umum 100 %

7. Dokter Spesialis 100 %

8. Tenaga kesehatan lain: 100 %

#### Evaluasi:

- Monitoring kepatuhan kebersihan tangan dilakukan pada 4 profesi di RSU Bunda BMC Padang .
- 2. Jumlah opportunity yang ditetapkan sesuai standar adalah minimal 200 opportunity sudah sesuai standar.
- 3. Standar Indikator mutu untuk Angka kepatuhan kebersihan tangan yang ditetapkan oleh RSU Bunda BMC Padang . adalah 90 %
- 4. Pada bulan November ini, ada tiga ruangan yang sementara tidak operasional yaitu Lt Red zone B lantai 1, Red zone lantai 4 B dan Red zone lt 5 B
- 5. Evaluasi yang dilakukan pada bulan November ini bisa ditarik kesimpulan seluruh karyawan sudah memahami akan pentingnya melakukan kebersihan tangan atau *Handhygine* sebagi salah satu bentuk melakukan pencegahan terhadap penyakit dan sebagai upaya pencegahan penularan pada masa pandemi.
- 6. Pada pengukuran kepatuhan kebersihan tangan bulan November 2021, persentase rata-rata kepatuhan kebersihan tangan dari empat profesi sebesar 100 %.

- 7. Pada bulan November 2021 ini persentase kepatuhan kebersihan tangan di semua profesi pada setiap momen sudah mencapai standar yang di tetapkan sebagai indikator mutu rumah sakit.
- 8. Jumlah opportunity pelaksanaan kebersihan tangan pada tenaga perawat lebih dari 200 opportunity, yaitu 1338 kesempatan.
- 9. Jumlah opportunity pelaksanaan kebersihan tangan pada tenaga dokter Umum 72 opportunity dan dokter spesialis sebesar 515 opportunity.
- 10. Jumlah opportunity pelaksanaan kebersihan tangan pada tenaga kesehatan lain sebesar 75 opportunity
- 11. Batas pengumpulan hasil monitoring kepatuhan kebersihann tangan oleh IPCLN adalah pada hari kamis minggu ke tiga, akan tetapi dalam pengumpulan data di bulan ini masih belum bisa sesuai target waktu

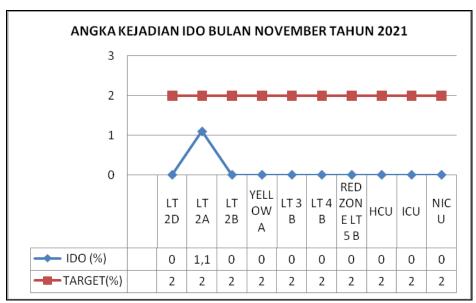
#### Rencana Tindak Lanjut:

- a. Tetap melakukan sosialisasi pada IPCLN di unit terkait tentang pelaksanaan monitoring kepatuhan kebersihan tangan dan penentuan batas akhir pengumpulan data dari setiap unit sehingga proses pengolahan dan pelaporan bisa tepat waktu.
- b. Dalam pelaksanaan sosialisasi dan pengawasan pelaksanaan hand hygiene tetap memperhatikan protocol pencegahan covid-19
- c. Koordinasi dengan semua Kepala Unit Dan Kepala Ruang untuk melakukan sosialisasi ulang mengenai kebersihan tangan (*Hand Hygiene*) agar dapat mempertahankan angka kepatuhan HH dan meningkatkan angka kepatuhan pada moment yang masih rendah dibandingkan dengan moment lain.
- d. Review tentang tata cara *Hand Hygiene* (5 moment dan 6 langkah kebersihan tangan perlu dilakukan setiap hari (saat operan shift dan pada saat kunjungan lapangan oleh IPCN)
- e. Memastikan kelengkapan *Hand Hygiene* di setiap Unit, sehingga bisa didapatkan angka kepatuhan kebersihan tangan sesuai dengan standar untuk semua Unit.
- f. Melakukan koordinasi dan kerjasama dengan kepala Unit dalam melakukan pengawasan pada masing-masing Unit.

- g. Mengadakan pemantauan terhadap tindakan kebersihan tangan agar sesuai dengan Standar Prosedur (SPO).
- h. Melakukan monitoring dan evaluasiterhadap tindakan kebersihan tangan sehingga hasil dari tindakan tersebut dapat mencapai hasil dengan mutu yang baik.

#### b. Kejadian IDO

Angka kejadian IDO ( Infeksi Daerah Operasi ) berdasarkan ruangan bulan NOVEMBER 2021



Grafik Angka kejadian IDO (Infeksi Daerah Operasi)

#### Analisa:

 Kasus infeksi Daerah Operasi pada bulan November 2021 di RSU Bunda Padang adalah 0,4 % kejadian dari 257 orang tindakan operasi.

#### Evaluasi:

Angka infeksi daerah operasi pada bulan November 2021 ini sudah memenuhi memenuhi standar yang ditetapkan ≤ 2 %.

#### Rekomendasi dan Tindak Lanjut:

Diharapkan setiap ruang pasien yang dilakukan tindakan operasi tidak terjadi
 IDO, dan dapat mampu untuk mempertahankan angka capaian infeksi daerah operasi 0 % pada bulan berikutnya

- Melakukan persiapan pasien operasi sesuai SPO ( standar prosedur operasional)
   dimulai sejak pasien masih di ruang rawat inap
- Melakukan monitoring terhadap kepatuhan cuci tangan bedah pada petugas kamar operasi
- Melakukan pemantauan dengan bundle prevention (Formulir pengumpulan data surveilans infeksi luka operasi) pada pasien operasi dimulai dari persiapan sebelum operasi sampai pasien dalam masa penyembuhan (control di poli)
- Melakukan audit pada pelaksanaan pengisian formulir bundle prevention.

## c. Angka Kejadian HAP

Angka kejadian HAP (Hospital Associated Pneumonia)



Grafik Angka kejadian HAP (Hospital Associated Pneumonia)

#### Analisa:

Jumlah total keseluruhan kasus HAP pada bulan November 2021 di RSU Bunda Padang adalah 0‰

#### Evaluasi:

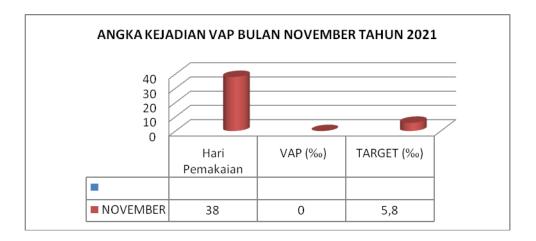
Angka HAP pada bulan November 2021 ini sudah memenuhi standar yang ditetapkan  $\leq 1$  ‰.

#### Rekomendasi dan tindak lanjut:

- Diharapkan setiap ruang mampu mempertahankan pencapaiannya pada bulanbulan berikutnya.
- Berikan perawatan setiap hari pada pasien rawat inap sesuai SPO yang ada di rumah sakit.
- Penempatan pasien rawat inap sesuai dengan kasus penyakitnya / infeksinya.
- Koordinasi dengan petugas cleaning service dalam pembersihan ruangan sesuai
   SPO terutama pembersihan ruang isolasi

#### d. Angka Kejadian VAP

Angka kejadian VAP (Ventilator Associated Pneumonia)



#### 1. Analisa:

Jumlah total keseluruhan kasus VAP pada bulan November 2021 di RSU Bunda Padang adalah 0 ‰ dari 38 hari pemakaian Ventilator pada pasien NICU.

#### 2. Evaluasi:

Angka VAP pada bulan November 2021 ini sudah memenuhi standar yang ditetapkan ( $\leq 5,8\%$ ).

#### 3. Rekomendasi dan tindak lanjut :

- Diharapkan setiap ruang mampu mempertahankan pencapaiannya pada bulanbulan berikutnya
- Dilakukan pembersihan secara menyeluruh pada ventilator setelah digunakan pada pasien dengan menggunakan larutan chlorine
- Evaluasi terhadap penggunaan tubing ventilator (*single use*), jadi tidak dilakukan *Re-Use*.
- Koordinasi dengan bagian penyusunan tarif dan bagian pengadaan dalam penyediaan tubing ventilator.
- Melakukan pemantauan pada pasien yang terpasang ventilator dengan menggunakan bundle prevention (formulir pengumpulan data surveilans pemakaian alat invasive ventilator) yang dilakukan setiap hari.
- Melakukan monitoring terhadap kepatuhan perawat dalam mengisi formulir pengumpulan data surveilans pemakaian alat invasive ventilator.

## e. Angka Kejadian IADP

Angka kejadian IADP (Infeksi Aliran Darah primer)



#### 1. Analisa:

Jumlah total keseluruhan kasus IADP pada bulan November 2021 di RSU Bunda Padang adalah 0‰

#### 2. Evaluasi:

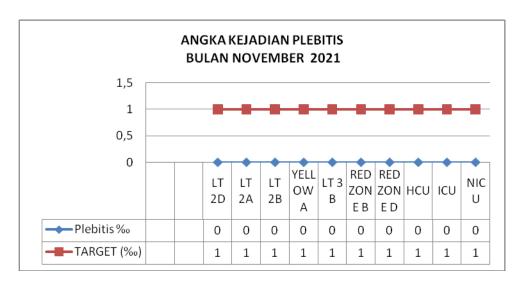
Angka IADP pada bulan November 2021 ini sudah memenuhi standar yang ditetapkan ( $\leq 3,5\%$ ).

#### 3. Rekomendasi dan Tindak Lanjut:

- Diharapkan setiap ruang mampu mempertahankan angka infeksi aliran darah primer 0 % pada bulan berikutnya
- Melakukan pemantauan pada pasien yang terpasang kateter vena (vena sentral maupun vena perifer) dengan menggunakan bundle prevention
- Melakukan monitoring kepatuhan cuci tangan pada petugas

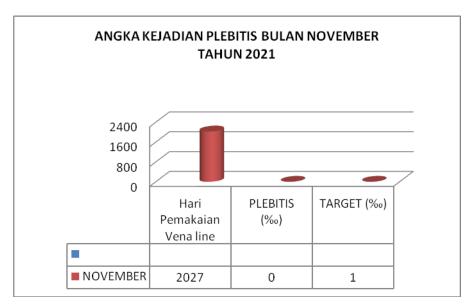
## f. Angka Kejadian Phlebitis

Angka kejadian plebitis



Grafik Angka kejadian plebitis

a. Angka kejadian plebitis bulan November 2021Angka kejadian plebitis pada bulan November 2021 :



#### 1. Analisa:

Jumlah total keseluruhan kasus plebitis dari seluruh ruangan pada bulan November 2021 di RSU Bunda Padang adalah 0 ‰ angka kejadian dari 2027 hari pemakaian infuse.

#### 2. Evaluasi:

Angka akumulasi kejadian phlebitis dari keseluruhan ruangan pada bulan November 2021 ini masih dibawah sdh mencapai standard yang ditetapkan kurang dari ≤ 1‰.

#### 3. Rekomendasi dan Tindak Lanjut:

Dari hasil pembahasan tersebut maka rekomendasi dan tindak lanjut yang dilakukan terkait dengan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi pada kasus phlebitis adalah sebagai berikut :

- Meningkatkan kepatuhan tenaga perawat terhadap SPO dalam melakukan tindakan pemasangan infus dengan melakukan monitoring.
- Melakukan evaluasi terhadap SPO pemasangan dan perawatan infuse
- Melakukan monitoring kepatuhan cuci tangan pada tenaga perawat, bidan dan dokter (6 langkah cuci tangan dan five moment)
- Sosialisasi pada tenaga perawat dan bidan tentang SPO pencegahan phlebitis dan infeksi aliran darah primer

- Memonitor perawatan pada pasien yang terpasang infus (koordinasi dengan Kepala Ruang) dengan menggunakan bundle prevention (formulir data surveillans pemakaian alat invasive IVL)
- Melakukan monitoring pada pengisian formulir data surveillans pemakaian alat invasive IVL

## g. Angka Kejadian Dekubitus

Angka kejadian decubitus pada bulan November Tahun 2021



#### 1. Analisa:

Jumlah total keseluruhan kasus decubitus pada bulan November 2021 di RSU Bunda Padang adalah 0‰

#### 2. Evaluasi:

- Angka Dekubitus pada bulan November 2021 ini memenuhi standar yang ditetapkan ≤ 1 %.
- Jumlah total kejadian dekubitus pada RSU Bunda Padang mencapai 0 %

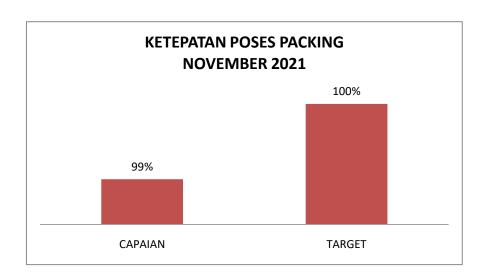
## 3. Rekomendasi dan tindak lanjut :

- Memberikan perawatan pada pasien yang beresiko dekubitus sesuai SPO
- Memberikan edukasi pada keluarga pasien dengan CVA (tirah baring total) untuk melakukan mobilisasi (miring kanan dan kiri ) secara berkala (tiap 2 jam)

- Pada pasien dengan immobilisasi dan beresiko tinggi untuk terjadi dekubitus, dianjurkan untuk pemakaian kasur angin
- Menjaga kebersihan atau personal hygine pasien selama dalam masa perawatan.

## 12. MUTU UNIT CSSD

## a) KETEPATAN PROSES PACKING



## b) KETEPATAN PROSES PELABELAN



## 13. MUTU CLIENT SERVICE

a) Angka Kepuasan Pasien dasn Keluarga



## Interpretasi data:

Dapat di simpulkan bahwa dari target 100% tidak semua terget yang tecapai 100% yang berhubungan langsung dengan pasien dan 50% untuk perpanjangan PKS pada Back Office.

## 2) Komplain Pasien Yang Tidak Bisa Ditangani



## Interpretasi

Capaian untuk indikator angka complain pasien yang teratasi sudah mencapai target, Hal ini karena sudah adanya petugas penanganan untuk complain pasien dan ini perlu dipertahanan dan dievaluasi dari jumlah dan tipe complain pasien yang masuk.

## 3) Rekapitulasi Penanganan Komplain

| NO | NAMA                             | TGL<br>REVIE<br>W   | GRADIN<br>G<br>KOMPLA<br>IN | MASALAH<br>KOMPLAIN  | TINDAK<br>LANJUT<br>KOMPLAIN   | UNIT<br>TERKAIT |
|----|----------------------------------|---------------------|-----------------------------|--|--|-----------------|
| 1  | PESI<br>ARIKA<br>(TATAP<br>MUKA) | 10-<br>NOV-<br>2021 | Sedang                      | Pasien complain karena tidak kunjung dipanggil namanya untuk masuk poli,padahal pasien sudah mendaftar kurang lebih 2 jam dengan antrian no.4 ke poli dr.ninda ,karena statusnya belum diantar oleh rekamedis ke poli. | Sudah ditindak lanjuti dan disampaikan ke unit terkait.  Untuk bagian rekamedis agar mempercepat kerjanya sesuai dengan target jam pengantaran status ke poli.Dan sebaiknya jika disiapkan dulu berkas pasien yg | REKAME<br>DIS   |

|   |                                      |                     |        |   | sudah booking sebelumnya.  Sudah ditindak lanjuti dan   |        |
|---|--------------------------------------|---------------------|--------|---|---|--------|
| 2 | SYAMSU<br>L BAHRI<br>(TATAP<br>MUKA) | 25-<br>NOV-<br>2021 | Sedang | 1.dokter memberikan resep tp dr pihak apotik tidak mau memberikan ,dg alasan obat yg diberikan tidak sesuai dg tgl Konsul  2.pelayanan apotik kurang ramah.  Biarpun ada penolakan obat .harusnya disampaikan baik2  3.permintaan pasien,tlg dibuatkan tgl Konsul kembali ke dokter pas sesuai dg obat yg diresepkan(obat habis). | disampaikan ke unit terkait.  Untuk petugas apotik agar selalu ramah melayani pasien  Untuk keluhan ini sebenarnya pasien mempercepat tanggal konsulnya karena ada keluhan,ternyata dokter meresepkan obat yg seharusnya tidak bisa diberikan sebelum tanggal konsul (hanya bisa konsul saja).karena pasien menggunakan BPJS.  Pasien dibantu diberikan obat oleh apotik ,tetapi untuk kedepannya diharapkan dokter bisa membuatkan surat konsul kembali sesuai | APOTIK |

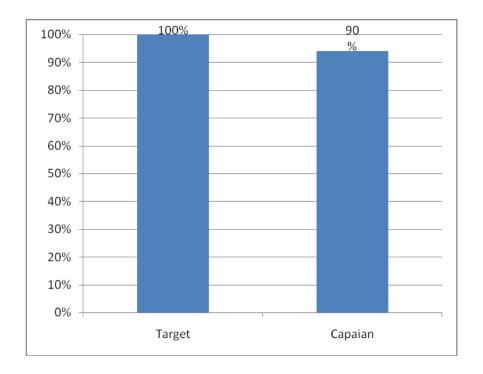
|   |                                    |              |        |   | dengan obat yang diminum pasien.   |               |
|---|------------------------------------|--------------|--------|---|--|---------------|
|   |                                    |              |        |   | Sudah ditindak<br>lanjuti dan<br>disampaikan ke<br>unit terkait.   |               |
| 3 | SISKA<br>(KOTAK<br>SARAN)          | NOV-<br>2021 | Sedang | Tidak puas denan pelayanan sift malam di ruangan HCU,pada tanggal 15 november 2021,karena kurang pelayanan,perawat lebih banyak main hp.Setelah diberi "suap"baru dilayani.  Tolong diperhatikan untuk sift malam | Untuk perawat HCU yg bertugas pada tanggal tsb sudah diberi teguran oleh kabid keperawatan.  Untuk kedepannya diharapkan perawat lebih memperhatikan pasien selama dirawat,tidak sibuk dengan main hp,melayani pasien dengan setulus hati. | PERAWA<br>T   |
| 4 | RITA<br>WELINA<br>(KOTAK<br>SARAN) | NOV-<br>2021 | Sedang | 1. Peningkatan lahan parkir 2. Perbanyak kursi roda khususnya untuk orang tua yang tidak memiliki kursi roda tetapi mereka butuh  | Sudah ditindak lanjuti dan disampaikan ke unit terkait.  Untuk penambahan lahan parkir sedang dalam proses penambahan.  Untuk kursi roda bagi pasien sudah dalam pengajuan penambahan.   | UMUM          |
| 5 | HANAFI                             | NOV-<br>2021 | Sedang | Lelet kali ngantar status pasien  | Sudah ditindak<br>lanjuti dan  | REKAME<br>DIS |
|   | (KOTAK                             |              |        | •   | disampaikan ke   |               |

|   | SARAN)                    |              |        |   | unit terkait.  Untuk petugas rekamedis agar mempercepat pengantaran status pasien ke poli sesuai dengan target waktu yang sudah ditentukan.   |                        |
|---|---------------------------|--------------|--------|---|---|------------------------|
| 6 | AGIT<br>(KOTAK<br>SARAN)  | NOV-<br>2021 | Sedang | Saya sudah mendaftar<br>melaui WA terkait<br>dr.SpOg,tapi ternyata<br>ketika saya datang jadwal<br>dokternya tidak sesuai<br>dengan jadwal balasan<br>operator WA.  | Sudah ditindak lanjuti dan disampaikan ke unit terkait.  Untuk petugas WA agar lebih teliti dan berhatihati membalas WA pasien. Agar tidak salah memberikan informasi kepada pasien.  | WA                     |
| 7 | ANDIN<br>(KOTAK<br>SARAN) | NOV-<br>2021 | Sedang | Dokternya kenapa selalu telat sih ,waktu itu ke dr.sp. dalam praktek jam 10 datang jam 12 .  Sekarang dr.sp.jantung ,praktek jam 2 udah jam 4 belum juga datang .  Memangnya ga ada dokter lain di padang sampai dokter suka ngaret parah kayak gini masih dipake?  Kalau orang sekarat keburu meninggal nungguin dokternya !!!  Kabar dari pasien yang | Sudah ditindaklanjuti dan disampaikan ke unit terkait. Dan kabid medis sudah menindaklanjuti melalui penyampaian indikador mutu medis (ketepatan kedatangan dokter spesialis) dan mengingatkan asisten dokter untuk memberitahu dokter bahwa pasien sudah | PELAYA<br>NAN<br>MEDIK |

|  |  | sering kesini,dokternya<br>selalu telat bahkan<br>sampai magrib baru<br>datang. | datang. |  |
|--|--|---|---------|--|
|  |  |   |         |  |

## 14. Mutu Rekam Medis

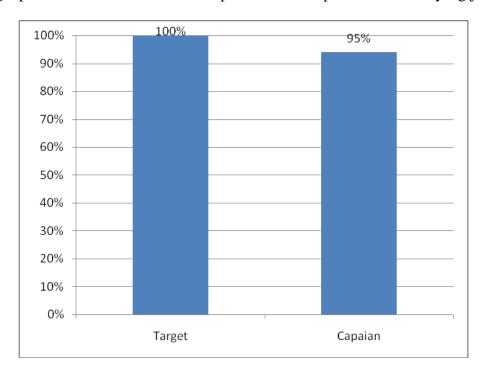
a) Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan



## Interpretasidata:

Dari 69 berkas rekam medik 7 berkas rekam medis tidak lengkap , jadi grafik di atas dapat di simpulkan dengan target 100% hanya 90% target tercapai.

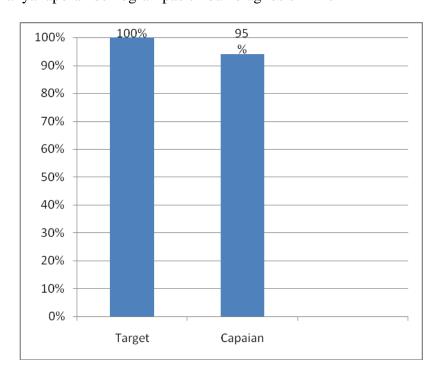
## b) Kelengkapan informed consent rawat inap setelah mendapatkan informasi yang jelas



## Interpretasidata:

Dari tabel di atas di jelaskan bahwa sebanyak 50 pengisian informed consent yang terisi dengan lengkap, 3 diantaranya pengisian informed consent rawat inap tidak lengkap,dari target 100% hanya 95% target yang tecapai.

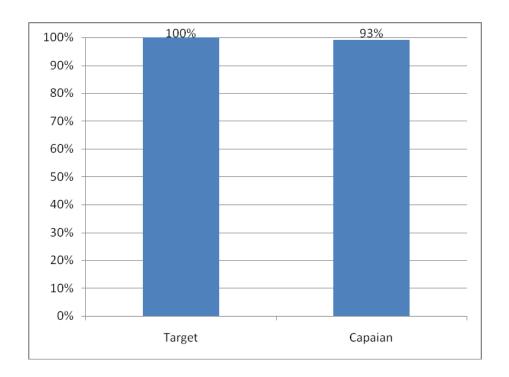
## c) Tersedianya laporan demografi pasien dan diagnosis klinis



## Interpretasi data:

Dari tabel di atas dapat di jelaskan bahwa sebanyak 69 pengisian data demografi dan diagnosa pasien diantaranya tersedia dengan lengkap, 3 di antaranya tidak tersedia dengan lengkap laporan demografi dan diagnosis klinis , dari kesimpulan di atas dapat di jelaskan bahwa dari target 100% hanya 97% target yang tercapai.

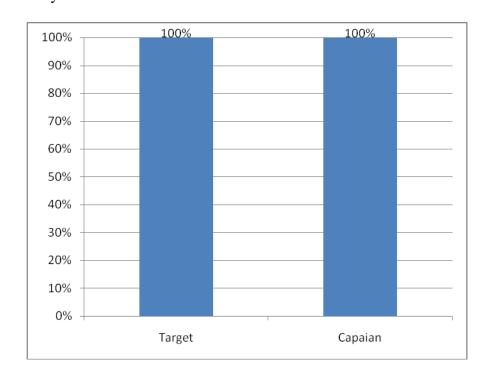
## d) Waktu penyediaan dokumen RM pelayanan rawat jalan ≤10 menit (PADA SAAT PASIEN DATANG)



## Interpretasi data:

Dari tabel di atas dapat di jelaskan bahwa sebanyak 100 pasien diantaranya 7 rekam medik rawat jalan penyediaannya tidak tercapai pada saat pasien datang ≤ 10 menit dan 93 tercapai, karena ada dari beberapa pasien sudah berobat kemaren,bsknya datang dan berkas perlu dicari ke casemix/kasir aau dipinjam unit lain,dari kesimpulan di atas dapat di jelaskan bahwa dari target 100% hanya 93% target yang tercapai.

e) Ketepatan waktu pengiriman laporan ke Dinas Kota /Kesehatan sebelum tanggal 10 setiap bulannya



## Interpretasidata:

Dapat di simpulkan bahwa dari target 100% hanya % terget yang tecapai.

**BAB IV** 

**PENUTUP** 

A. Kesimpulan

Upaya peningkatan mutu dilakukan oleh RSU Bunda Padang. Pada saat ini sudah

mendapatkan dukungan yang maksimal dari Direktur dan seluruh staf RSU Bunda Padang,

akan tetapi masih butuh koordinasi dan tata kelola yang baik dalam sistematika kerjanya.

Kedisiplinan dalam pelaporan mutu juga harus ditingkatkan. Kompetensi dan pengetahuan

seluruh anggota Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dan PJ Mutu Unit tentang upaya

peningkatan mutu harus selalu di update dan dilaksanakan

B. Saran

1. Memaksimalkan pertemua rutin Komite Mutu dan Keselamatan Pasien sebagai upaya

sosialisasi seluruh program peningkatan mutu kepada kepala unit maupun

penanggungjawab mutu di unit

2. Penataan dan pendistribusian ulang seluruh dokumen PMKP berupa program, Panduan dan

SPO sehingga setiap pegawai lebih memahami upaya peningkatan mutu di RSU Bunda

Padang

3. Mengoptimalksan upaya validasi data mutu sehingga data mutu dapat ditampilkan dan

dipertanggungjawabkan di public

4. Melakukan peninjauan kembali terhadap profil indikator mutu yang telah dibuat untuk

mendapat hasil penilaian mutu yang tidak biasa dan berkualitas

Padang, 15 Desember 2021

Ketua PMKP

dr. Gebby BerrI