

**POLRI JAWA TIMUR  
BIDANG KEDOKTERAN DAN KESEHATAN  
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA LUMAJANG**



**LAPORAN INDIKATOR MUTU  
KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN  
BULAN AGUSTUS 2018 - AGUSTUS 2019**



**RUMAH SAKIT BHAYANGKARA LUMAJANG  
TAHUN 2019**

## DAFTAR ISI

|                                                                                           |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| LEMBAR JUDUL .....                                                                        | i   |
| DAFTAR ISI .....                                                                          | ii  |
| A. PENDAHULUAN .....                                                                      | 1   |
| B. DASAR .....                                                                            | 1   |
| C. TUJUAN .....                                                                           | 1   |
| D. WAKTU PELAKSANAAN KEGIATAN .....                                                       | 2   |
| E. HASIL PELAKSANAAN PENGUKURAN INDIKATOR MUTU .....                                      | 2   |
| 1. PERBANDINGAN DATA DI RUMAH SAKIT DARI WAKTU KE WAKTU<br>( <i>TREND ANALYSIS</i> )..... | 2   |
| 2. PERBANDINGAN DATA DENGAN STANDAR .....                                                 | 97  |
| 3. PERBANDINGAN DATA DENGAN PRAKTEK TERBAIK/PPK (PANDUAN<br>PRAKTIK KLINIS) .....         | 98  |
| 4. PERBANDINGAN DENGAN DATA EKSTERNAL ATAU RS LAIN WILAYAH<br>JAWA TIMUR.....             | 99  |
| F. TINDAK LANJUT INDIKATOR MUTU YANG BELUM TERCAPAI .....                                 | 105 |
| G. KESIMPULAN .....                                                                       | 108 |
| H. PENUTUP .....                                                                          | 109 |

POLRI DAERAH JAWA TIMUR  
BIDANG KEDOKTERAN DAN KESEHATAN  
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA LUMAJANG

---

**LAPORAN HASIL CAPAIAN INDIKATOR MUTU  
BULAN AGUSTUS 2018 – AGUSTUS 2019**

**A. PENDAHULUAN**

Pelayanan yang berkualitas merupakan cerminan dari sebuah proses yang berkesinambungan dan berorientasi pada hasil yang memuaskan. Setiap upaya pelayanan medik, umumnya mengandung risiko, sebagian di antaranya berisiko ringan atau hampir tidak berarti secara klinis. Namun tidak sedikit pula yang memberikan konsekuensi medik yang cukup berat. Dalam perkembangan masyarakat yang semakin kritis, meningkatnya tingkat pendidikan dan keadaan sosial ekonomi masyarakat, maka system nilai dan orientasi dalam masyarakat pun mulai berubah, mutu pelayanan Rumah Sakit tidak hanya disorot dari aspek klinis medisnya saja namun juga dari aspek keselamatan pasien dan aspek pemberian pelayanannya, oleh karena itu upaya peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien merupakan hal utama dalam manajemen Rumah Sakit.

**B. DASAR**

1. Kebijakan Karumkit Nomor : KEP/38/VI/KES.22./2018 tanggal 11 Juni 2018 tentang Kebijakan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang.
2. Kebijakan Karumkit Nomor : KEP/37/VI/KES.22./2018 tanggal 7 Juni 2018 tentang Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang.

**C. TUJUAN**

1. Tujuan Umum

Meningkatkan mutu secara keseluruhan dengan terus menerus mengurangi resiko terhadap pasien dan staf baik dalam proses klinis maupun lingkungan fisik di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang.

2. Tujuan Khusus

- a. Tercapainya suatu pengertian tentang upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit Bhayangkara Lumajang

- b. Mengetahui konsep dasar dan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit Bhayangkara Lumajang
- c. Mengetahui cara-cara atau langkah-langkah dalam melaksanakan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit Bhayangkara Lumajang
- d. Menjamin pemberian pelayanan sesuai dengan standar pelayanan minimal keselamatan pasien dan dilaksanakan secara terpadu sesuai dengan kebutuhan pasien
- e. Tersusunnya sistem monitoring pelayanan di rumah sakit Bhayangkara Lumajang melalui indikator mutu unit dan mutu Rumah Sakit
- f. Dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang sebenarnya.

#### D. WAKTU PELAKSANAAN

Pengumpulan data indikator mutu rumah sakit Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang dilaksanakan Agustus 2018 - September 2019. Kegiatan ini dilaksanakan berkoordinasi dengan unit kerja dan komite terkait.

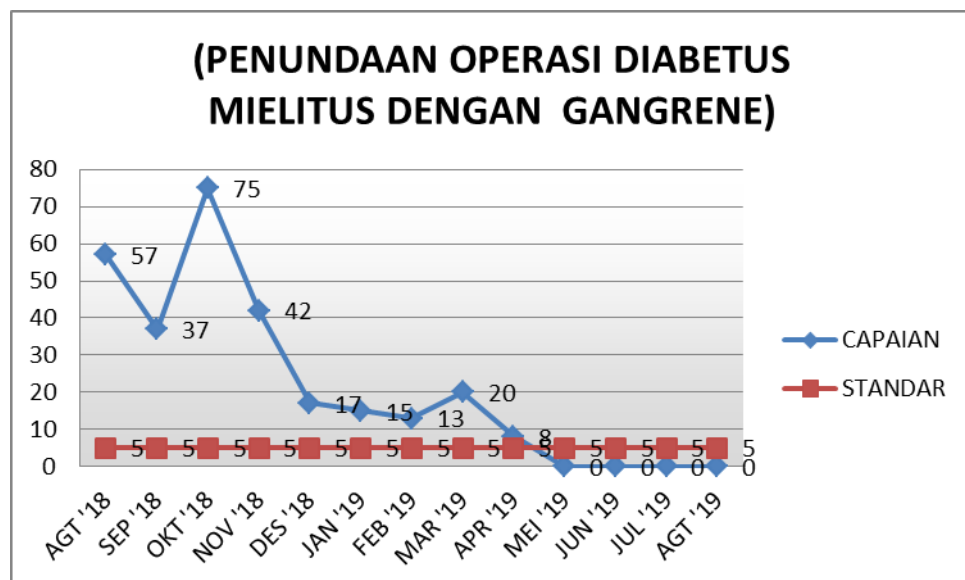
#### E. HASIL PELAKSANAAN PENGUKURAN INDIKATOR MUTU

##### 1. PERBANDINGAN DATA DI RUMAH SAKIT DARI WAKTU KE WAKTU (*TREND ANALYSIS*)

###### A. Indikator Mutu Prioritas

###### b. *Indikator Mutu Area Klinis (IAK) Area Prioritas*

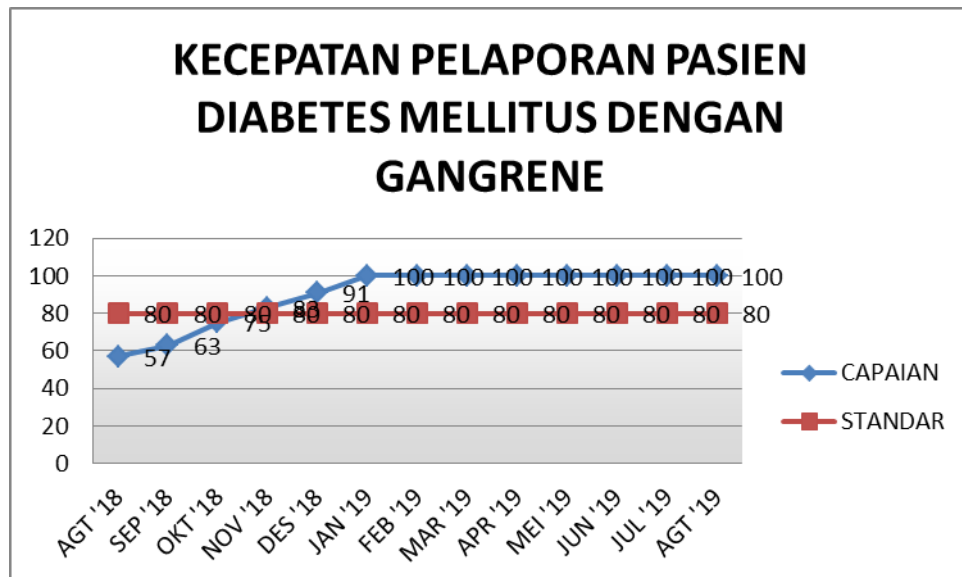
1. Penundaan Operasi Diabetes Mellitus dengan Gangrene.



**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Penundaan Operasi Diabetes Mellitus dengan Gangrene pada bulan Agustus 2018 sampai dengan April 2019 dalam tren yang positif tetapi masih belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan Mei-Agustus hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut :** Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019. Oleh karena capaian pada triwulan I 2019 belum mencapai standar maka dilakukan PDSA ketiga dan diuji coba pada bulan April-Juni 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Juli dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

2. Angka Kecepatan Pelaporan Pasien Diabetes Mellitus Dengan Gangrene Ke DPJP.

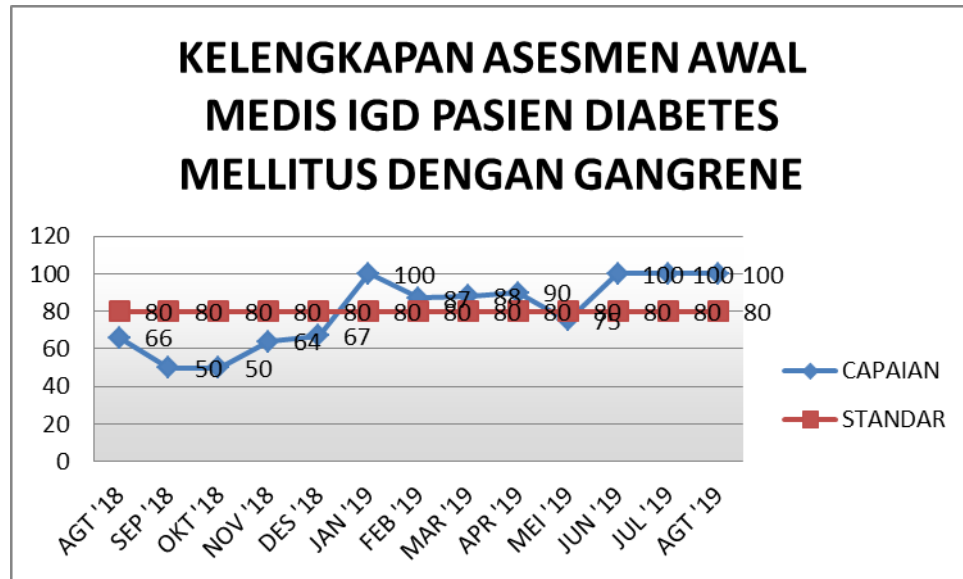


**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Angka Kecepatan Pelaporan Pasien Diabetes Mellitus Dengan Gangrene Ke DPJP pada bulan Agustus 2018 sampai dengan November 2018 dalam tren yang positif tetapi masih belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan Desember 2018 sampai dengan bulan Agustus 2019 hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut :** Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

3. Kelengkapan Asesmen Awal Medis IGD Pasien Diabetes Mellitus Dengan

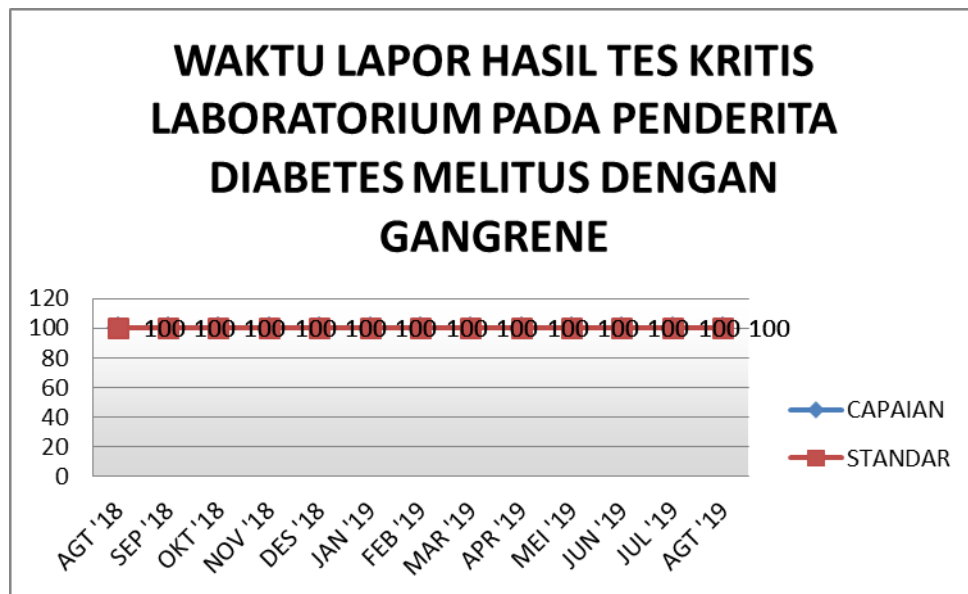
Gangrene.



**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kelengkapan Asesmen Awal Medis IGD Pasien Diabetes Mellitus Dengan Gangrene pada bulan Agustus 2018 sampai dengan Desember 2018 dalam tren yang positif tetapi masih belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan Januari 2019 sampai dengan bulan Agustus 2019 hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut :** Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

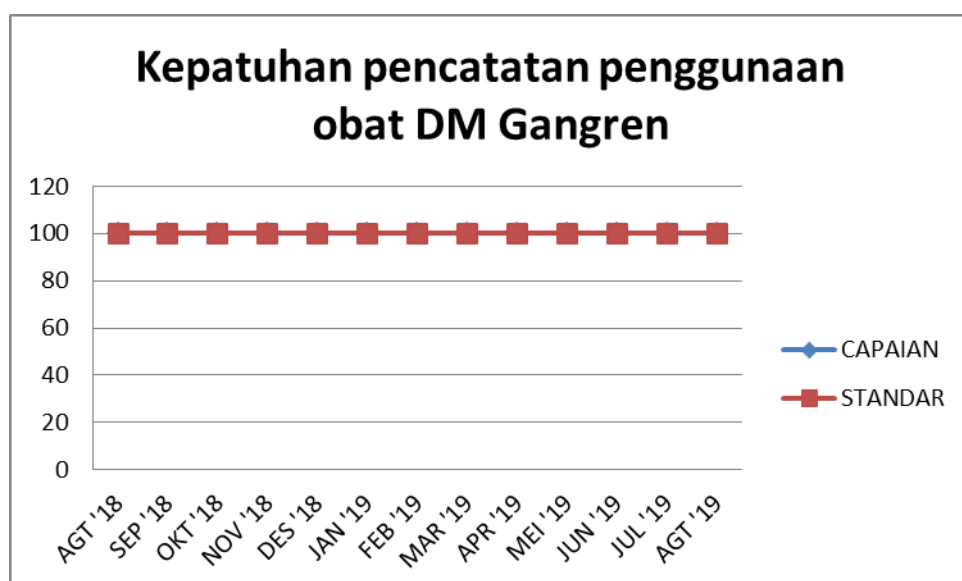
4. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium Pada Penderita Diabetes Melitus Dengan Gangrene.



**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium Pada Penderita Diabetes Melitus Dengan Gangrene pada bulan Agustus 2018 sampai dengan Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak lanjut :** perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring, agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

5. Kepatuhan Pencatatan Penggunaan Insulin Secara Injeksi Pada Formulir Catatan Penggunaan Obat (CPO) Pasien Diabetes Mellitus Dengan Gangrene di Rawat Inap.

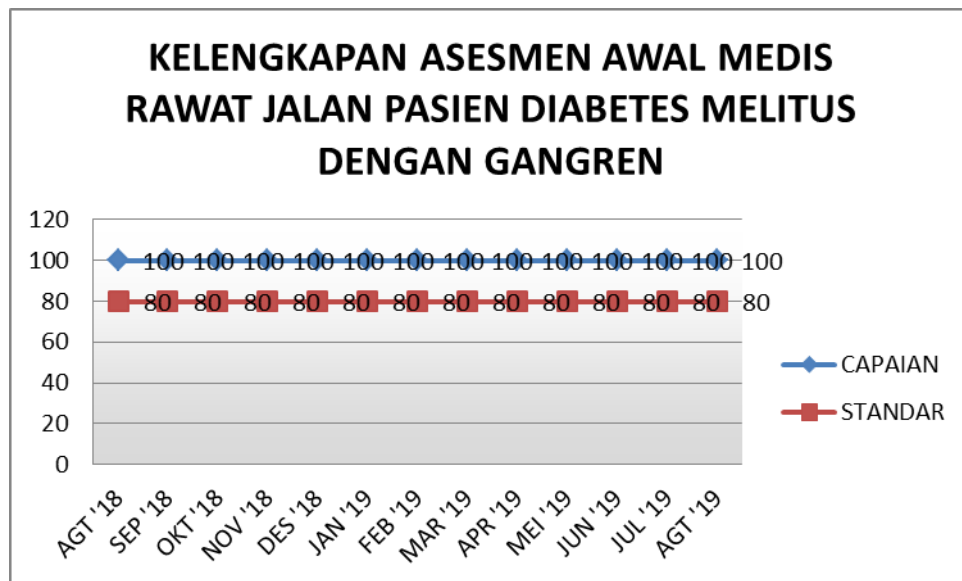


**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kepatuhan Pencatatan Penggunaan Insulin Secara Injeksi Pada Formulir Catatan Penggunaan Obat (CPO) Pasien Diabetes Mellitus Dengan

Gangrene di Rawat Inap pada bulan Agustus 2018 sampai dengan Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak lanjut** : perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring, agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

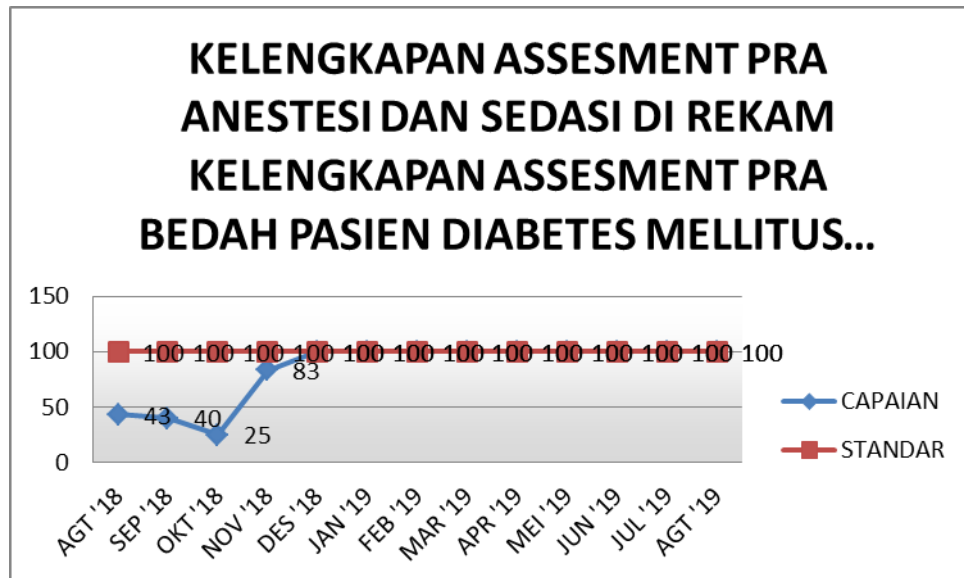
6. Kelengkapan Asesmen Awal Medis Rawat Jalan Pasien Diabetes Mellitus Dengan Gangrene.



**Analisis data** : Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kelengkapan Asesmen Awal Medis Rawat Jalan Pasien Diabetes Mellitus Dengan Gangrene di Rawat Inap pada bulan Agustus 2018 sampai dengan Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak lanjut** : perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring, agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

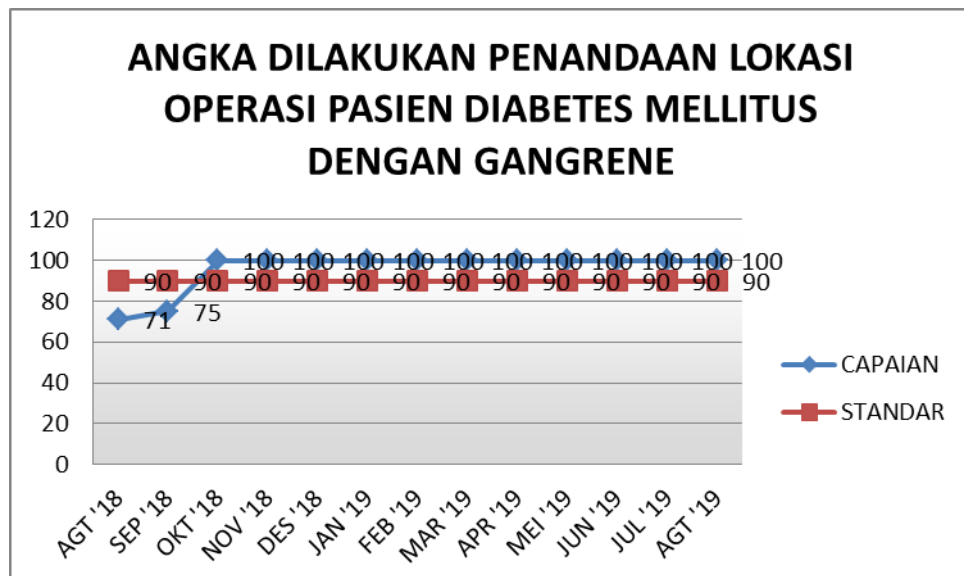
7. Kelengkapan Asesmen Pra Bedah Pasien Diabetes Mellitus dengan Gangrene.



**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kelengkapan Asesmen Pra Bedah Pasien Diabetes Mellitus dengan Gangrene pada bulan Agustus 2018 sampai dengan November 2018 dalam tren yang positif tetapi masih belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan Desember 2018 sampai dengan bulan Agustus 2019 hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut :** Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

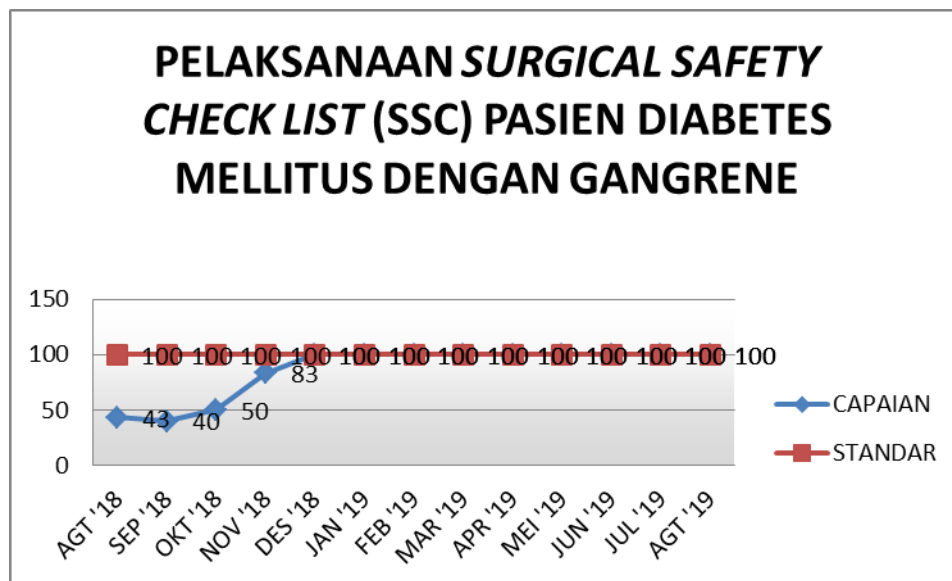
8. Angka Dilakukan Penandaan Lokasi Operasi Pasien Diabetes Mellitus dengan Gangrene.



**Analisis data** : Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Angka Dilakukan Penandaan Lokasi Operasi Pasien Diabetes Mellitus dengan Gangrene pada bulan Agustus 2018 sampai dengan September 2018 dalam tren yang positif tetapi masih belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan Oktober 2018 sampai dengan bulan Agustus 2019 hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut** : Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

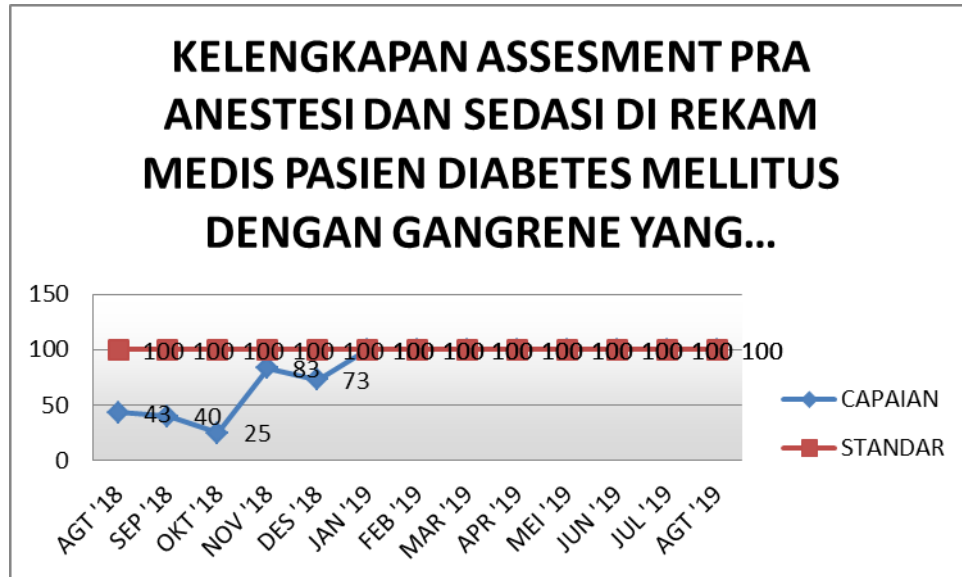
9. Angka Pelaksanaan *Surgical Safety Check List* (SSC) Pasien Diabetes Mellitus dengan Gangrene.



**Analisis data** : Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Angka Pelaksanaan *Surgical Safety Check List* (SSC) Pasien Diabetes Mellitus dengan Gangrene pada bulan Agustus 2018 sampai dengan November 2018 dalam tren yang positif tetapi masih belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan Desember 2018 sampai dengan bulan Agustus 2019 hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut** : Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

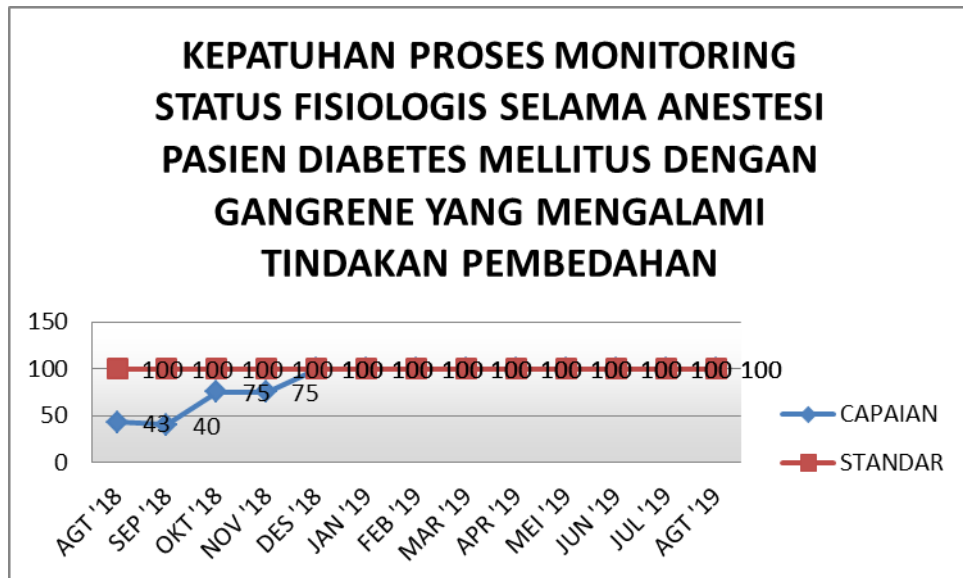
10. Kelengkapan Assesment Pra Anestesi dan Sedasi di Rekam Medis Pasien Diabetes Mellitus dengan Gangrene Yang Mengalami Tindakan Pembedahan.



**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kelengkapan Assesment Pra Anestesi dan Sedasi di Rekam Medis Pasien Diabetes Mellitus dengan Gangrene Yang Mengalami Tindakan Pembedahan pada bulan Agustus 2018 sampai dengan Desember 2018 dalam tren yang positif tetapi masih belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan Januari 2019 sampai dengan bulan Agustus 2019 hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut :** Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

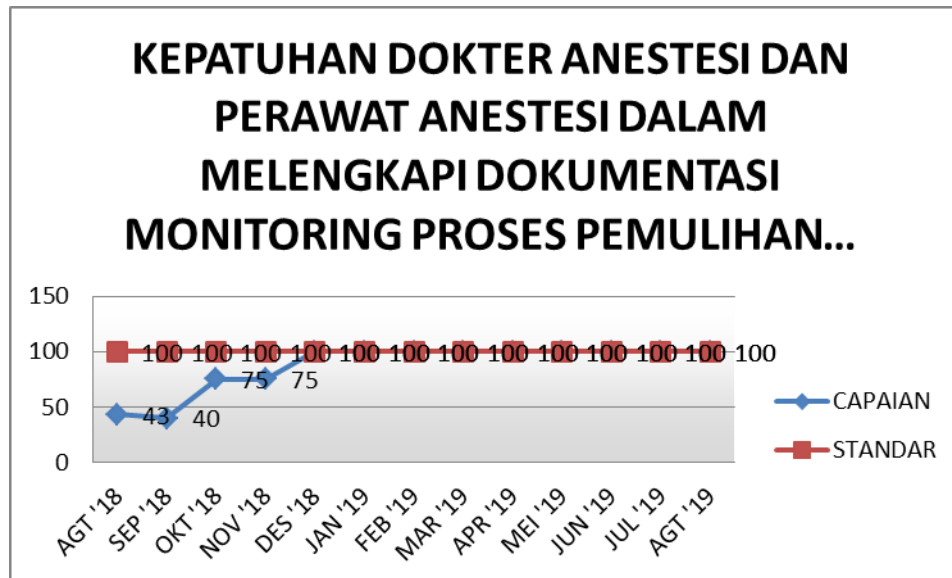
11. Kepatuhan Proses Monitoring Status Fisiologis Selama Anestesi Pasien Diabetes Mellitus dengan Gangrene Yang Mengalami Tindakan Pembedahan.



**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kepatuhan Proses Monitoring Status Fisiologis Selama Anestesi Pasien Diabetes Mellitus dengan Gangrene Yang Mengalami Tindakan Pembedahan pada bulan Agustus 2018 sampai dengan November 2018 dalam tren yang positif tetapi masih belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan Desember 2018 sampai dengan bulan Agustus 2019 hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut :** Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

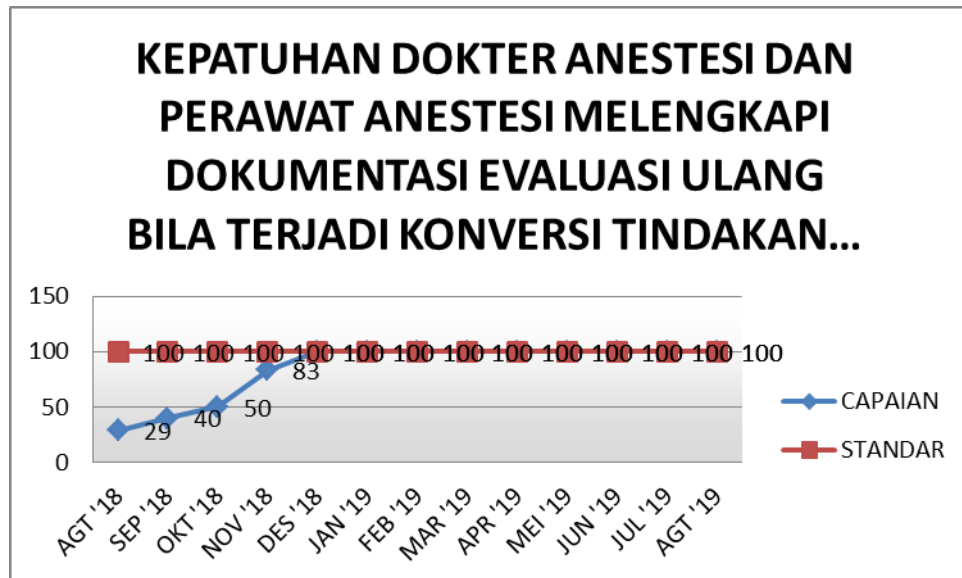
12. Kepatuhan Dokter Anestesi Dan Perawat Anestesi Dalam melengkapi Dokumentasi Monitoring Proses Pemulihan Anestesi dan Sedasi Dalam Pada Pasien Diabetes Mellitus dengan Gangrene yang Mengalami Tindakan Pembedahan.



**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kepatuhan Dokter Anestesi Dan Perawat Anestesi Dalam melengkapi Dokumentasi Monitoring Proses Pemulihan Anestesi dan Sedasi Dalam Pada Pasien Diabetes Mellitus dengan Gangrene yang Mengalami Tindakan Pembedahan pada bulan Agustus 2018 sampai dengan November 2018 dalam tren yang positif tetapi masih belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan Desember 2018 sampai dengan bulan Agustus 2019 hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut :** Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

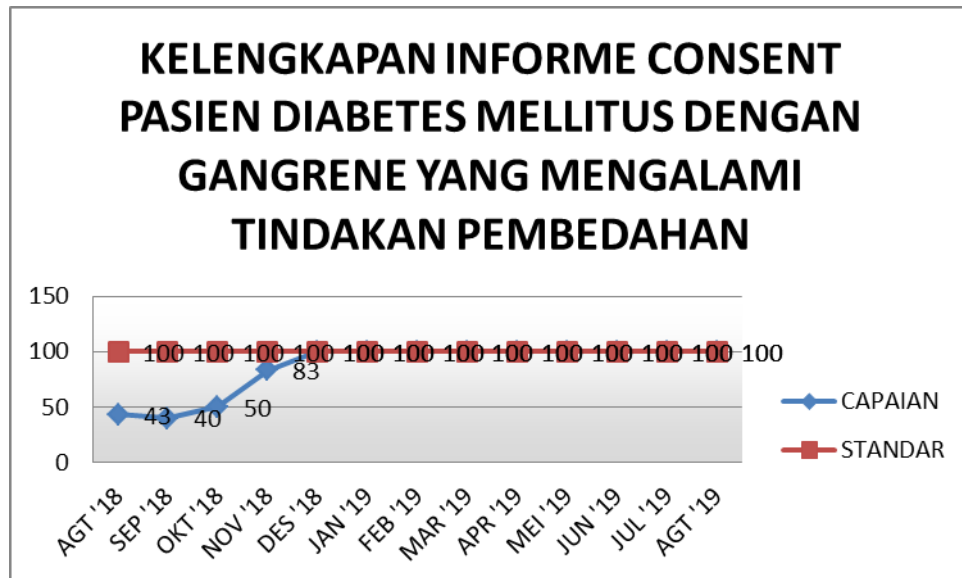
13. Kepatuhan Dokter Anestesi dan Perawat Anestesi Melengkapi Dokumentasi Evaluasi ulang bila terjadi Konversi Tindakan dari Anestesi Lokal / Regional ke General pada pasien Diabetes Mellitus dengan Gangrene yang Mengalami Tindakan Pembedahan.



**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kepatuhan Dokter Anestesi dan Perawat Anestesi Melengkapi Dokumentasi Evaluasi ulang bila terjadi Konversi Tindakan dari Anestesi Lokal / Regional ke General pada pasien Diabetes Mellitus dengan Gangrene yang Mengalami Tindakan Pembedahan pada bulan Agustus 2018 sampai dengan November 2018 dalam tren yang positif tetapi masih belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan Desember 2018 sampai dengan bulan Agustus 2019 hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut :** Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

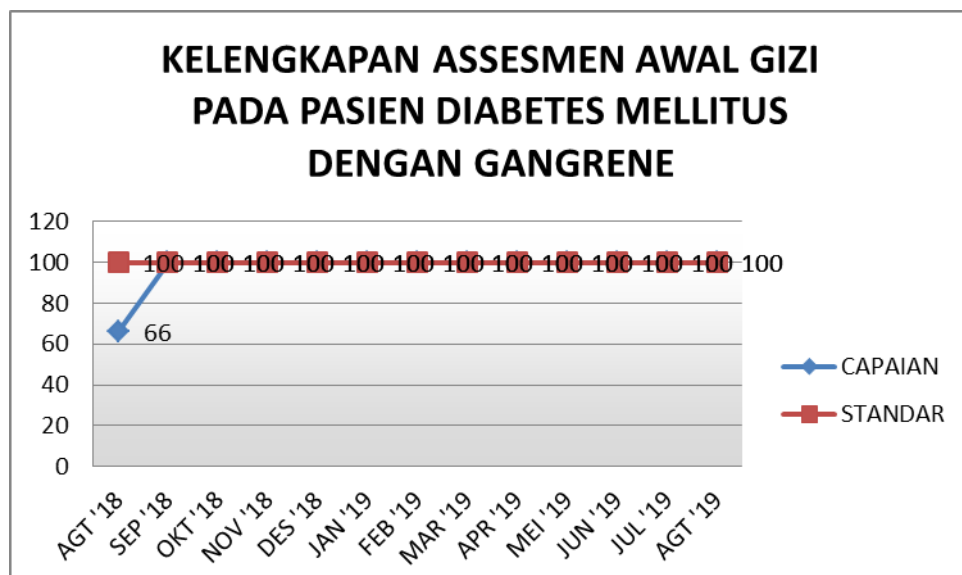
14. Kelengkapan Informed Consent Anestesi Pasien Diabetes Mellitus dengan Gangrene Yang Mengalami Tindakan Pembedahan.



**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kelengkapan Informed Consent Anastesi Pasien Diabetes Mellitus dengan Gangrene Yang Mengalami Tindakan Pembedahan pada bulan Agustus 2018 sampai dengan November 2018 dalam tren yang positif tetapi masih belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan Desember 2018 sampai dengan bulan Agustus 2019 hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut :** Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

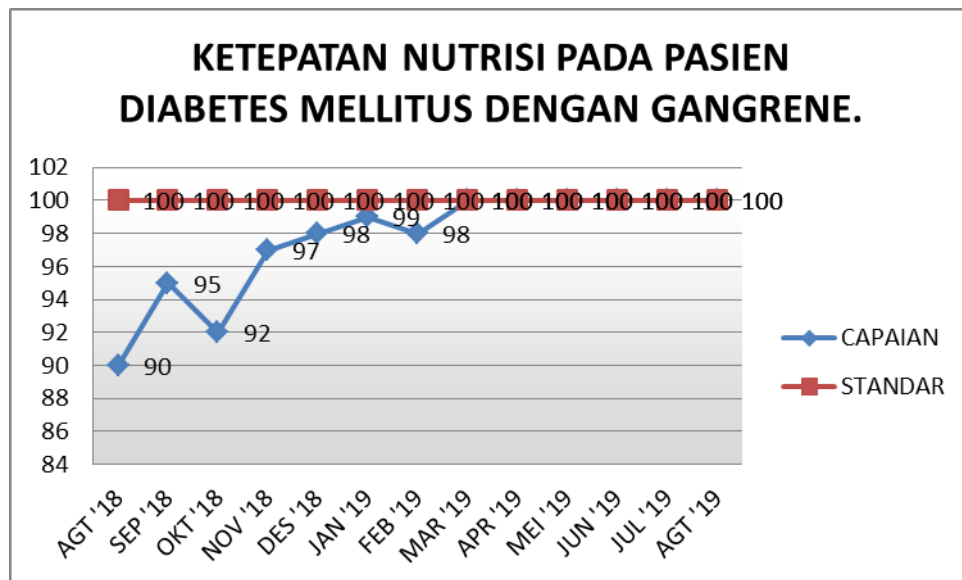
15. Kelengkapan Assesmen Awal Gizi Pada Pasien Diabetes Mellitus dengan Gangrene.



**Analisis data** : Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kelengkapan Assesmen Awal Gizi Pada Pasien Diabetes Mellitus dengan Gangrene pada bulan Agustus 2018 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan September 2018 sampai dengan Agustus 2019 hasil capaian 100% dan sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut** : perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring, agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### 16. Ketepatan Nutrisi Pada Pasien Diabetes Mellitus dengan Gangrene.

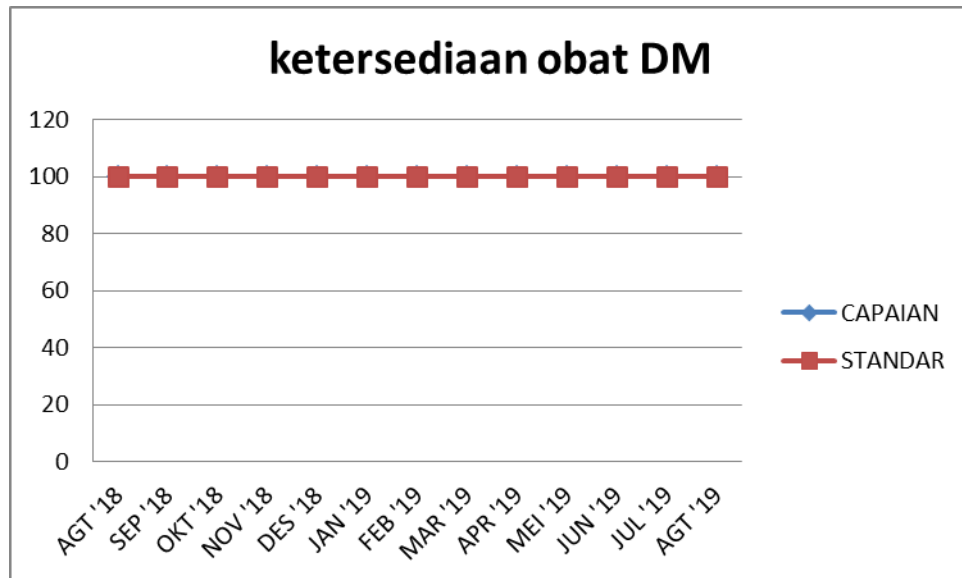


**Analisis data** : Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Ketepatan Nutrisi Pada Pasien Diabetes Mellitus dengan Gangrene pada bulan Agustus 2018 sampai dengan bulan Februari 2019 mengalami kenaikan tren tetapi capaiannya masih belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan Maret 2019 sampai dengan Agustus 2019 hasil capaian 100% dan sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut** : Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**b) Indikator Prioritas Area Manajemen :**

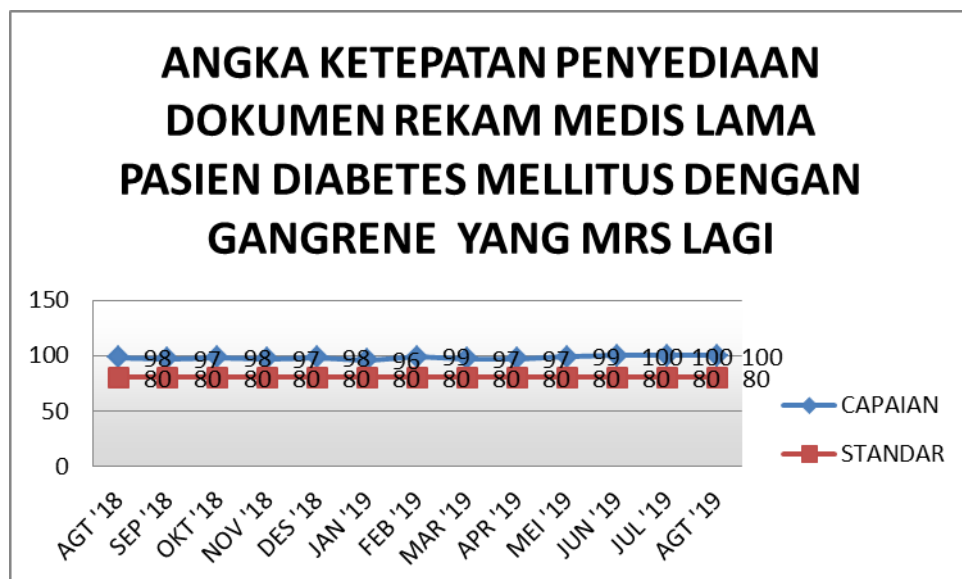
1. Ketersediaan Obat Diabetes Mellitus Dengan Gangrene Sesuai PPK.



**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Ketersediaan Obat Diabetes Mellitus Dengan Gangrene Sesuai PPK pada bulan Agustus 2018 sampai dengan Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak lanjut :** perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring, agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

2. Angka Ketepatan Penyediaan Dokumen Rekam Medis Lama Pasien Diabetes Mellitus dengan Gangrene Yang MRS Lagi.



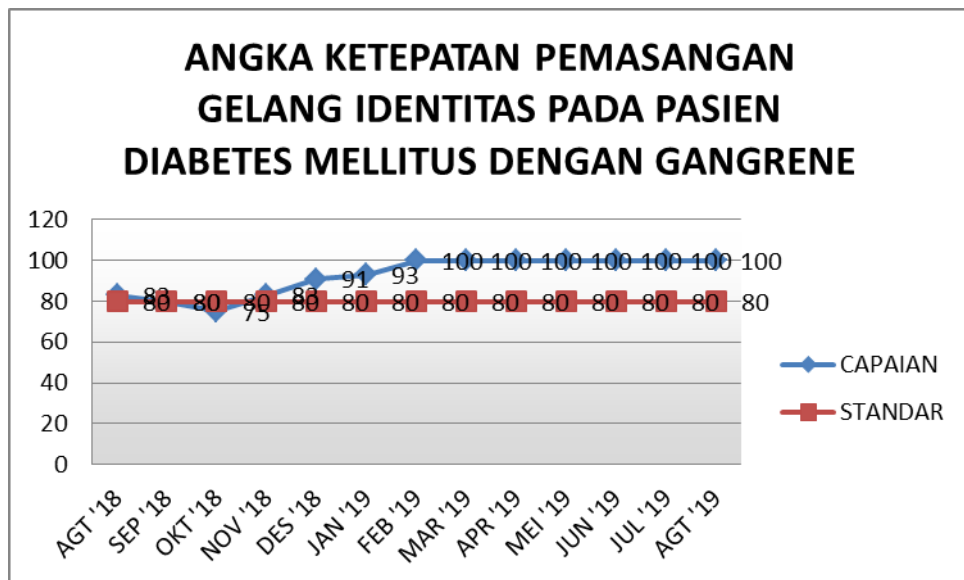
**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian

Angka Ketepatan Penyediaan Dokumen Rekam Medis Lama Pasien Diabetes Mellitus dengan Gangrene Yang MRS Lagi pada bulan Agustus 2018 sampai dengan Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak lanjut** : perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring, agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**c) Indikator Prioritas Sasaran Keselamatan Pasien**

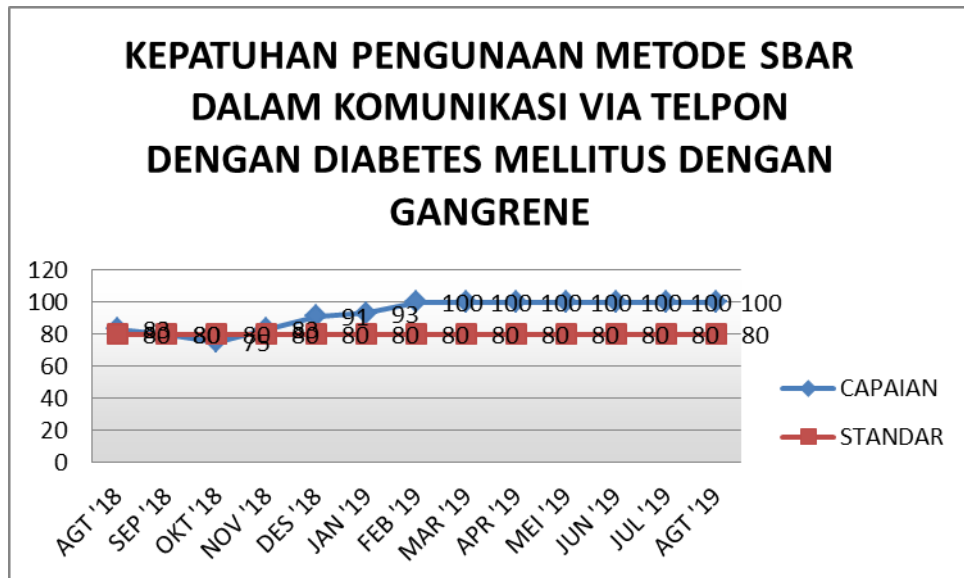
1. Angka Ketepatan Pemasangan Gelang Identitas Pada Pasien Diabetes Mellitus dengan Gangrene.



**Analisis data** : Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Angka Ketepatan Pemasangan Gelang Identitas Pada Pasien Diabetes Mellitus dengan Gangrene sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan, hanya pada bulan Oktober 2018 saja hasil capaiannya belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut** : perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring, agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

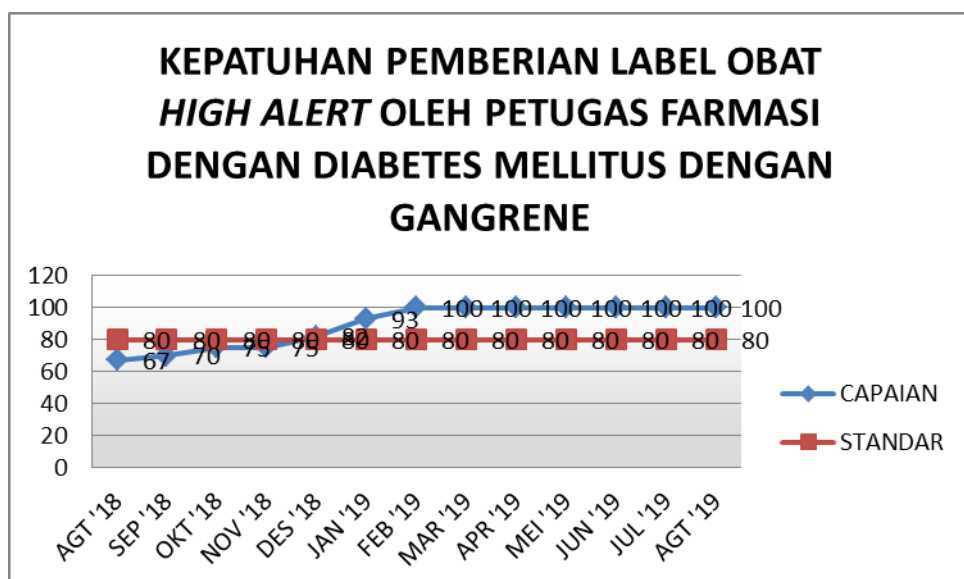
2. Kepatuhan penggunaan metode SBAR dalam komunikasi via telpon dengan Diabetes mellitus dengan Gangrene.



**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kepatuhan penggunaan metode SBAR dalam komunikasi via telpon dengan Diabetes mellitus dengan Gangrene sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. hanya pada bulan Oktober 2018 saja hasil capaiannya belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut :** perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring, agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

3. Kepatuhan pemberian label obat *high alert* oleh petugas farmasi dengan Diabetes mellitus dengan gangrene.

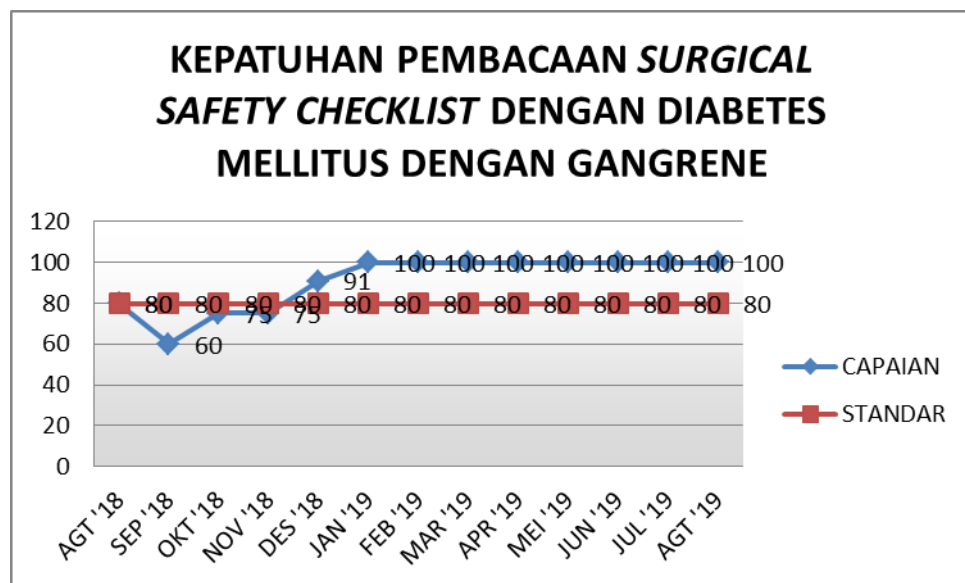


**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kepatuhan pemberian label obat *high alert* oleh petugas farmasi dengan Diabetes mellitus dengan gangrene pada bulan Agustus 2018 sampai

dengan bulan November 2018 mengalami kenaikan tren tetapi capaiannya masih belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan Desember 2018 sampai dengan Agustus 2019 hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut** : perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring, agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

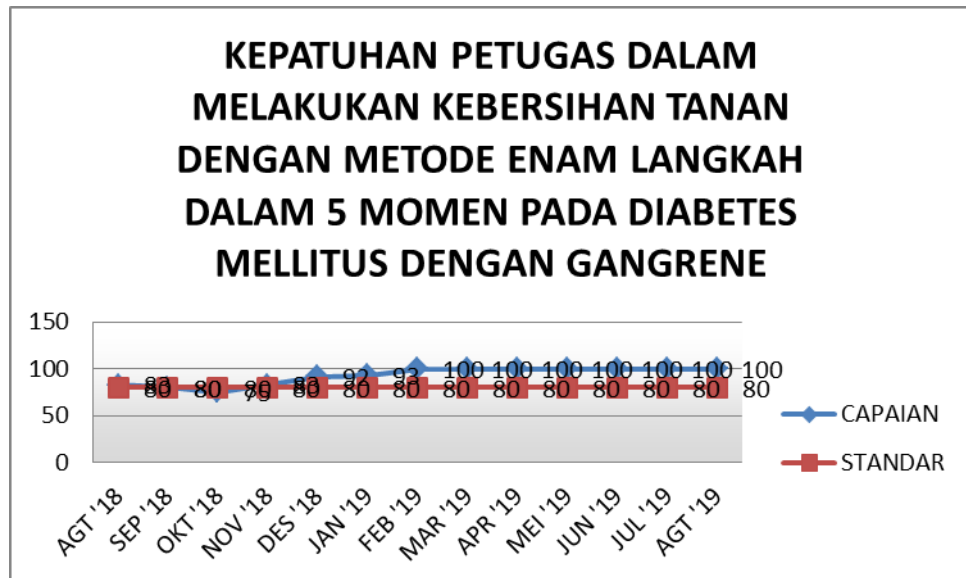
4. Kepatuhan pembacaan *surgical safety checklist* dengan Diabetes mellitus dengan gangrene.



**Analisis data** : Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kepatuhan pembacaan *surgical safety checklist* dengan Diabetes mellitus dengan gangrene pada bulan September 2018 dan bulan Oktober 2018 capaiannya masih belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan November 2018 sampai dengan Agustus 2019 hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut** : Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

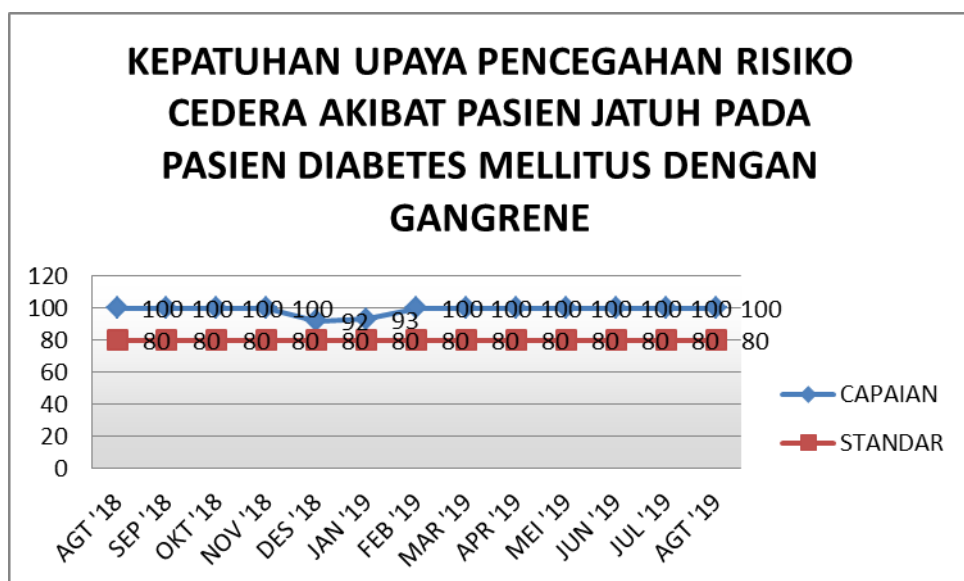
5. Kepatuhan petugas dalam melakukan kebersihan tanan dengan metode enam langkah dalam 5 momen pada Diabetes mellitus dengan gangrene.



**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kepatuhan petugas dalam melakukan kebersihan tanan dengan metode enam langkah dalam 5 momen pada Diabetes mellitus dengan gangrene pada bulan Agustus 2018 sampai dengan Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak lanjut :** perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring, agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

6. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh Pada Pasien Diabetes mellitus dengan gangrene.



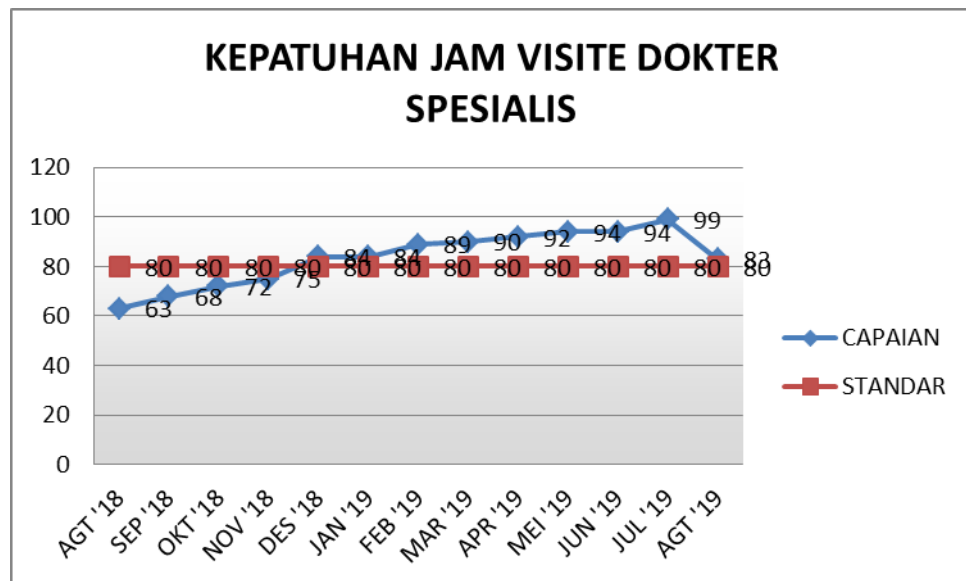
**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh Pada Pasien Diabetes mellitus dengan gangrene pada bulan Agustus 2018

sampai dengan Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak lanjut** : perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring, agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

## B. Indikator Mutu Nasional

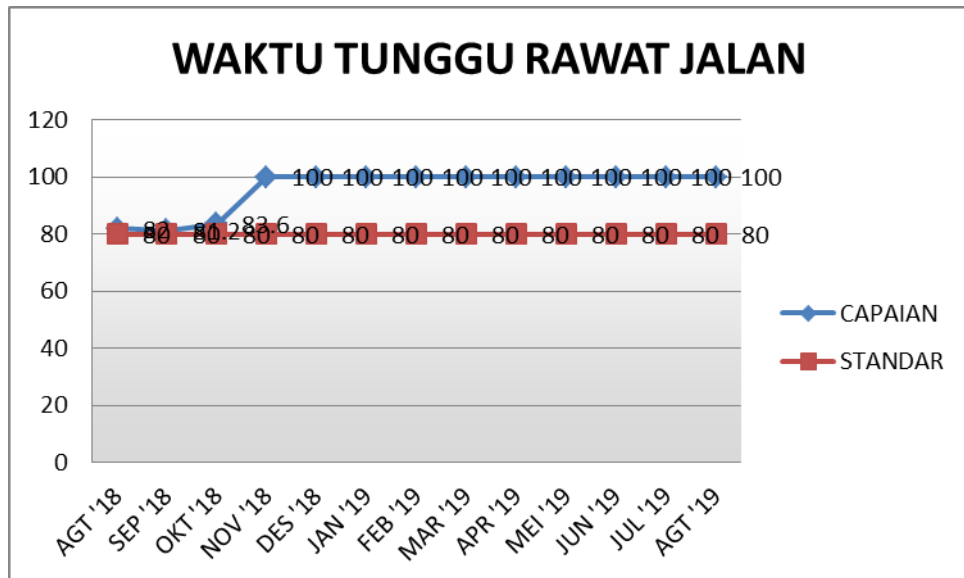
### 1. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis.



**Analisis data** : Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis pada bulan Agustus 2018 sampai dengan November 2018 dalam tren yang positif tetapi masih belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan Desember 2018 sampai dengan bulan Agustus 2019 hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut** : Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

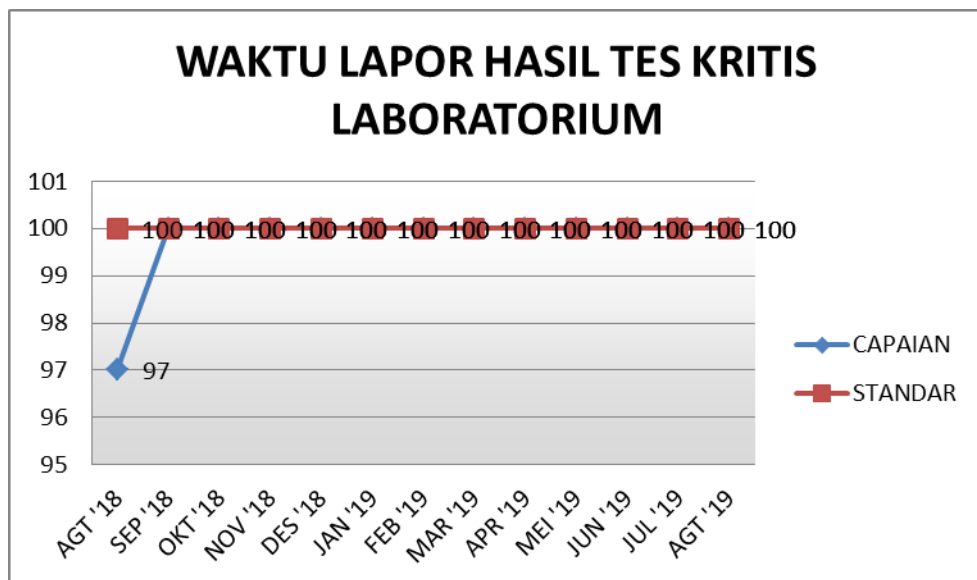
### 2. Waktu Tunggu Rawat Jalan.



**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Waktu Tunggu Rawat Jalan pada bulan Agustus 2018 sampai dengan Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak lanjut :** perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring, agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

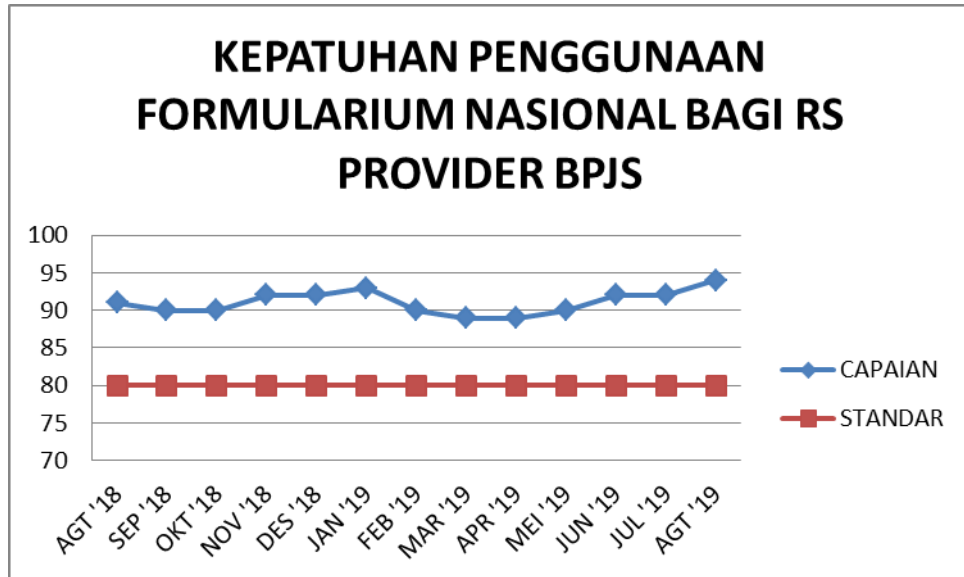
### 3. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium.



**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium pada bulan Agustus 2018 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan September 2018 sampai dengan Agustus 2019 hasil capaian 100% dan sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut** : perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring, agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

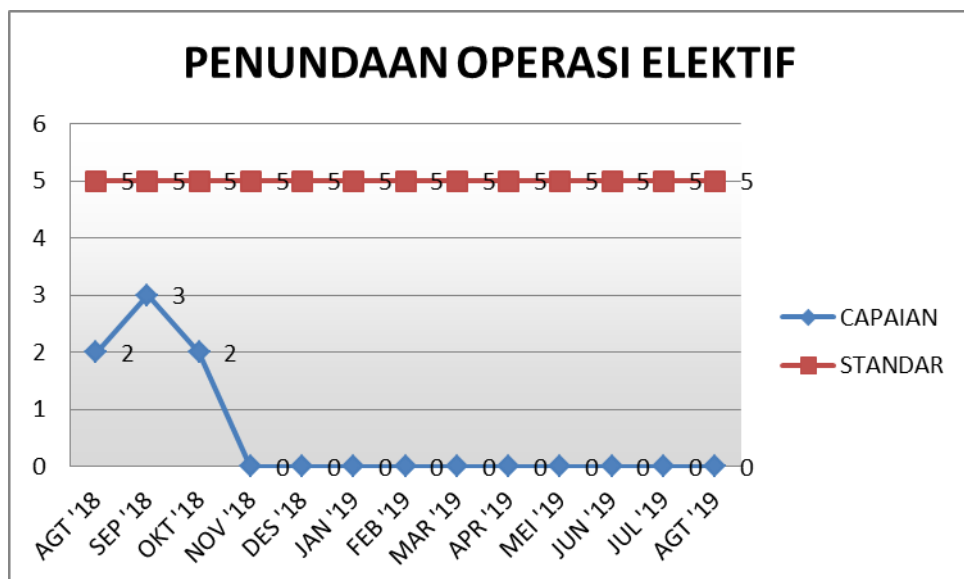
4. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi RS Provider BPJS.



**Analisis data** : Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi RS Provider BPJS pada bulan Agustus 2018 sampai dengan Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak lanjut** : perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring, agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

5. Penundaan Operasi Elektif.

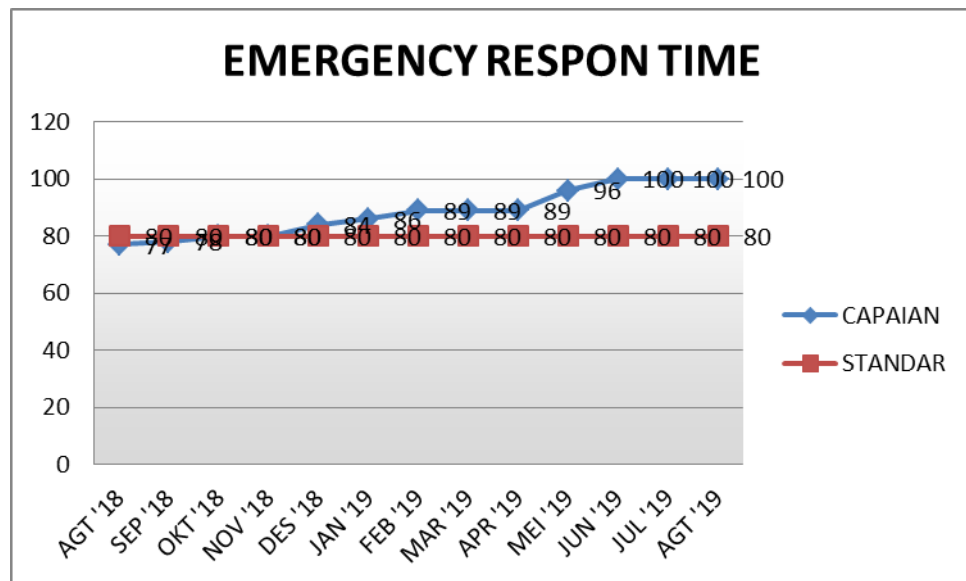


**Analisis data** : Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian

Penundaan Operasi Elektif pada bulan Agustus 2018 sampai dengan Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak lanjut** : perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring, agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

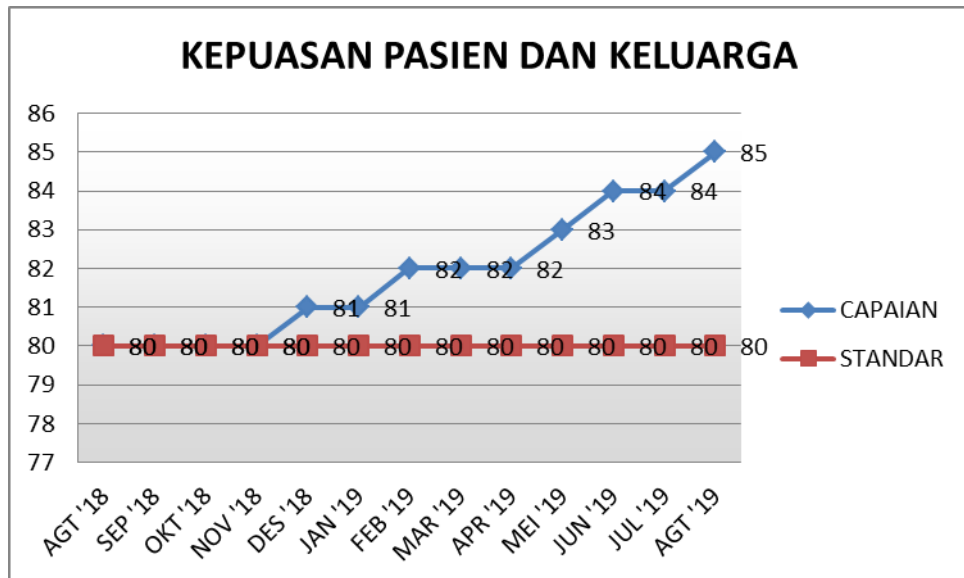
6. Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat < 5 Menit).



**Analisis data** : Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat < 5 Menit) pada bulan Agustus 2018 dan September 2018 dalam tren yang positif tetapi masih belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan oktober 2018 sampai dengan bulan Agustus 2019 hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut** : Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

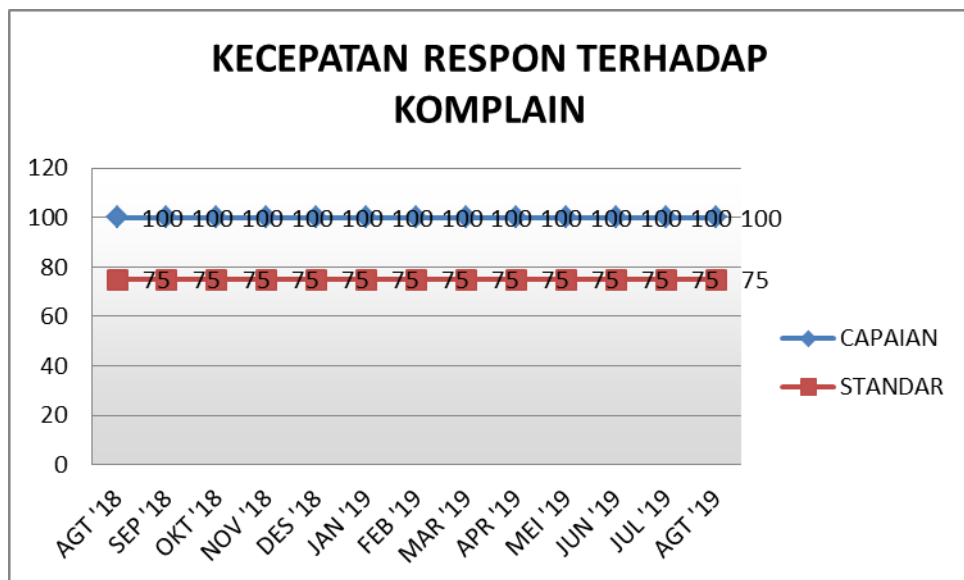
7. Kepuasan Pasien dan Keluarga.



**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kepuasan Pasien dan Keluarga pada bulan Agustus 2018 sampai dengan Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak lanjut :** perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring, agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

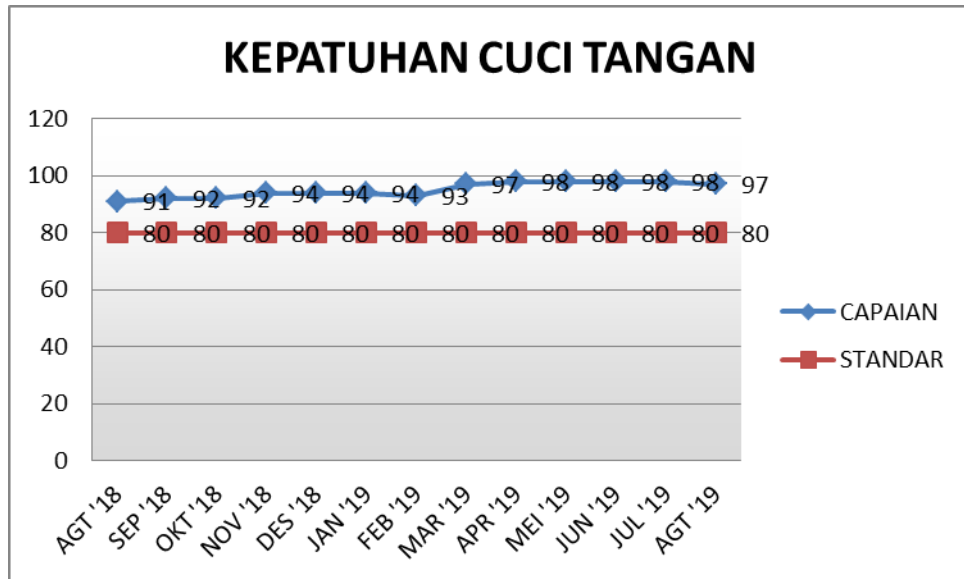
#### 8. Kecepatan Respon Terhadap Komplain.



**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kecepatan Respon Terhadap Komplain pada bulan Agustus 2018 sampai dengan Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak lanjut :** perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring, agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

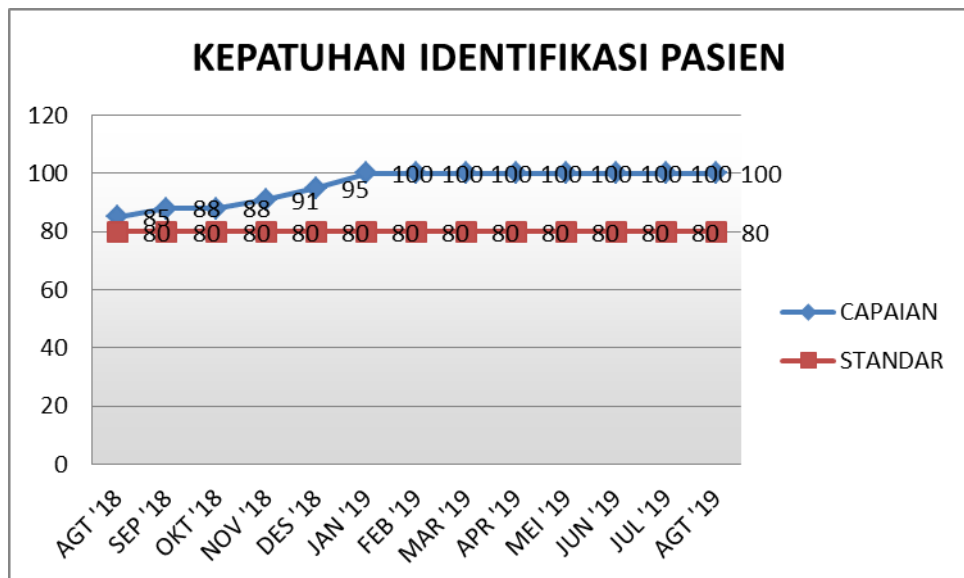
## 9. Kepatuhan Cuci Tangan.



**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kepatuhan Cuci Tangan pada bulan Agustus 2018 sampai dengan Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak lanjut :** perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring, agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

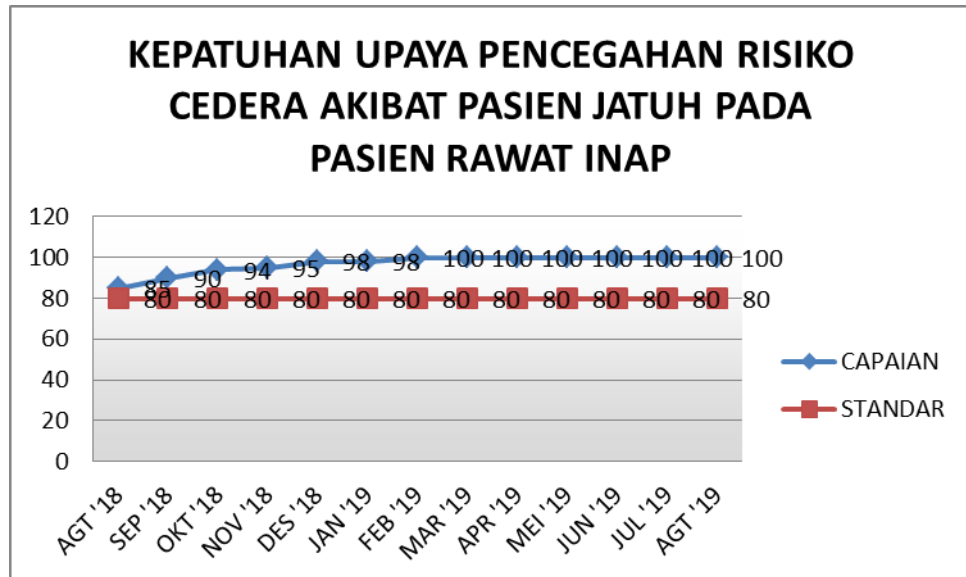
## 10. Kepatuhan Identifikasi Pasien.



**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kepatuhan Identifikasi Pasien pada bulan Agustus 2018 sampai dengan Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak lanjut** : perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring, agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

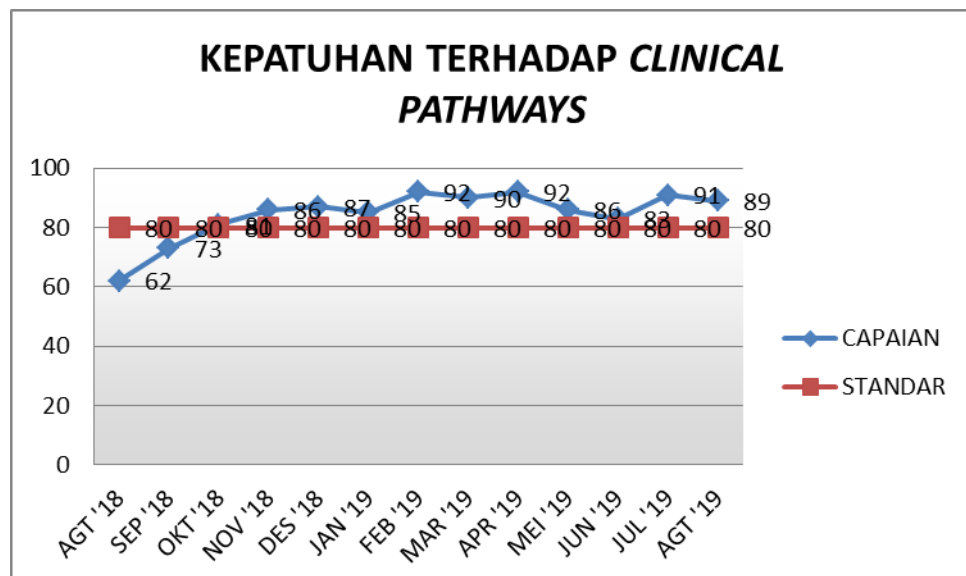
11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh Pada Pasien Rawat Inap.



**Analisis data** : Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh Pada Pasien Rawat Inap pada bulan Agustus 2018 sampai dengan Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak lanjut** : perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring, agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

12. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway.



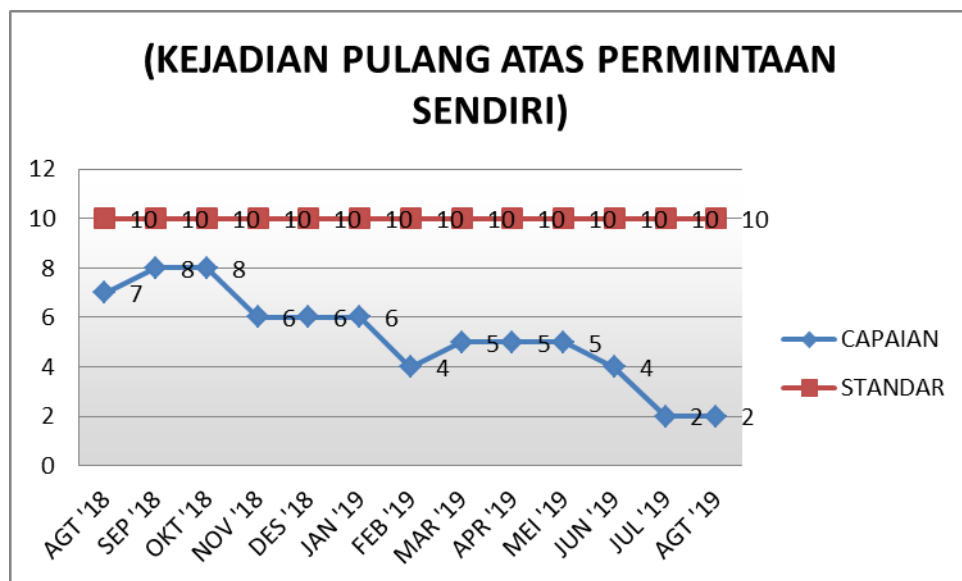
**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway pada bulan Agustus 2018 dan September 2018 dalam tren yang positif tetapi masih belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan oktober 2018 sampai dengan bulan Agustus 2019 hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut :** Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

### C. Indikator Mutu Unit

#### a) Indikator Area Klinis

1. Angka Kejadian Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri (APS) di Ruang Rawat Inap.



#### Analisa :

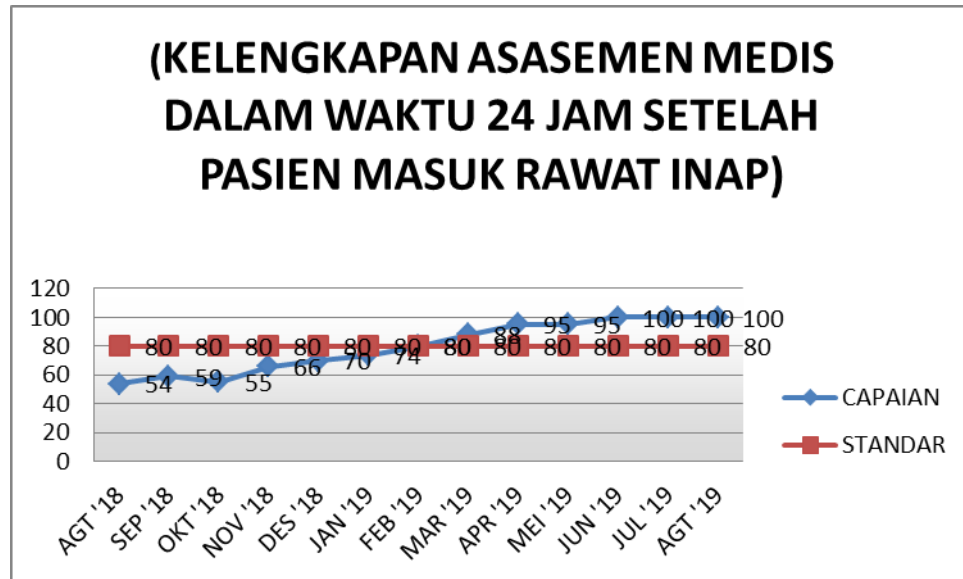
Dilihat dari grafik diatas Kejadian pulang atas permintaan sendiri sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### Tindak Lanjut:

Perlu dipertahakan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

2. Kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk

rawat inap

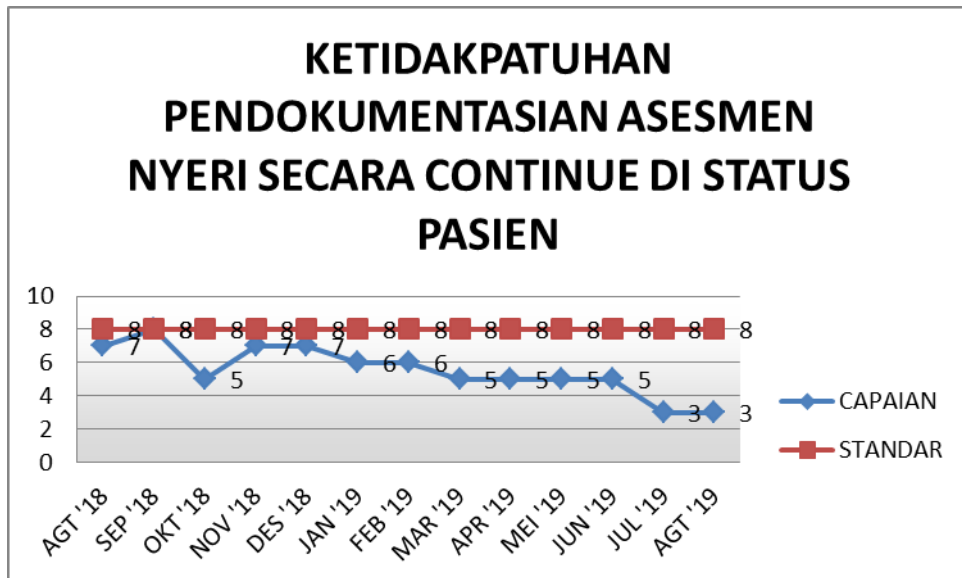


#### Analisa :

Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap pada bulan Agustus 2018 dan Februari 2019 dalam tren yang positif tetapi masih belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan Maret 2019 sampai dengan bulan Agustus 2019 hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut :** Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019. Oleh karena capaian pada triwulan I 2019 belum mencapai standar maka dilakukan PDSA ketiga dan diuji coba pada bulan April-Juni 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Juli dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

3. Ketidapatuhan pendokumentasian asesmen nyeri secara continue di status pasien



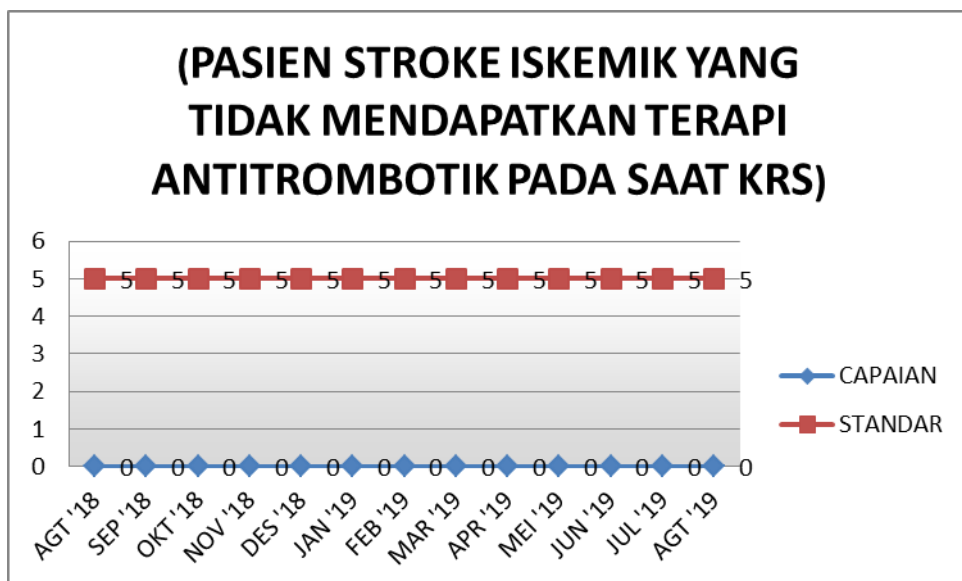
#### Analisa :

Dilihat dari grafik diatas ketidakpatuhan pendokumentasian asesmen nyeri Pada bulan Agustus 2018 - Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### Tindak Lanjut:

Perlu dipertahakan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

4. Pasien stroke iskemik yang tidak mendapatkan terapi antitrombotik pada saat KRS



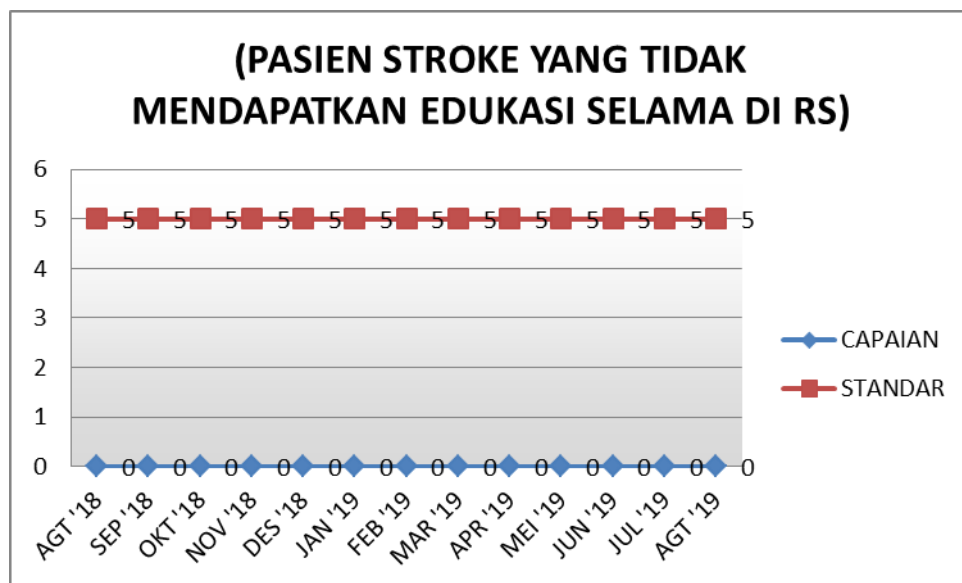
#### Analisa :

Dilihat dari grafik diatas pasien stroke iskemik yang tidak mendapatkan terapi antitrombotik pada saat KRS sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### Tindak Lanjut:

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

5. Pasien stroke yang tidak mendapatkan edukasi selama masa perawatan dirumah sakit.



#### Analisa :

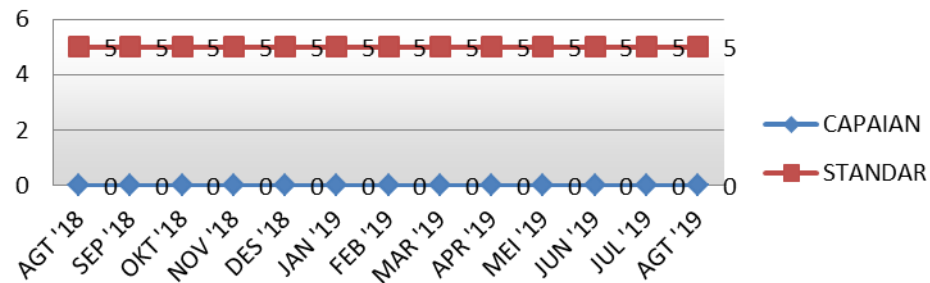
Dilihat dari grafik diatas pasien stroke yang tidak mendapatkan edukasi selama di RS sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### Tindak Lanjut:

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

6. Pasien IMA yang tidak mendapatkan terapi aspirin (antitrombotik) dalam waktu 24 jam sejak datang kerumah sakit

**(PASIE IMA YANG TIDAK  
MENDAPATKAN TERAPI ASPIRIN  
(ANTITROMBOTIK) DALAM WAKTU  
24 JAM SEJAK DATANG KERUMAH...**



**Analisa :**

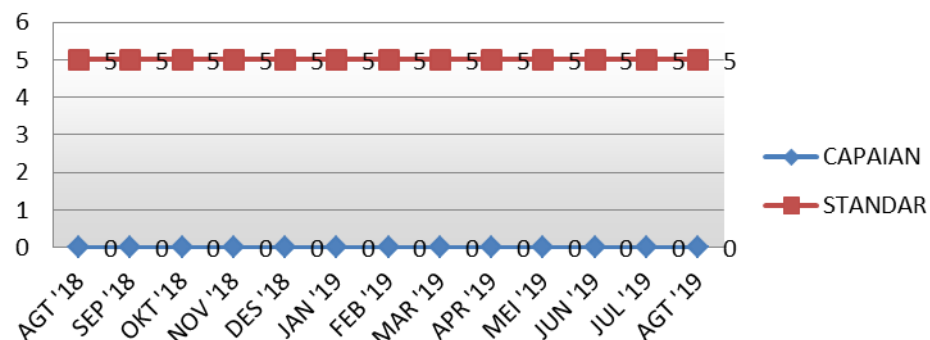
Dilihat dari grafik diatas pasien IMA yang tidak mendapatkan terapi aspirin dalam waktu 24 jam sejak datang kerumah sakit sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan

**Tindak Lanjut:**

Perlu dipertahakan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

7. Pasien asma anak yang tidak menerima bronchodilator Selama masa rawat inap

**(PASIEN ASMA ANAK YANG TIDAK  
MENERIMA BRONCHODILATOR  
SELAMA MASA RAWAT INAP)**



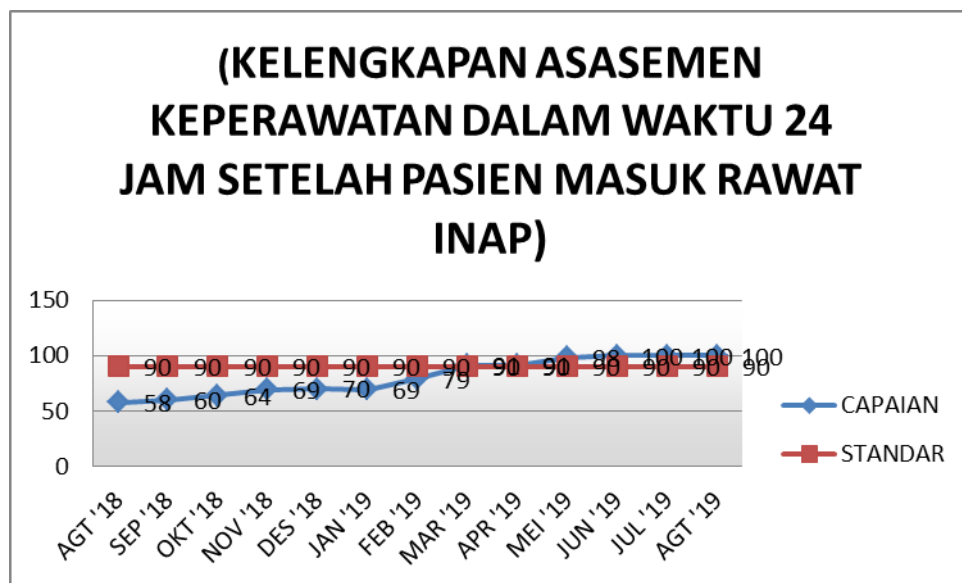
**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas pasien asma anak yang tidak menerima bronkodilator selama masa rawat inap sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### Tindak Lanjut:

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

8. Kelengkapan asesmen keperawatan dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap



#### Analisa :

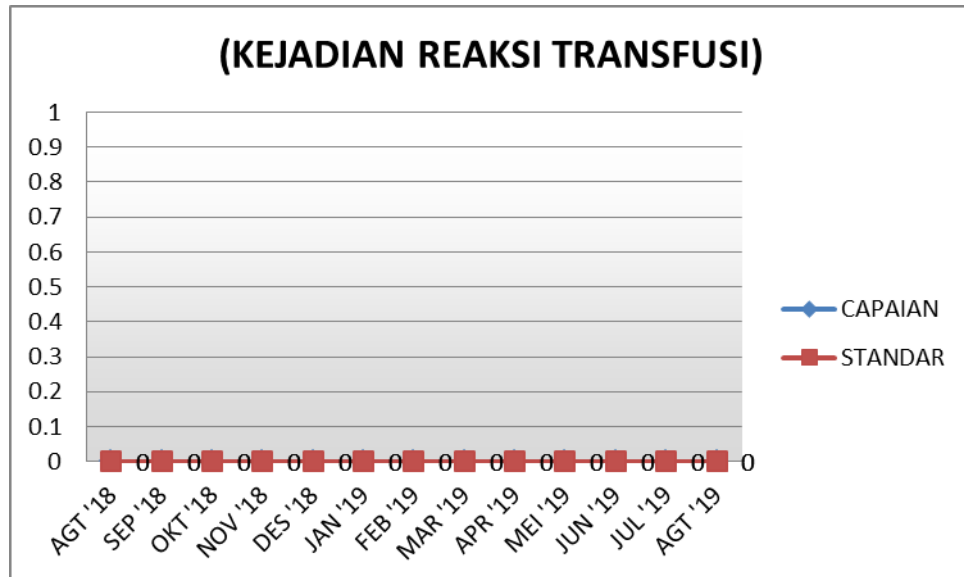
Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap pada bulan Agustus 2018 sampai Maret 2019 dalam tren yang positif tetapi masih belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan Maret 2019 sampai dengan bulan Agustus 2019 hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

#### Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019. Oleh karena capaian pada triwulan I 2019 belum mencapai standar maka dilakukan PDSA ketiga

dan diuji coba pada bulan April-Juni 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Juli dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

#### 9. Kejadian reaksi transfusi



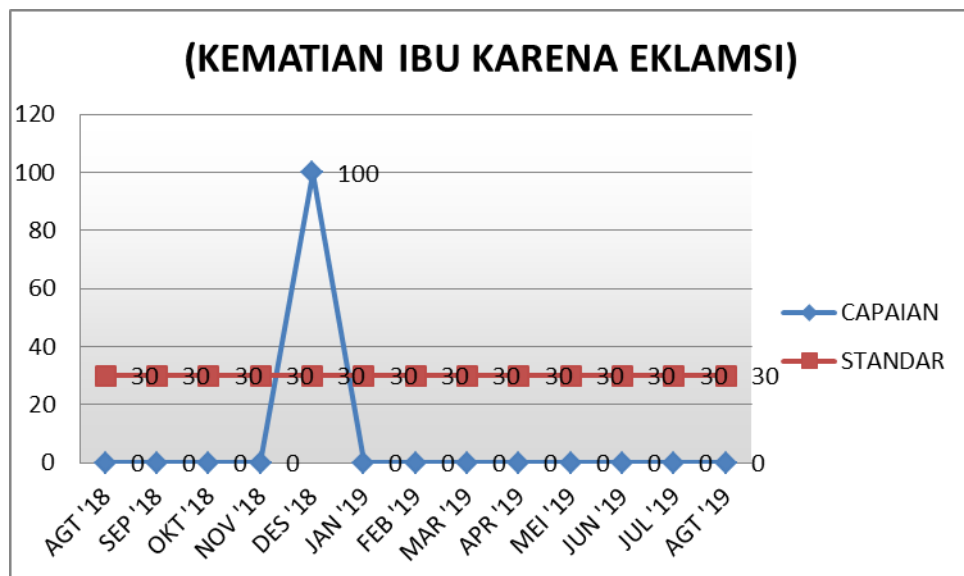
#### Analisa :

Dilihat dari grafik diatas kejadian reaksi transfusi sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### Tindak Lanjut:

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

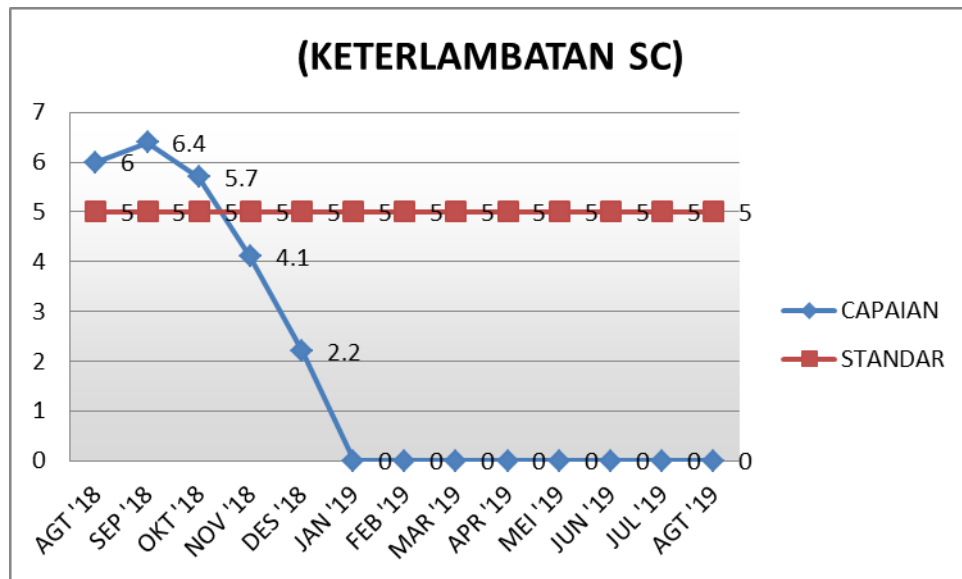
#### 10. Angka Kejadian Kematian Ibu Melahirkan Karena Eklampsia



**Analisis data** : Dilihat dari grafik di atas angka kematian ibu karena eklamsi sudah sesuai standart.

**Tindak lanjut** : Selalu dilaksanakan monitoring agar tidak terjadi kematian ibu.

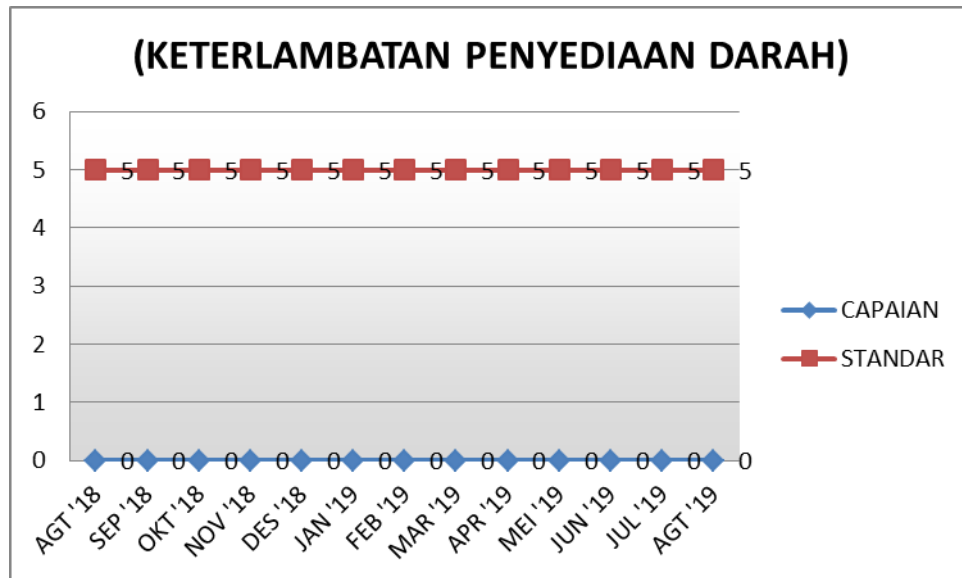
#### 11. Keterlambatan operasi sectio caesarea



**Analisis data** : Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Keterlambatan operasi sectio caesarea pada bulan Agustus 2018 sampai Oktober 2018 dalam tren yang positif tetapi masih belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan November 2018 sampai dengan bulan Agustus 2019 hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut** : Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

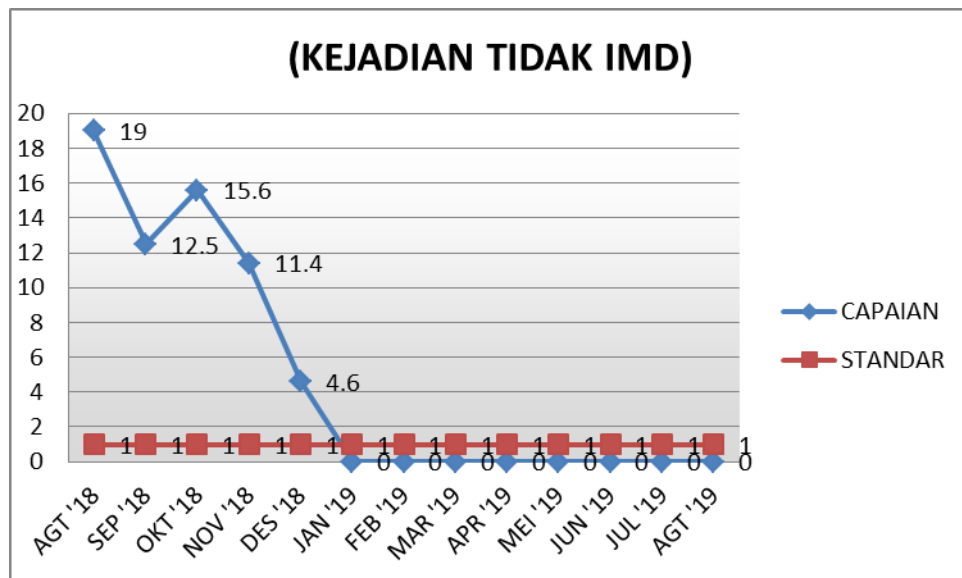
#### 12. Keterlambatan penyediaan darah



**Analisis data** : Dilihat dari grafik di atas keterlambatan penyediaan darah sudah sesuai standar

**Tindak lanjut** : Selalu dilaksanakan monitoring agar capaian sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

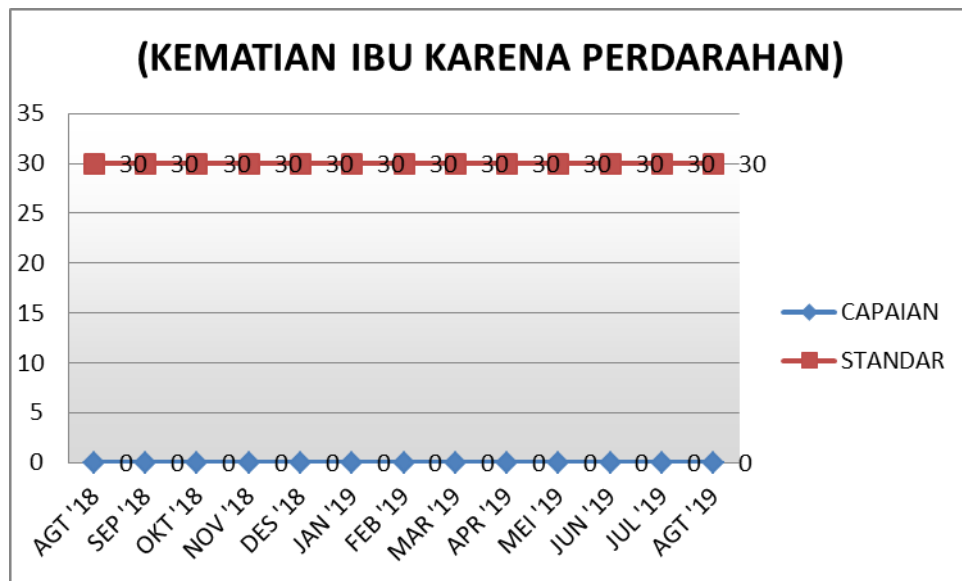
### 13. Kejadian tidak dilakukannya Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada bayi baru lahir



**Analisis data** : Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kejadian tidak dilakukannya Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada bayi baru lahir pada bulan Agustus 2018 sampai Desember 2018 dalam tren yang positif tetapi masih belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan Januari 2019 sampai dengan bulan Agustus 2019 hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut :** Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

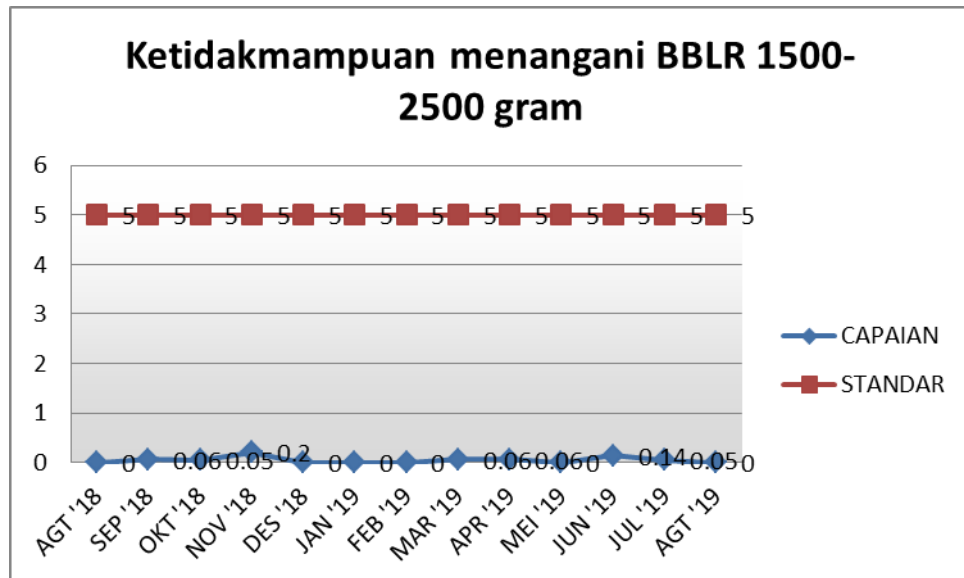
14. Kematian ibu melahirkan karena pendarahan



**Analisis data :** Dilihat dari grafik di atas kematian ibu karena perdarahan sudah sesuai standar

**Tindak lanjut :** Selalu dilaksanakan monitoring agar capaian sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

15. Ketidakmampuan Menangani BBLR 1500-2500 Gram



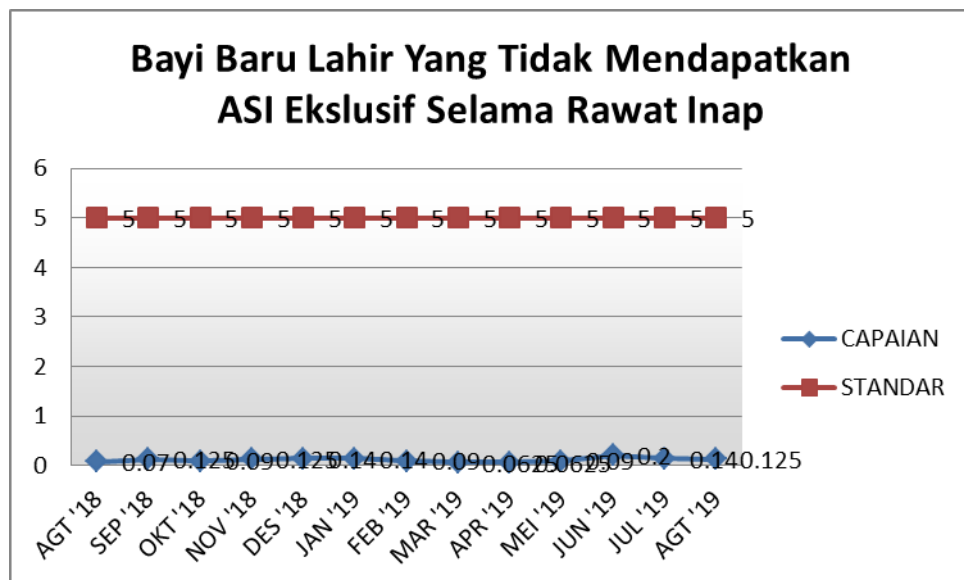
**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas Ketidakmampuan menangani BBLR 1500-2500 gram sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak Lanjut:**

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

16. Bayi baru lahir yang tidak mendapatkan ASI eksklusif selama rawat inap



**Analisa :**

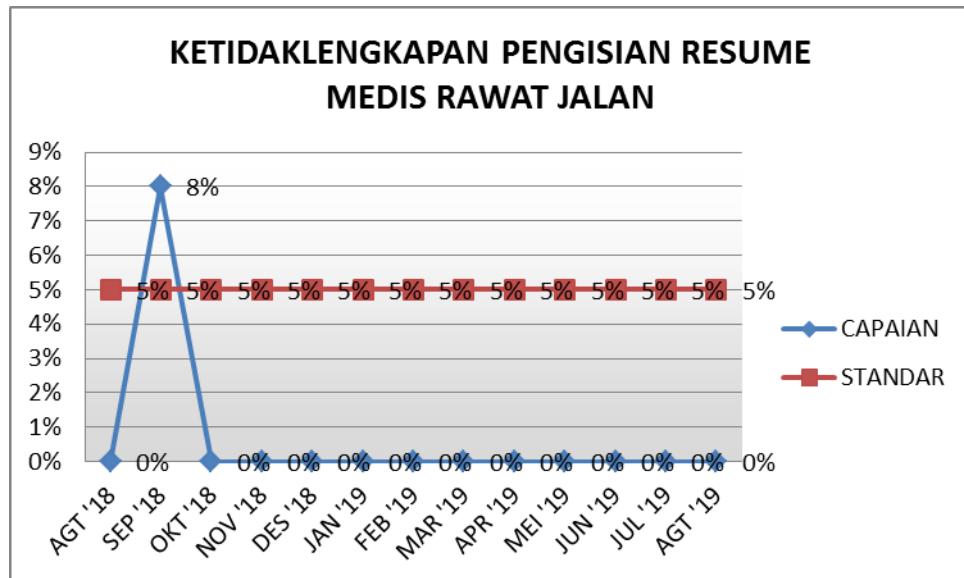
Dilihat dari grafik diatas Bayi baru lahir yang tidak mendapatkan ASI Eksklusif selama rawat inap sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan

**Tindak Lanjut:**

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai

dengan standar yang telah ditetapkan.

#### 17. Ketidaklengkapan pengisian resume medis rawat jalan



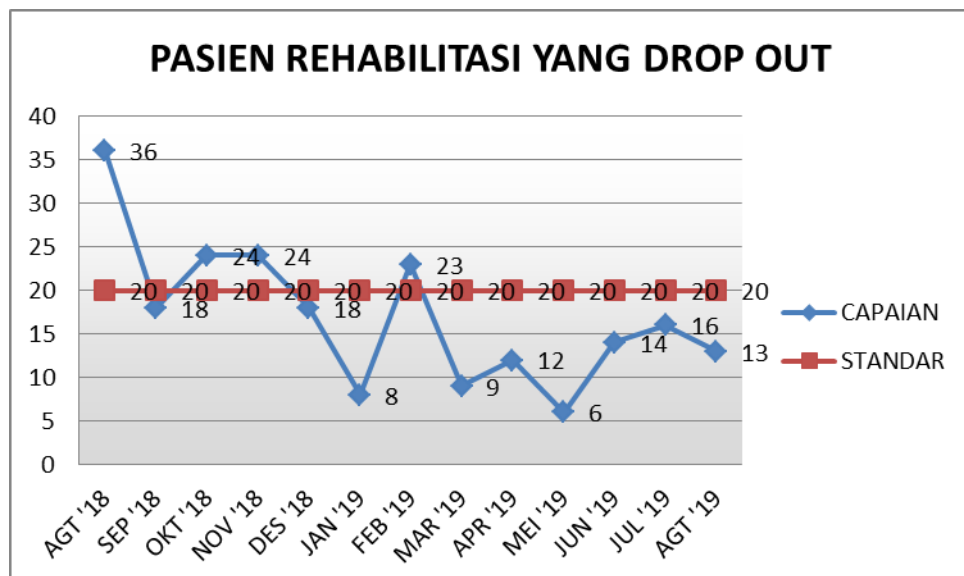
#### Analisa :

Dilihat dari grafik diatas Ketidaklengkapan resume medis rawat jalan sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### TindakLanjut:

Perlu dipertahakan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### 18. Pasien rehabilitasi medis yang drop out



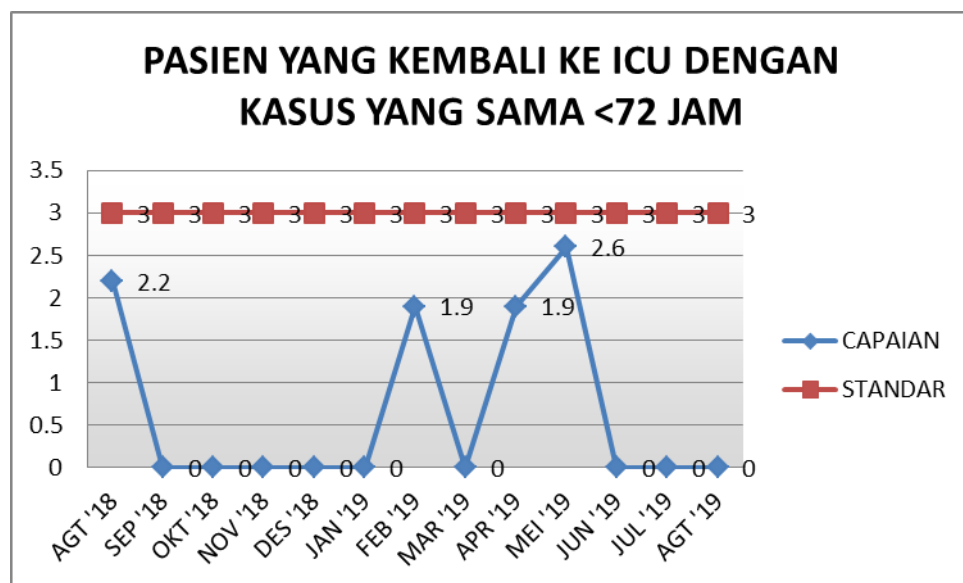
**Analisa :**

Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Pasien rehabilitas medis yang drop out pada bulan Agustus 2018, Oktober 2018, November 2018 masih belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan Januari 2019 sampai dengan bulan Agustus 2019 hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**TindakLanjut:**

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan april 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

19. Angka Kejadian Pasien Kembali Ke Perawatan Unit Intensif Dengan Kasus Yang Sama < 72 jam

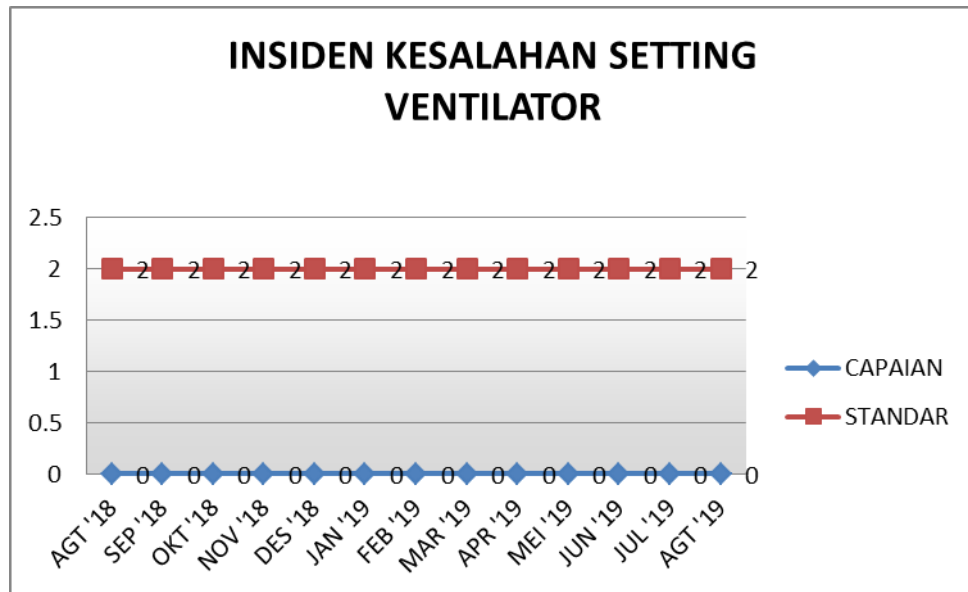
**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas pasien yang kembali ke icu dengan kasus yang sama <72 jam sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak Lanjut:**

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

20. Insiden kesalahan setting ventilator



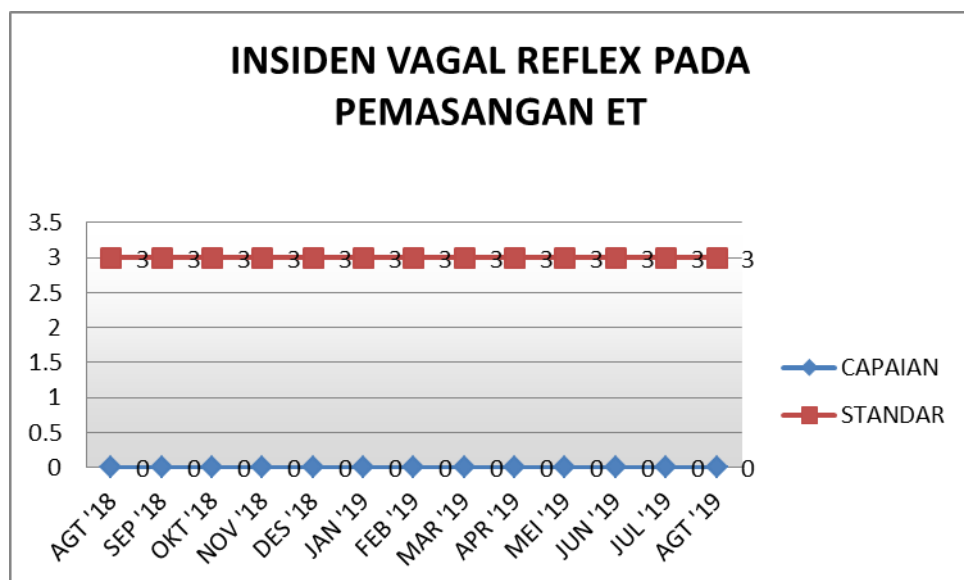
**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas insiden kesalahan setting ventilator sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak Lanjut:**

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**21. Insiden vagal reflex pada pemasangan ET**



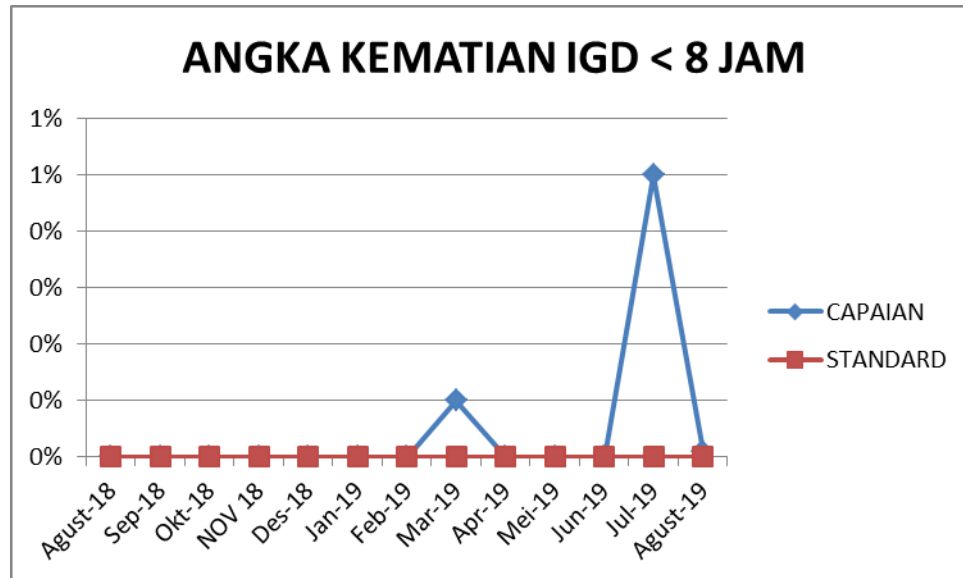
**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas insiden vagal reflex pada pemasangan ET sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak Lanjut:**

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

## 22. Kematian pasien di IGD



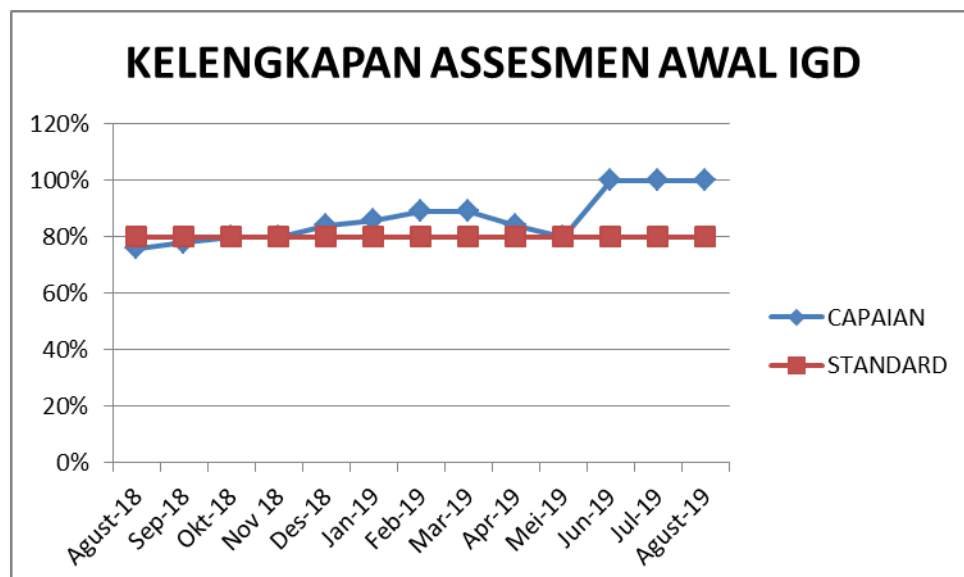
### Analisa :

Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kematian pasien di IGD pada bulan Maret 2019 dan Juni 2019 belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

### TindakLanjut:

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan April-Juni 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Juli 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

## 23. Kelengkapan pengisian awal medis IGD



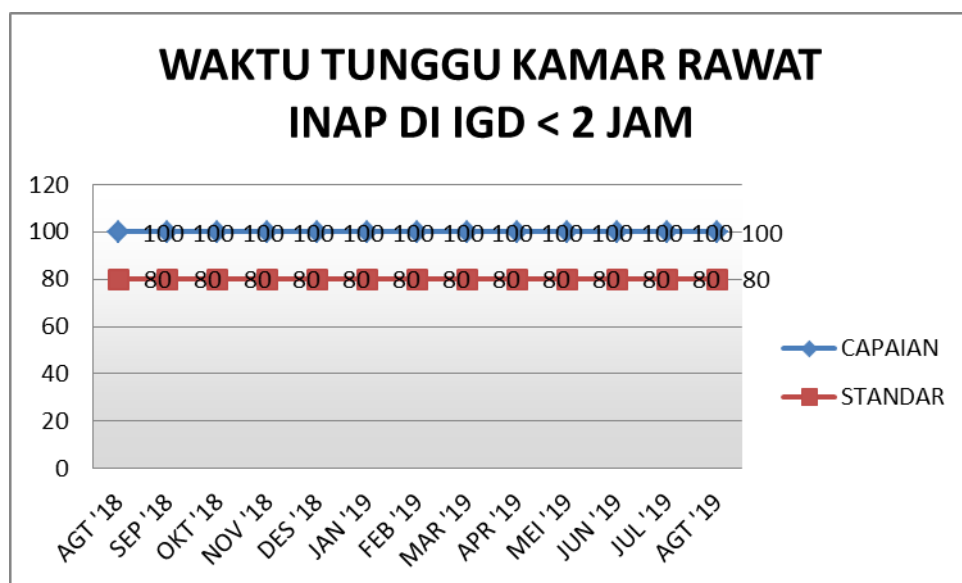
**Analisa :**

Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kelengkapan pengisian awal medis IGD pada bulan Agustus 2018-September 2018 belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan Oktober 2018 sampai Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan

**Tindak Lanjut:**

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

## 24. Waktu tunggu kamar rawat inap di IGD &lt; 2 Jam

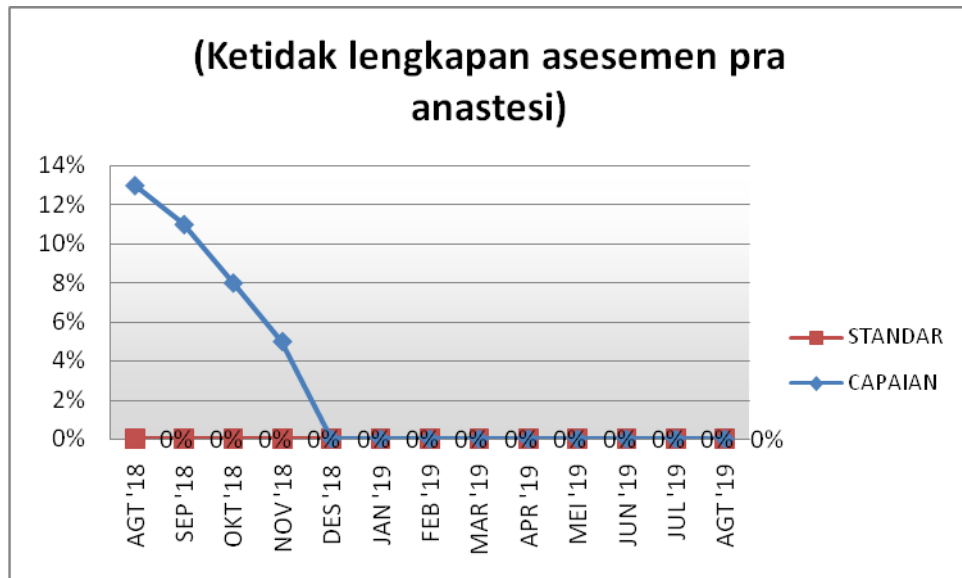
**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas Waktu tunggu kamar rawat inap di IGD < 2 jam sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak Lanjut:**

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar tetap sesuai standar.

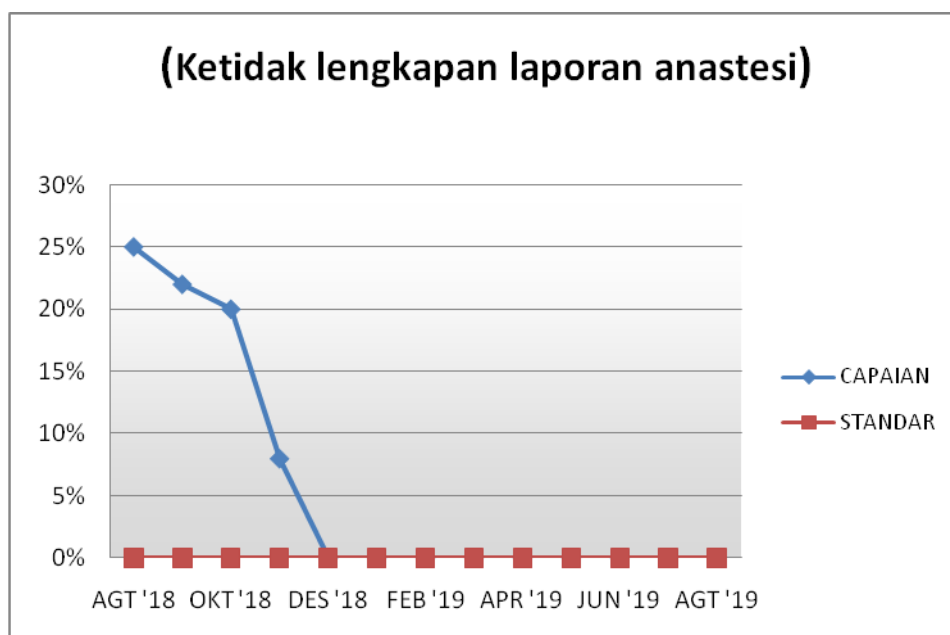
## 25. Ketidaklengkapan Asesmen Pre Anastesia



**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Ketidاكلengkapan Asesmen Pre Anastesia pada bulan Agustus 2018-November 2018 belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan Desember 2018 sampai Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut :** Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

## 26. Ketidاكلengkapan laporan anastesi



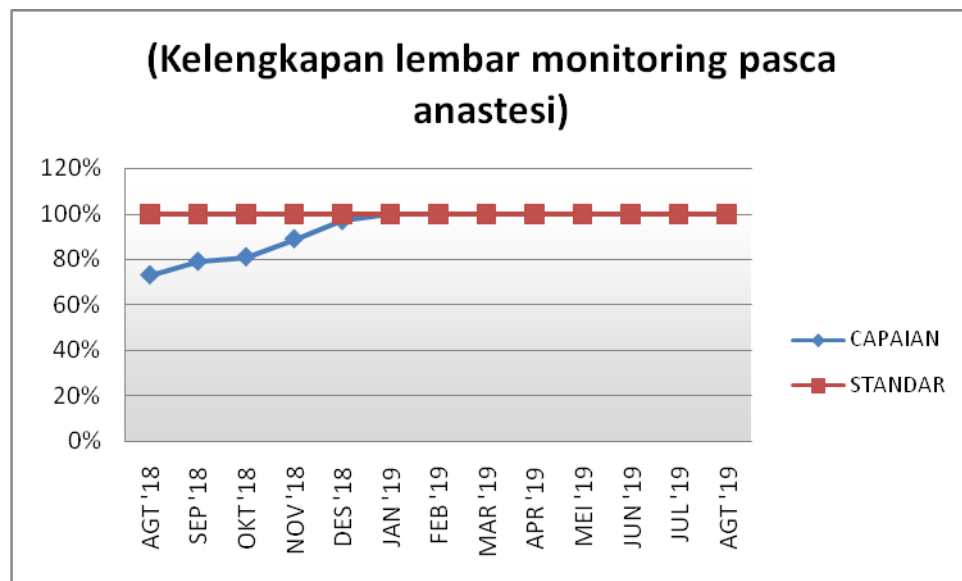
### Analisa :

Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Ketidاكلengkapan

laporan anestesi pada bulan Agustus 2018-November 2018 belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan Desember 2018 sampai Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut :** Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

## 27. Kelengkapan Lembar Monitoring Pasca Sedasi



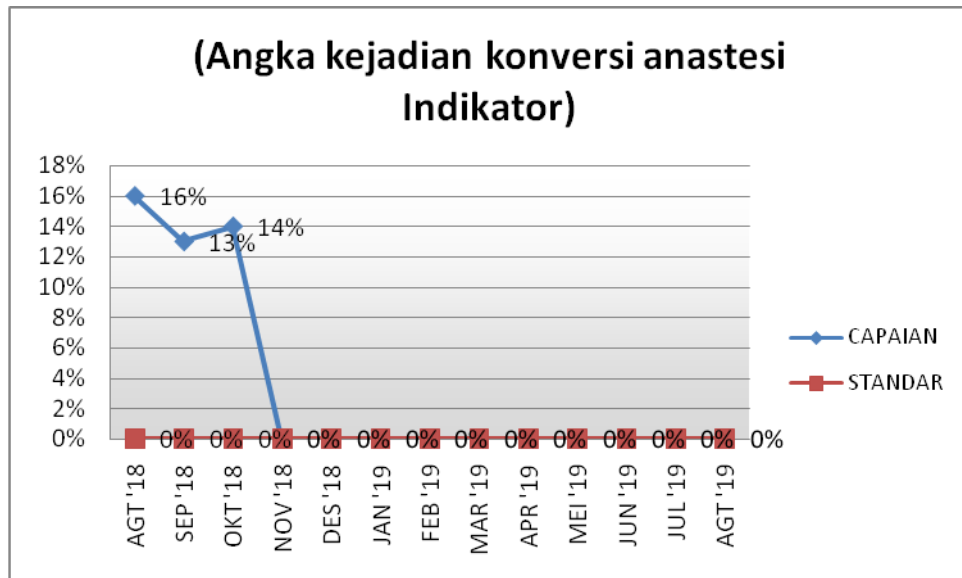
### Analisa :

Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kelengkapan Lembar Monitoring Pasca Sedasi pada bulan Agustus 2018-Desember 2018 belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan Januari 2019 sampai Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

### Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

## 28. Angka kejadian konversi anestesia



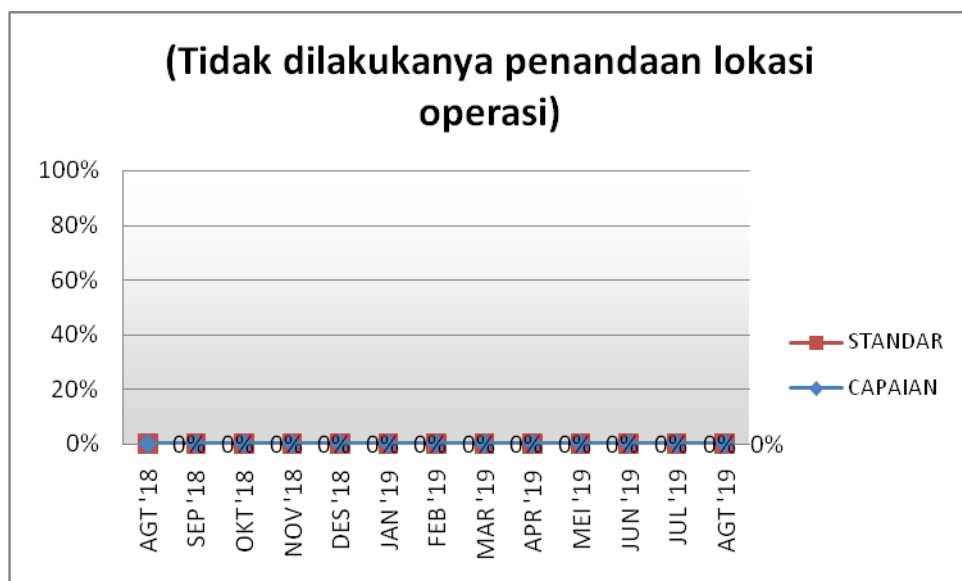
#### Analisa :

Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Angka kejadian konversi anastesia pada bulan Agustus 2018-Oktober 2018 belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan November 2018 sampai Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

#### Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

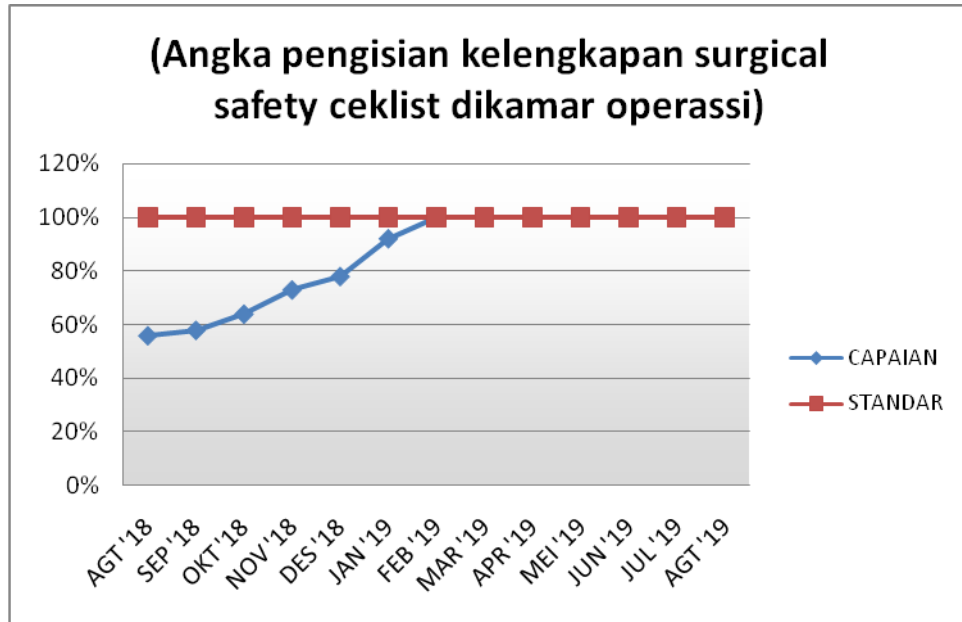
#### 29. Tidak Dilakukannya Penandaan Luka Operasi



**Analisis data :** Dilihat dari grafik di atas insiden ketidak dilakukannya penandaan lokasi operasi pada pasien operasi sudah memenuhi standart

**Tindak lanjut :** perlu ditingkatkan dan selalu dilaksanakan monitoring serta pengawasan terhadap dilakukannya penandaan lokasi operasi pada pasien yang akan dilakukan pembedahan.

30. Angka kelengkapan pengisian *surgical safety checklist* dikamar operasi



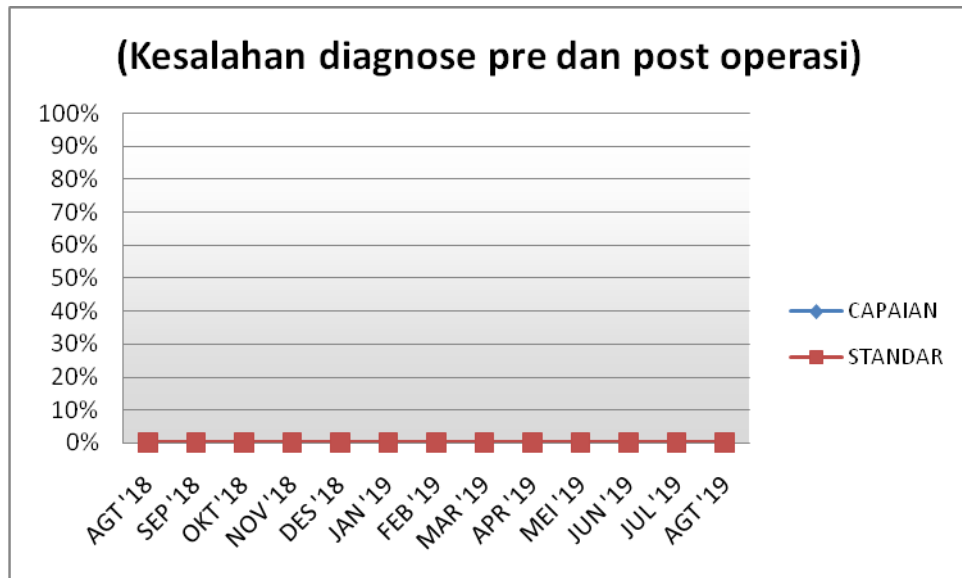
**Analisa :**

Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Angka kelengkapan pengisian *surgical safety checklist* dikamar operasi pada bulan Agustus 2018-Januari 2019 belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan Februari 2019 sampai Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak Lanjut:**

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

31. Kesalahan diagnosis pre dan post operasi



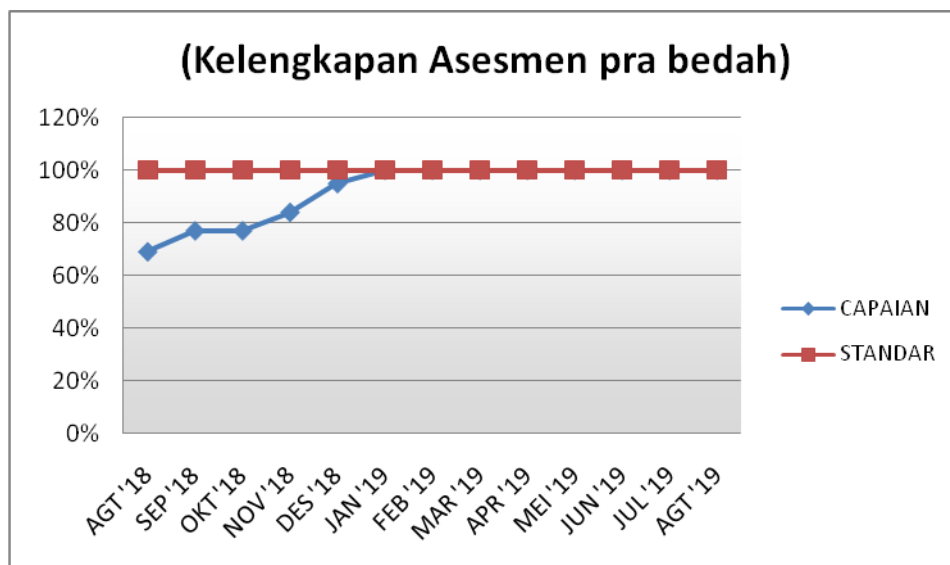
**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas Kesalahan diagnosis pre dan post operasi sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak Lanjut:**

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar tetap sesuai standart.

**32. Kelengkapan asesmen pra bedah**



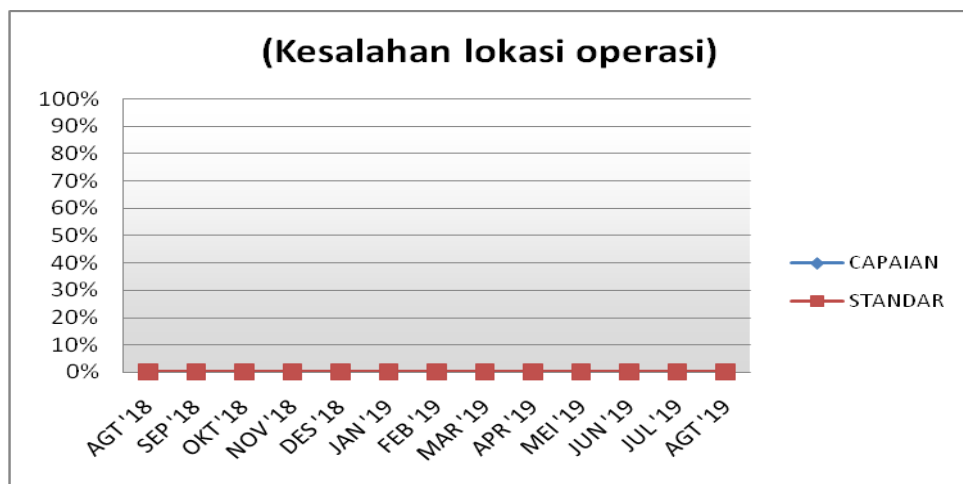
**Analisa :**

Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Kelengkapan asesmen pra bedah dikamar operasi pada bulan Agustus 2018-Desember 2018 belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan Januari 2019 sampai Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak Lanjut:**

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

## 33. Kesalahan lokasi Operasi

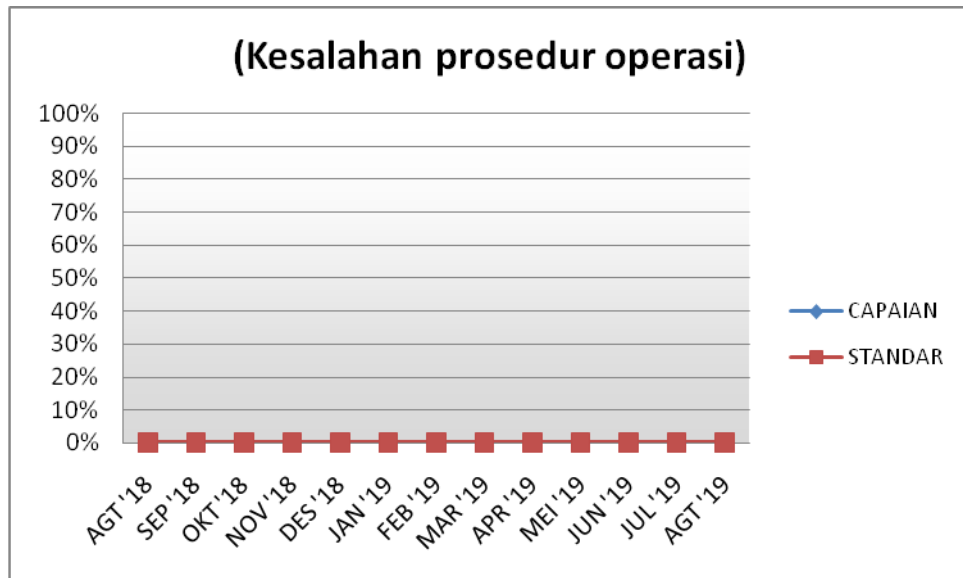
**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas Kesalahan lokasi Operasi sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak Lanjut:**

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar tetap sesuai standart.

## 34. Kesalahan prosedur operasi



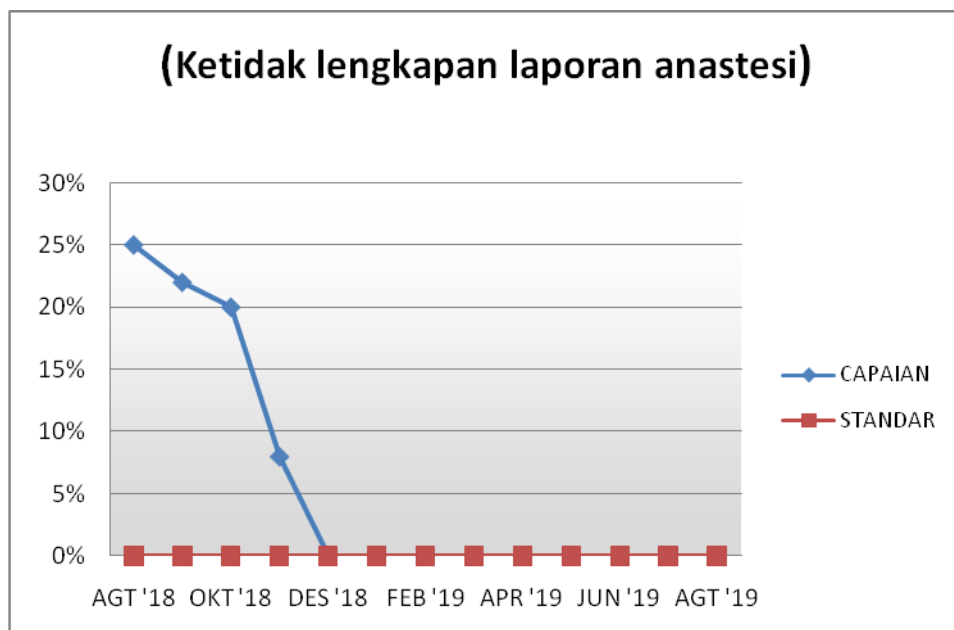
**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas Kesalahan prosedur operasi sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak Lanjut:**

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar tetap sesuai standart.

**35. Ketidaklengkapan laporan operasi**



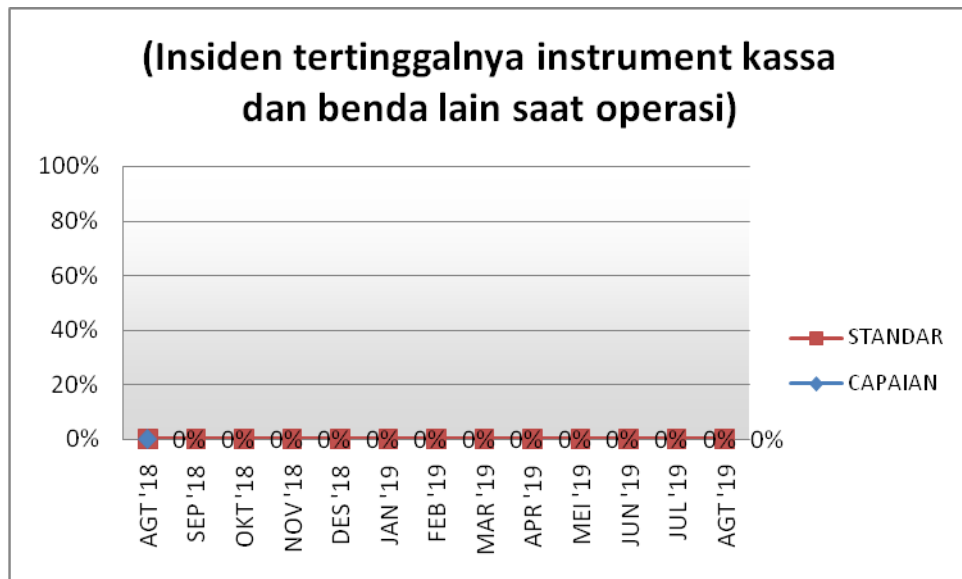
**Analisa :**

Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Ketidaklengkapan laporan operasi pada bulan Agustus 2018-November 2018 belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan Desember 2018 sampai Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak Lanjut:**

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

36. Insiden tertinggalnya instrument atau kassa atau benda lain saat operasi

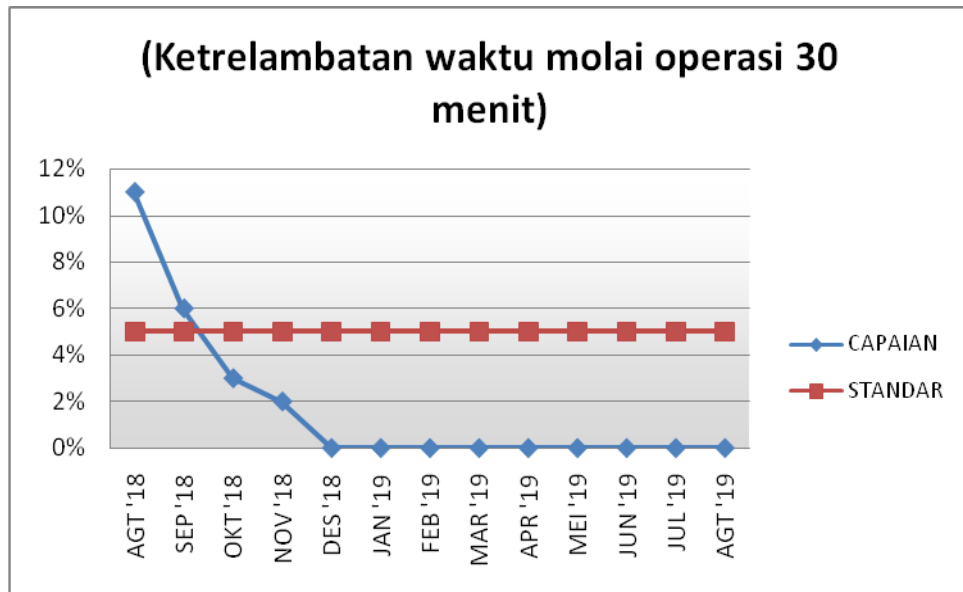
**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas Insiden tertinggalnya instrument atau kassa atau benda lain saat operasi sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak Lanjut:**

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar tetap sesuai standart.

37. Keterlambatan waktu mulai operasi >30 menit



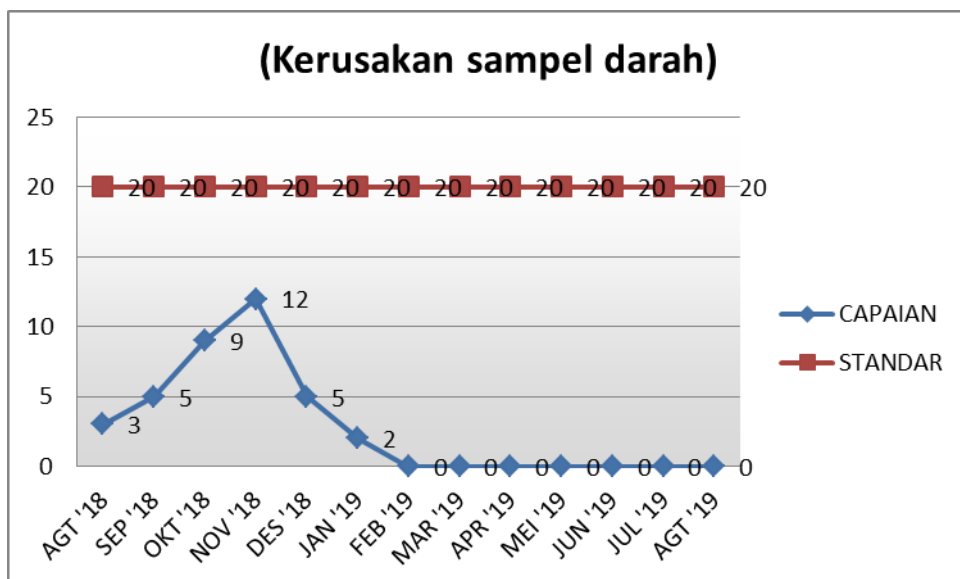
**Analisa :**

Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Keterlambatan waktu mulai operasi >30 menit pada bulan Agustus 2018-September 2018 belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Tetapi pada bulan Oktober 2018 sampai Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak Lanjut:**

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**38. Kerusakan Sampel Darah**



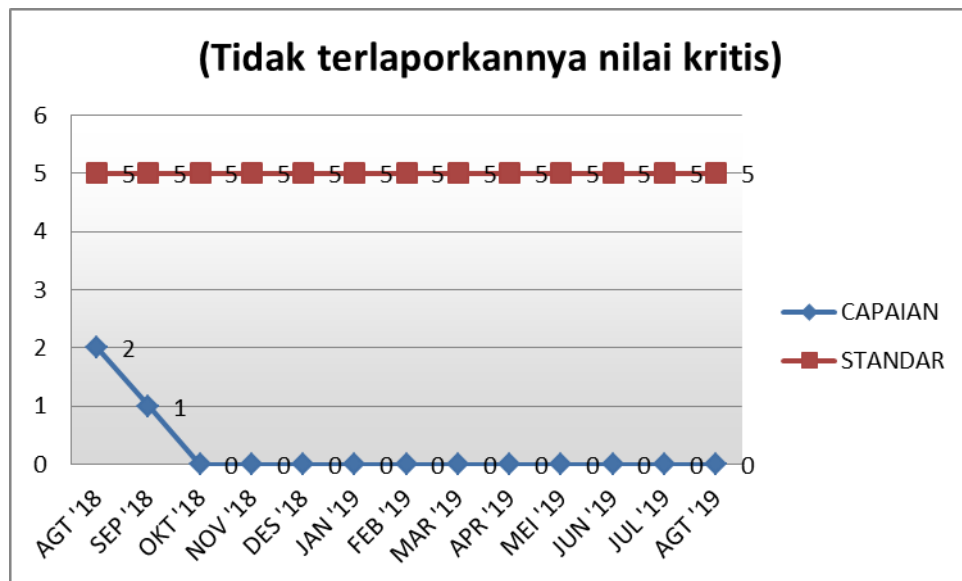
**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas Kerusakan sampel darah sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### TindakLanjut:

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### 39. Tidak terlaporkannya hasil kritis



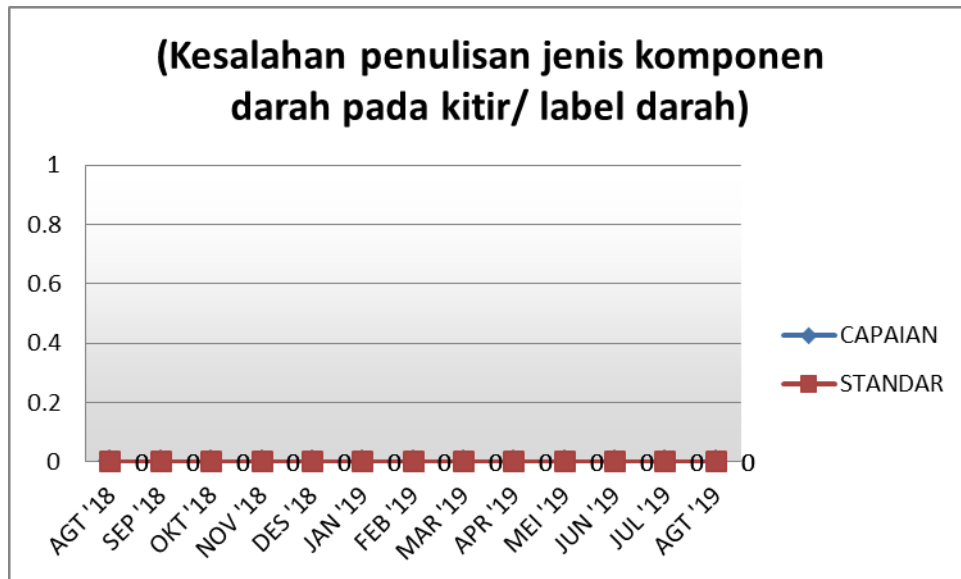
#### Analisa :

Dilihat dari grafik diatas Tidak terlaporkannya nilai kritis sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### TindakLanjut:

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### 40. Kesalahan penulisan jenis komponen darah pada kitir/ label darah



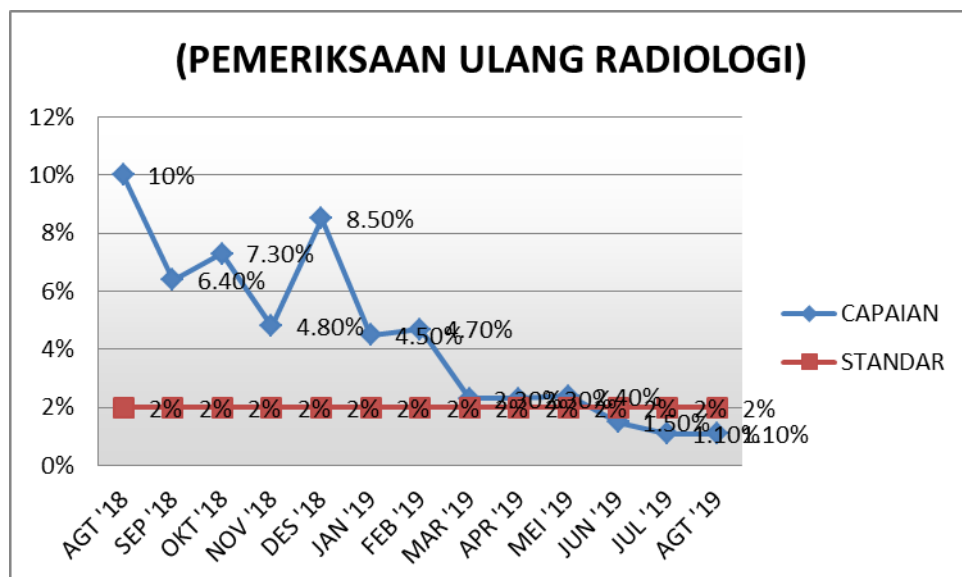
**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas Kesalahan penulisan jenis komponen darah pada kitir/ label darah sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**TindakLanjut:**

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**41. Pemeriksaan Ulang Radiologi**



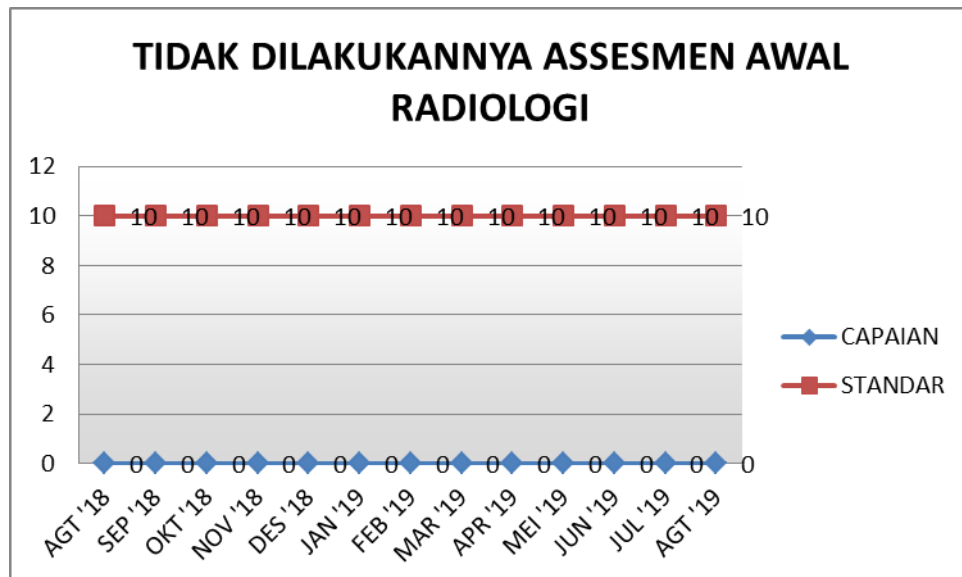
**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas Pemeriksaan Ulang Radiologi pada bulan Agustus 2018 – Mei 2019, belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan April 2019 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**TindakLanjut:**

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019. Oleh karena capaian pada triwulan I 2019 belum mencapai standar maka dilakukan PDSA ketiga dan diuji coba pada bulan April-Juni 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Juli dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

## 42. Tidak dilakukannya assesmen awal radiologi

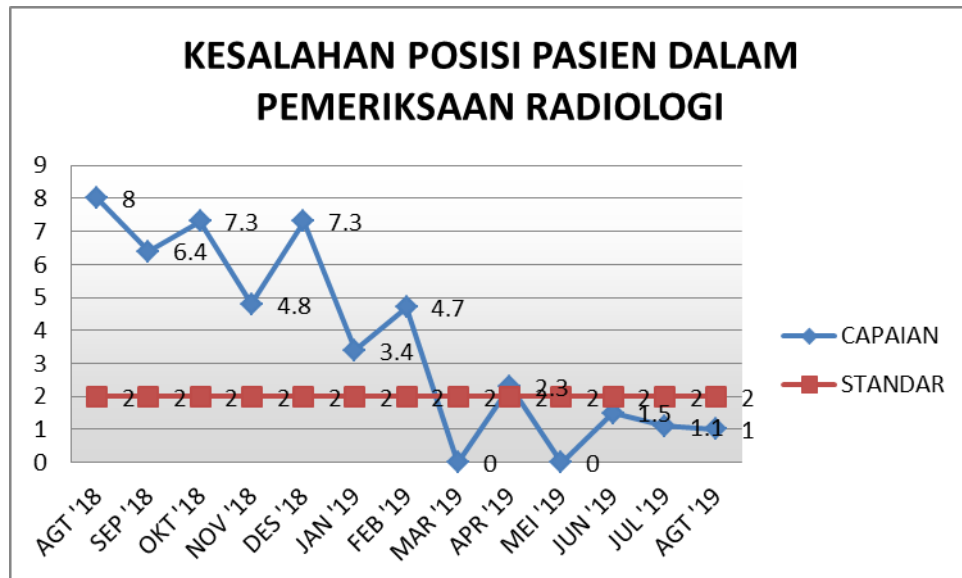
**Analisa :**

Dilihat dari grafik Tidak dilakukannya assesmen awal radiologi sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**TindakLanjut:**

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

## 43. Kesalahan posisi pasien dalam pemeriksaan radiologi



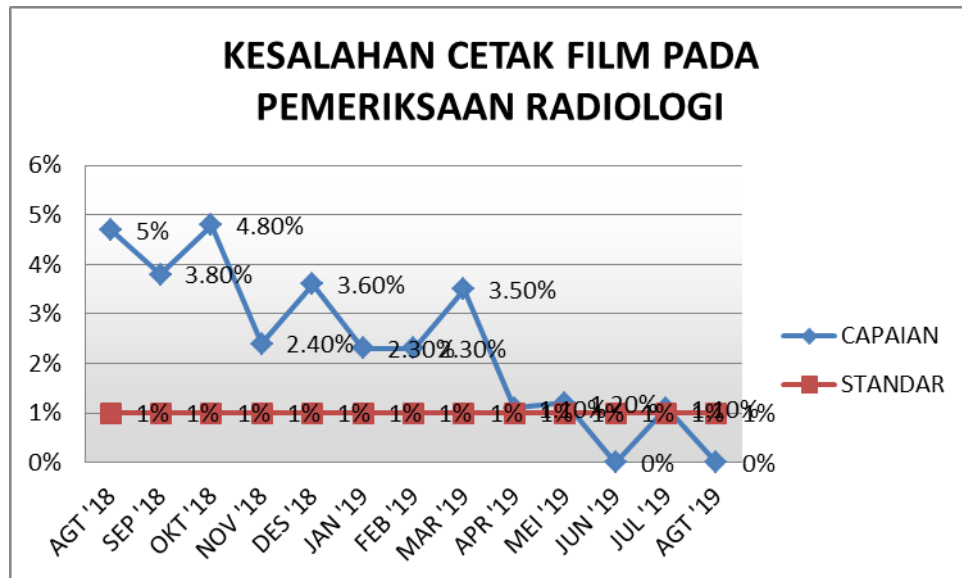
**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas Kesalahan posisi pasien dalam pemeriksaan radiologi pada bulan Agustus 2018 – Februari 2019, belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan Maret 2019 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak Lanjut :**

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**44. Kesalahan cetak film pada pemeriksaan radiologi**



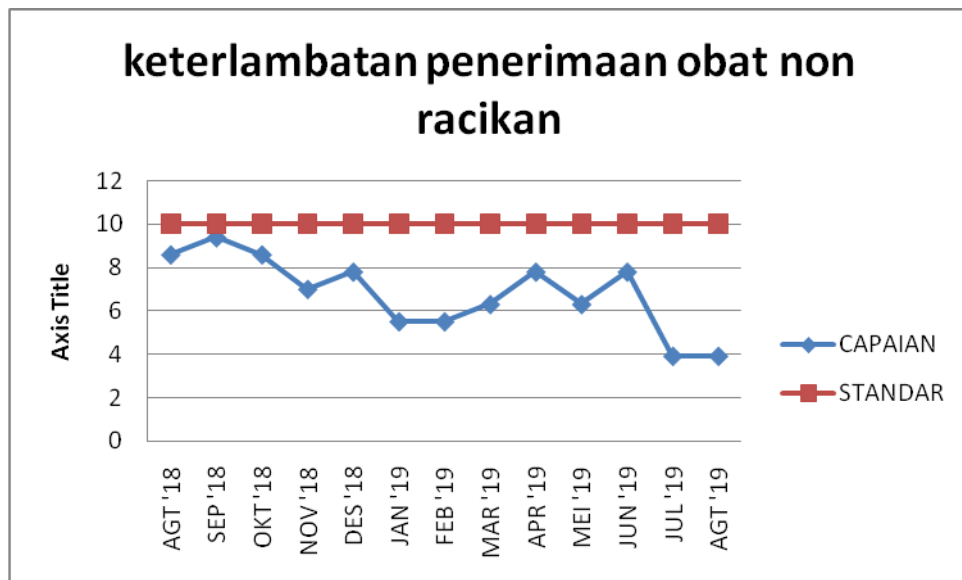
**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas Kesalahan cetak film pada pemeriksaan radiologi pada bulan Agustus 2018 – Mei 2019, belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan Juni 2019 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak Lanjut :**

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019. Oleh karena capaian pada triwulan I 2019 belum mencapai standar maka dilakukan PDSA ketiga dan diuji coba pada bulan April-Juni 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Juli dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

45. Keterlambatan waktu penerimaan obat non racikan



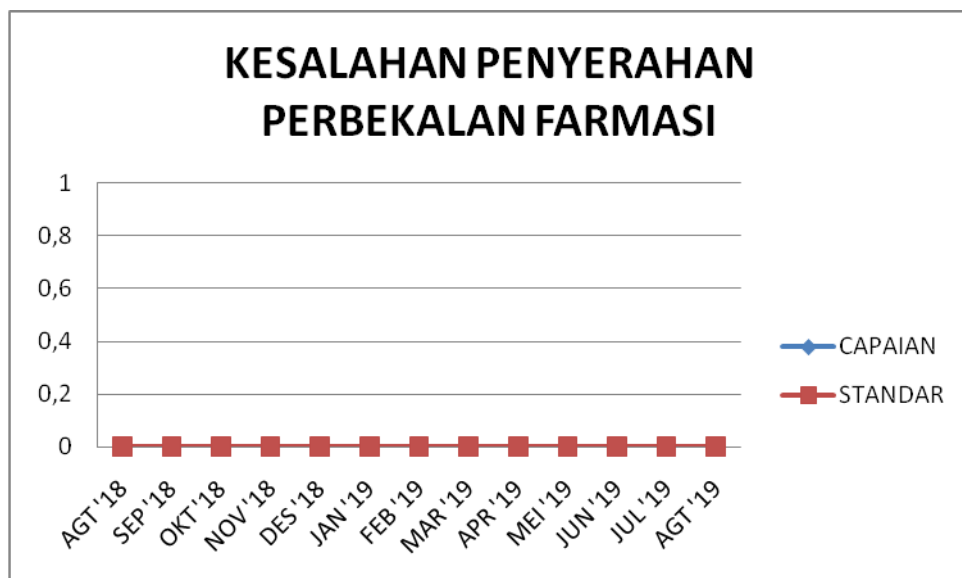
**Analisa :**

Dilihat dari grafik Keterlambatan waktu penerimaan obat non racikan sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**TindakLanjut:**

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**46. Kesalahan penyerahan perbekalan farmasi**



**Analisa :**

Dilihat dari grafik Kesalahan penyerahan perbekalan farmasi sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**TindakLanjut:**

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### 47. Ketidaktepatan pemberian obat (5 benar)



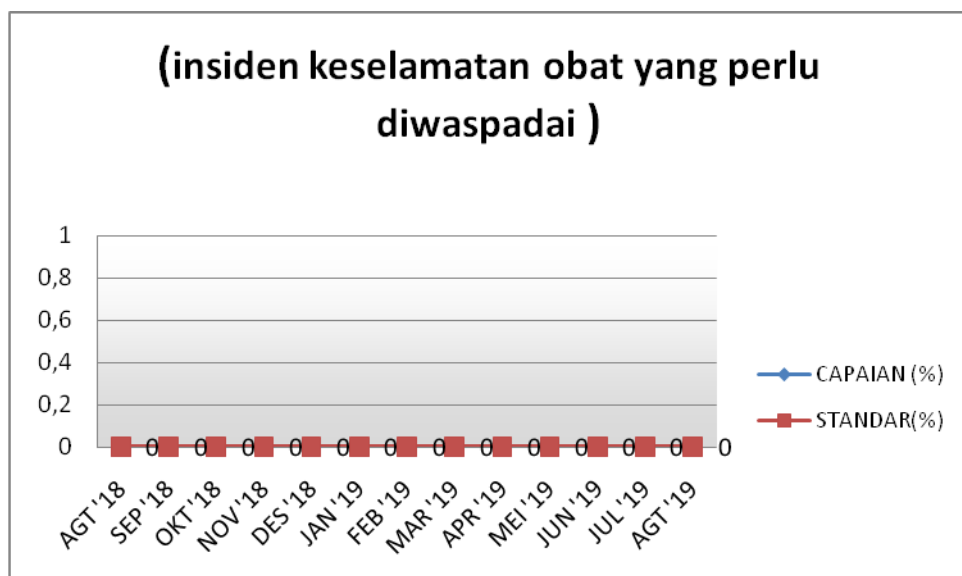
#### Analisa :

Dilihat dari grafik Ketidaktepatan pemberian obat (5 benar) sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### TindakLanjut:

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### 48. Insiden keamanan obat yang perlu di waspadai



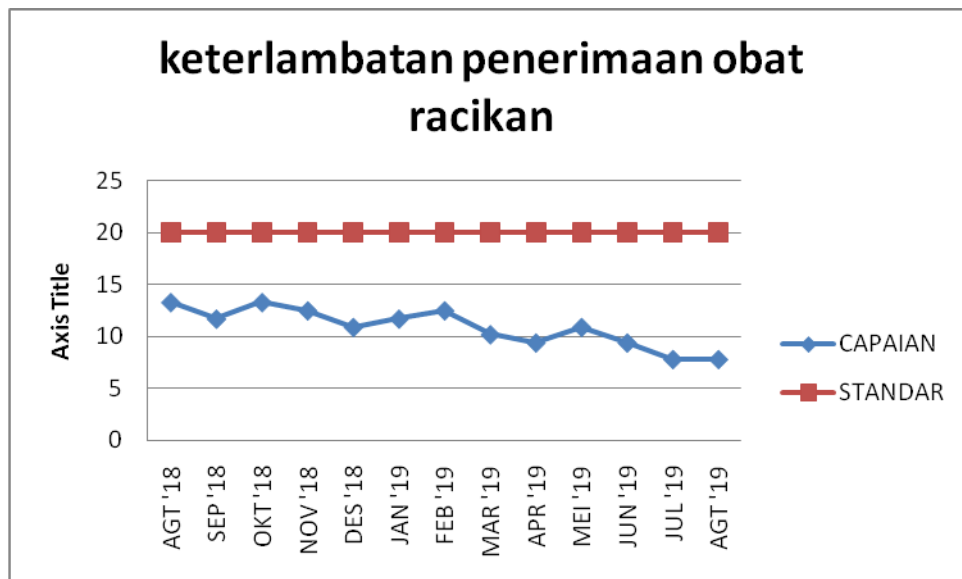
#### Analisa :

Dilihat dari grafik Insiden keamanan obat yang perlu di waspadai sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**TindakLanjut:**

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

49. Keterlambatan waktu penerimaan obat racikan



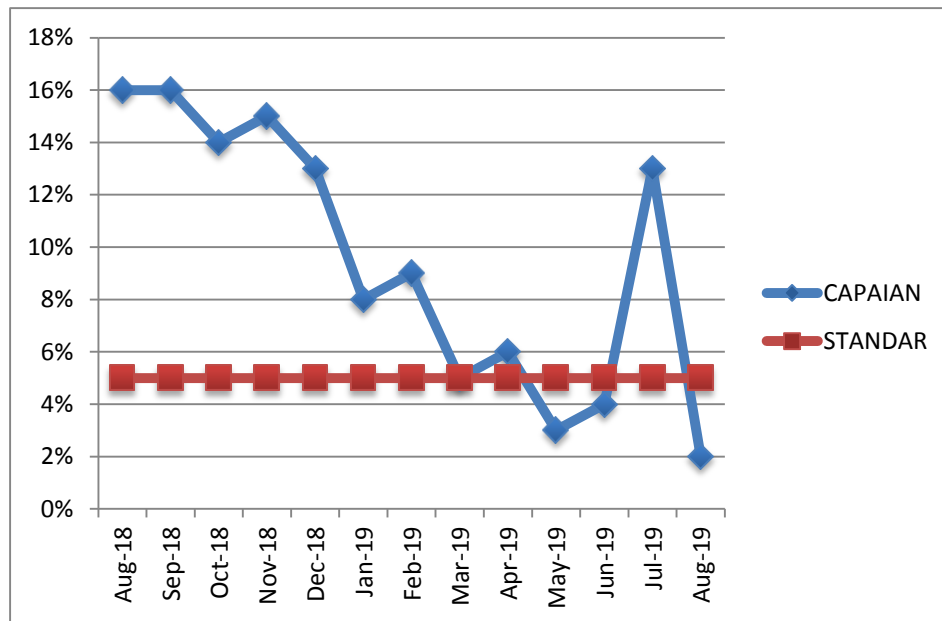
**Analisa :**

Dilihat dari grafik Keterlambatan waktu penerimaan obat racikan sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**TindakLanjut:**

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

50. Keterlambatan waktu tindakan hemodialysis



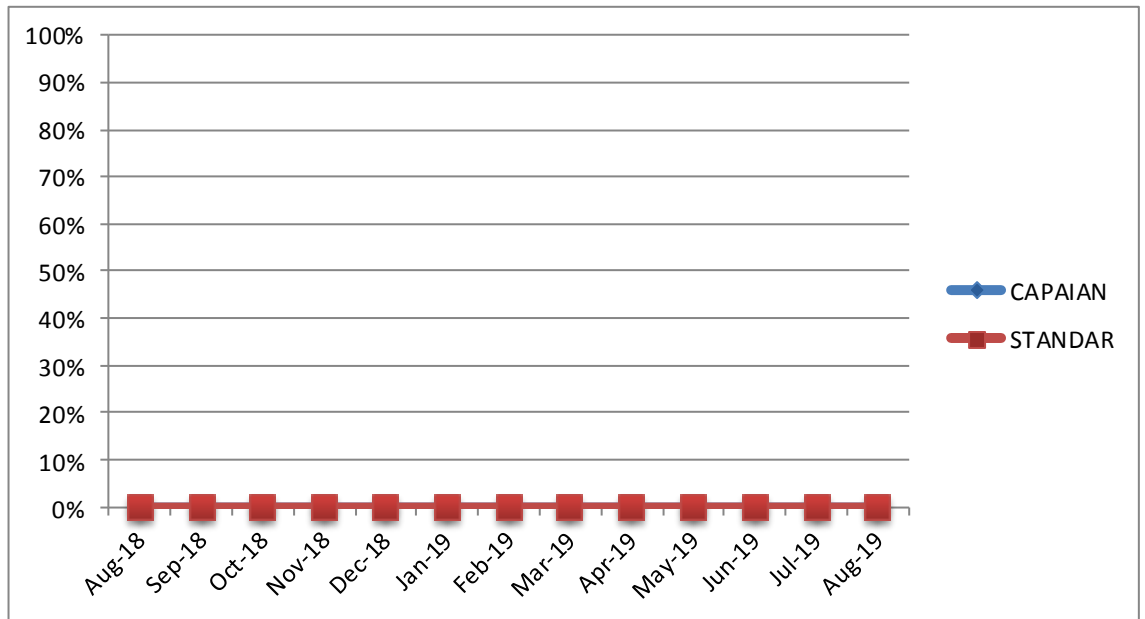
#### Analisa :

Dilihat dari grafik diatas Keterlambatan waktu tindakan hemodialysis pada bulan Agustus 2018 – Februari 2019, April 2019, Juli 2019 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### Tindak Lanjut :

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

#### 51. Insiden kesalahan setting program hemodialisa



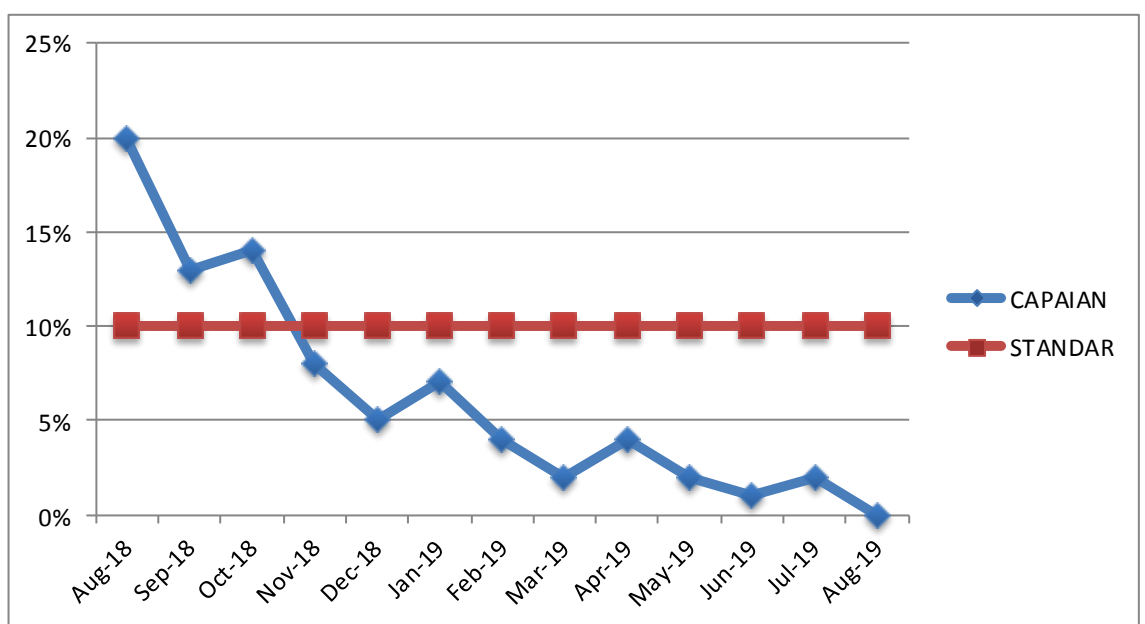
#### Analisa :

Dilihat dari grafik Insiden kesalahan setting program hemodialisa sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### TindakLanjut:

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### 52. Insiden ketidaktepatan insersivena dan arteri pada pasien hemodialisa



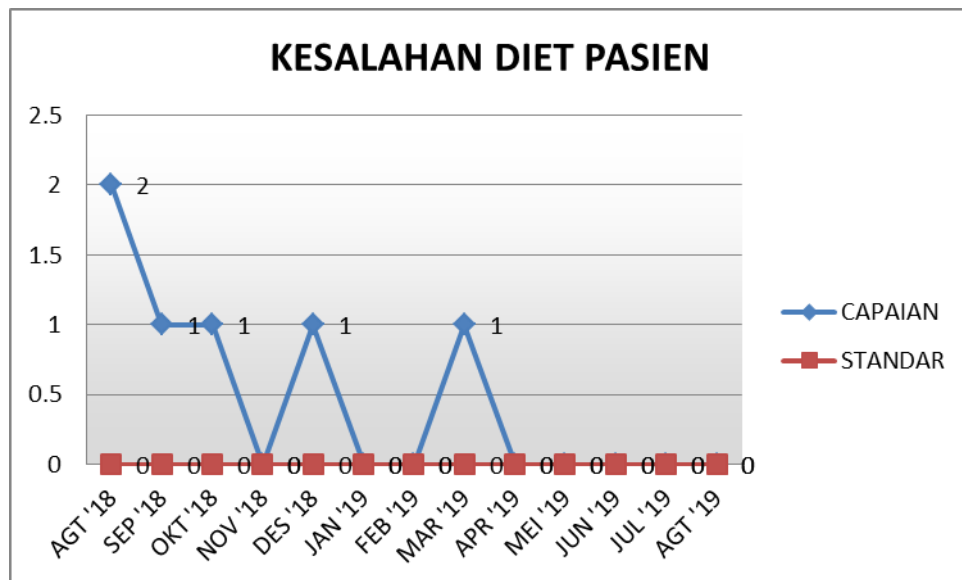
#### Analisa :

Dilihat dari grafik diatas Insiden ketidaktepatan insersivena dan arteri pada pasien hemodialisa pada bulan Agustus 2018 – Oktober 2018 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan November 2018 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

#### **TindakLanjut:**

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

#### **53. Kesalahan diit pasien**



#### **Analisa :**

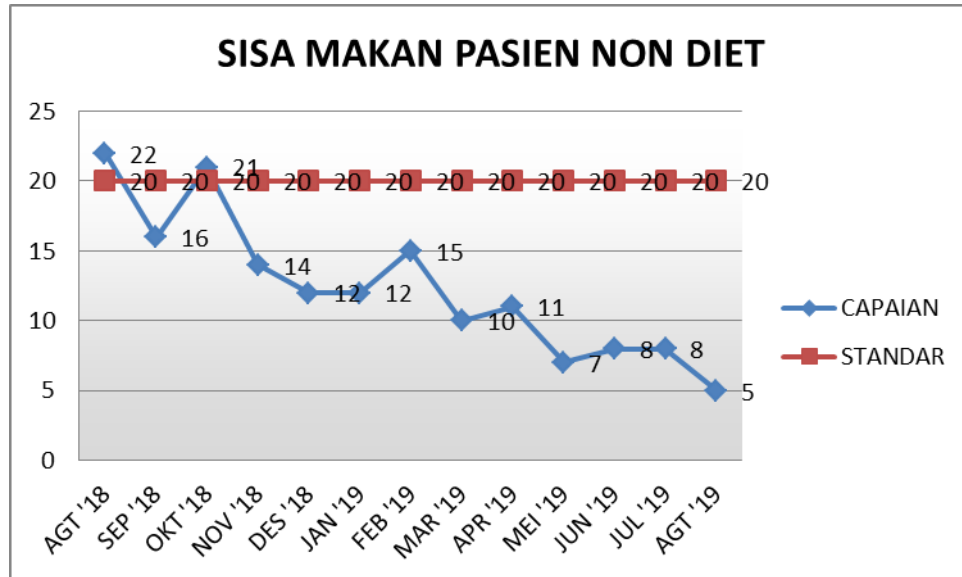
Dilihat dari grafik diatas Kesalahan diit pasien pada bulan Agustus 2018 – Oktober 2018, Desember 2018 dan Maret 2019 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan Mei 2019 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

#### **TindakLanjut:**

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019. Oleh karena capaian pada triwulan I 2019 belum mencapai standar maka dilakukan PDSA ketiga dan diuji coba pada bulan April-Juni 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi

pada bulan Juli dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

54. Sisa makan siang pasien non diit



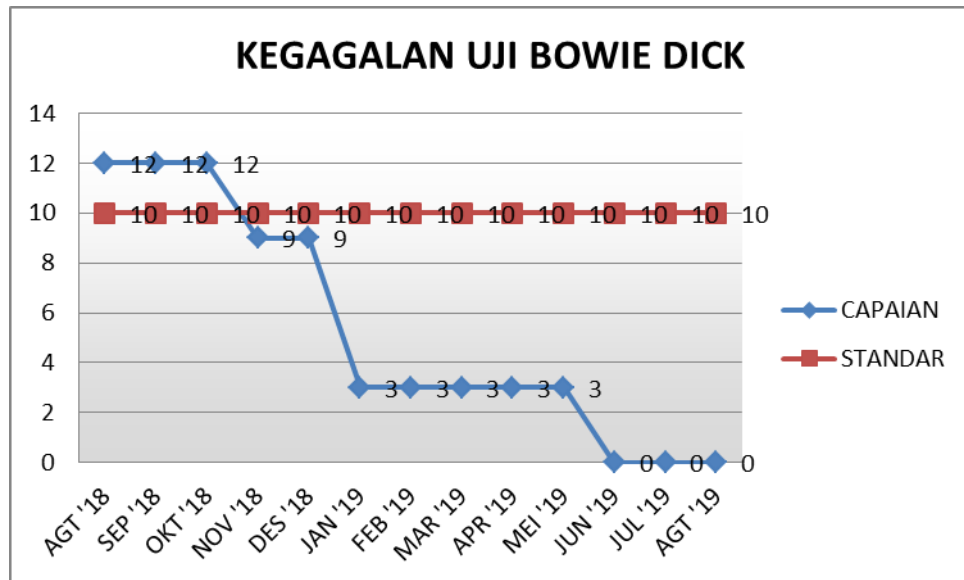
**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas Sisa makan siang pasien non diit pada bulan Agustus 2018 dan Oktober 2018 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan November 2018 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**TindakLanjut:**

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

55. Kegagalan uji bowie dick



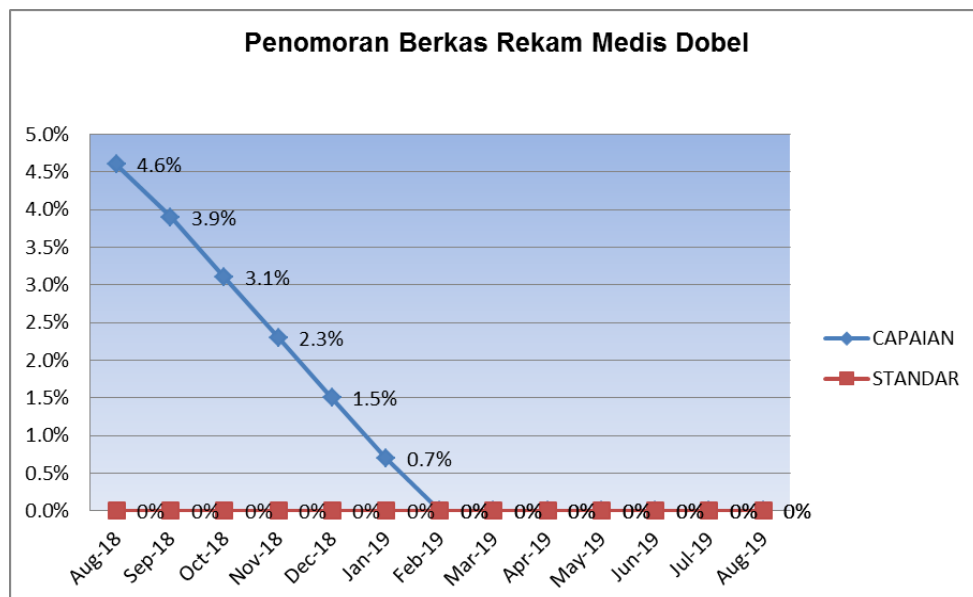
**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas Kegagalan uji bowie dick pada bulan Agustus 2018 - Oktober 2018 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan November 2018 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**TindakLanjut:**

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**56. Penomoran rekam medis ganda atau double**



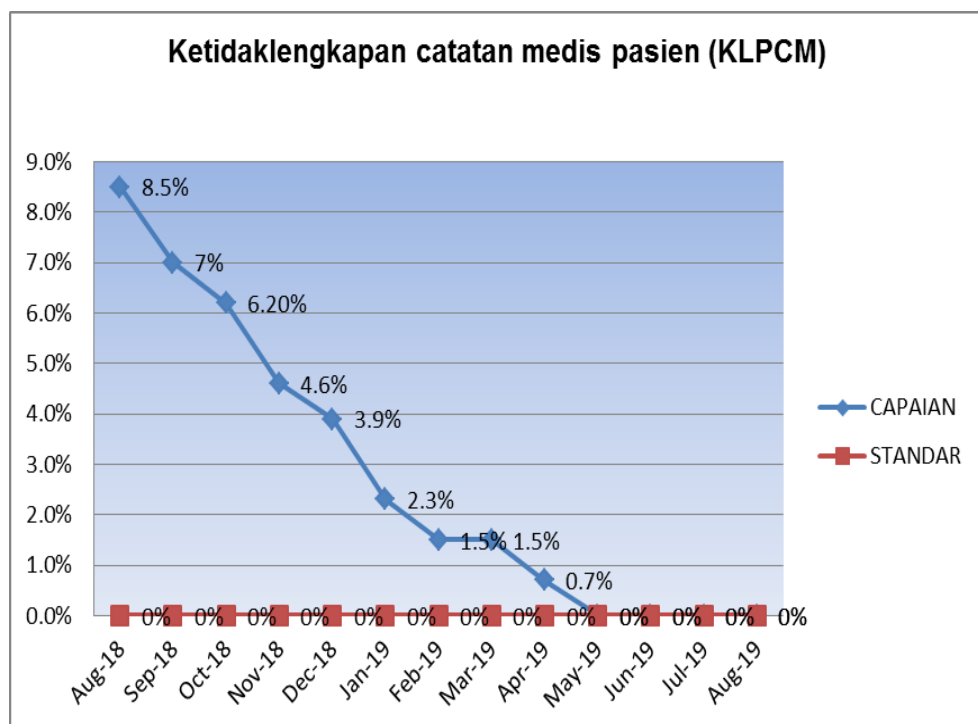
**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas Penomoran rekam medis ganda atau double pada bulan Agustus 2018 – Januari 2019 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan Februari 2019 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

#### **TindakLanjut:**

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

#### **57. Ketidaklengkapan catatan medis pasien (KLPCM)**



#### **Analisa :**

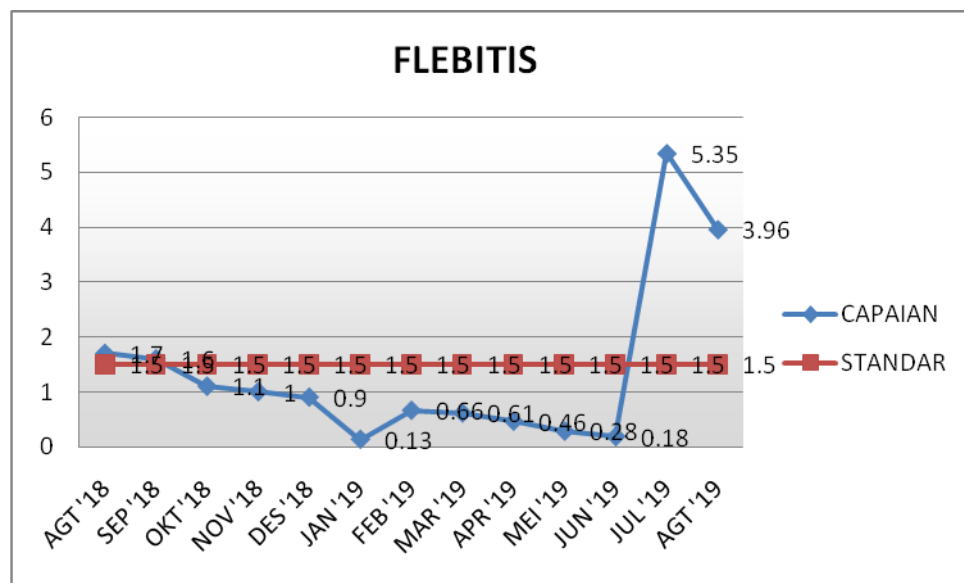
Dilihat dari grafik diatas Ketidaklengkapan catatan medis pasien (KLPCM) pada bulan Agustus 2018 – Mei 2019 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan Juni 2019 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

#### **TindakLanjut:**

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember

2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019. Oleh karena capaian pada triwulan I 2019 belum mencapai standar maka dilakukan PDSA ketiga dan diuji coba pada bulan April-Juni 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Juli dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

#### 58. Plebitis



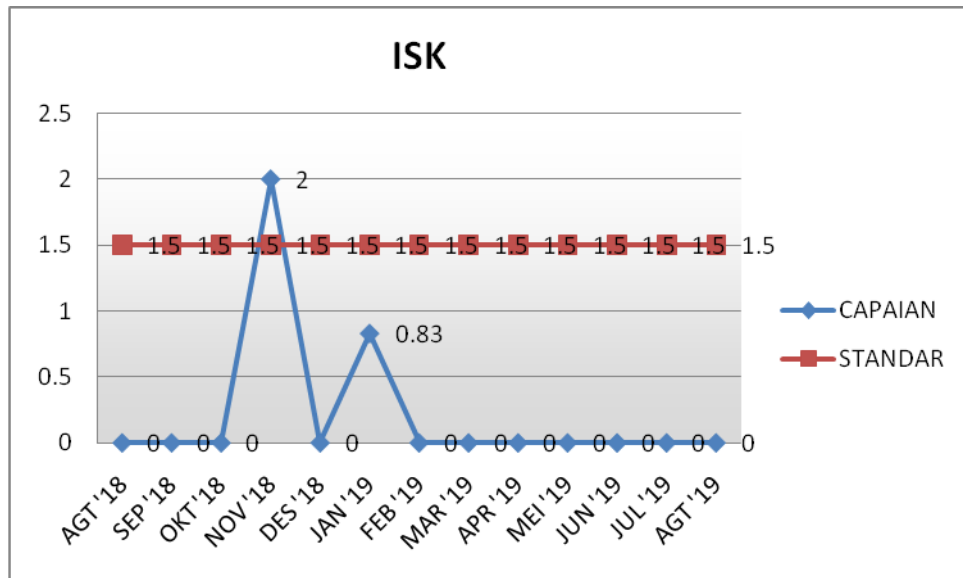
#### Analisa :

Dilihat dari grafik diatas Plebitis pada bulan Agustus 2018 – September 2018 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan Juni 2019 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Kemudian pada bulan Juli-Agustus 2019 mengalami kenaikan sehingga capaian kembali tidak sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

#### TindakLanjut:

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Agustus-September 2019. Kemudian dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Oktober 2019.

#### 59. ISK



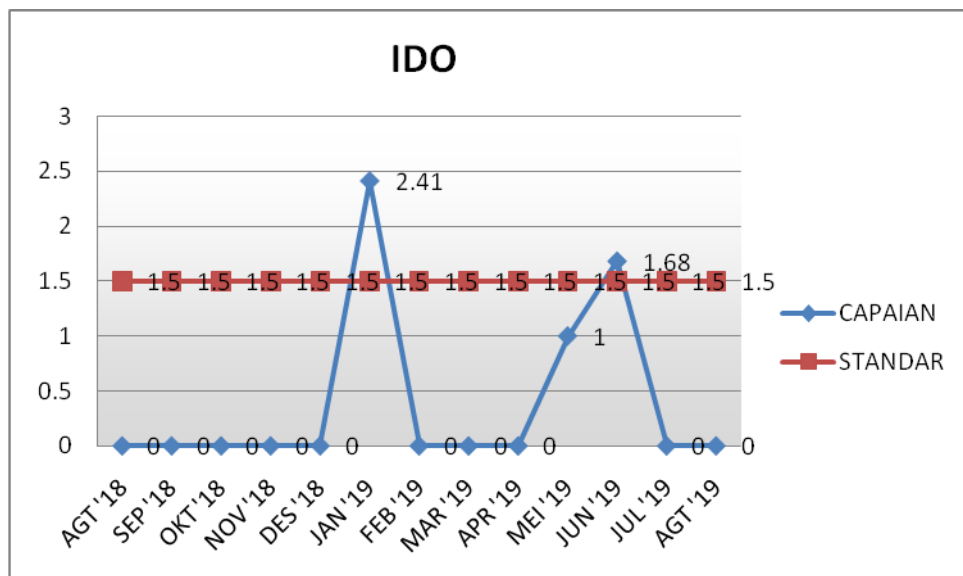
#### Analisa :

Dilihat dari grafik diatas ISK hanya pada bulan November 2018 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan..

#### TindakLanjut:

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### 60. IDO



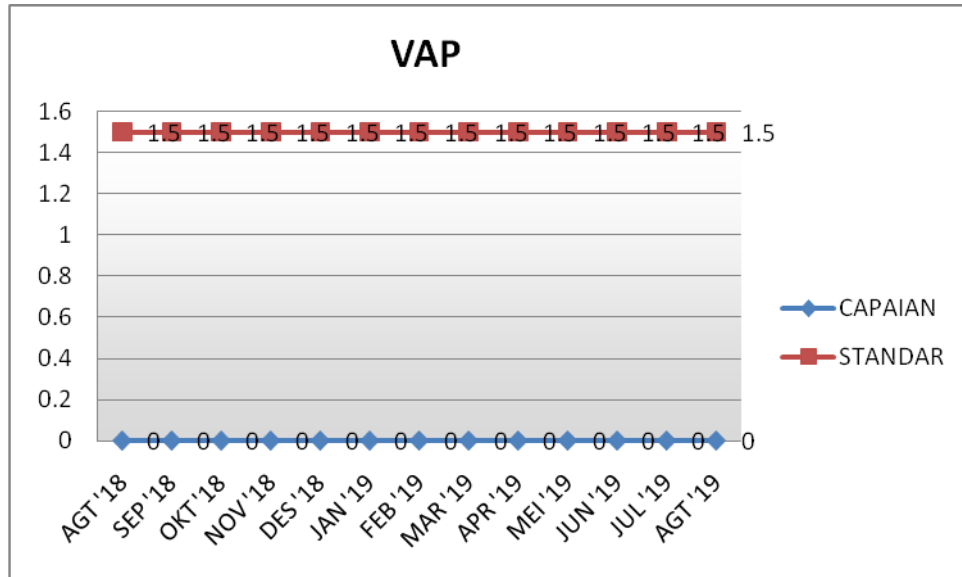
#### Analisa :

Dilihat dari grafik diatas IDO hanya pada bulan Januari 2019 dan Juni 2019 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### TindakLanjut:

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring ketat agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### 61. VAP



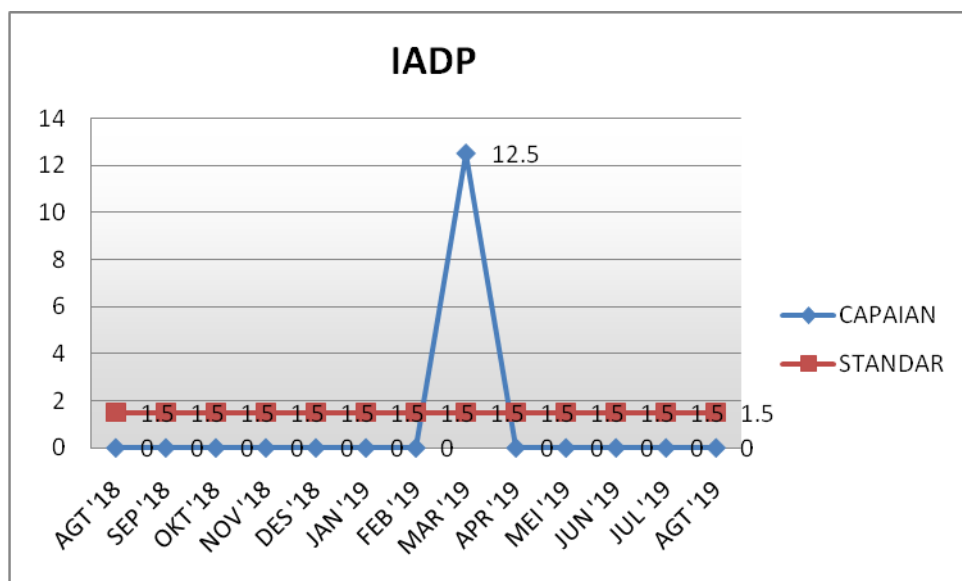
#### Analisa :

Dilihat dari grafik VAP sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### TindakLanjut:

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### 62. IADP



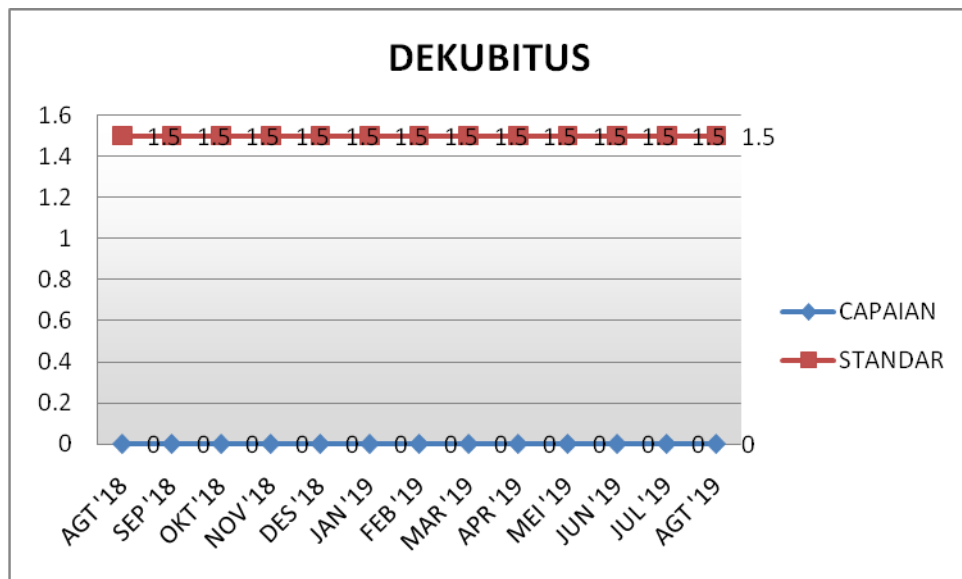
#### Analisa :

Dilihat dari grafik diatas IADP hanya pada bulan Maret 2019 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### TindakLanjut:

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### 63. Decubitus



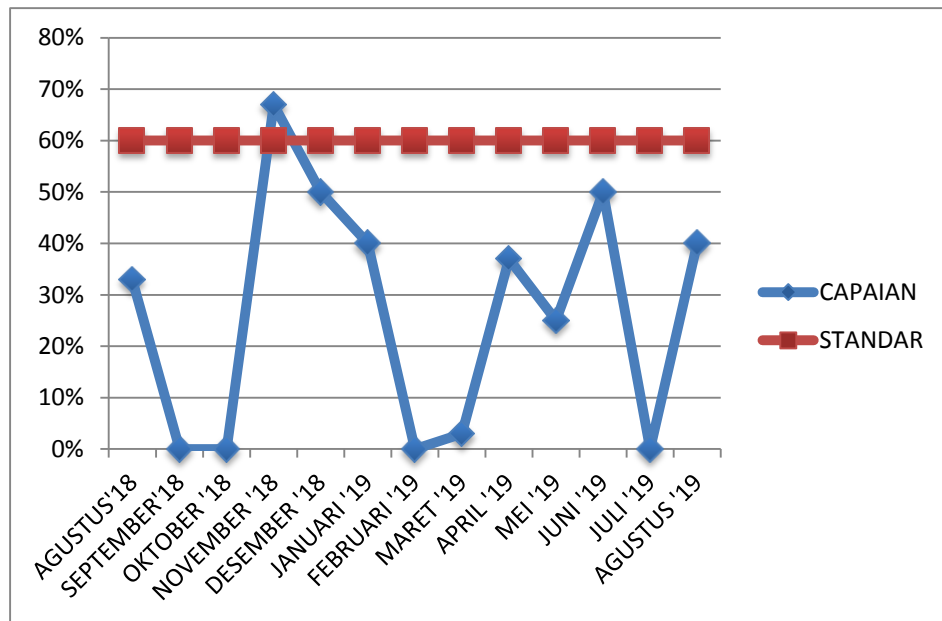
#### Analisa :

Dilihat dari grafik Decubitus sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### TindakLanjut:

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### 64. Perbaikan Kualitas Penggunaan Antibiotik dengan Metode gyssens pada Pasien Bedah *Appendicitis*



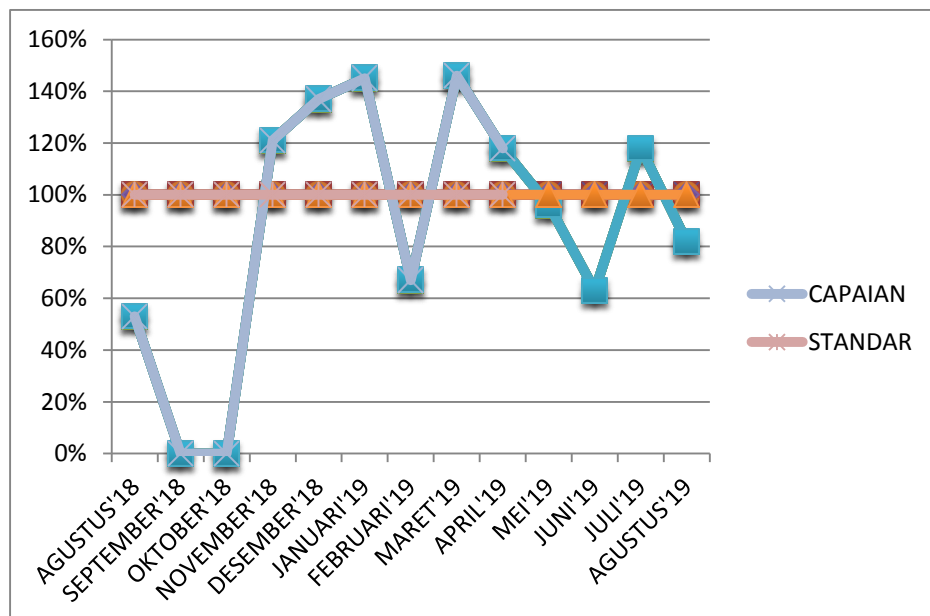
#### Analisa :

Dilihat dari grafik diatas Perbaikan Kualitas Penggunaan Antibiotik dengan Metode gyssens pada Pasien Bedah *Appendicitis* hanya pada bulan November 2018 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### TindakLanjut:

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### 65. Perbaikan Kuantitas Penggunaan Antibiotik dengan Metode DDD pada Pasien Bedah *Appendicitis*



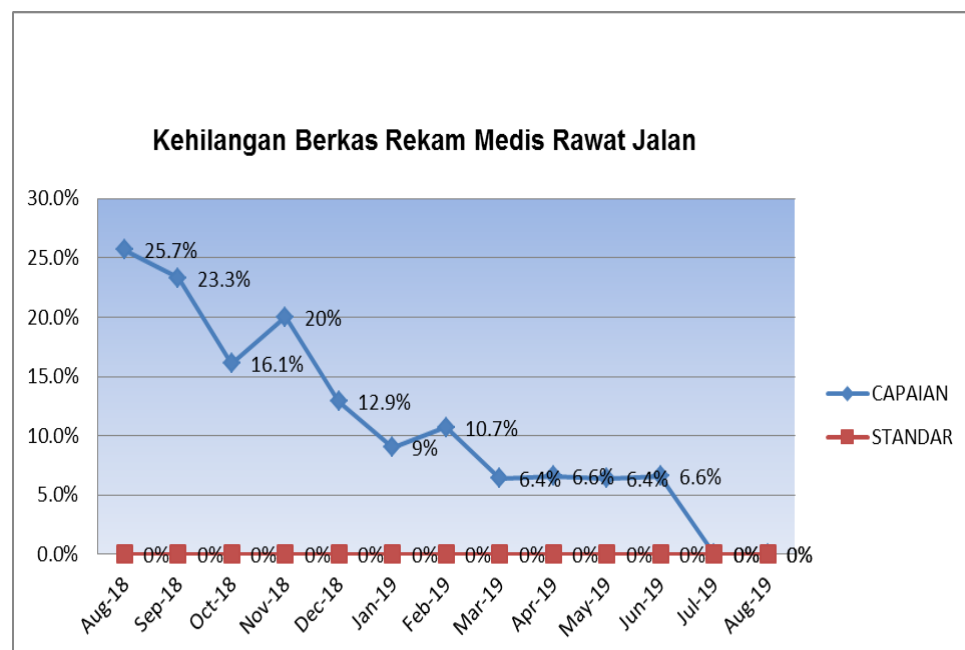
#### Analisa :

Dilihat dari grafik diatas Perbaikan Kuantitas Penggunaan Antibiotik dengan Metode DDD pada Pasien Bedah *Appendicitis* pada bulan November 2018 – Januari 2019, Maret 2019, April 2019, Juli 2019 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### TindakLanjut:

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan april-Juni 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan juli 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

#### 66. Kehilangan rekam medis pasien rawat jalan



#### Analisa :

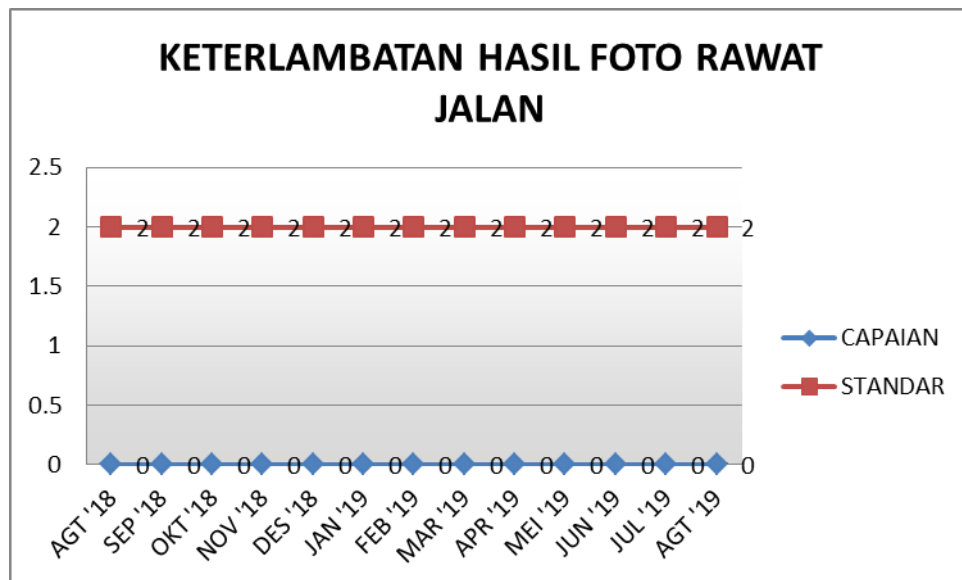
Dilihat dari grafik diatas Kehilangan rekam medis pasien rawat jalan pada bulan Agustus 2018 – Juni 2019 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan Juli 2019 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

#### TindakLanjut:

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena

hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019. Oleh karena capaian pada triwulan I 2019 belum mencapai standar maka dilakukan PDSA ketiga dan diuji coba pada bulan April-Juni 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Juli dan hasil capaian belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan, maka dilakukan PDSA keempat dan diuji coba pada bulan Juli – September 2019 kemudian akan dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Oktober 2019.

#### 67. Keterlambatan hasil foto rawat jalan



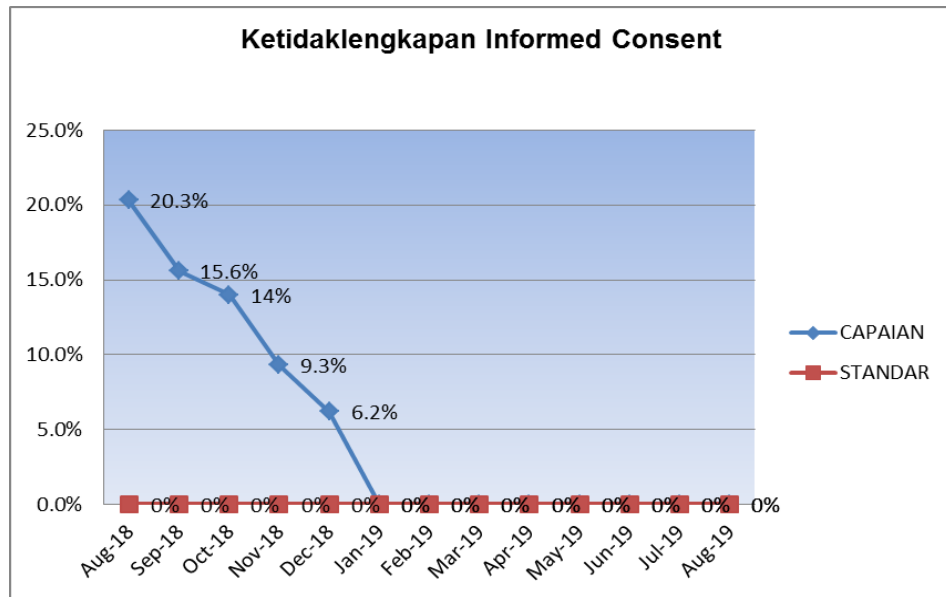
#### Analisa :

Dilihat dari grafik diatas Keterlambatan hasil foto rawat jalan sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### TindakLanjut:

Perlu dipertahakan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### 68. Ketidaklengkapan *inform consent*



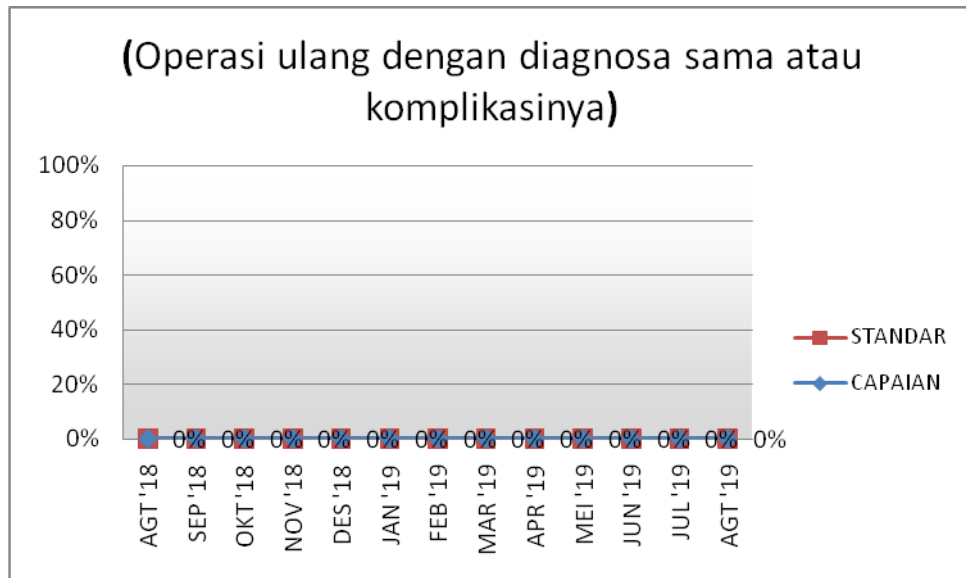
#### Analisa :

Dilihat dari grafik diatas Ketidaklengkapan *inform consent* dalam membersihkan alat di CSSD pada bulan Agustus 2018 – Desember 2018 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan Januari 2019 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

#### TindakLanjut:

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

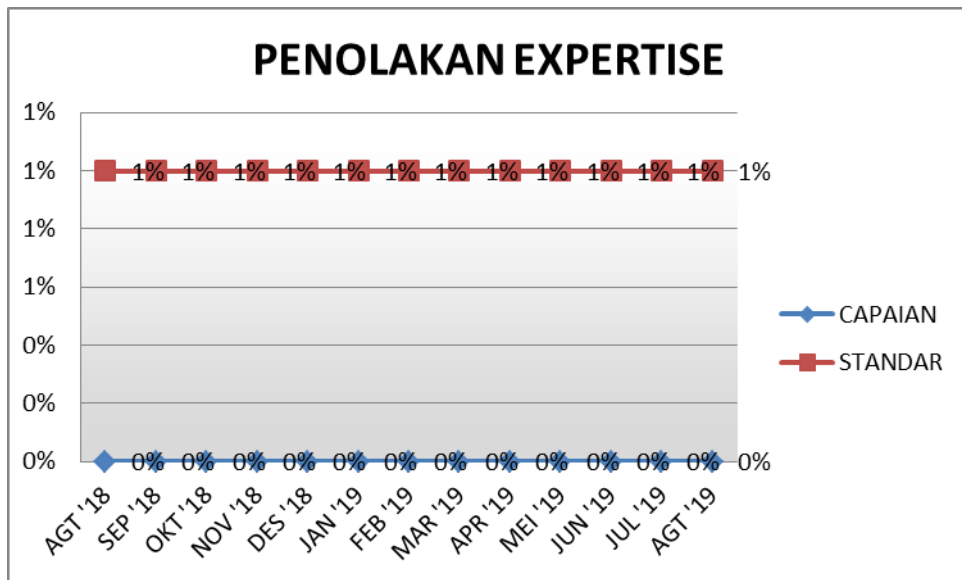
69. Operasi ulang dengan diagnosis yang sama atau komplikasinya



**Analisis data :** Dilihat dari grafik di atas insiden dilakukannya operasi ulang dengan diagnose sama atau komplikasinya sudah memenuhi standart

**Tindak lanjut :** perlu ditingkatkan dan selalu dilaksanakan monitoring serta pengawasan terhadap operasi ulang dengan diagnose sama atau komplikasinya.

#### 70. Penolakan expertise



**Analisa :**

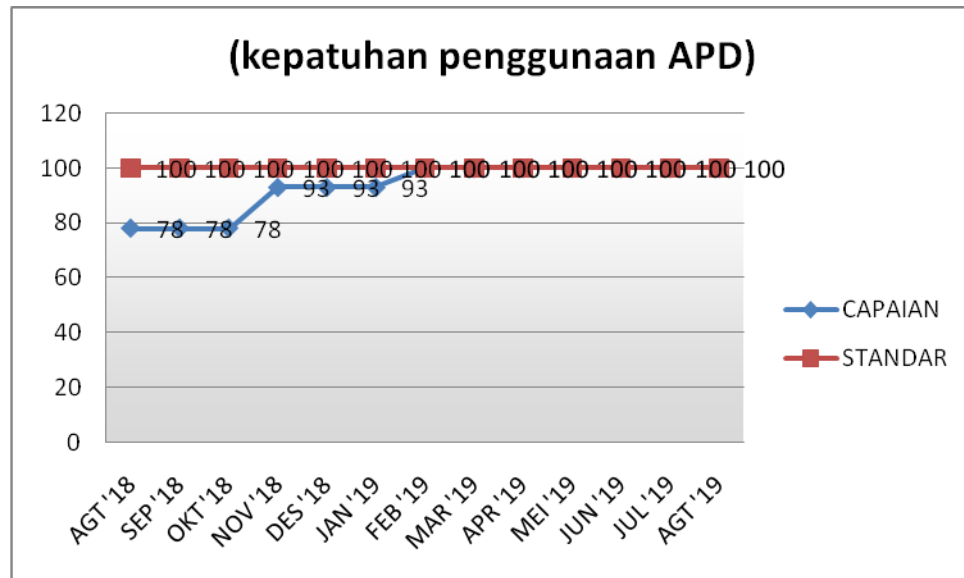
Dilihat dari grafik diatas Penolakan expertise sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**TindakLanjut:**

Perlu dipertahakan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai

dengan standar yang telah ditetapkan.

71. Kepatuhan penggunaan APD dalam membersihkan alat di CSSD.



**Analisa :**

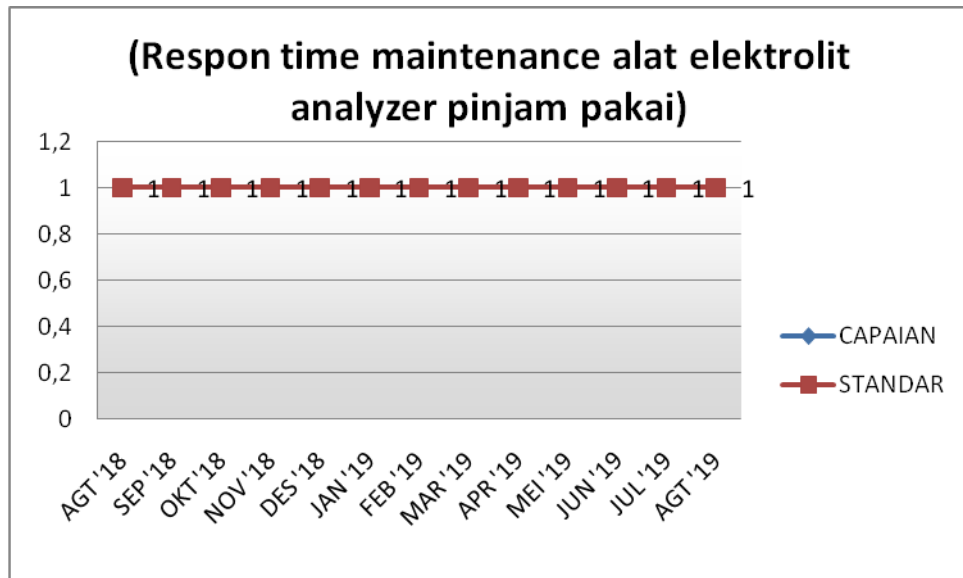
Dilihat dari grafik diatas Kepatuhan penggunaan APD dalam membersihkan alat di CSSD pada bulan Agustus 2018 – Februari 2019 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan Maret 2019 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**TindakLanjut:**

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

b) Indikator Area Manajemen

1. Respon time maintenance alat elektrolit analyzer pinjam pakai.



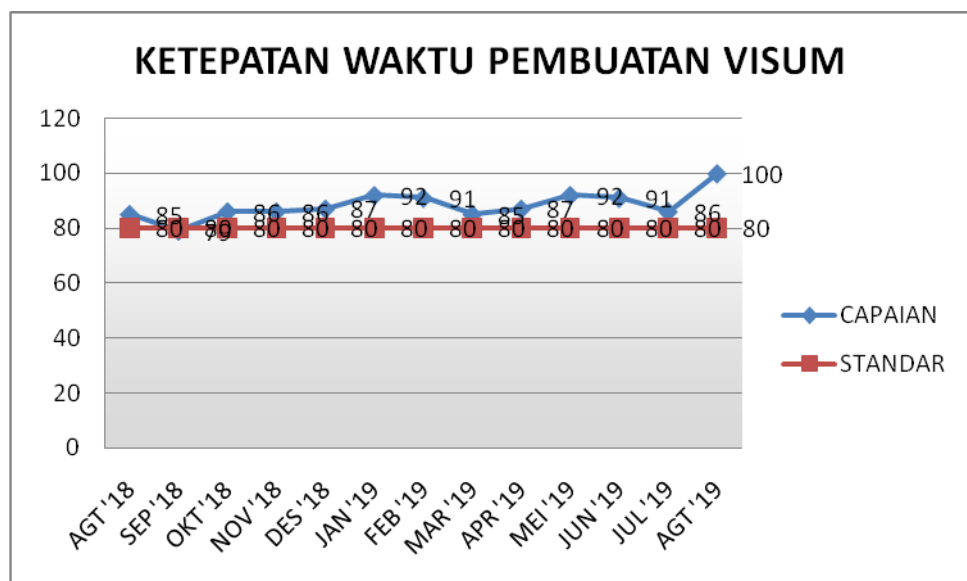
**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas Respon time maintenance alat Elektrolite analyzer pinjam pakai Sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**TindakLanjut:**

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**2. Ketepatan waktu pembuatan visum.**



**Analisa :**

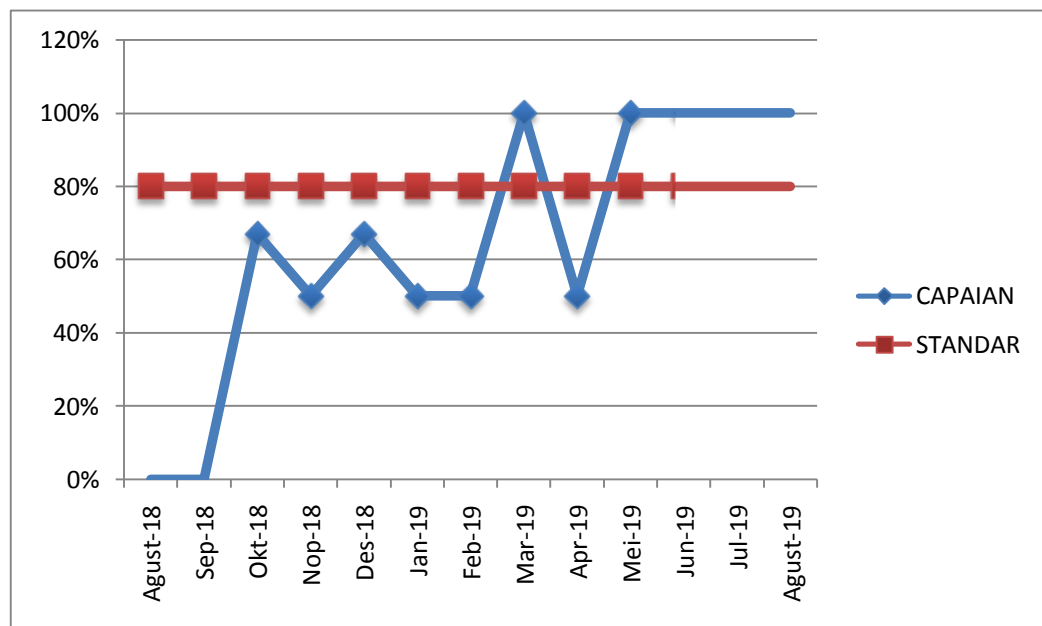
Dilihat dari grafik diatas Ketepatan waktu pembuatan visum sudah sesuai

dengan standar yang telah ditetapkan.

#### **TindakLanjut:**

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

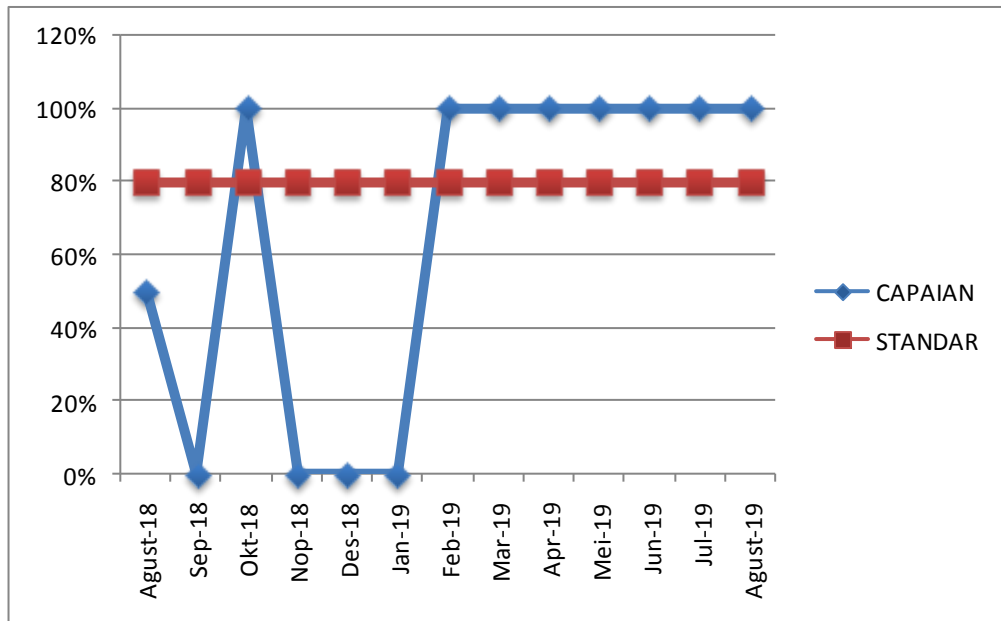
### 3. Respon time perbaikan mesin HD nipro pinjam pakai.



**Analisis data :** Dilihat dari grafik diatas Respon time perbaikan mesin HD nipro pinjam pakai pada bulan Agustus 2018 – Februari 2019 dan April 2019 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan Mei 2019 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut :** Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

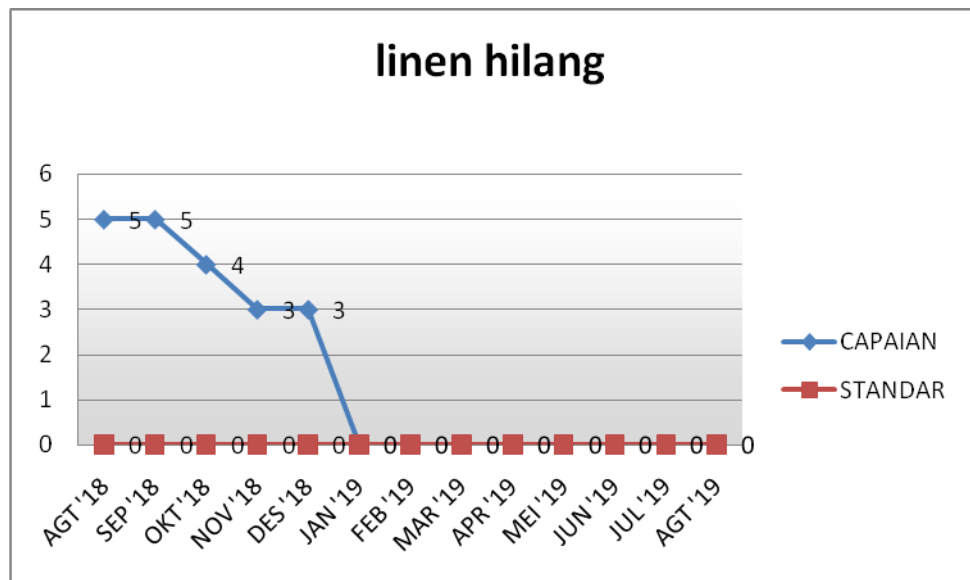
4. Respon time perbaikan mesin *re-use* Renalpro pinjam pakai.



**Analisis data :** Dilihat dari grafik diatas Respon time perbaikan mesin *re-use* Renalpro pinjam pakai pada bulan Agustus 2018 – September 2018, November 2018 – Januari 2019 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan Februari 2019 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut :** Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

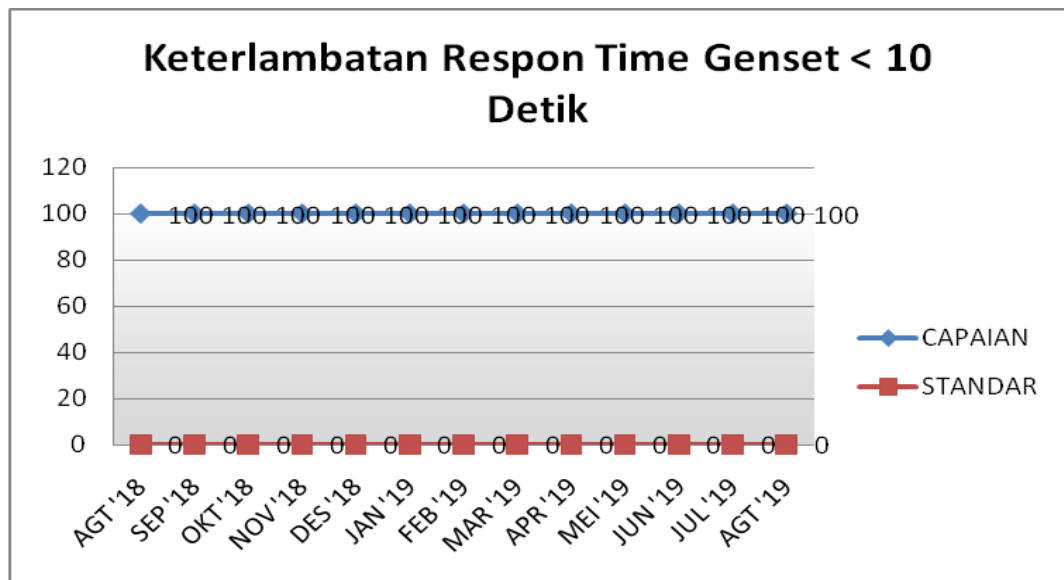
5. Linen hilang.



**Analisis data** : Dilihat dari grafik diatas Linen hilang pada bulan Agustus 2018 – Desember 2018 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan Januari 2019 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut** : Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

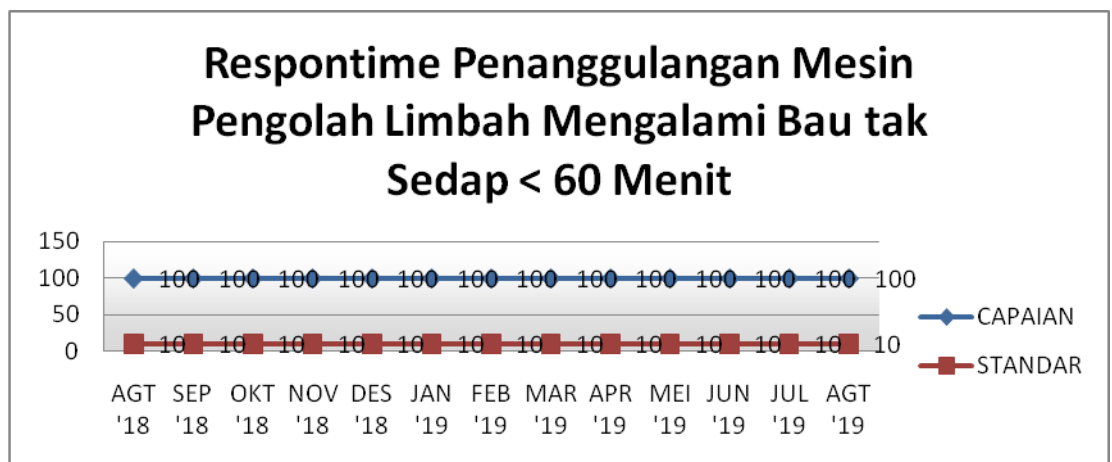
6. Keterlambatan respon time genset.



**Analisis data** : Dilihat dari grafik di atas insiden Respon Keterlambatan Respon Time Genset < 10 Detik sesuai standar

**Tindak lanjut** : perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring agar capaian sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

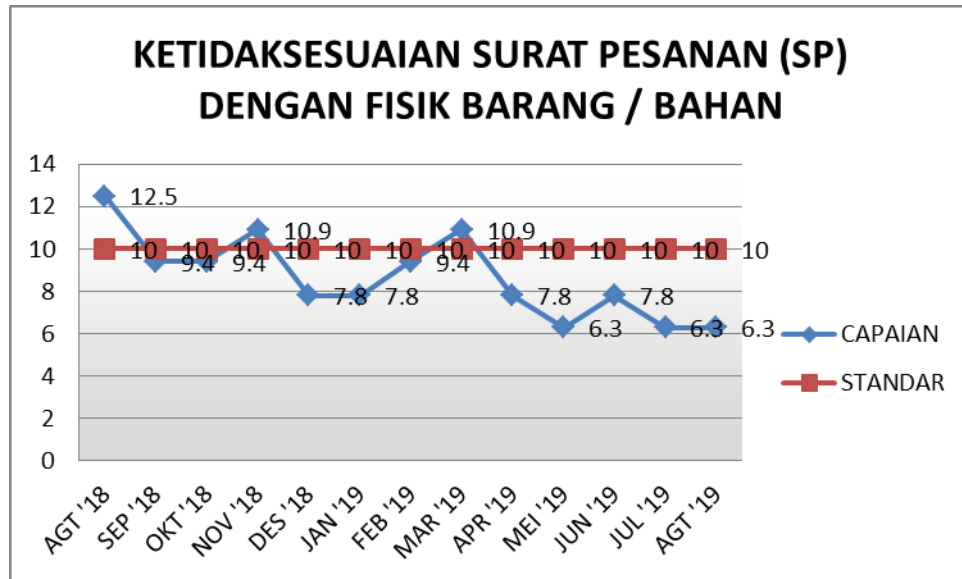
7. Respon time penanggulangan mesin pengolah limbah mengalami Bau tidak sedap yang ditindaklanjuti <60 menit.



**Analisis data** : Dilihat dari grafik di atas insiden Respon time Penanggulangan Mesin Pengolah Limbah Mengalami Bau tak Sedap < 60 Menit sesuai standar

**Tindak lanjut** : perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring agar capaian sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

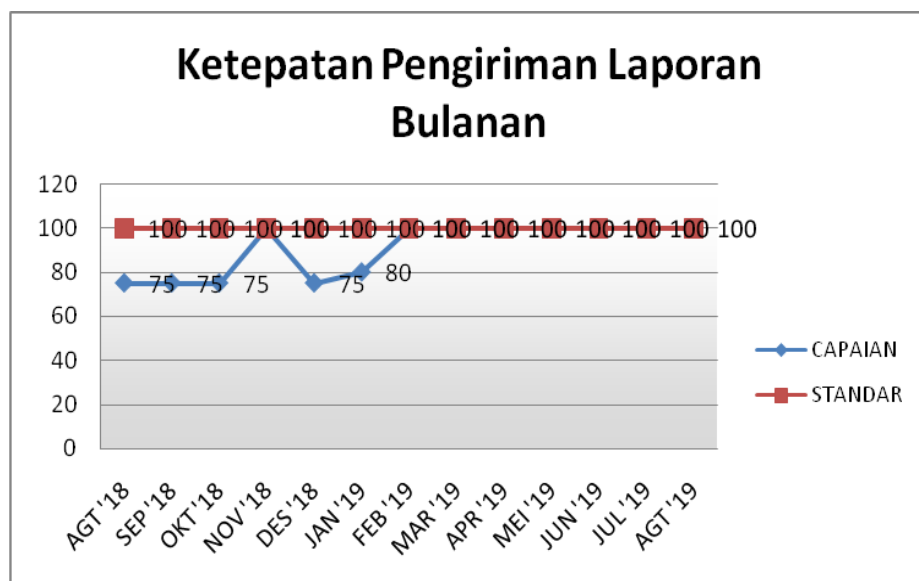
## 8. Ketidaksesuaian surat pesanan (SP) dengan fisik barang / bahan.



**Analisis data :** Dilihat dari grafik diatas Ketidaksesuaian surat pesanan (SP) dengan fisik barang / bahan pada bulan Agustus 2018 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan September 2018 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut :** perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring agar capaian sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

## 9. Ketepatan Pengiriman Laporan Bulanan.

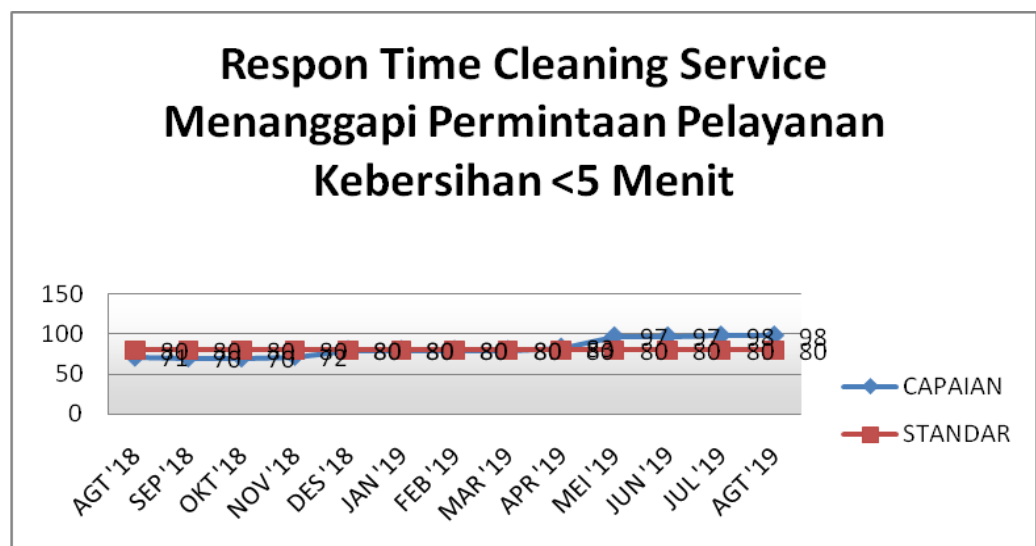


**Analisa :** Dilihat dari grafik diatas Ketepatan Pengiriman Laporan Bulanan pada bulan Agustus 2018 – Oktober 2018, Desember 2018 dan

Januari 2019 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan Februari 2019 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak Lanjut:** Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

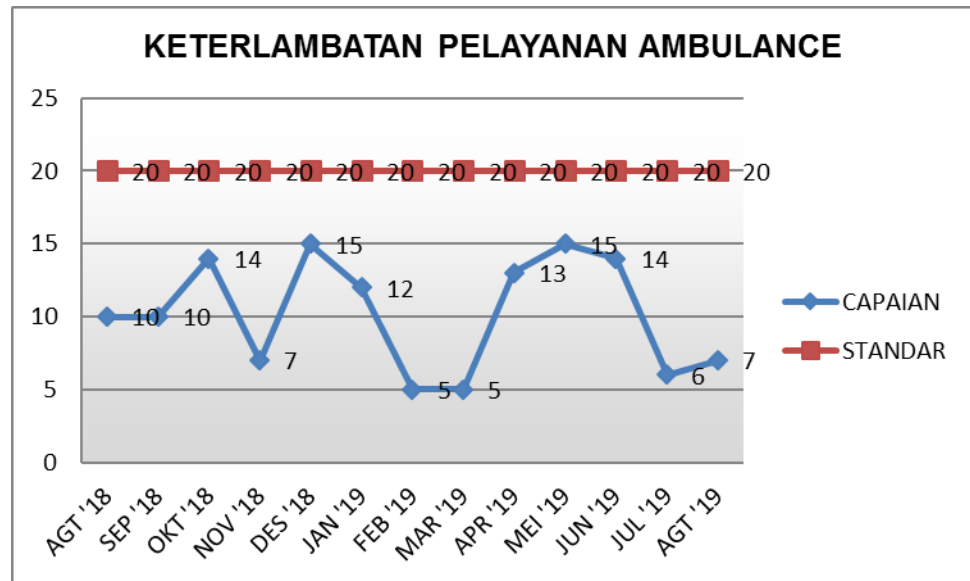
10. *Respon time cleaning service* menanggapi permintaan pelayanan kebersihan < 5 menit.



**Analisis data :** Dilihat dari grafik diatas *Respon time cleaning service* menanggapi permintaan pelayanan kebersihan < 5 menit pada bulan Agustus 2018 – November 2018 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan Desember 2019 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak lanjut :** Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

### 11. Keterlambatan pelayanan ambulance di Rumah Sakit.



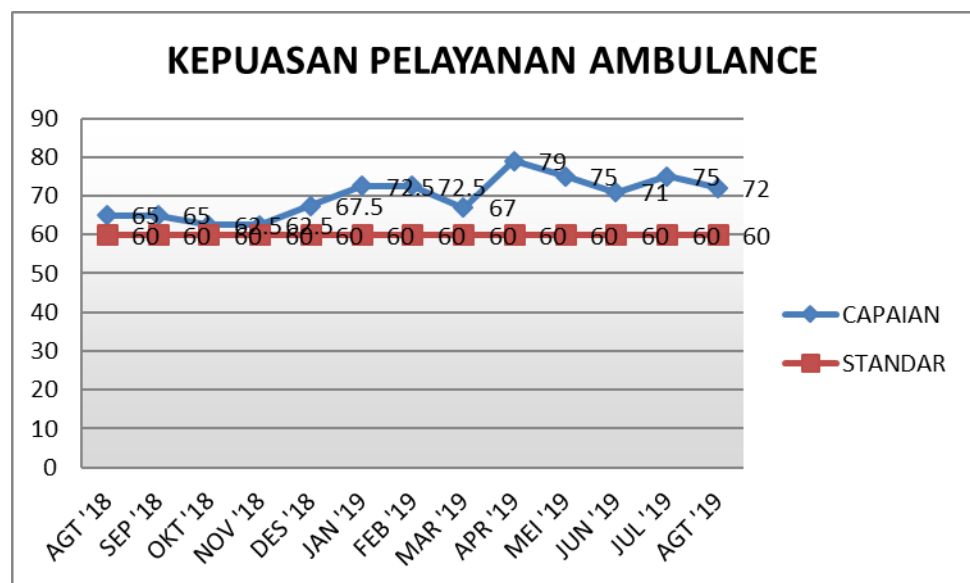
#### Analisa :

Dilihat dari grafik diatas keterlambatan pelayanan ambulance sudah sesuai dengan standart yang ditentukan

#### Tindak Lanjut:

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

### 12. Kepuasan pelayanan ambulance.



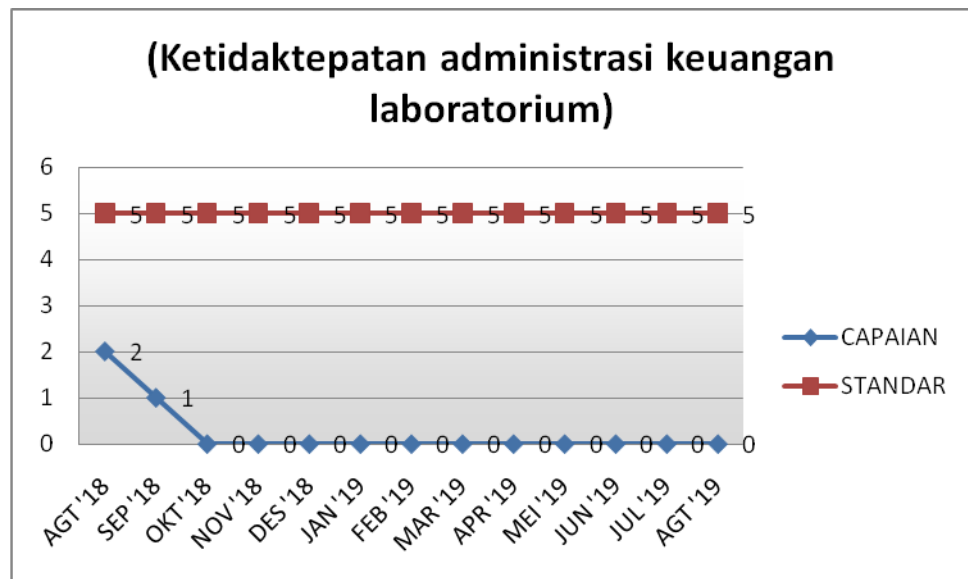
**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas kepuasan pelayanan ambulance sesuai dengan standart yang ditentukan

**Tindak Lanjut:**

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

### 13. Ketidaktepatan administrasi keuangan laboratorium

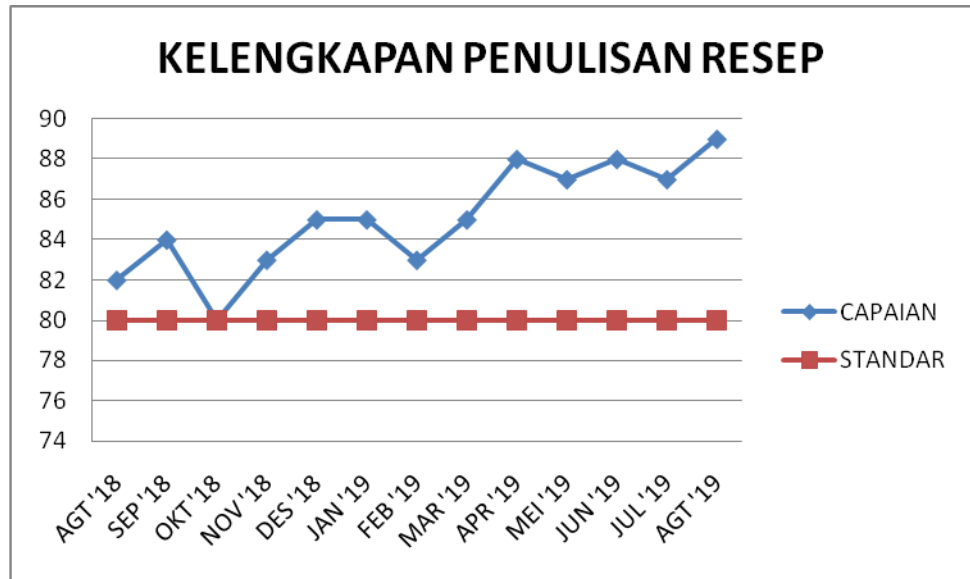
**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas Ketidaktepatan administrasi keuangan laboratorium sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**TindakLanjut:**

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

## 14. Kelengkapan penulisan resep

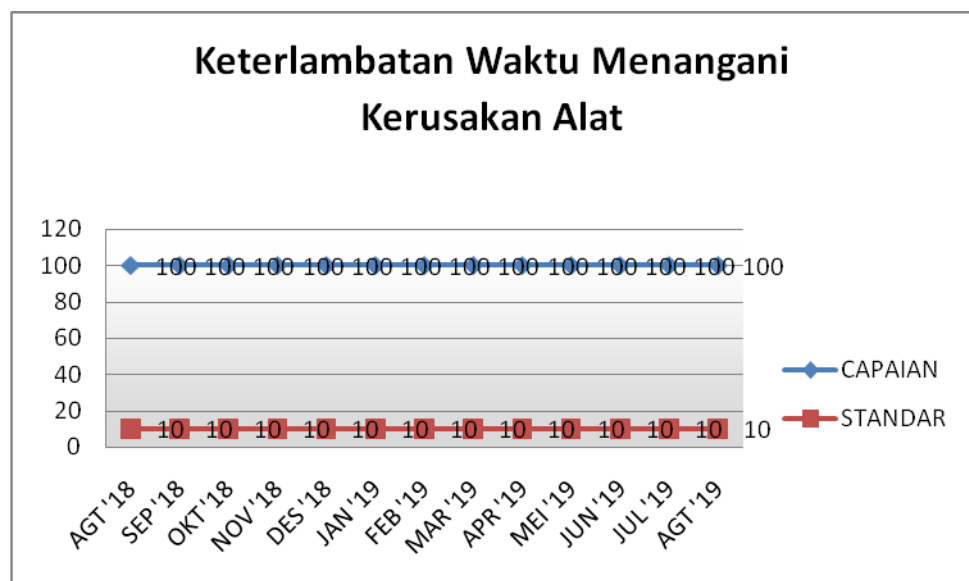
**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas kelengkapan penulisan resep sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak Lanjut:**

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

## 15. Keterlambatan waktu menangani kerusakan alat



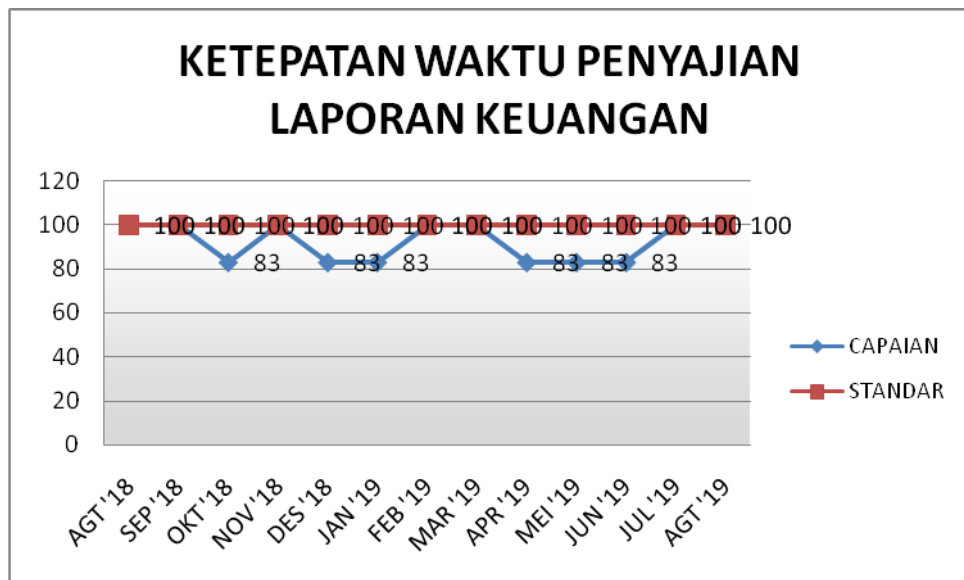
**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas Keterlambatan waktu menangani kerusakan alat sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak Lanjut:**

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

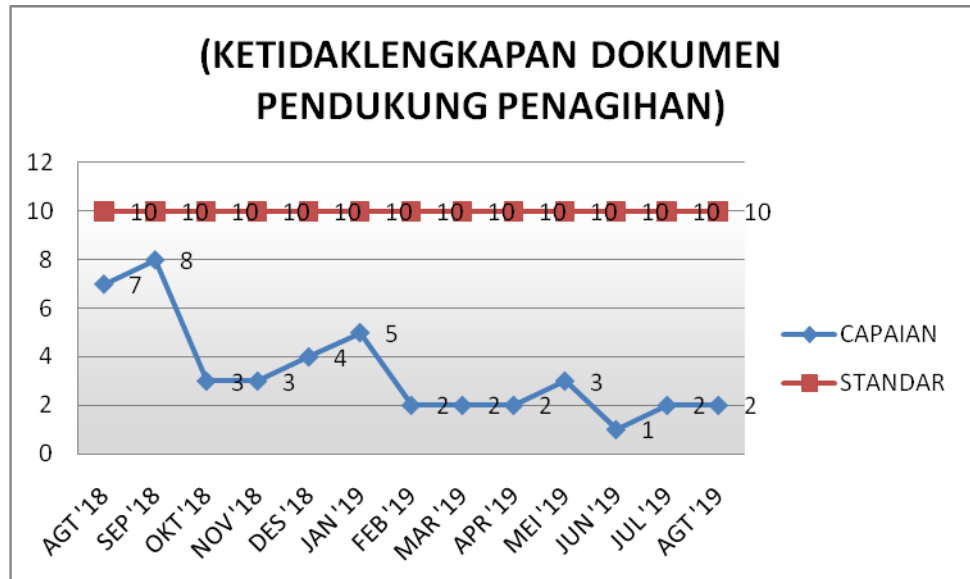
## 16. Ketepatan Waktu Penyajian Laporan Keuangan



**Analisa :** Dilihat dari grafik diatas ketepatan waktu penyajian laporan keuangan pada bulan Oktober 2018, Desember 2018, Januari 2019, April 2019-Juni 2019 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak Lanjut:** Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Juli 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Oktober 2019.

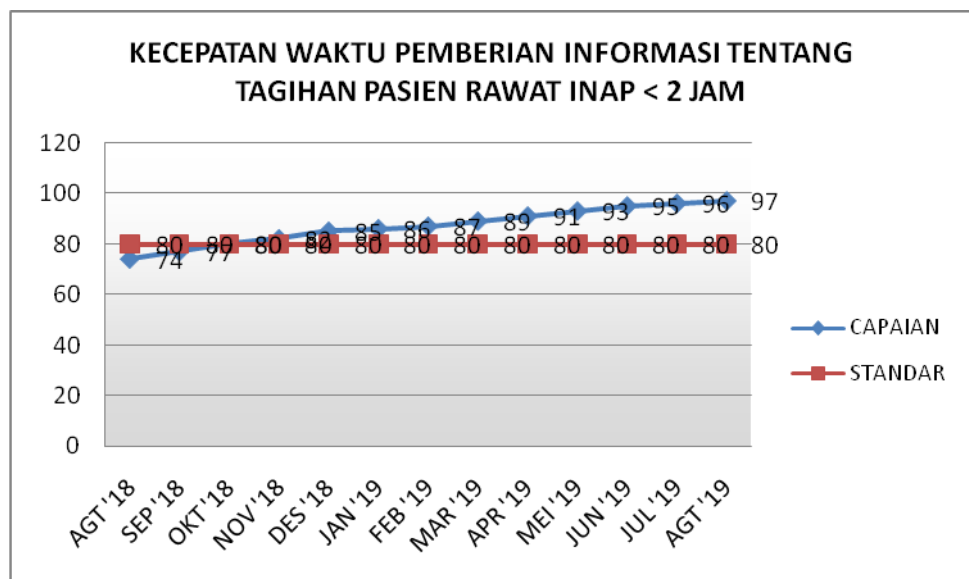
## 17. Ketidaklengkapan dokumen pendukung penagihan



**Analisa :** Dilihat dari grafik diatas ketidaklengkapan dokumen pendukung penagihan sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak Lanjut:** Pertahankan dan selalu diadakan evaluasi dan monitoring tentang kelengkapan dokumen pendukung penagihan sehingga tidak mempengaruhi jumlah klaim yang akan diajukan.

## 18. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap &lt; 2 jam



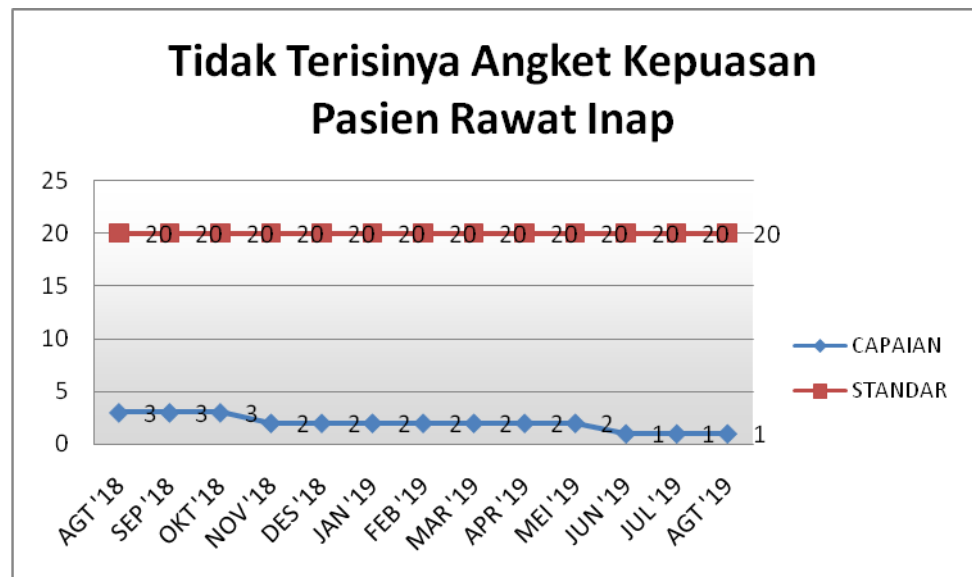
**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap < 2 jam pada bulan Agustus 2018 – September 2018 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan Oktober 2018 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

#### Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

#### 19. Tidak terisinya angket kepuasan pasien rawat inap



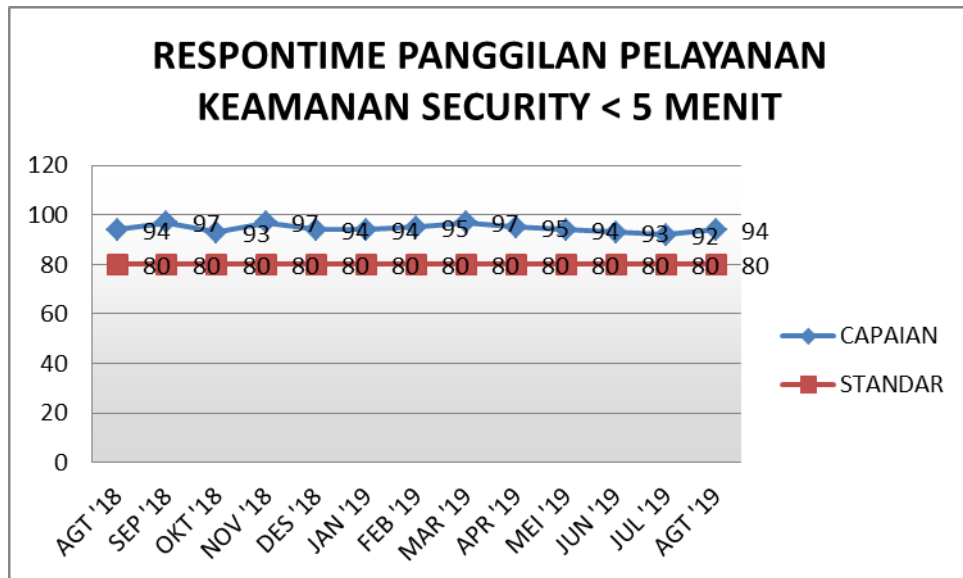
#### Analisa :

Dilihat dari grafik diatas Tidak terisinya angket kepuasan pasien sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### Tindak Lanjut:

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### 20. Resptime panggilan pelayanan keamanan security < 5 menit



**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas Resptime panggilan pelayanan keamanan security < 5 menit pada bulan Januari 2018 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak Lanjut:**

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**21. Ketepatan pelaksanaan program kerja dengan jadwal yang sudah ditentukan**



**Analisa :**

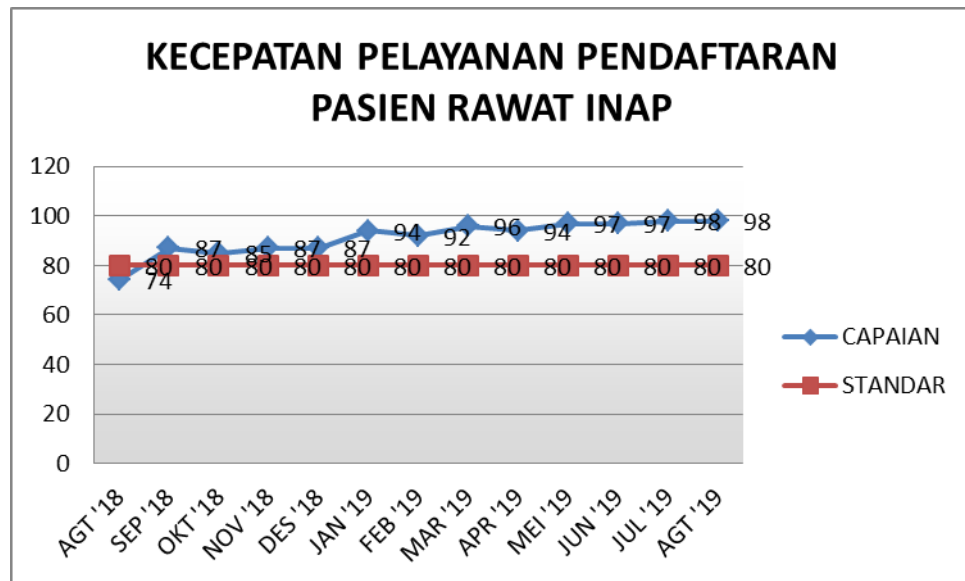
Dilihat dari grafik diatas Ketepatan pelaksanaan program kerja dengan jadwal yang sudah ditentukan pada bulan Januari-Maret 2019 belum sesuai

dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan April 2019 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak Lanjut:**

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Februari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**22. Kecepatan pelayanan pendaftaran pasien rawat inap**

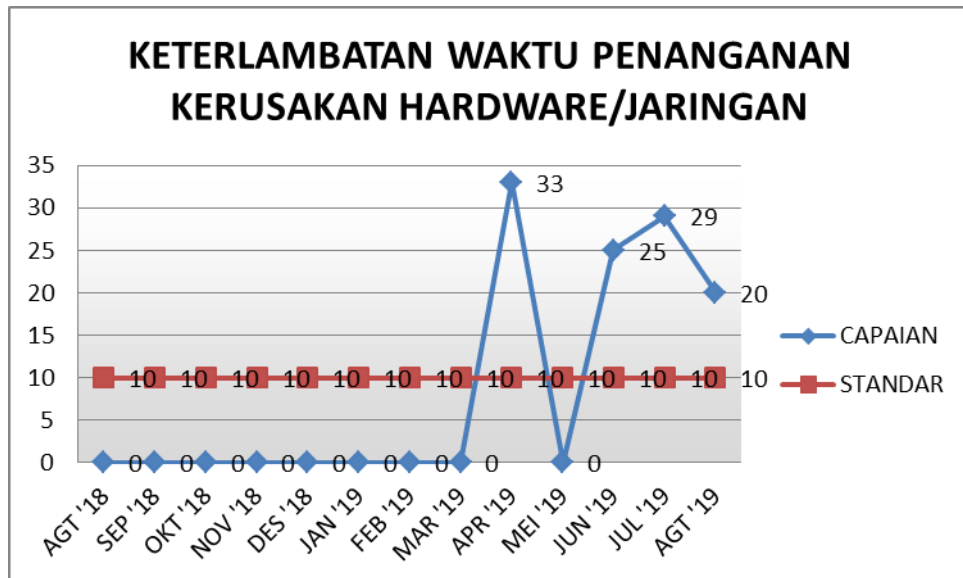


**Analisa :** Dilihat dari grafik diatas Kecepatan pelayanan pendaftaran pasien rawat inap pada bulan Agustus 2018 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan September 2018 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

**Tindak Lanjut:**

perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring, agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**23. Keterlambatan waktu penanganan kerusakan hardware/jaringan**



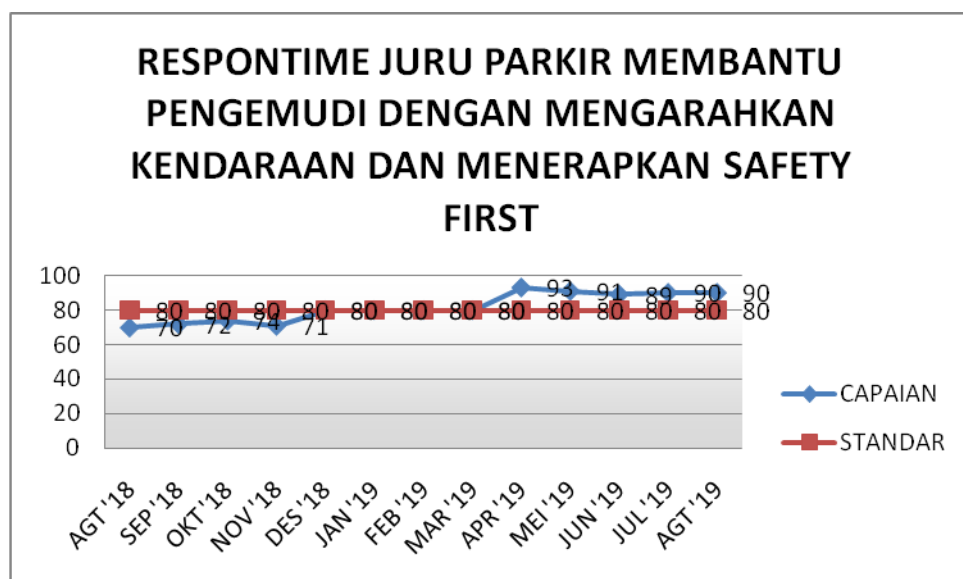
**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas Keterlambatan waktu penanganan kerusakan hardware/jaringan yang sudah ditentukan pada bulan April 2019, Juni-Agustus 2019 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak Lanjut:**

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Juli-September 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Oktober 2019.

24. Respon time juru parkir membantu pengemudi dengan mengarahkan kendaraan dan menerapkan safety first.



**Analisa :** Dilihat dari grafik diatas Respon time juru parkir membantu pengemudi dengan mengarahkan kendaraan dan menerapkan safety first pada bulan Agustus 2018 – Desember 2018 belum sesuai dengan standar yang telah

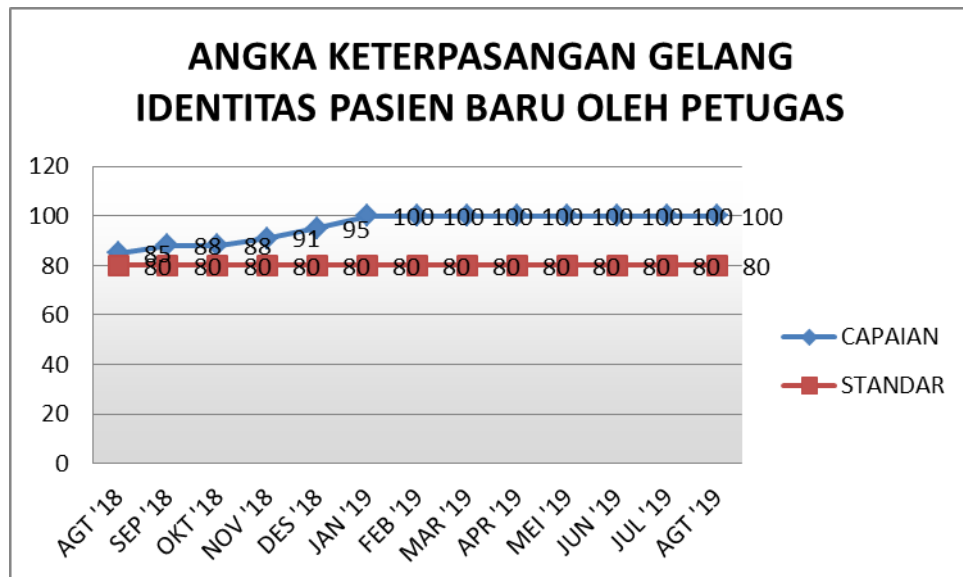
ditetapkan. Tetapi pada bulan Januari 2019 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

### Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

#### c) Indikator Sasaran Keselamatan Pasien

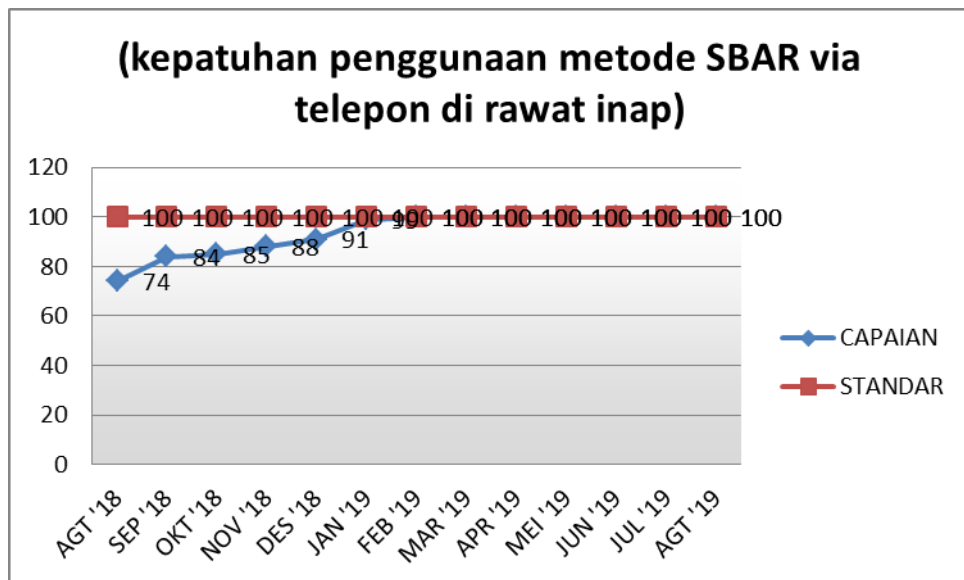
##### 1. Angka Keterpasangan Gelang Identitas Pasien Baru Oleh Petugas.



**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa perbandingan capaian Angka Keterpasangan Gelang Identitas Pasien Baru Oleh Petugas pada bulan Agustus 2018 sampai dengan Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak lanjut :** perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring, agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

##### 2. Kepatuhan Penggunaan Metode SBAR Dalam Komunikasi Via Telpn.



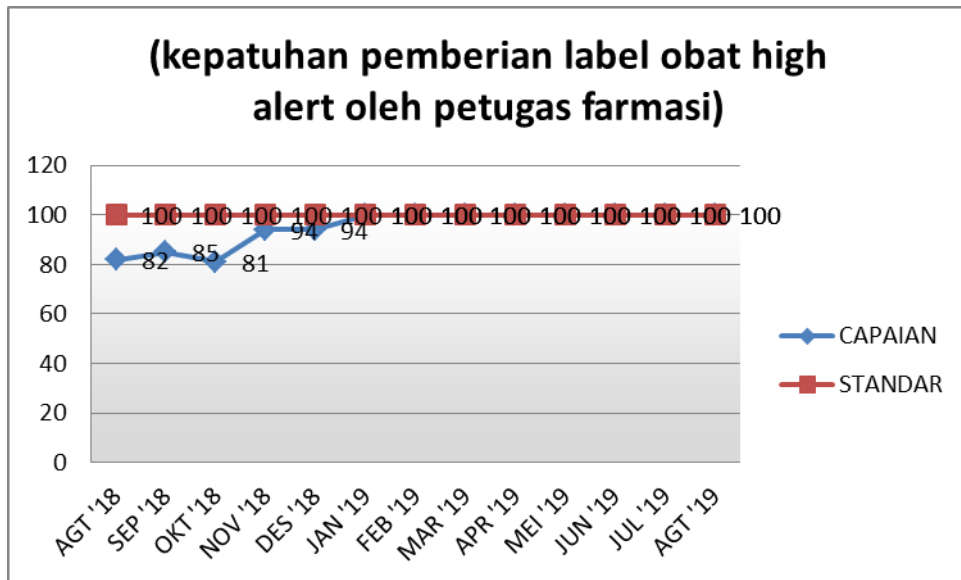
#### Analisa :

Dilihat dari grafik diatas Kepatuhan Penggunaan Metode SBAR Dalam Komunikasi Via Telpn pada bulan Agustus 2018 – Desember 2018 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan Januari 2019 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

#### Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

### 3. Kepatuhan Pemberian Label Obat *high alert concentrate* oleh farmasi.



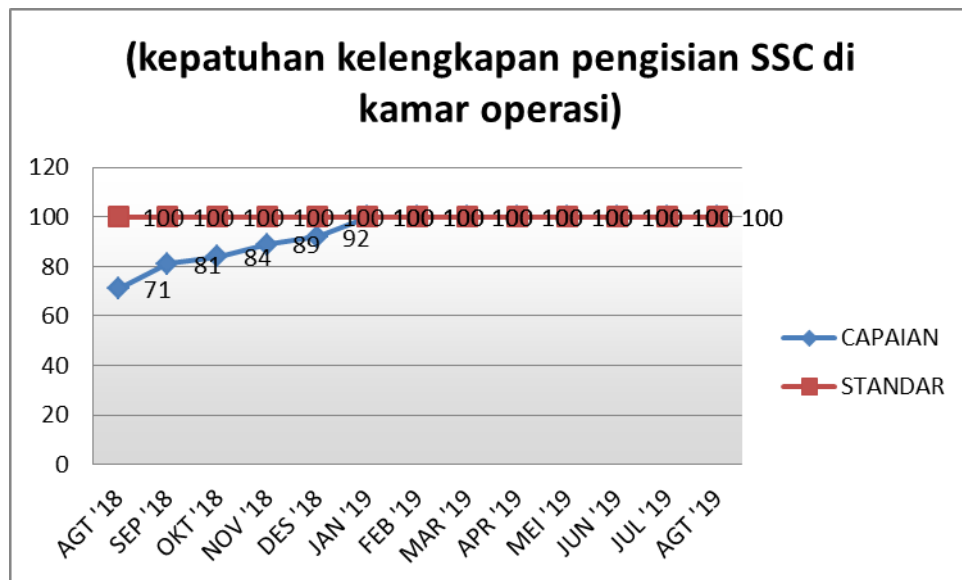
#### Analisa :

Dilihat dari grafik diatas Kepatuhan pelabelan obat high alert oleh petugas farmasi pada bulan Agustus 2018 – Desember 2018 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan Januari 2019 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

#### Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

#### 4. Kepatuhan Pelaksanaan *Surgical Safety Checklist*.



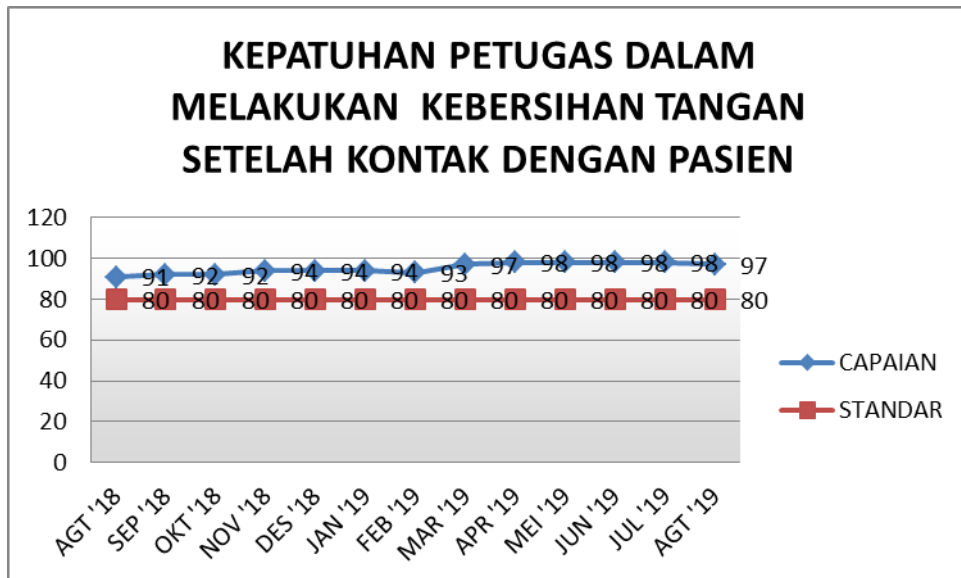
#### Analisa :

Dilihat dari grafik diatas Kepatuhan kelengkapan pengisian surgical safety cheklis di kamar operasi pada bulan Agustus 2018 – Desember 2018 belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada bulan Januari 2019 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

#### Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Oktober-Desember 2018. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Januari 2019. Oleh karena hasil capaian masih belum mencapai standar yang telah ditentukan maka dilakukan PDSA kedua dan diuji coba pada bulan Januari-Maret 2019. Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan April 2019 dan hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

5. Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Kebersihan Tangan Setelah Kontak Dengan Pasien.

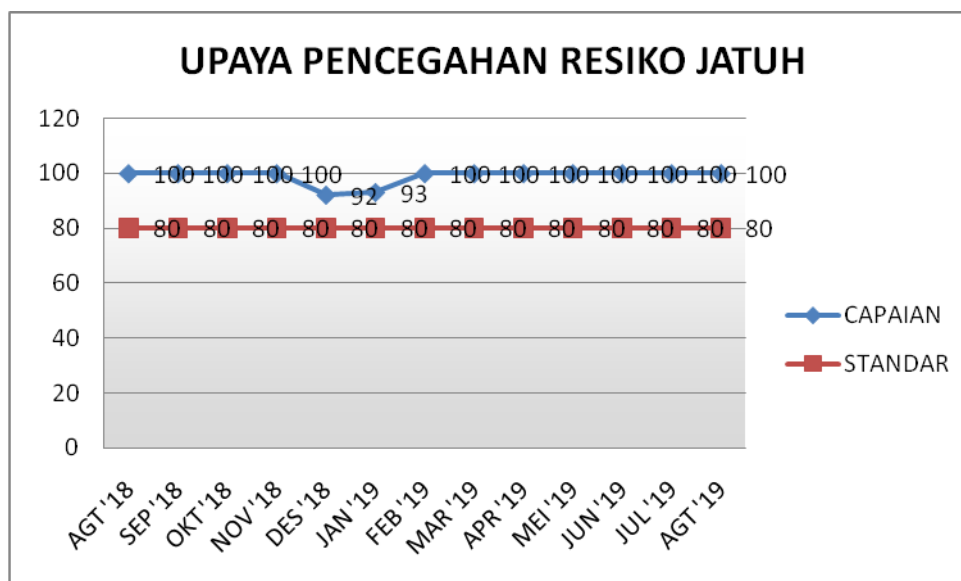


**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Kebersihan Tangan Setelah Kontak Dengan Pasien Pada Pasien Rawat Inap sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

**Tindak Lanjut:** perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring, agar capaian selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

6. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh Pada Pasien Rawat Inap



**Analisa :**

Dilihat dari grafik diatas Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh Pada Pasien Rawat Inap sesuai dengan standar yang telah ditetapkan

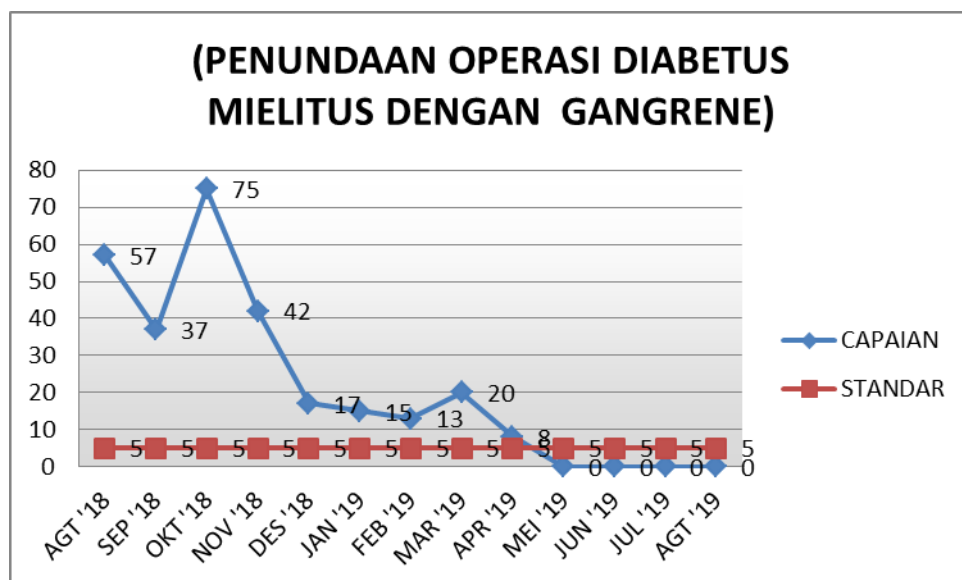
#### Tindak Lanjut:

Perlu dipertahankan dan dilakukan monitoring agar capaian sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

## 2. PERBANDINGAN DATA DENGAN STANDAR

### a. Penundaan Operasi Diabetes Mellitus dengan Gangrene

Standar yang digunakan sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, yaitu > 2 hari.



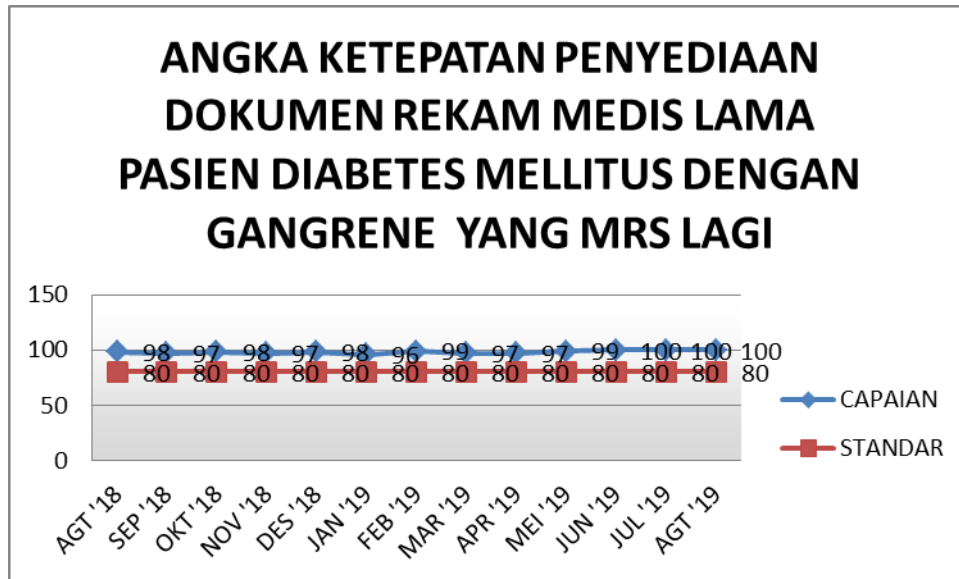
**Analisis data :** Dari grafik diatas terlihat bahwa capaian penundaan operasi Diabetes Mellitus dengan Gangrene dari bulan Mei - Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar.

**Tindak lanjut :** perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring, agar capaian sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

### b. Angka Ketepatan Penyediaan Dokumen Rekam Medis Lama Pasien Diabetes Mellitus dengan Gangrene Yang MRS Lagi.

Standar yang digunakan sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan

Minimal Rumah Sakit, yaitu  $\leq 15$  menit.

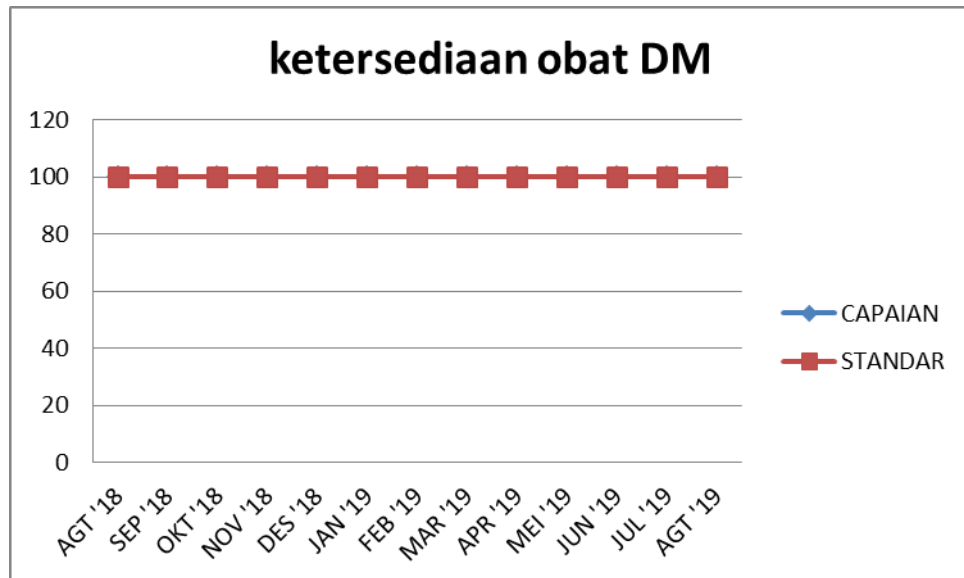


**Analisis data** : Dilihat dari grafik di atas Angka Ketepatan Penyediaan Dokumen Rekam Medis Lama Pasien Diabetes Mellitus dengan Gangrene Yang MRS Lagi dari bulan Agustus 2018 - Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar.

**Tindak lanjut** : perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring, agar capaian sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

### 3. PERBANDINGAN DATA DENGAN PRAKTEK TERBAIK/PPK (PANDUAN PRAKTIK KLINIS)

Ketentuan pada PPK interna untuk diagnosa Diabetes Mellitus dengan Gangrene obat yang harus tersedia meliputi : Penicilin G + Clyndamisin, Ceftriaxone, Ciprofloxacin.

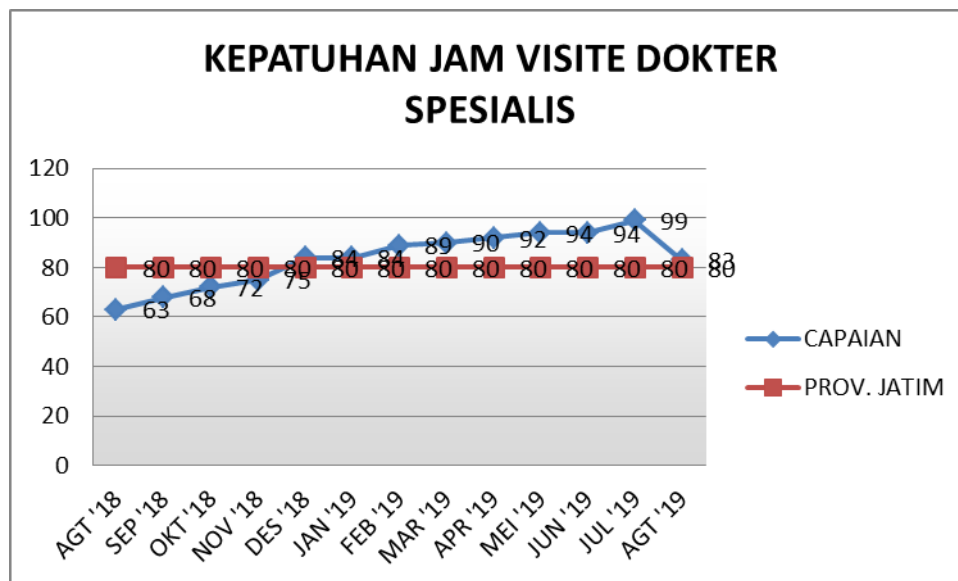


**Analisis data :** Dilihat dari grafik di atas Ketersediaan Obat Diabetes Mellitus Dengan Gangrene Sesuai PPK dari bulan Agustus 2018 - Agustus 2019 sudah sesuai dengan standar.

**Tindak lanjut :** perlu dipertahankan dan selalu dilaksanakan monitoring, agar capaian sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### 4. PERBANDINGAN DENGAN DATA EKSTERNAL ATAU RS LAIN WILAYAH JAWA TIMUR

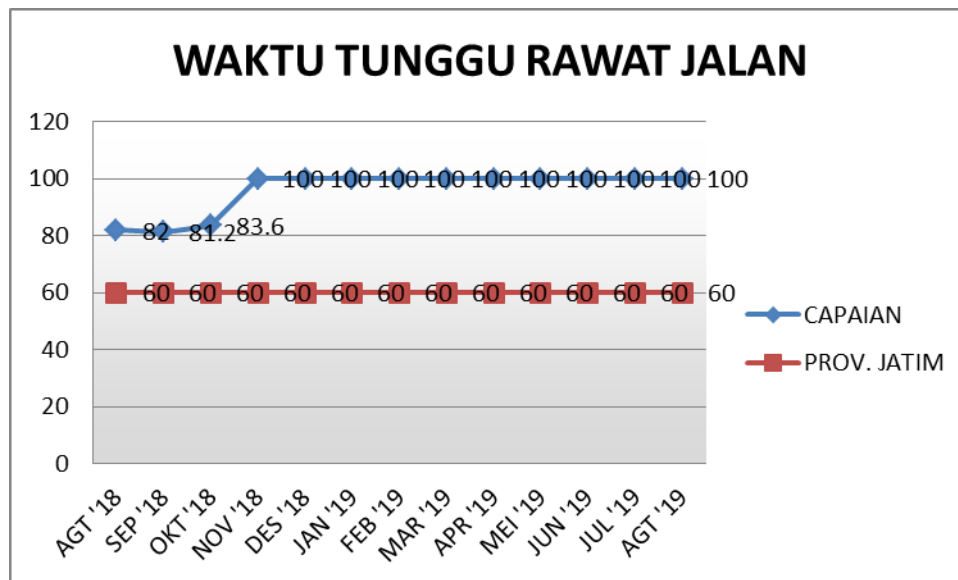
##### 1. Kepatuhan jam visite dokter spesialis



Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian kepatuhan jam visite Dokter spesialis di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang pada bulan Januari-Agustus

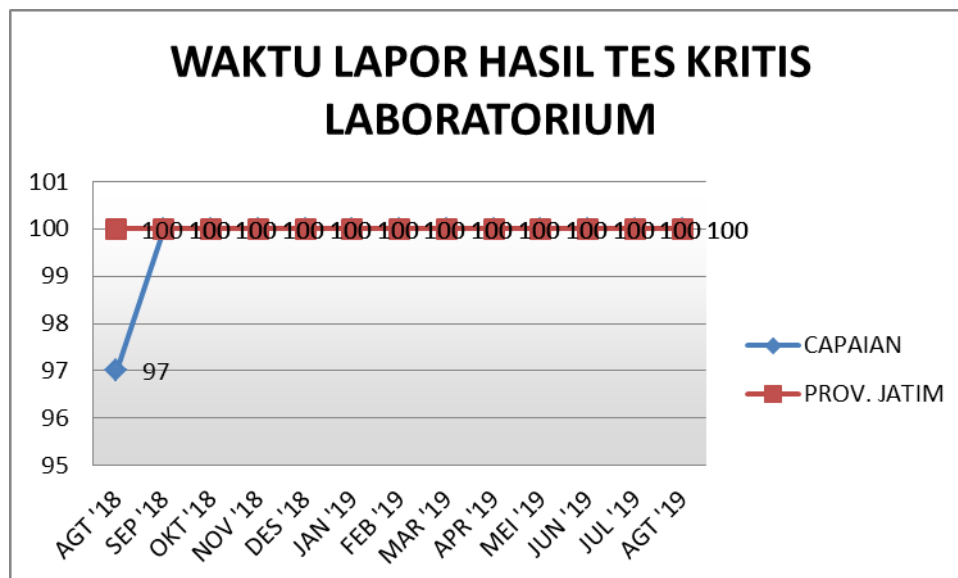
2019 sudah diatas target dari Provinsi Jawa Timur.

## 2. Waktu tunggu rawat jalan



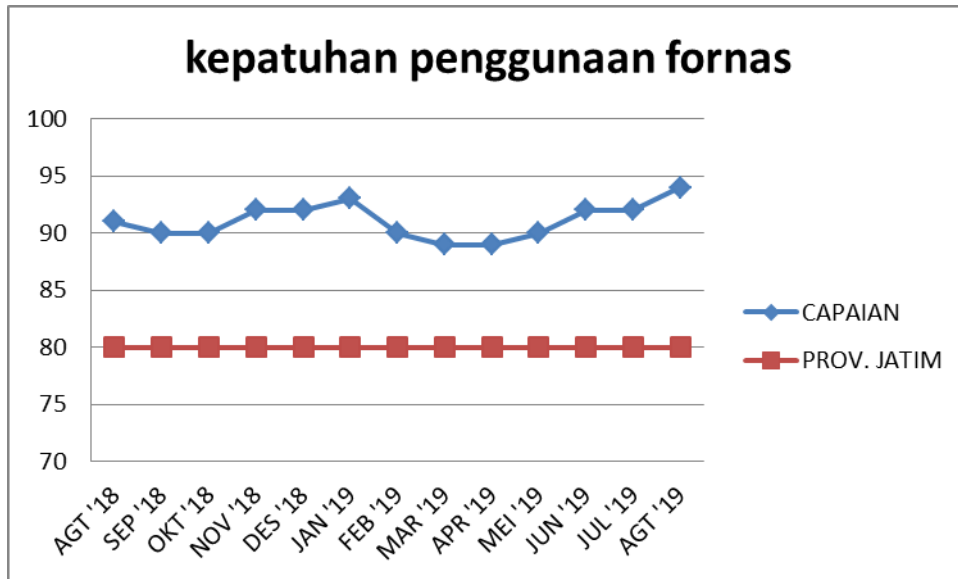
Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian Waktu tunggu rawat jalan di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang pada bulan Agustus 2018 – Agustus 2019 sudah diatas target dari Provinsi Jawa Timur.

## 3. Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium



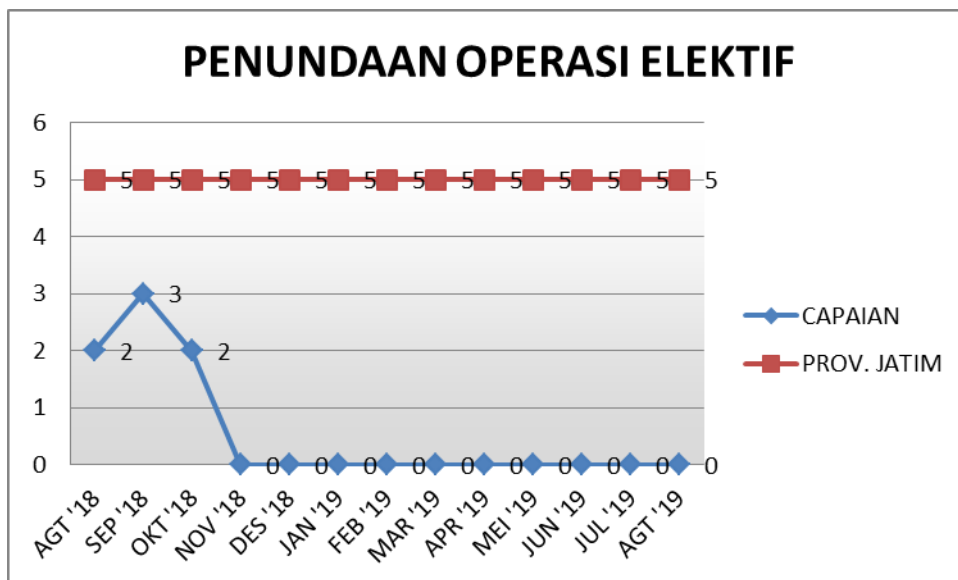
Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang pada bulan September 2018 - Agustus 2019 sudah sesuai dengan target dari Provinsi Jawa Timur.

#### 4. Kepatuhan penggunaan formularium nasional bagi RS provider BPJS



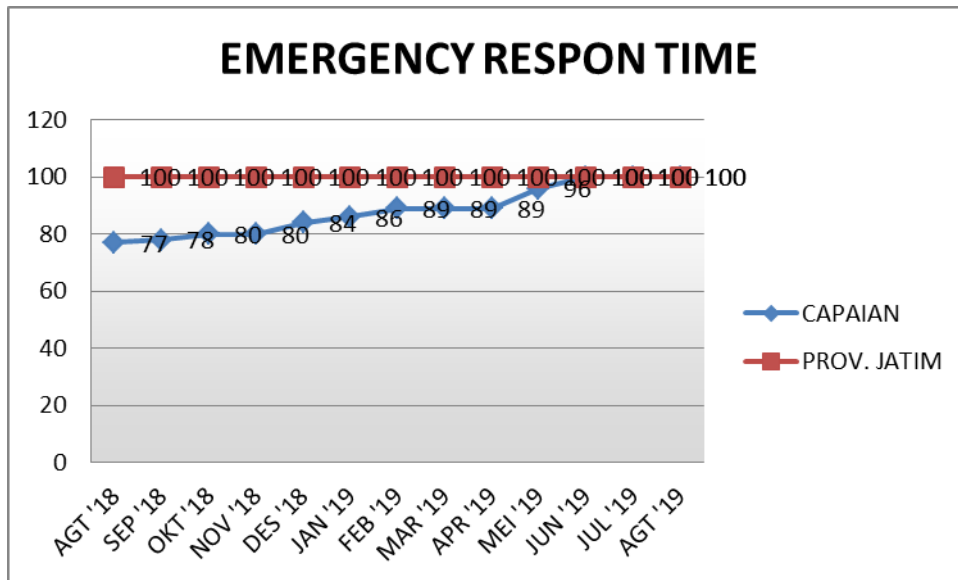
Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian Kepatuhan penggunaan formularium nasional bagi RS provider BPJS di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang pada bulan Agustus 2018- Agustus 2019 sudah sesuai dengan target dari Provinsi Jawa Timur.

#### 5. Penundaan operasi elektif



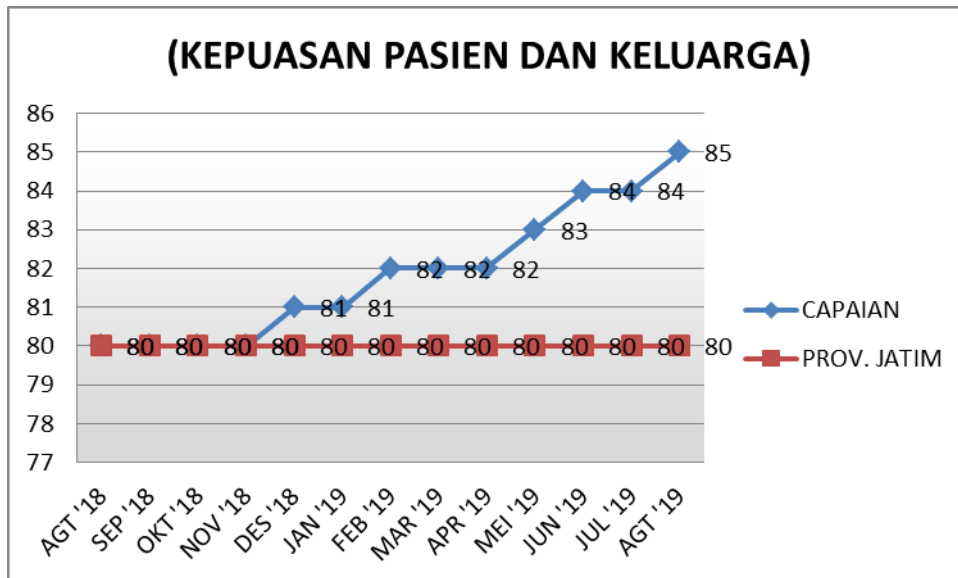
Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian Penundaan operasi elektif di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang pada bulan Agustus 2018 - Agustus 2019 sudah sesuai dengan target dari Provinsi Jawa Timur.

#### 6. Emergency response time (waktu tanggap pelayanan gawat darurat <5 menit)



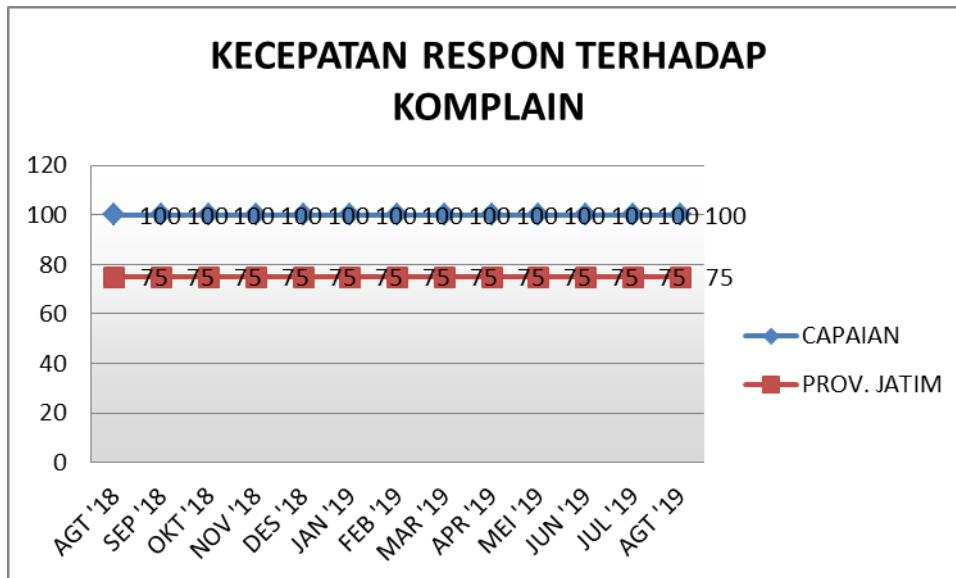
Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian Emergency response time (waktu tanggap pelayanan gawat darurat <5 menit) di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang pada bulan Juli - Agustus 2019 sudah sesuai dengan target dari Provinsi Jawa Timur.

#### 7. Kepuasan pasien dan keluarga



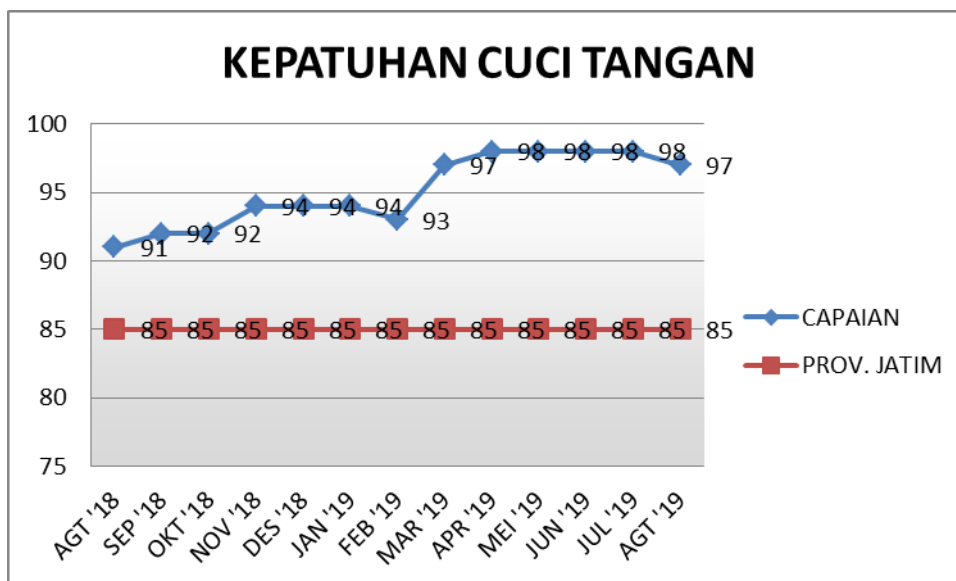
Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian Kepuasan pasien dan keluarga di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang pada bulan Desember 2018 – Agustus 2019 sudah sesuai dengan target dari Provinsi Jawa Timur.

#### 8. Kecepatan respon terhadap komplain



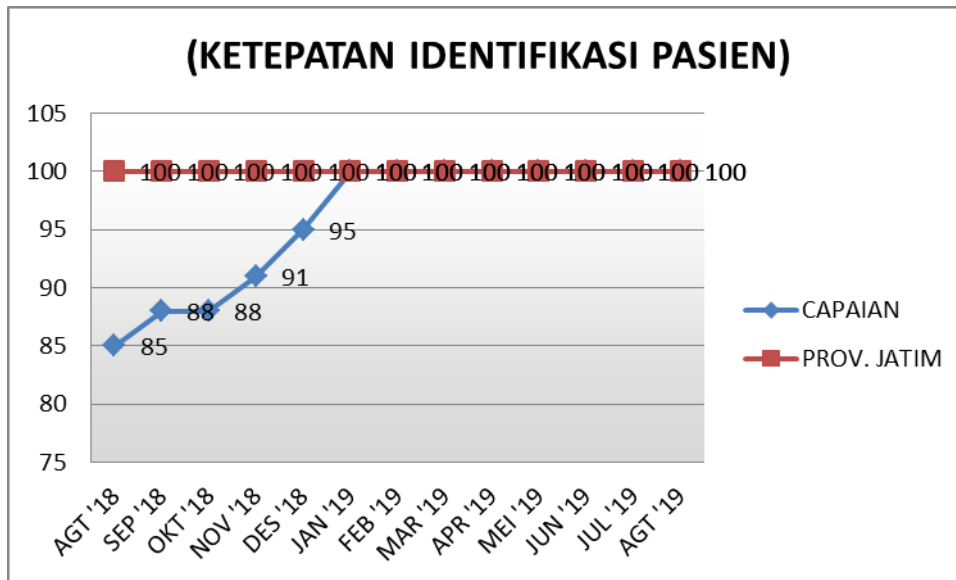
Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian Kecepatan respon terhadap komplain di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang pada bulan Agustus 2018 - Agustus 2019 sudah sesuai dengan target dari Provinsi Jawa Timur.

#### 9. Kepatuhan cuci tangan



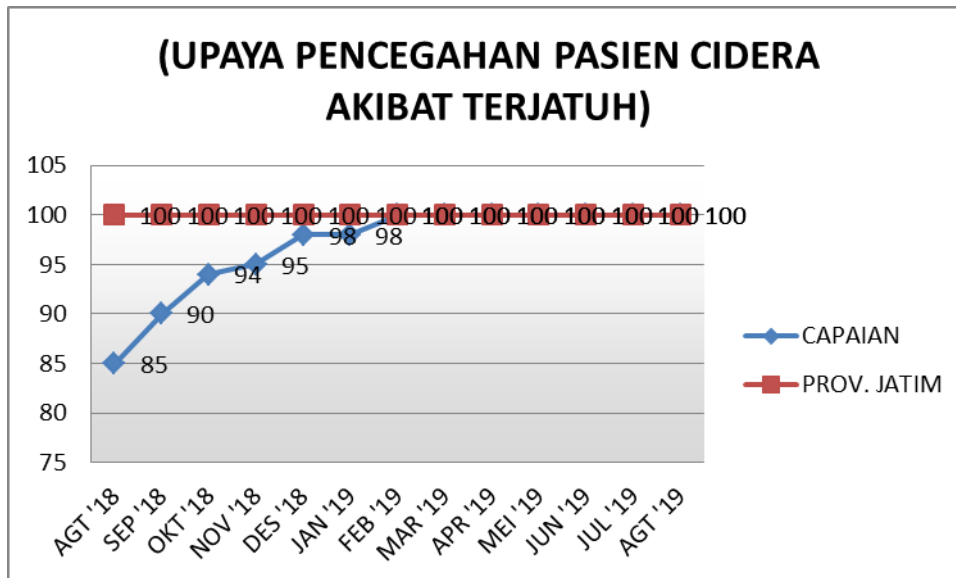
Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian Kepatuhan cuci tangan di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang pada bulan Agustus 2018 - Agustus 2019 sudah sesuai dengan target dari Provinsi Jawa Timur.

#### 10. Kepatuhan identifikasi pasien



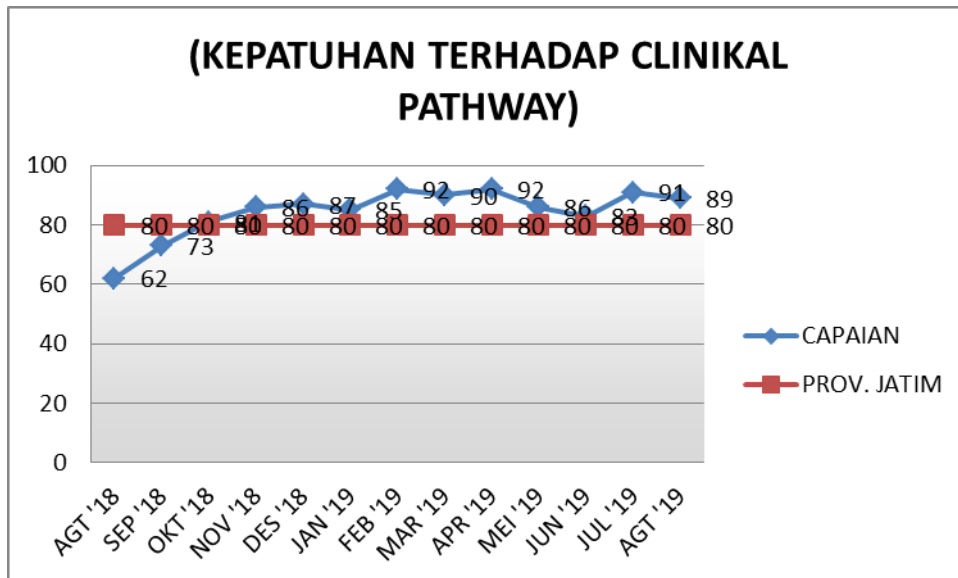
Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian Kepatuhan identifikasi pasien di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang pada bulan Januari-Agustus 2019 sudah sesuai dengan target dari Provinsi Jawa Timur.

#### 11. Kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap



Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian Kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang pada bulan Maret - Agustus 2019 sudah sesuai dengan target dari Provinsi Jawa Timur.

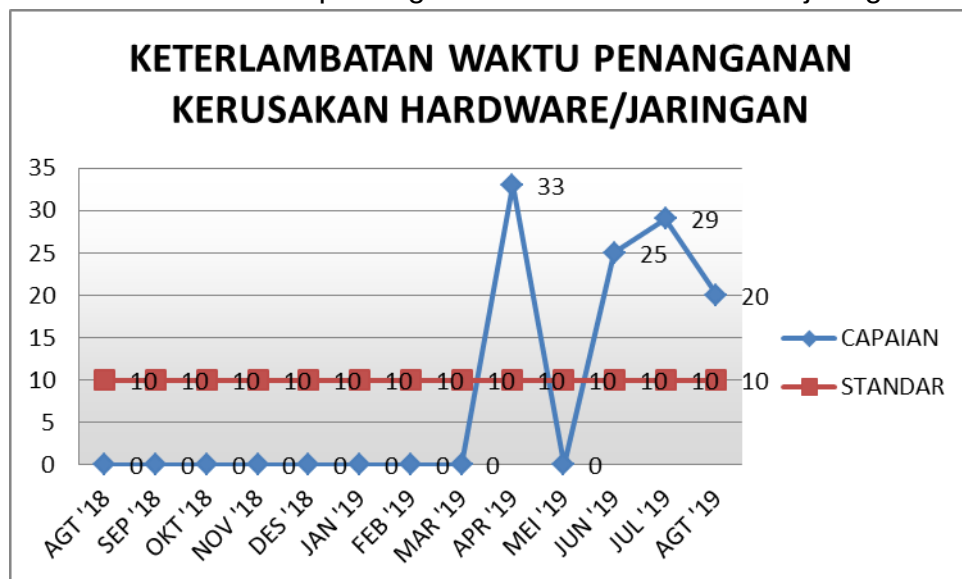
#### 12. Kepatuhan terhadap clinical pathway



Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa capaian Kepatuhan terhadap clinical pathway di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang pada bulan November 2018 - Agustus 2019 sudah sesuai dengan target dari Provinsi Jawa Timur.

#### F. TINDAK LANJUT INDIKATOR MUTU YANG BELUM TERCAPAI

1. Keterlambatan waktu penanganan kerusakan hardware/jaringan.



#### Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Juli-September 2019.  
Dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Oktober 2019.

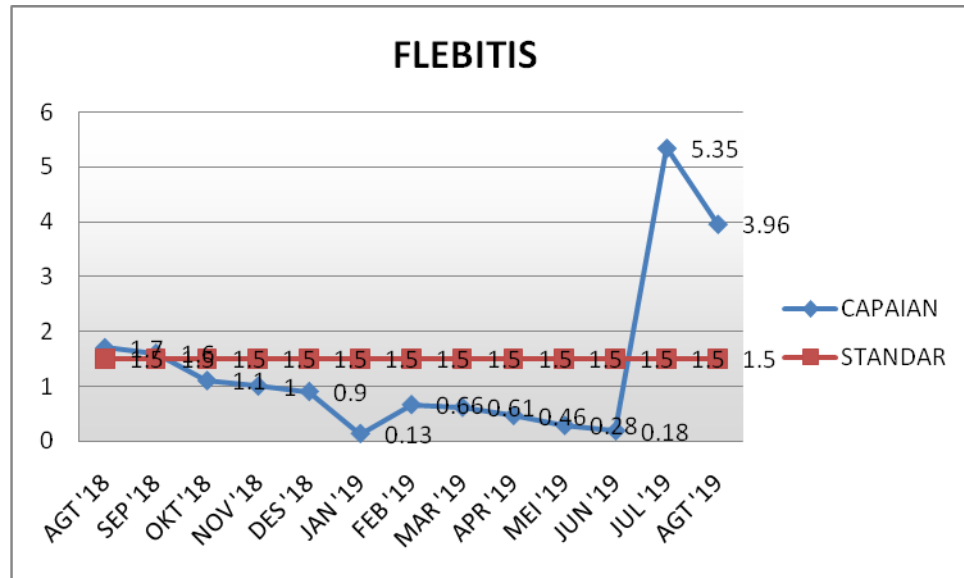
|      |                                                                 |
|------|-----------------------------------------------------------------|
| TOOL | Keterlambatan waktu penanganan Kerusakan Hardware atau Jaringan |
|------|-----------------------------------------------------------------|

|       |                 |
|-------|-----------------|
| STEP  | Cek Trafic data |
| CYCLE | Siklus 1        |

|        |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PLAN   | Kami berencana                             | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Semua data migrasi dari simrs lama harus dilakukan secara bertahap dan diperlukan Switch Hub yang lebih mendukung untuk transfer data</li> <li>2) Kami berencana untuk pembaruan hardware dan stok hardware seperti RAM dan Hardisk</li> </ol>                                                                                                               |
|        | Kami berharap                              | Persetase kerusakan mulai bulan Maret 2019 menurun                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|        | tindakan                                   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengamati Trafic data dan suhu ruangan server untuk meminimalisir matinya server</li> <li>2. Melakukan sistem back up setiap hari agar tidak terjadi lost data</li> </ol>                                                                                                                                                                                    |
| DO     | Hasil pengamatan kami                      | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jaringan saat ini belum memadai karena memakai switch hub biasa dengan traffic data yang besar, walaupun ada beberapa yang sudah menggunakan switch hub yang lebih bagus contohnya Unit Asuransi</li> <li>2) Masih kurangnya perawatan di user terkait akan kebersihan dan kurang pahamnya cara maintenance dan penggunaan computer serta printer</li> </ol> |
| STUDY  | Hasil pengamatan disesuaikan dengan tujuan | Pencapaian yang didapatkan masih dibawah target yang diharapkan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ACTION | Kesimpulan dalam                           | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurunkan capaian hingga</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|  |            |                                                                                                        |
|--|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | siklus ini | <p>kurang dari 0 ‰</p> <p>2. Akan dilakukan pengecekan secara berkala di setiap user atau pengguna</p> |
|--|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 2. Angka Plebitis



### Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pertama dan diuji coba pada bulan Agustus-September 2019. Kemudian dilakukan analisa dan evaluasi pada bulan Oktober 2019.

|       |                                       |
|-------|---------------------------------------|
| TOOL  | Infeksi luka infuse (ILI/ flebitis)   |
| STEP  | Mengamati pasien yang terpasang infus |
| CYCLE | Siklus 1                              |

|      |                       |                                                                                                                      |
|------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PLAN | Kami berencana        | Semua pasien yang terpasang infuse tidak ada kejadian flebitis                                                       |
|      | Kami berharap         | Prosentase capaian flebitis di bulan agustus 2019 bisa menurun                                                       |
|      | tindakan              | <p>3. Mengamati angka pasien flebitis</p> <p>4. Melakukan sosialisasi perawatan infuse dan sop pemasangan infuse</p> |
| DO   | Hasil pengamatan kami | 1. Petugas melakukan pemasangan infuse terkadang                                                                     |

|        |                                            |                                                                                                                                                                                       |
|--------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|        |                                            | tidak sesuai dengan sop<br>2. Kurangnya sosialisasi kepada petugas tentang kriteria pasien flebitis                                                                                   |
| STUDY  | Hasil pengamatan disesuaikan dengan tujuan | Pencapaian yang didapatkan masih dibawah target yang diharapkan                                                                                                                       |
| ACTION | Kesimpulan dalam siklus ini                | 3. Menurunkan capaian hingga kurang dari 1,5 %<br>4. Melakukan sosialisasi terus kepada pasien, keluarga dan petugas untuk perawatan infuse dan petugas pemasangan infuse sesuai sop. |

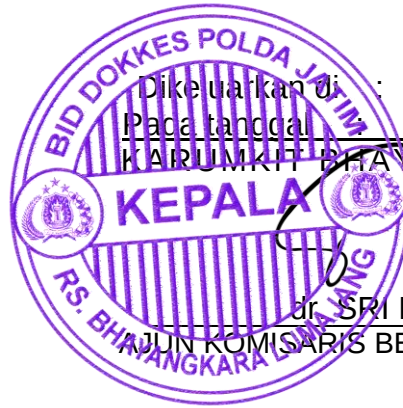
## G. KESIMPULAN

Berdasarkan capaian indikator mutu diatas dapat di ambil kesimpulan bahwa :

1. Dari 24 indikator mutu prioritas, semua indicator sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
2. Dari 12 indikator mutu nasional, semua indicator sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
3. Dari 95 indikator mutu unit, 1 IAM (Indikator Area Manajemen) belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan, yaitu :
  - a. Keterlambatan waktu penanganan kerusakan hardware/jaringan.
4. Dari 6 indikator sasaran keselamatan pasien sudah sesuai dengan standar yang ditentukan.
5. Dari 6 indikator surveilans PPI, ada 1 indikator yang belum mencapai standar, yaitu:
  - a. Angka Plebitis.
6. Untuk indikator mutu yang belum tercapai dilakukan PDSA dan uji coba bulan Juli sampai dengan bulan September 2019 dan akan dialkukan anlisa dan evaluasi pada bulan Oktober 2019.
7. 12 Indikator nasional sudah diatas dari target Provinsi Jawa Timur.

**H. PENUTUP**

Demikian laporan hasil capaian Indikator Mutu Pelayanan di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang pada Triwulan III 2019 yang dapat kami sampaikan. Semoga laporan ini dapat menjadi bahan pertimbangan dalam meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang.



Dikeluarkan di : Lumajang  
Pada tanggal : 10 Juli 2019

KARUMKIT BHAYANGKARA LUMAJANG

  
dr. SRI HANDAYANI, MMRS

JUN KOMISARIS BESAR POLISI NRP 67100385