



PEMKAB MADIUN



RSUD CARUBAN
Green HOSPITAL

LAPORAN INDIKATOR MUTU TRIBUNAN III TAHUN 2022

RSUD CARUBAN KABUPATEN MADIUN

Rumah yang Nyaman
disaat Sehat maupun Sakit



Profesional, Sepenuh Hati dan Bersahabat



MORE THAN
JUST A CERTIFICATE
ISO 9001 : 2008
Quality Management System



Tim Promkes RSUD CARUBAN

Jl.A.Yani KM 2 Caruban

Telp 0351 383956 - Fax 0351 387184

CARUBAN - MADIUN

Website : www.rsudcaruban.com

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Sesuai dengan misi RSUD Caruban Kabupaten Madiun yaitu untuk meningkatnya mutu pelayanan kesehatan dan rujukan yang profesional, bermutu, beretika, bercirikan modern serta berfokus pada keselamatan dan kepuasan pasien, untuk itu RSUD Caruban Kabupaten Madiun melakukan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien sesuai dengan standar akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan (STARKES). Kegiatan ini dilakukan di setiap unit kerja/instalasi terkait untuk mengukur kinerja pelayanan rumah sakit dan sebagai manajemen kontrol untuk mendukung pengambilan keputusan.

Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD CARUBAN Kabupaten Madiun menetapkan indikator rumah sakit yang sesuai dengan standar Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dari STARKES. Berdasarkan standar PMKP 4, dapat diklarifikasikannya indikator rumah sakit sebagai berikut : 13 indikator mutu nasional, 6 indikator keselamatan pasien , 5 indikator mutu prioritas dan 12 indikator prioritas unit.

Selain pemantauan yang dilakukan oleh instalasi/unit kerja masing-masing, pemantauan juga dilakukan melalui kegiatan validasi data. Penyajian/validasi data merupakan alat penting untuk memahami mutu data mutu dan untuk mencapai tingkat dimana data tersebut cukup menyakinkan bagi para pembuat keputusan. Hitungan keakuratan dilakukan dengan membandingkan data orang pertama dengan orang kedua. Hasil data orang kedua harus $\geq 80\%$ dari data orang pertama untuk dikatakan sebagai data valid.

Laporan ini dibuat untuk mengevaluasi perkembangan hasil pemantauan indikator mutu yang diambil oleh instalasi/unit kerja dari bulan Juli sampai dengan September 2022. Dan dalam laporan ini perbandingan (Benchmark) hasil pemantauan indikator mutu di RSUD Caruban, berdasarkan standar nasional kementerian kesehatan, SPM RS tahun 2008 serta standar dari WHO.

1.2. Tujuan

1.2.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien di RSUD Caruban Kabupaten Madiun.

1.2.2. Tujuan Khusus

- a. Terevaluasinya peningkatan mutu di RSUD Caruban melalui pemantauan 36 (tiga puluh enam) indikator mutu yang telah ditetapkan berdasarkan standar PMKP di tiap-tiap unit dan instalasi terkait.
- b. Terevaluasinya program keselamatan pasien dengan pemantauan Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit (IKP-RS).
- c. Terevaluasinya pelaksanaan program mutu spesifik lain yang dilakukan oleh tim/komite/unit terkait dengan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

- d. Didapatkannya rekomendasi dari Dewan Pengawas mengenai Program Mutu Pelayanan dan Penerapan Keselamatan pasien di RSUD Caruban Kabupaten Madiun.

BAB II
KEGIATAN PEMANTAUAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT
BULAN JULI – SEPTEMBER 2022

2.1. Kegiatan Pokok

Seperti telah dijelaskan diatas, kegiatan pemantauan indikator mutu yang dilaporkan adalah periode Juli-September 2022. Adapun indikator mutu yang dipantau adalah sebagai berikut :

A. INDIKATOR MUTU NASIONAL

- 1) Kecepatan respon terhadap Komplain (KRK)
- 2) Kepatuhan terhadap clinical pathway
- 3) Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap
- 4) Kepatuhan cuci tangan
- 5) Kepatuhan penggunaan formularium nasional bagi rs provider BPJS
- 6) Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium
- 7) Kepatuhan jam visite dokter spesialis
- 8) Penundaan operasi elektif
- 9) Waktu tunggu rawat jalan
- 10) Kepuasan pasien dan keluarga
- 11) Kepatuhan identifikasi pasien
- 12) Kepatuhan penggunaan APD
- 13) Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi

B. INDIKATOR MUTU PRORITAS KESELAMATAN PASIEN

- 1) Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar, dengan indikator kepatuhan indentifikasi pasien
- 2) Meningkatkan Komunikasi yang Efektif, dengan indikator Ketepatan melakukan TBaK (Tulis Baca dan Konfirmasi) saat menerima instruksi verbal melalui telepon;
- 3) Meningkatkan Keamanan Obat-obatan yang harus diwaspadai, dengan indicator Insiden keamanan obat yang perlu diwaspadai;
- 4) Tepat Pasien, Tepat Lokasi, Tepat Prosedur Operasi dengan indicator Tidak dilakukannya penandaan lokasi operasi;
- 5) Mengurangi Resiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan, dengan indicator survey kepatuhan HandHygiene berdasarkan 5 momen ;
- 6) Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh, dengan indicator Kejadian pasien jatuh selama rawat inap.

C. INDIKATOR MUTU PELAYANAN KLINIS PRIORITAS

- 1) Kerusakan sampel Darah
- 2) Kejadian Reaksi Transfusi

D. INDIKATOR MUTU SESUAI SASARAN STRATEGIS RUMAH SAKIT

- 1) Emergency respon time (waktu tanggap pelayanan gawatdarurat ≤ 5 menit)

E. INDIKATOR MUTU TERKAIT PERBAIKAN SISTEM

- 1) Keterlambatan waktu penerimaan obat non racikan

F. INDIKATOR MUTU TERKAIT MANAJEMEN RESIKO

- 1) Pengelolaan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

G. INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT PELAYANAN

- 1) Pelayanan Gawat Darurat dengan indikator Pemberian pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat yang berlaku ATLS /BTLS/ACLS/PPGD
- 2) Pelayanan Rawat Jalan dengan indikator dokter pemberi pelayanan
- 3) Pelayanan Rawat Inap dengan indikator dokter penanggung jawab pasien rawat inap
- 4) Pelayanan Persalinan dan perinatologi dengan indikator Pertolongan Persalinan Sectio Caesaria
- 5) Pelayanan Radiologi, dengan indikator Kesalahan cetak Film pada pemeriksaan Radiologi
- 6) Pelayanan Bedah sentral dengan indikator Kejadian Kematian di Meja Operasi
- 7) Pelayanan Laboratorium dengan indikator Keterlambatan waktu tunggu pelayanan laboratorium
- 8) Pelayanan Farmasi dengan indikator tidak adanya Kejadian kesalahan pemnerian obat
- 9) Pelayanan Gizi dengan indikator Sisa Makanan yang tidak termakan oleh Pasien
- 10) Pelayanan Rekam Medik dengan indikator Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
- 11) Pengelolaan Limbah, dengan infikator Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu (BOD, COD, TSS, PH)
- 12) Pelayanan Laundry dengan indikator Tidak adanya kejadian linen yang hilang yang sesuai dengan baku mutu.

2.2. Rincian Kegiatan

1. Melakukan pemantauan mutu secara berkesinambungan.
2. Melakukan validasi data pemantauan indikator mutu klinik.
3. Melakukan analisa data dengan membuat tabulasi dan interpretasi data mutu.
4. Penyampaian laporan mutu kepada Direktur.
5. Melakukan feed back hasil mutu ke unit kerja.
6. Melakukan perbandingan data dengan rumah sakit lainnya.
7. Menyusun laporan hasil pemantauan indikator mutu.

2.3. Jadwal Kegiatan

1. Melakukan pelaporan hasil pemantauan indikator mutu oleh masing-masing bagian/unit setiap bulan, menyusun program perbaikan mutu dengan teknik PDSA oleh penanggung jawab pengumpul data indikator mutu rumah sakit
2. Melakukan pemantauan mutu secara berkesinambungan.
3. Melakukan validasi data pemantauan indikator mutu klinik secara berkesinambungan.
4. Melakukan analisa data dengan membuat tabulasi dan interpretasi data mutu.
5. Penyampaian laporan mutu kepada Direktur.

6. Melakukan feed back hasil mutu ke unit kerja
7. Melakukan perbandingan data dengan rumah sakit lainnya.
8. Menyusun laporan hasil pemantauan indikator mutu.

2.4. Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dilakukan oleh petugas pengumpul data, kemudian dilakukan rekapitulasi dan analisa oleh penanggungjawab pengumpul data. Hasil analisis tersebut kemudian dilaporkan ke Komite PMKP. Data hasil pemantauan ditulis pada form pemantauan indikator mutu dan dikumpulkan di sekretariat Sub Komite Mutu dengan dilengkapi laporan tindak lanjut program dengan teknik PDSA untuk indikator yang belum sesuai dengan standar yang ditetapkan atau setiap ditemukan suatu permasalahan di setiap unit kerja setiap bulan selambat-lambatnya tanggal 10 bulan berikutnya.

Hasil pengolahan dan analisa data dituangkan dalam laporan tertulis kemudian akan dilaporkan kepada Direktur

BAB III
HASIL KEGIATAN DAN TINDAK LANJUT

3.1. PEMANTAUAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT
3.1.1. INDIKATOR MUTU NASIONAL

NO	INDIKATOR												
1	<p>Kecepatan respon terhadap Komplain (KRK)</p> <p>Formula = $\frac{\text{Jumlah KKM, KKK, KKH yang sudah dtanggapi dan ditindaklanjuti}}{\text{Jumlah seluruh KKM, KKK, dan KKH}}$</p> <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin: 10px auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>JULI</th> <th>AGT</th> <th>SEPT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>—◆— TARGET</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>—■— capaian (num/denumx100%)</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p>Analisa Pembahasan : Secara keseluruhan rata-rata pencapaian pelaksanaan kegiatan respon terhadap komplain dari bulan Juli s/d September 2022 telah memenuhi standar dengan tingkat capaian 100 %. Baik pada pengaduan dengan kriteria Merah, Kuning, Hijau . Pembahasan komplain (kritik dan saran) beserta tindaklanjutnya dilakukan setiah hari Rabu setiap Minggu .Adapun komplain terkait dengan ; a. Waktu tunggu Pelayanan loket rawat jalan b. Keramahan petugas pelayanan loket rawat jalan</p>		JULI	AGT	SEPT	—◆— TARGET	80%	80%	80%	—■— capaian (num/denumx100%)	100%	100%	100%
	JULI	AGT	SEPT										
—◆— TARGET	80%	80%	80%										
—■— capaian (num/denumx100%)	100%	100%	100%										
2	<p>Kepatuhan terhadap clinical pathway</p> <p>Formula = $\frac{\text{Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan clinical pathway}}{\text{Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada clinical pathway yang diobservasi}}$</p> <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin: 10px auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>JULI</th> <th>AGT</th> <th>SEPT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>—◆— TARGET</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>—■— capaian (num/denumx100%)</td> <td>50%</td> <td>50%</td> <td>75%</td> </tr> </tbody> </table> </div>		JULI	AGT	SEPT	—◆— TARGET	80%	80%	80%	—■— capaian (num/denumx100%)	50%	50%	75%
	JULI	AGT	SEPT										
—◆— TARGET	80%	80%	80%										
—■— capaian (num/denumx100%)	50%	50%	75%										

Analisa Pembahasan :

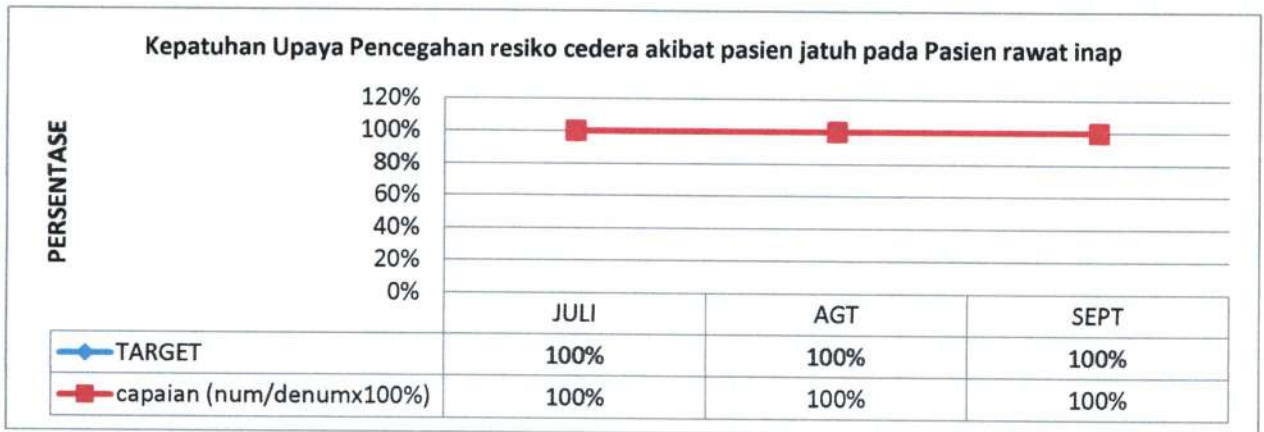
Berdasarkan grafik diatas selama Juli-September tahun 2022 rata-rata kepatuhan terhadap Clinical Pathways sebesar 58,33 % sehingga belum memenuhi standar (standar > 80 %). Akan tetapi pada tiap bulan sudah menunjukkan trend kenaikan kepatuhan terhadap clinical Pathways. Untuk bulan September capaian kepatuhan terhadap clical pathways sebesar 75 %.

Ketidakpatuhan petugas pemberi Asuhan Pelayanan belum mematuhi pelaksanaan clinical Pathway serta keterbatasan SDM apoteker dalam melaksanakan asuhan farmasi

3 Kepatuhan Upaya Pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh pada Pasien rawat inap

Formula

$$\frac{\text{Jumlah kasus yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan pasien jatuh}}{\text{Jumlah kasus yang berisiko jatuh}}$$



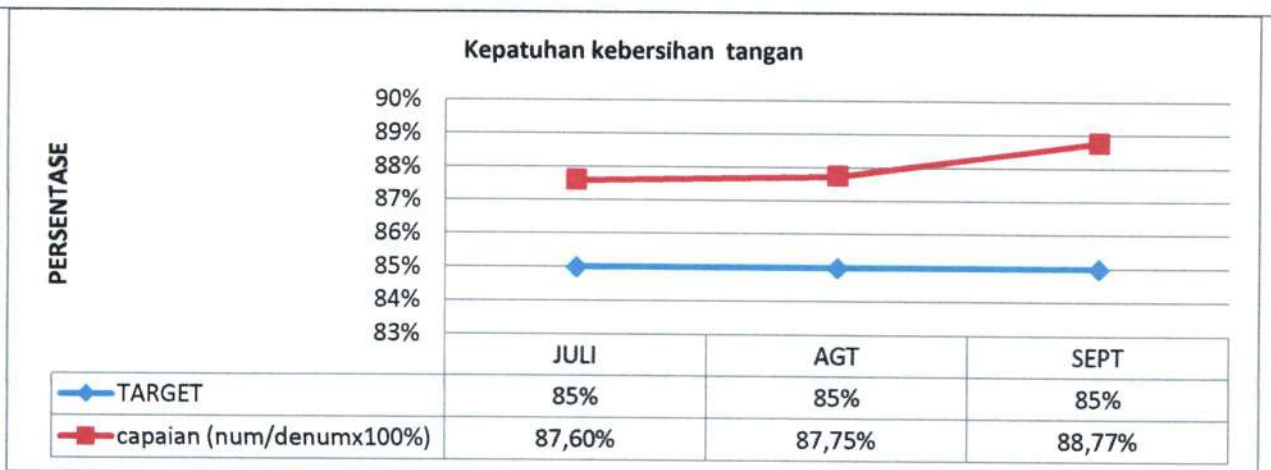
Analisa Pembahasan :

Selama periode Juli-September tahun 2022 pada unit pelayanan telah melakukan upaya berupa Asesmen awal risiko jatuh, Asesmen ulang risiko jatuh, Edukasi pencegahan pasien jatuh. Dengan tingkat capaian upaya pencegahan resiko jatuh sebesar 100 % (telah memenuhi standar = 100 %)

4 Kepatuhan Cuci Tangan

Formula

$$\frac{\text{Total kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Peluang kebersihan tangan}}$$



Analisa Pembahasan :

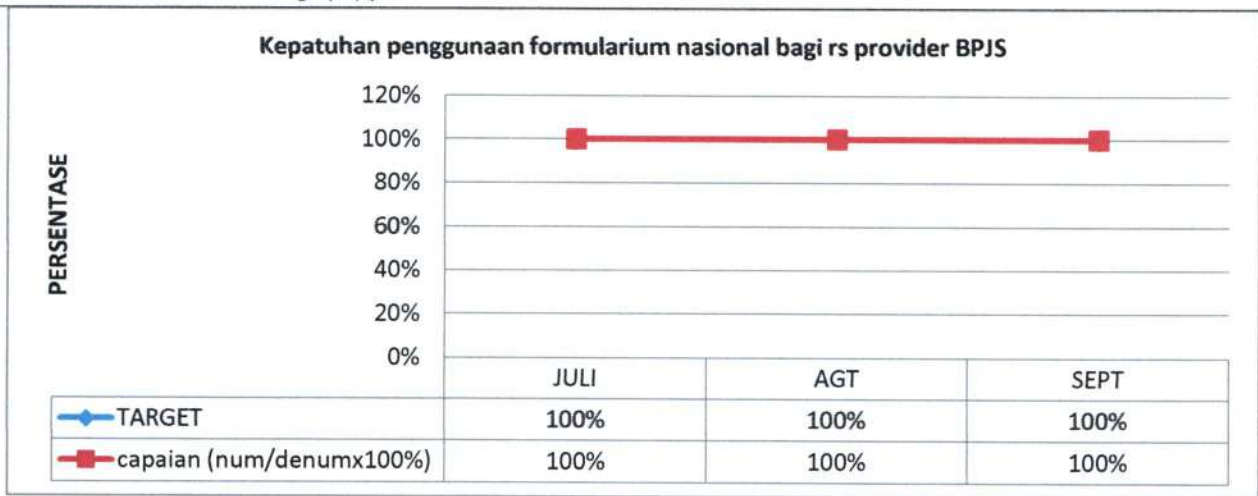
Dari hasil survey kepatuhan kebersihan tangan secara rata-rata pada periode Juli-September tahun 2022 sebesar 88,03 %. Jika dibandingkan dengan standar > 85 %, maka capaian ini sudah memenuhi standar. Akan tetapi pada triwulan pertama capaian indikator masih belum memenuhi standar. Pada bulan Juli capaian kebersihan tangan masih dibawah standar dengan capaian sebesar 79,12 %, bulan Pebruari sebesar 80,74 % serta Maret sebesar 84,79 %.

5 Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi RS Provider BPJS

Formula

Jumlah resep (R/) yang patuh dengan formularium nasional

Jumlah seluruh resep (R/)



Analisa Pembahasan :

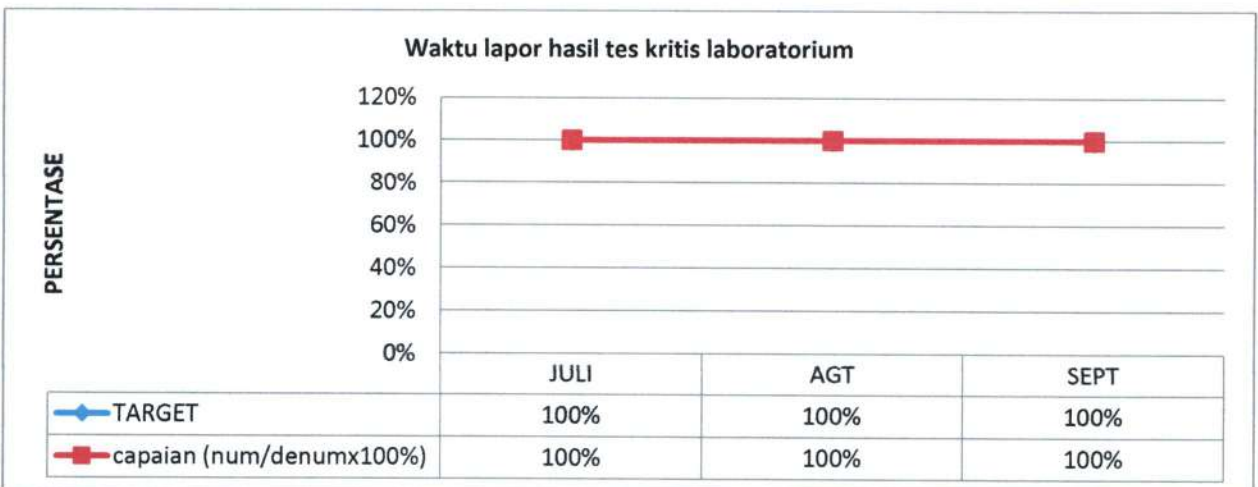
Selama periode Juli-September tahun 2022 pada unit pelayanan telah patuh terhadap penggunaan formularium nasional. Dengan tingkat capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional sebesar 100 % (telah memenuhi standar = 100 %). Capaian ini didukung oleh adanya system E-Resep yang telah diterapkan di unit pelayanan (IGD, Rawat Jalan, Rawat Inap).

6 Waktu Laporan Hasil Tes Kritis laboratorium

Formula

Jumlah pemeriksaan laboratorium kritis yang dilaporkan < 30 menit

Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium kritis



Analisa Pembahasan :

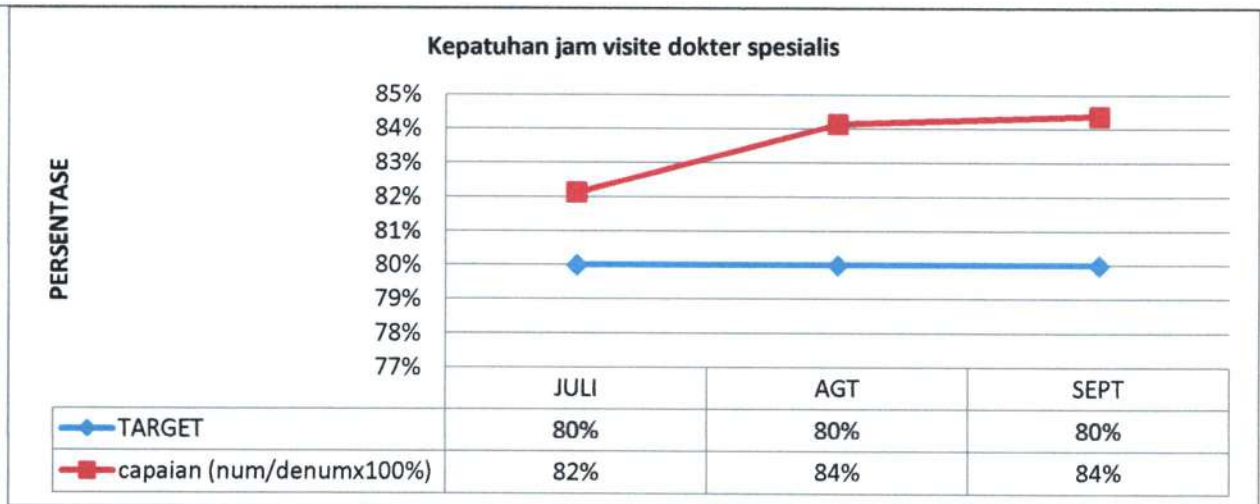
Selama periode Juli-September tahun 2022 waktu lapor hasil tes kritis laboratorium telah dilaporkan < 30 menit sesuai SPO yang telah ditetapkan. Dengan tingkat capaian indikator telah memenuhi standar sebesar 100 % (standar = 100%). Capaian ini didukung oleh koordinasi yang baik antara petugas laboratorium dan petugas ruangan pelayanan

7 Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis

Formula

Jumlah visite dokter spesialis sebelum jam 14:00 pada hari berjalan

Jumlah visite dokter spesialis pada hari berjalan



Analisa Pembahasan :

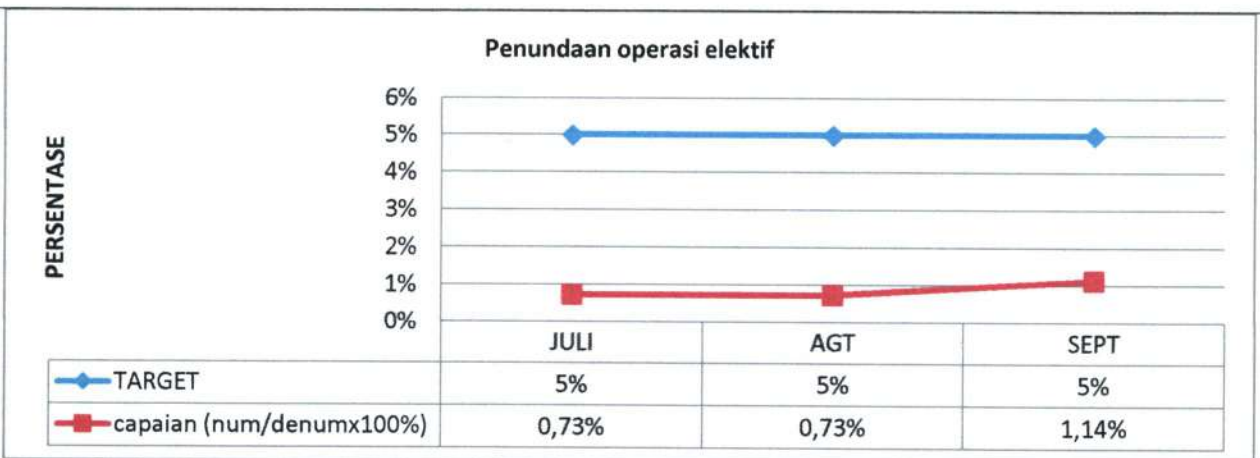
Selama periode Juli-September tahun 2022 capaian indikator kepatuhan jam visite spesialis secara rata-rata sebesar 83,55 %. Capaian kinerja indikator ini telah memenuhi standar yang telah ditetapkan (standar > 80 %) dan menunjukkan trend kenaikan pada setiap bulannya. Belum terpenuhinya capaian kepatuhan visite sampai dengan 100 % dikarenakan adanya hari libur nasional selama periode tahun 2022, sehingga dokter DPJP tidak melakukan visite.

8 Penundaan operasi elektif

Formula

Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam

Jumlah pasien operasi elektif



Analisa Pembahasan :

Selama periode Juli-September tahun 2022 capaian indikator penundaan operasi elektif >1 jam selama setahun sebesar 0,87 %. Capaian kinerja indikator ini telah memenuhi standar yang telah ditetapkan (standar < 5 %). Hal ini dikarenakan mendahulukan operasi emergency

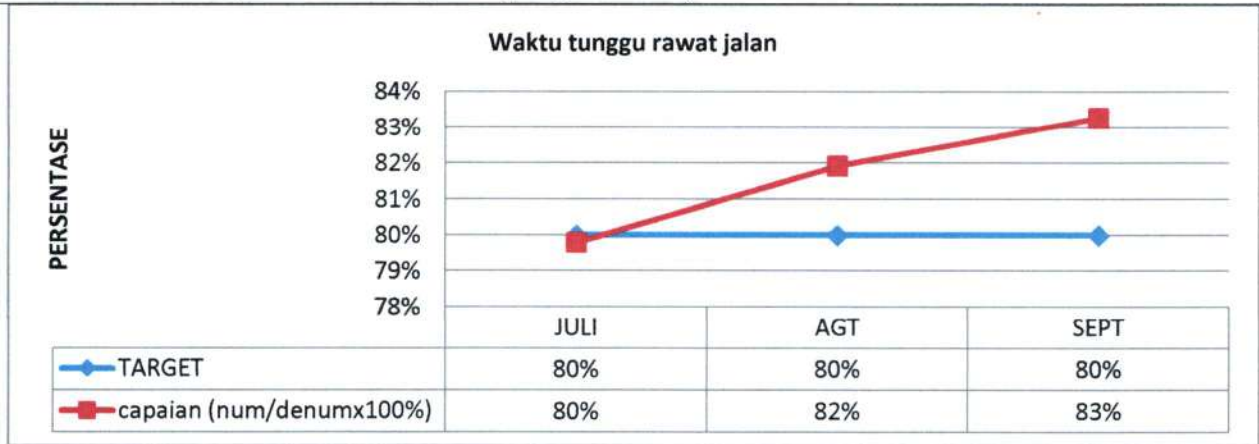
9

Waktu tunggu Rawat Jalan

Formula

Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei

Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei



Analisa Pembahasan :

Selama periode Juli-September tahun 2022 capaian indikator waktu tunggu rawat jalan secara rata-rata sebesar 81,66 %. Capaian kinerja indikator ini sudah memenuhi standar yang telah ditetapkan (standar > 80 %).

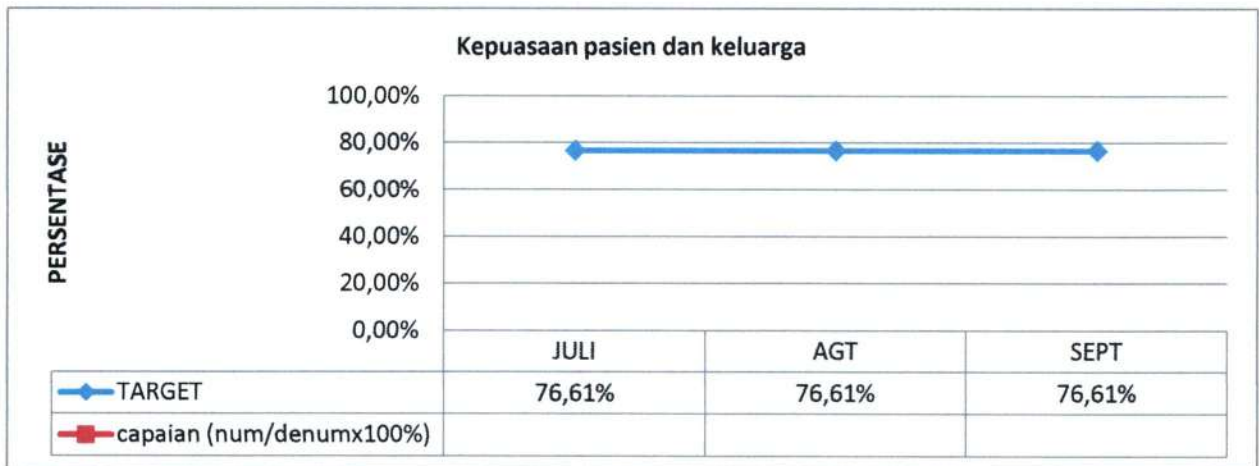
10

Kepuasan pasien dan keluarga

Formula

Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam %)

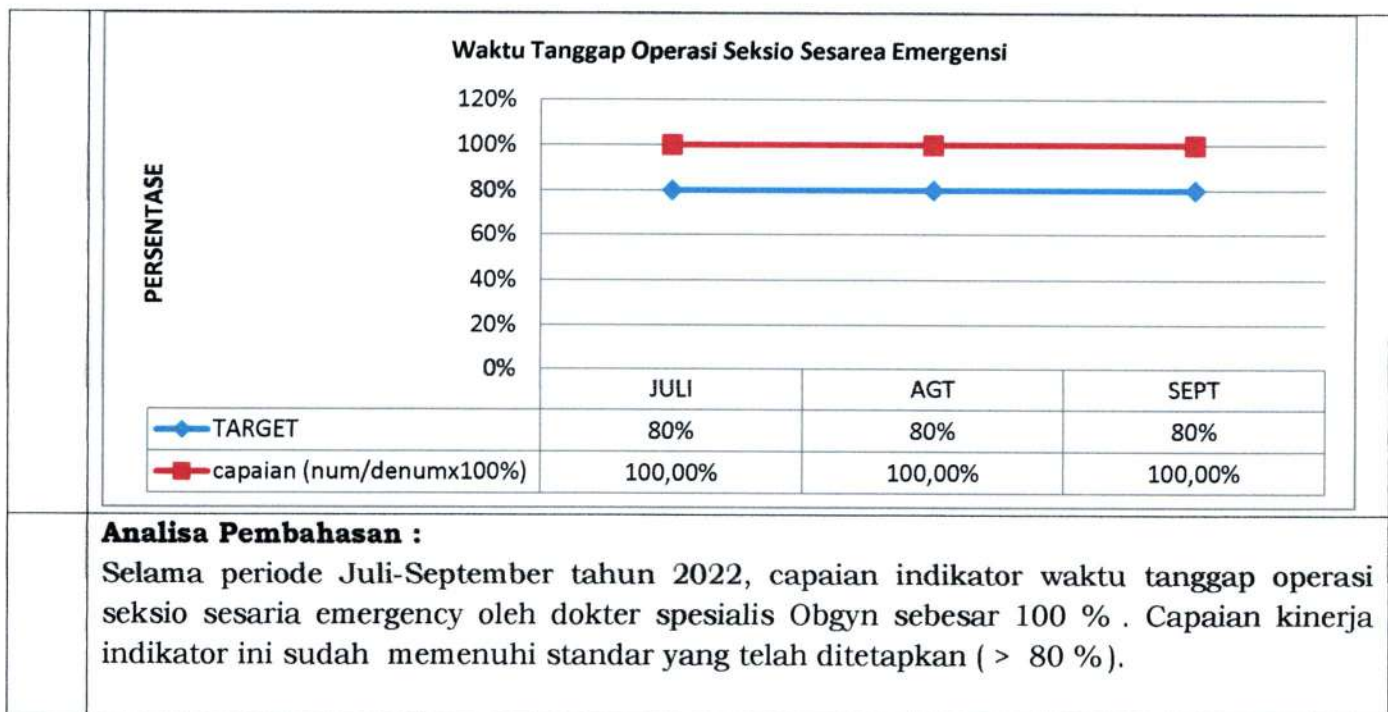
Skala Maksimal Penilaian IKM. Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)



Analisa Pembahasan :

Survey Kepuasan pasien dilakukan setiap tahun sekali dan direncanakan pada bulan desember 2022 . Sehingga sampai dengan triwulan III belum dilakukan Survey IKM

11	Kepatuhan identifikasi pasien												
	<p>Formula</p> <p>Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi</p> <hr/> <p>Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi</p>												
	<div style="text-align: center;"> <p>Kepatuhan identifikasi pasien</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>JULI</th> <th>AGT</th> <th>SEPT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>—◆— TARGET</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>—■— capaian (num/denumx100%)</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> </div>		JULI	AGT	SEPT	—◆— TARGET	100%	100%	100%	—■— capaian (num/denumx100%)	100%	100%	100%
	JULI	AGT	SEPT										
—◆— TARGET	100%	100%	100%										
—■— capaian (num/denumx100%)	100%	100%	100%										
	<p>Analisa Pembahasan :</p> <p>Selama periode Juli-September tahun 2022, capaian indikator kepatuhan identifikasi pasien oleh pemberi pelayanan sebesar 100 % . Capaian kinerja indikator ini sudah memenuhi standar yang telah ditetapkan (standar 100 %).</p>												
12	Kepatuhan Penggunaan APD												
	<p>Formula :</p> <p>Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi</p> <hr/> <p>Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi</p>												
	<div style="text-align: center;"> <p>Kepatuhan penggunaan APD</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>JULI</th> <th>AGT</th> <th>SEPT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>—◆— TARGET</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>—■— capaian (num/denumx100%)</td> <td>92%</td> <td>95%</td> <td>96%</td> </tr> </tbody> </table> </div>		JULI	AGT	SEPT	—◆— TARGET	100%	100%	100%	—■— capaian (num/denumx100%)	92%	95%	96%
	JULI	AGT	SEPT										
—◆— TARGET	100%	100%	100%										
—■— capaian (num/denumx100%)	92%	95%	96%										
	<p>Analisa Pembahasan :</p> <p>Berdasarkan grafik diatas bahwa angka kepatuhan penggunaan APD selama periode Juli-September tahun 2022 secara rata-rata sebesar 94 % . Capaian kinerja diatas sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (Standar = 100 %). Hal ini dikarenakan ketidakpatuhan petugas menggunakan APD</p>												
13	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi												
	<p>Formula :</p> <p>Jumlah pasien yang diputuskan Tindakan seksio sesarea emergensi kategori 1 (satu) yang mendapatkan Tindakan seksio sesarea emergensi ≤ 30 menit</p> <hr/> <p>Jumlah pasien yang diputuskan Tindakan seksio sesarea emergensi kategori 1</p>												



3.1.2. INDIKATOR MUTU PRIORITAS SASARAN KESELAMATAN PASIEN

NO	INDIKATOR												
1	Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar, dengan indikator kepatuhan indentifikasi pasien												
	Formula : <u>Jumlah proses yang telah dilakukan identifikasi secara benar</u> Jumlah proses pelayanan yang di observasi												
	<p style="text-align: center;">Kepatuhan identifikasi pasien</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>JULI</th> <th>AGT</th> <th>SEPT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TARGET</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>capaian (num/denumx100%)</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>		JULI	AGT	SEPT	TARGET	100%	100%	100%	capaian (num/denumx100%)	100%	100%	100%
	JULI	AGT	SEPT										
TARGET	100%	100%	100%										
capaian (num/denumx100%)	100%	100%	100%										
	Analisa Pembahasan : Selama periode Juli-September tahun 2022, capaian indikator kepatuhan identifikasi pasien pada proses pelayanan sebesar 100 % . Capaian kinerja indikator ini sudah memenuhi standar yang telah ditetapkan (standar 100 %).												
2	Meningkatkan Komunikasi yang Efektif, dengan indikator Ketepatan melakukan TBaK (Tulis Baca dan Konfirmasi) saat menerima instruksi verbal melalui telepon;												
	Formula : <u>Jumlah komunikasi lisan via telepon yang dikonfirmasi dan ditandatangani oleh petugas kesehatan dalam waktu 1 x 24 jam dalam 1 bulan</u> Jumlah seluruh komunikasi lisan via telepon dalam bulan yang sama periode observasi												

Ketepatan melakukan TBaK (Tulis Baca dan Konfirmasi) saat menerima instruksi verbal melalui telepon



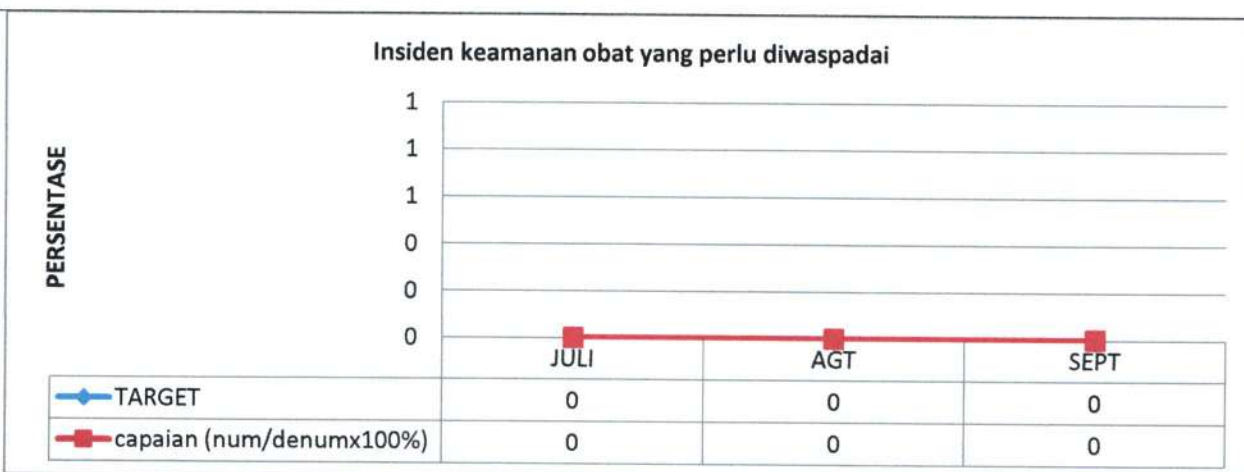
Analisa Pembahasan :

Selama periode Juli-September tahun 2022 capaian indikator Ketepatan melakukan TBaK (Tulis Baca dan Konfirmasi) saat menerima instruksi verbal melalui telepon yang harus diverifikasi dalam waktu 1x 24 jam secara rata-rata sebesar 83,55 %. Capaian kinerja indikator ini belum memenuhi standar yang telah ditetapkan (standar 100 %). Akan tetapi pada setiap bulannya telah menunjukkan trend kenaikan. Belum terpenuhinya capaian indikator tersebut dikarenakan adanya hari libur nasional selama periode tahun 2022, sehingga dokter DPJP belum dapat melakukan verifikasi atas instruksi verbal melalui telepon dalam kurun waktu 1 x 24 jam setelah memberikan instruksi.

3 Meningkatkan Keamanan Obat-obatan yang harus diwaspadai, dengan indicator Insiden keamanan obat yang perlu diwaspadai;

Formula :

Jumlah total insiden/kejadian kesalahan yang terkait dengan keamanan obat-obatan yang perlu diwaspadai dalam bulan tersebut



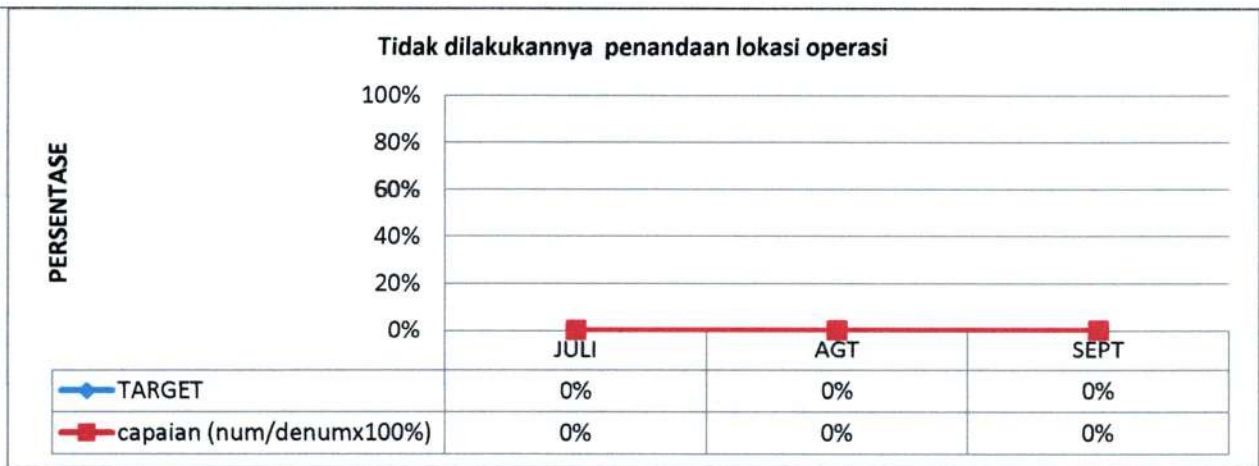
Selama periode Juli-September tahun 2022 capaian indikator insiden keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert) telah memenuhi standar yaitu sebesar 0 % .

4 Tepat Pasien, Tepat Lokasi, Tepat Prosedur Operasi dengan indicator Tidak dilakukannya penandaan lokasi operasi;

Formula :

Jumlah kejadian tidak dilakukannya penandaan lokasi operasi pada semua kasus operasi yang harus dilakukan penandaan lokasi operasi per bulan.

Jumlah semua kasus operasi yang harus dilakukan penandaan lokasi operasi dalam bulan tersebut.



Analisa Pembahasan :

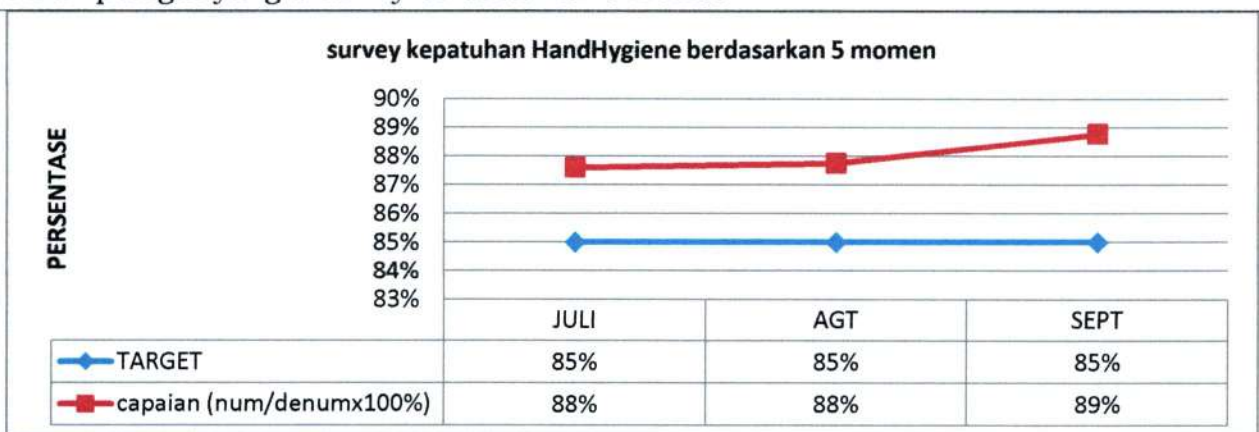
Selama periode Juli-September tahun 2022 capaian indikator insiden tidak dilakukannya penandaan lokasi operasi telah memenuhi standar yaitu sebesar 0 %.

5 Mengurangi Resiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan, dengan indicator survey kepatuhan HandHygiene berdasarkan 5 momen ;

Formula

Jumlah petugas yang patuh Hand hygiene berdasarkan 5 moment

Jumlah petugas yang disurvey berdasarkan 5 momet



Analisa Pembahasan :

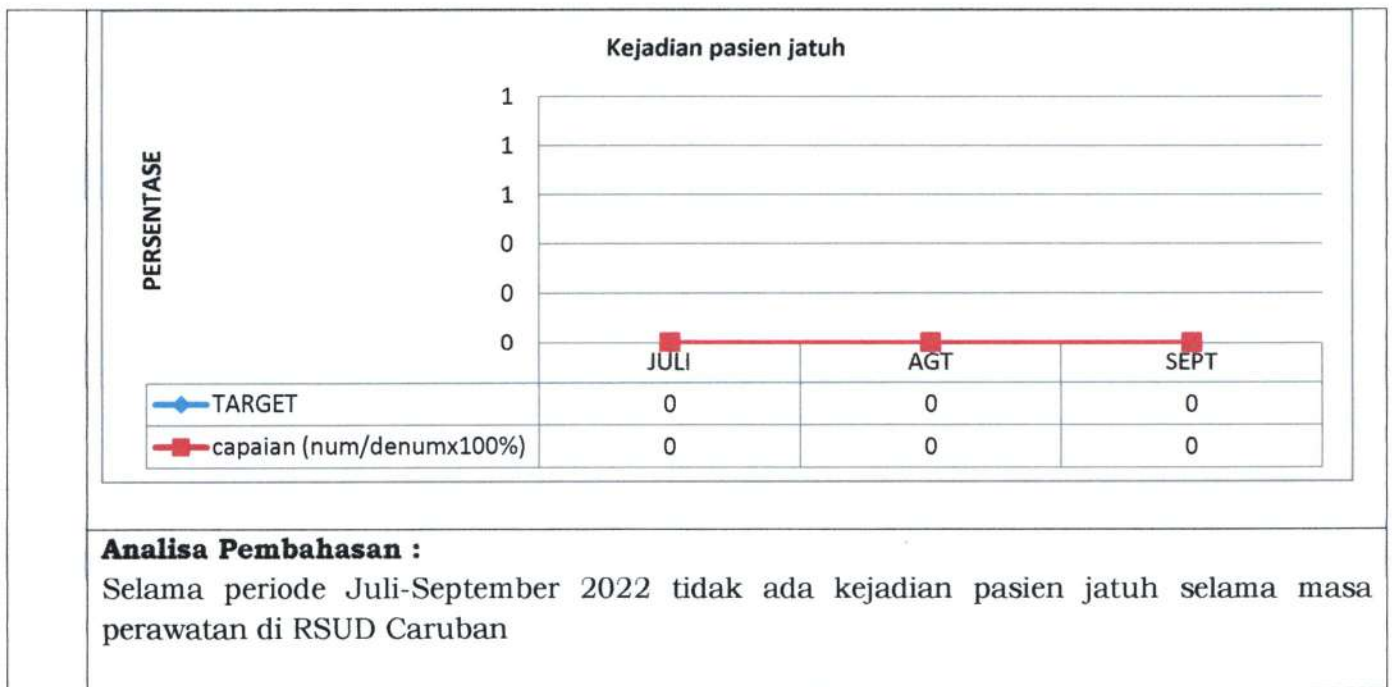
Dari hasil survey kepatuhan kebersihan tangan secara rata-rata pada triwulan III tahun 2022 sebesar 88,03 % . Jika dibandingkan dengan standar > 85 %, maka capaian ini sudah memenuhi standar. Akan tetapi pada triwulan pertama capaian indikator masih belum memenuhi standar. Pada bulan Juli capaian kebersihan tangan masih dibawah standar dengan capaian sebesar 79,12%, bulan Pebruari sebesar 80,74 % serta Maret sebesar 84,79 % . Akan tetpi mulai bulan Mei 2022 sudah menunjukkan adanya kepatuhan kebersihan tangan.

Capaian indikator masih belum memenuhi target terutama pada tribulan pertama disebabkan kurangnya kesadaran akan pentingnya 6 langkah kebersihan tangan pada petugas pelayanan

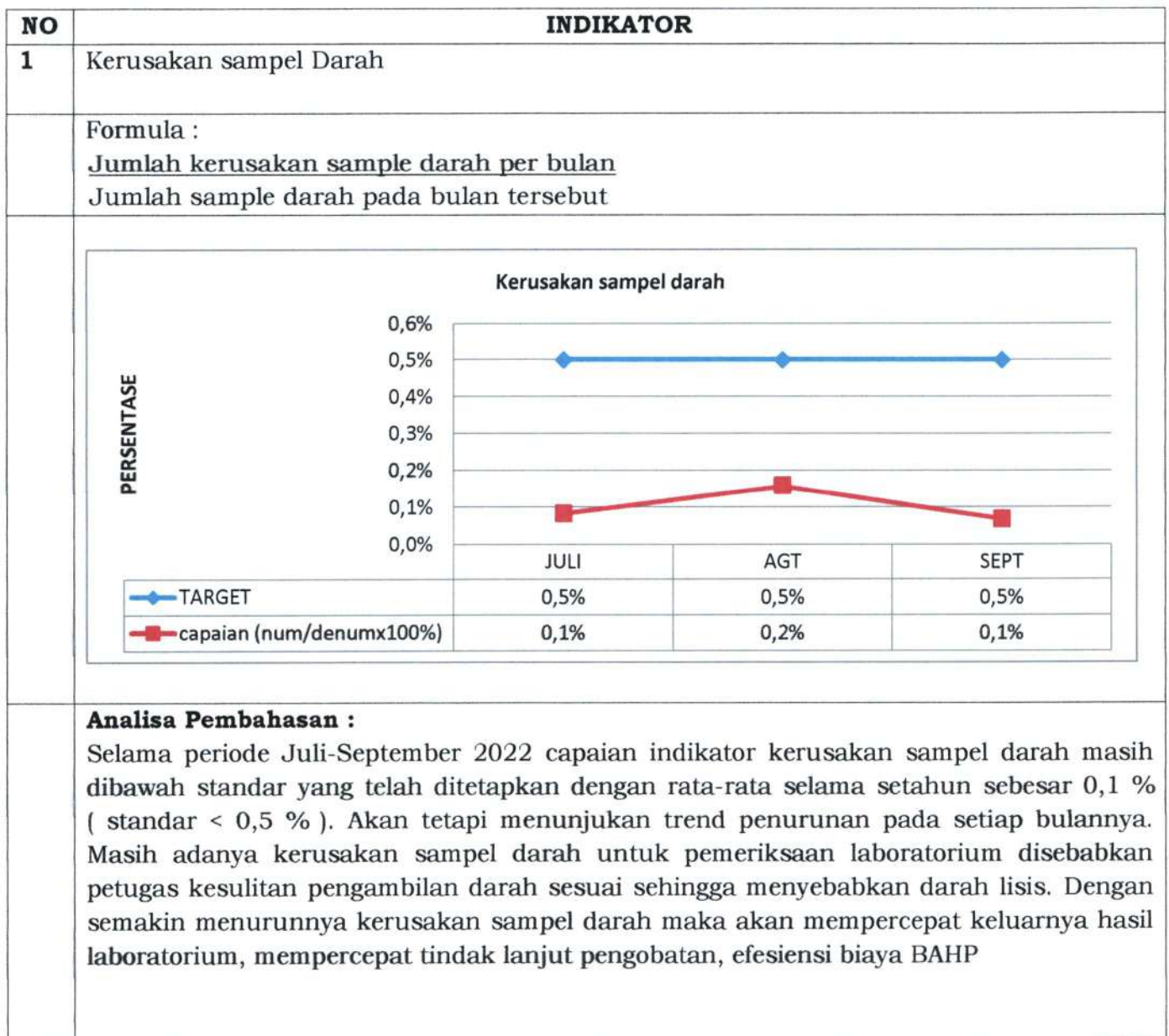
6 Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh, dengan indicator Kejadian pasien jatuh selama rawat inap.

Formula :

Jumlah insiden pasien jatuh dalam bulan tersebut



3.1.3. INDIKATOR MUTU PELAYANAN KLINIS PRIORITAS



2	Kejadian Reaksi Transfusi												
Formula : $\frac{\text{Jumlah kasus reaksi transfusi darah per hari}}{\text{Jumlah total kasus pemasangan transfusi darah (kantong darah) di hari tersebut}}$													
<div style="text-align: center;">Kejadian reaksi transfusi</div> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>JULI</th> <th>AGT</th> <th>SEPT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TARGET</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>capaian (num/denumx100%)</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>			JULI	AGT	SEPT	TARGET	0%	0%	0%	capaian (num/denumx100%)	0%	0%	0%
	JULI	AGT	SEPT										
TARGET	0%	0%	0%										
capaian (num/denumx100%)	0%	0%	0%										
Analisa Pembahasan : Selama periode Juli - September 2022 capaian indikator kejadian reaksi transfusi sudah sesuai standar yang telah ditetapkan													

3.1.4 INDIKATOR MUTU SESUAI SASARAN STRATEGIS RUMAH SAKIT

NO	INDIKATOR												
1	Emergency respon time (waktu tanggap pelayanan gawatdarurat ≤ 5 menit)												
Formula : $\frac{\text{Jumlah pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat yang mendapatkan pelayanan kegawatdaruratannya dalam waktu } \leq 5 \text{ menit}}{\text{Jumlah seluruh pasien pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat yang mendapatkan pelayanan kegawatdaruratan di rumah sakit tersebut}}$													
<div style="text-align: center;">Emergency respon time (waktu tanggap pelayanan gawatdarurat ≤ 5 menit)</div> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>JULI</th> <th>AGT</th> <th>SEPT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TARGET</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>capaian (num/denumx100%)</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>			JULI	AGT	SEPT	TARGET	100%	100%	100%	capaian (num/denumx100%)	100%	100%	100%
	JULI	AGT	SEPT										
TARGET	100%	100%	100%										
capaian (num/denumx100%)	100%	100%	100%										
Analisa Pembahasan : Selama periode Juli-September 2022, Emergency respon time (waktu tanggap pelayanan gawatdarurat ≤ 5 menit) oleh dokter IGD sudah memenuhi standar yang telah ditetapkan (standar = 100 %). Capaian kinerja ini didukung 10 dokter dengan pembagian 3 shif													

3.1.5 INDIKATOR MUTU TERKAIT PERBAIKAN SISTEM

NO	INDIKATOR												
1	Keterlambatan waktu penerimaan obat non racikan)												
	<p>Formula :</p> <p><u>Jumlah pasien rawat jalan yang menerima obat non racikan > 30 menit</u> Jumlah pasien rawat jalan yang menerima obat non racikan dalam bulan tersebut</p>												
	<div style="text-align: center;"> <p>Keterlambatan waktu penerimaan obat non racikan)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>JULI</th> <th>AGT</th> <th>SEPT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>—◆— TARGET</td> <td>3%</td> <td>3%</td> <td>3%</td> </tr> <tr> <td>—■— capaian (num/denumx100%)</td> <td>11%</td> <td>11%</td> <td>12%</td> </tr> </tbody> </table> </div>		JULI	AGT	SEPT	—◆— TARGET	3%	3%	3%	—■— capaian (num/denumx100%)	11%	11%	12%
	JULI	AGT	SEPT										
—◆— TARGET	3%	3%	3%										
—■— capaian (num/denumx100%)	11%	11%	12%										
	<p>Analisa Pembahasan :</p> <p>Selama periode Juli - September 2022 capaian indikator keterlambatan waktu penerimaan obat non racikan masih belum sesuai standar yang telah ditetapkan dengan rata-rata selama setahun sebesar 11,13 % (standar < 3 %). Hal ini disebabkan jumlah personil belum seimbang dengan jumlah pasien rawat jalan.</p>												

3.1.6 INDIKATOR MUTU TERKAIT MANAJEMEN RESIKO

NO	INDIKATOR												
1	Pengelolaan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan												
	<p>Formula :</p> <p><u>Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional</u> Jumlah limbah padat yang diterima dalam 1 bulan</p>												
	<div style="text-align: center;"> <p>Pengelolaan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>JULI</th> <th>AGT</th> <th>SEPT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>—◆— TARGET</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>—■— capaian (num/denumx100%)</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> </div>		JULI	AGT	SEPT	—◆— TARGET	100%	100%	100%	—■— capaian (num/denumx100%)	100%	100%	100%
	JULI	AGT	SEPT										
—◆— TARGET	100%	100%	100%										
—■— capaian (num/denumx100%)	100%	100%	100%										
	<p>Analisa Pembahasan :</p> <p>Selama periode Juli-September 2022, capaian indikator pengelolaan limbah padat berbahaya sesuai aturan sudah sesuai standar (standar = 100 %). Pengelolaan Limbah padat yang dilakukan berupa :</p>												

- a. Telah dilakukan pemilahan antara sampah medis dan non medis sesuai SPO
- b. Pengolahan dan pengangkutan sampah medis oleh pihak ketiga yang sudah berstandar.

3.1.7. INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT PELAYANAN

NO	INDIKATOR												
1	<p>Pelayanan Instalasi Gawat Darurat</p> <p>Pemberian pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat yang berlaku ATLS /BTLS/ACLS/PPGD</p> <p>Formula <u>Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS</u> Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan</p> <div data-bbox="232 715 1482 1166"> <p style="text-align: center;">Pemberian pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat yang berlaku ATLS /BTLS/ACLS/PPGD</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>JULI</th> <th>AGT</th> <th>SEPT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>—●— TARGET</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>—■— capaian (num/denumx100%)</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p>Analisa Pembahasan : Selama periode Juli-September 2022, capaian indikator Pemberian pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat yang berlaku ATLS /BTLS/ACLS/PPGD sudah sesuai aturan sudah sesuai standar (standar = 100 %). Semua petugas pelayanan (45 orang) di IGD telah memiliki sertifikat ATLS /BTLS/ACLS/PPGD</p>		JULI	AGT	SEPT	—●— TARGET	100%	100%	100%	—■— capaian (num/denumx100%)	100%	100%	100%
	JULI	AGT	SEPT										
—●— TARGET	100%	100%	100%										
—■— capaian (num/denumx100%)	100%	100%	100%										
2	<p>Pelayanan Rawat Jalan</p> <p>Dokter Pemberi Pelayanan</p> <p>Formula <u>jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu 1 bulan</u> jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu 1 bulan</p>												
	<div data-bbox="232 1758 1482 2237"> <p style="text-align: center;">DOKTER PEMBERI PELAYANAN</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>JULI</th> <th>AGT</th> <th>SEPT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>—●— TARGET</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>—■— capaian (num/denumx100%)</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> </div>		JULI	AGT	SEPT	—●— TARGET	100%	100%	100%	—■— capaian (num/denumx100%)	100%	100%	100%
	JULI	AGT	SEPT										
—●— TARGET	100%	100%	100%										
—■— capaian (num/denumx100%)	100%	100%	100%										

Analisa Pembahasan :

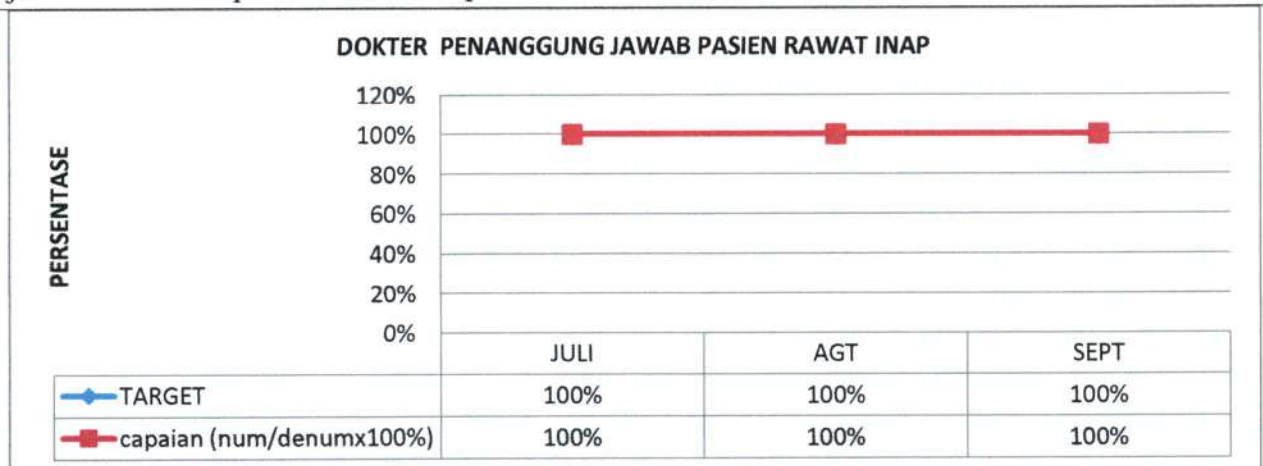
Selama periode Juli-September 2022, capaian indikator dokter pemberi pelayanan di rawat jalan sudah sesuai standar (standar = 100 %). Semua poli spesialis dan poli umum telah dilakukan oleh dokter umum bagi poli umum dan dokter spesialis bagi poli spesialis sesuai SPO

3 Pelayanan Rawat Inap

DOKTER PENANGGUNG JAWAB PASIEN RAWAT INAP

Formula

jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan



Analisa Pembahasan :

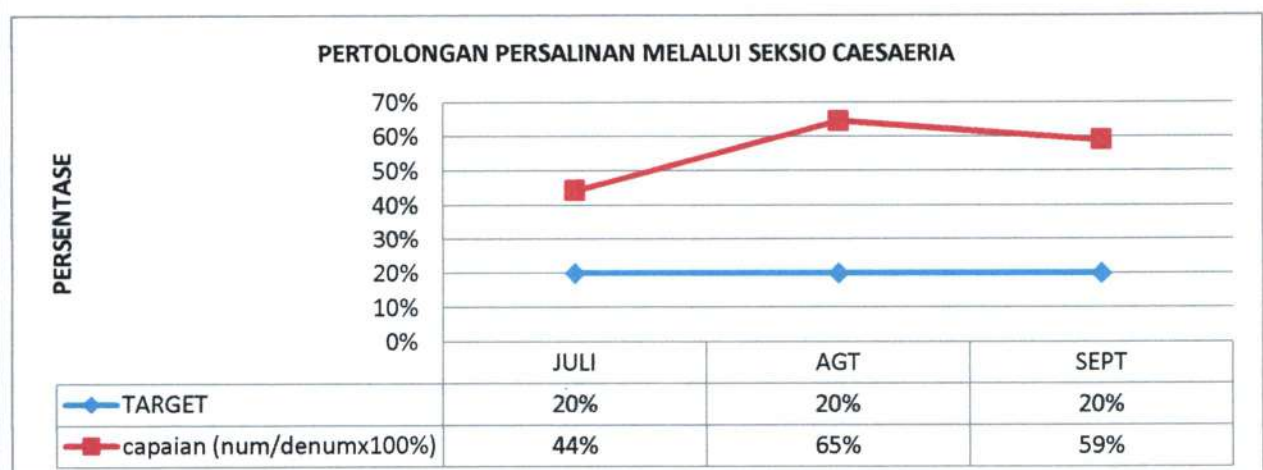
Selama periode Juli-September 2022, capaian indikator dokter penanggung jawab pasien rawat inap sudah sesuai standar dengan capaian indikator 100 % (standar = 100 %). Artinya bahwa semua pasien rawat inap telah dirawat oleh DPJP.

4 Pelayanan Persalinan dan Perinatologi

PERTOLONGAN PERSALINAN MELALUI SEKSIO CAESAERIA

Formula :

jumlah persalinan dengan seksio caesar dalam 1 bulan
jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan



Analisa Pembahasan :

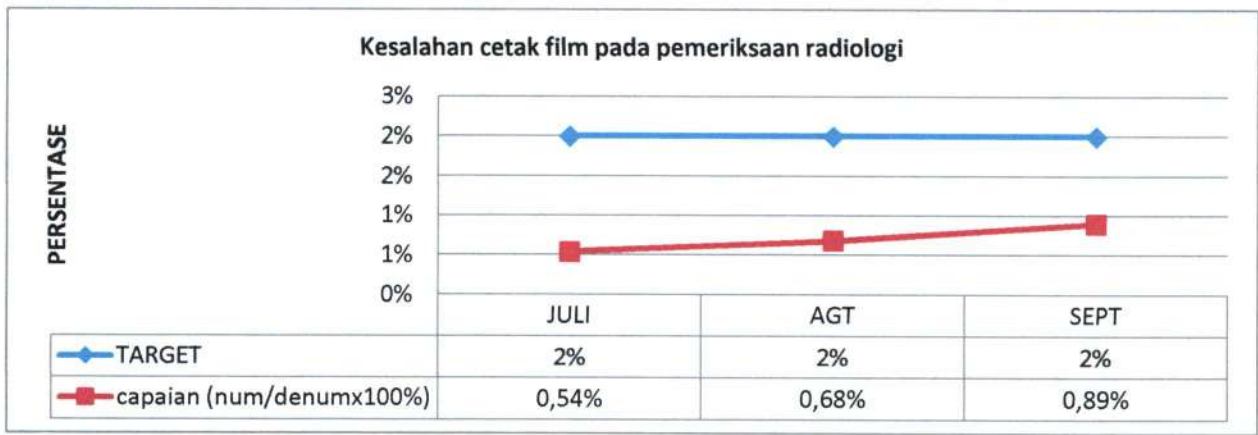
Secara keseluruhan rata –rata pencapaian indikator Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria di RSUD Caruban tidak sesuai standar yang telah ditetapkan pada setiap bulan

during the period of July-September 2022. Generally, the achievement level does not meet the standard (standard < 20 %). In August 2022, performance achievement reached the highest during the year 2022, namely as large as 65 %. This is still caused by RSUD Caruban as a reference, with the most patients who undergo procedures with Sectio Caesaria with indications of History SC, Pre eclampsia, Failed Induction, At the patient's request

5 Pelayanan Radiologi

Problem of film printing in radiology examination

Formula
Jumlah kesalahan cetak film pemeriksaan radiologi perbulan
Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi dalam bulan tersebut



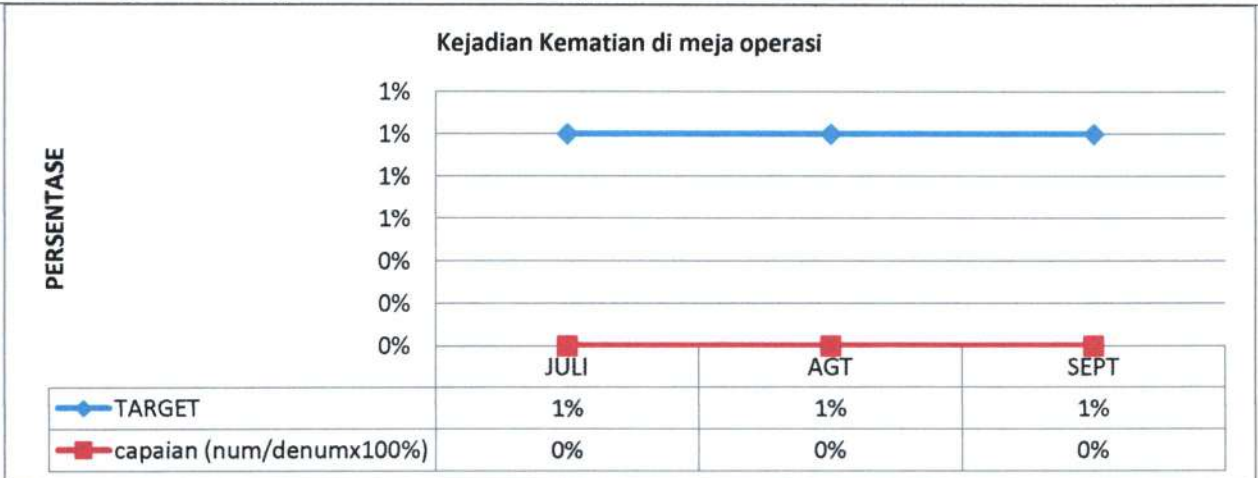
Analisa Pembahasan :

Based on the graph related to the measurement of the indicator of film printing errors in radiology examination during the period of July-September 2022, it is still below the standard that has been set (< 2 %) with an average achievement of film printing errors during July-September 2022 as large as 0,8 %. If looked at the trend of achievement indicators, a decrease has occurred. The existence of film printing errors is still caused by trouble with the printing equipment and the presence of student practice.

6 Pelayanan Bedah Sentral

Operative table death incident

Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan
Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan



Analisa Pembahasan :

Berdasarkan grafik terkait pengukuran indikator kejadian kematian di meja operasi selama periode bulan Juli-September 2022 sudah sesuai standar dengan capaian 0 % (Standar = 0 %). artinya selama tahun 2022 tidak ada kejadian kematian karena operasi

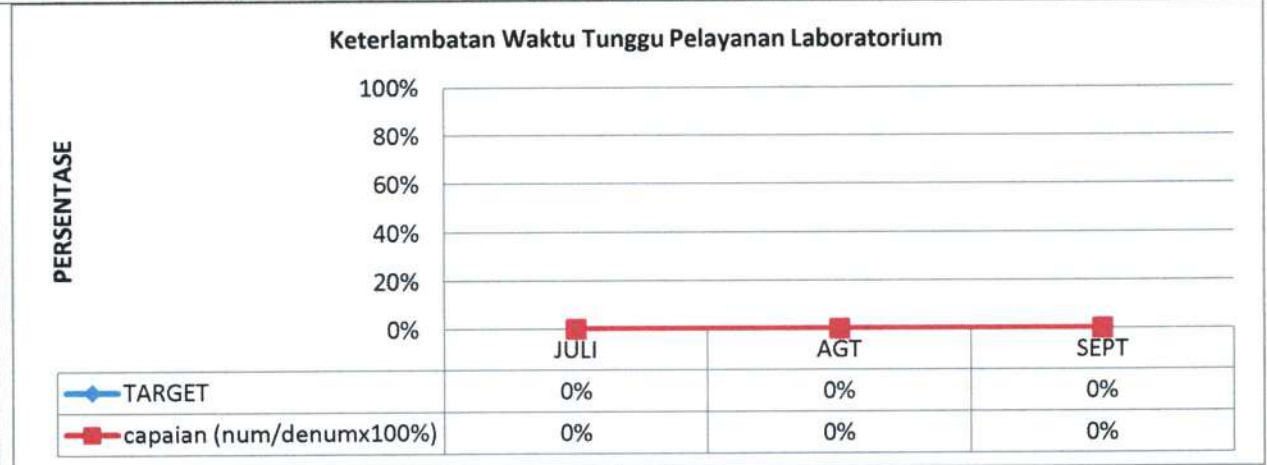
7 Pelayanan Laboratorium

Keterlambatan Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium

Formula :

Jumlah pasien yang terlambat menerima hasil laboratorium > 140 menit

Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut.



Analisa Pembahasan :

Berdasarkan grafik terkait pengukuran indikator keterlambatan waktu tunggu pelayanan laboratorium (< 140 menit) selama periode bulan Juli-September 2022 sudah sesuai standar dengan capaian 0 % (Standar = 0 %). artinya selama tahun 2022 tidak keterlambatan waktu tunggu pelayanan laboratorium. Rata-rata pasien menerima hasil laboratorium selama 60 menit

8 Pelayanan Farmasi

Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat

Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei



Analisa Pembahasan :

Berdasarkan grafik terkait pengukuran indikator tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat selama periode bulan Juli-September 2022 sudah sesuai standar dengan capaian 0 %. (Standar = 0 %). artinya selama tahun 2022 tidak terjadi kesalahan pemberian obat

9 **Pelayanan Gizi**

Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Formula :

Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan

**Analisa Pembahasan :**

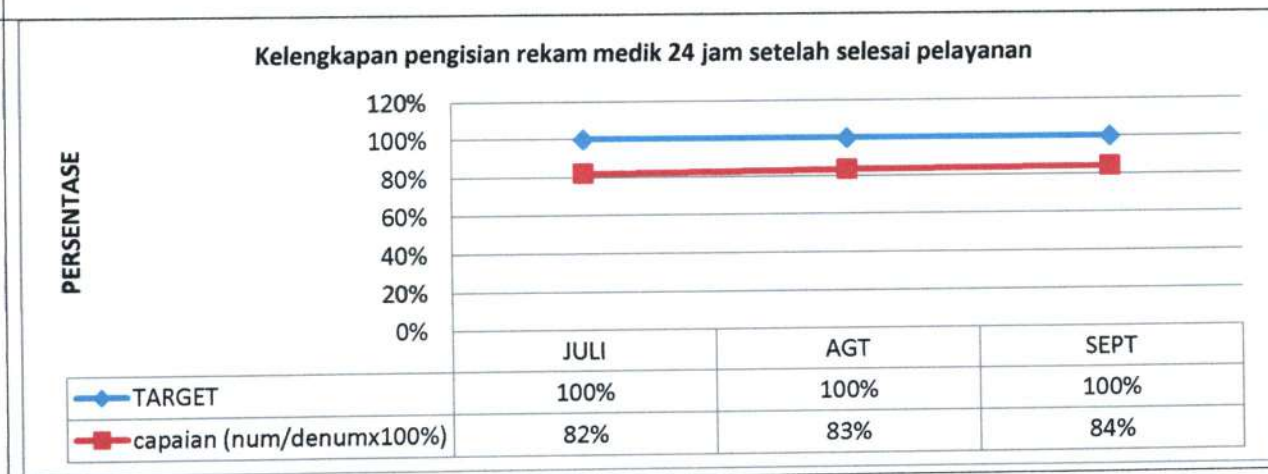
Berdasarkan grafik terkait pengukuran indikator sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien selama periode bulan Juli-September 2022 secara rata-rata 3 (tiga bulan) sudah sesuai standar dengan capaian 18,89 %. (Standar < 20 %). Dan secara bertahap caian kinerja sudah mengalami trend penurunan sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien. Masih belum terpenuhinya standar dikarenakan menu makanan terutama pada pagi hari terdapat sayuran yang kurang cocok dengan makanan pasien.

10 **Pelayanan Rekam Medik**

Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Formula :

jumlah rekam medik yang disurvei dalam satu bulan yang diisi lengkap
jumlah rekam medik dalam satu bulan



Analisa Pembahasan :

Berdasarkan grafik terkait pengukuran indikator tidak adanya kejadian linen yang hilang selama periode bulan Juli-September 2022 sudah sesuai standar.

Analisa Pembahasan :

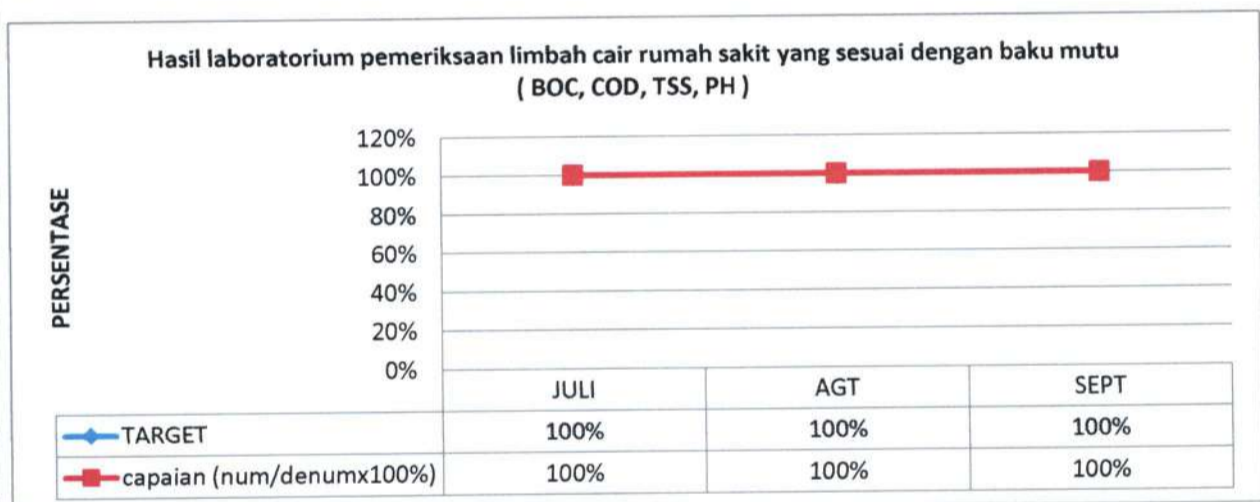
Berdasarkan grafik diatas terkait pengukuran indicator kelengkapan pengisian rekam medik dalam 1x24 jam setelah selesai pelayanan selama periode Juli sampai dengan September tahun 2022 rata-rata selama 3 bulan belum sesuai standart yaitu dengan capaian rata-rata 83%. Hal ini disebabkan terdapat beberapa kekurangan dalam pengisian formulir rekam medis, diantaranya:

1. formulir triase pasien IGD
2. Persetujuan tindakan medis
3. Tranfer pasien antar ruang
4. Pengkajian awal rawat inap
5. Resum keperawatan
6. Ceklist pemulangan pasien

11 Pengelolaan Limbah

Baku mutu Limbah Cair

Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair.



Analisa Pembahasan :

Berdasarkan grafik terkait hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair Juli-September 2022 sudah sesuai standar dengan capaian 100 % .

12 Pelayanan laundry

Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Formula :

jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut

