

## RANGKUMAN CAPAIAN INDIKATOR MUTU RSPKT PRMA SANGATTA

### A. INDIKATOR MUTU NASIONAL

No	Indikator	Target Kemenkes	Capaian Provinsi						Capaian RS					
			Januari	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni
1	Kepatuhan Kebersihan tangan	≥85%	87,77	93,15	93,37	90,07	87,51	93,94	87,06	94,93	94,93	95,51	93,94	94,26
2	Kepatuhan Pemakaian APD	100%	96,44	95,95	96,18	94,83	95,83	95,41	97,12	100	100	100	100	100
3	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	99,48	99,43	99,61	99,1	98,56	99,47	100	100	100	100	100	100
4	Waktu Tanggap Operasi Secaria emergenci (<30 menit)	100%	66,04	74,75	78,65	73,16	76,61	72,08	100	100	100	100	100	100
5	Waktu Tunggu Rawat Jalan dr pasien mendaftar sampai ditangani oleh dokter (<30 menit)	≥80%	55,33	52,65	60,73	66,08	67,06	68,78	98,2	96,82	98,82	99	99,1	97,45
6	Penundaan operasi elektif (> 60 menit)	<5%	7,14	5,5	3,89	5,47	4,88	5,24	14,6	0,82	6,84	0,00	0,00	0,93
7	Ketepatan waktu visite dokter (06.00-14.00)	≥80%	90,77	85,67	82,96	79,39	82,35	82,92	67,99	75,6	81,57	85,05	88,24	72,07
8	Pelaporan hasil kritis laboratorium (<30 menit)	100%	95,32	96,76	94,81	97,26	97,78	97,18	100	100	100	100	100	100
9	Kepatuhan penggunaan Fornas	≥80%	92,2	95,07	98,48	96,89	96,21	96,72	82,87	74,46	85,83	90,11	90,52	87,93

10	Kepatuhan terhadap alur klinis ( Clinical Pathway) : HT, DM Tipe 2 maks 1 komorbid, TB, HIV, Keganasan	≥80%	93,99	90,9 7	86,8 6	88,4 2	85,7 1	85,7 1	55,5 6	77,7 8	80	91,2 9	86,1 7	85,6 2
11	Kepatuhan Pencegahan Resiko Pasien Jatuh	100%	98,62	97,5 2	99,4 8	97,1 6	96,7 3	98,9 3	100	100	100	100	100	100
12	Kecepatan waktu tanggap complain	≥80%	83,33	98,6 9	98,5 1	92,7	93,7 9	97,5 9	100	100	100	100	100	100
13	Kepuasan pasien (setiap 6 bulan)	≥76,61%	-	-	-	-	-	71,4 4	-	-	-	-	-	94,2 6

## B. INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT

No.	Kategori Indikator	Indikator	Target	Capaian RS					
				Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni
1	SKP 1 : Ketepatan Identifikasi Pasien	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100	100	100	99,3%	100	100
	SKP 2 : Peningkatan Komunikasi Efektif	Kepatuhan proses pelaporan per telepon dengan pengisian tanda tangan pada form TBAK pada saat komunikasi verbal per telepon dan diverifikasi oleh DPJP < 24 jam	100%	68,75	94,87	100	100%	100%	100%
	SKP 3 : Peningkatan Keamanan obat yang perlu diwaspadai	Doble check sebelum pemberian obat high alert	100%	100	100	100	100	100	100
	SKP 4 : Ketepatan lokasi, prosedur operasi	Monitoring penandaan luka operasi	≥95%	57,14	78,05	96,58	96,19	96,03	95,37
	SKP 5 : Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan Kesehatan	Kepatuhan kebersihan tangan	≥ 85%	87,06	94,93	94,34	95,51	93,93	94,26
	SKP 6 : Pengurangan resiko pasien jatuh	Kepatuhan pencegahan resiko pasien jatuh	100%	100	74,46	85,83	100	100	100
2	Indikator Pelayanan Klinis Prioritas	Kejadian Reaksi Tranfusi Darah	0%	100	100	100	0	0	0
3	Indikator terkait perbaikan sistem minimal	waktu tunggu rajal kurang dari 30 menit	≥80%	98,20	96,82	98,82	99	99	97,45
4	Indikator terkait manajemen resiko	Kepatuhan terhadap alur klinis ( Clinical Pathway)	≥80%	55,56	77,78	80,0	91,3	85,71	85,71
5	Indikator tujuan strategis rumah sakit (KPI)	Jumlah Berkas Tagihan Klaim BPJS yang terverifikasi	≥90%	99,65	99,87	99,88	99,86	99,62	99,90



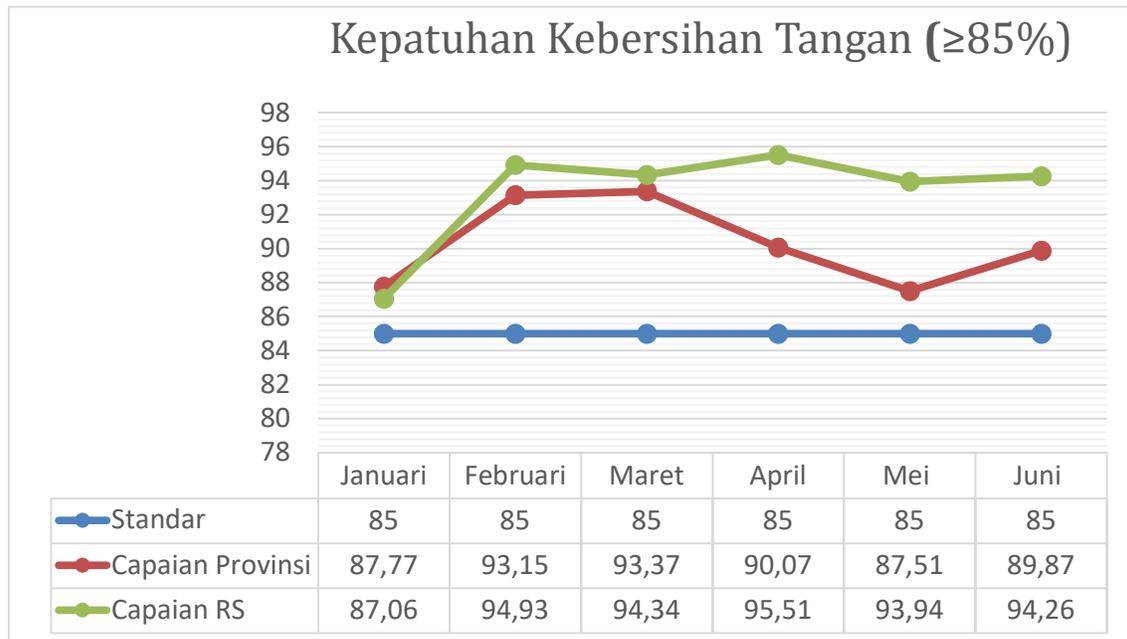
12	SDM, HUmAs dan Marketing	Kecepatan waktu tanggap complain	80	100	100	100	100	100	100
13	Keuangan dan Akutansi	Jumlah berkas tagihan klaim BPJS yang terferivikasi	90	99,65	99,87	99,86	99,86	99,62	99,90

## LAPORAN ANALISA INDIKATOR MUTU NASIONAL

### SEMESTER 1 TAHUN 2023

#### I. Kepatuhan Kebersihan Tangan ( $\geq 85\%$ )

##### A. Grafik Kepatuhan Kebersihan Tangan



#### PLAN :

- a. Mengetahui Angka Kepatuhan Kebersihan Tangan
- b. Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Kepatuhan Kebersihan Tangan

#### Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Angka kepatuhan kebersihan tangan masih mengalami fluktuasi pencapaian, dikarenakan masih adanya personil yang tidak melakukan 5 moment.
- Masih adanya personil yang tidak tepat dalam langkah-langkah mencuci tangan.

#### IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Kebersihan Tangan secara rutin.

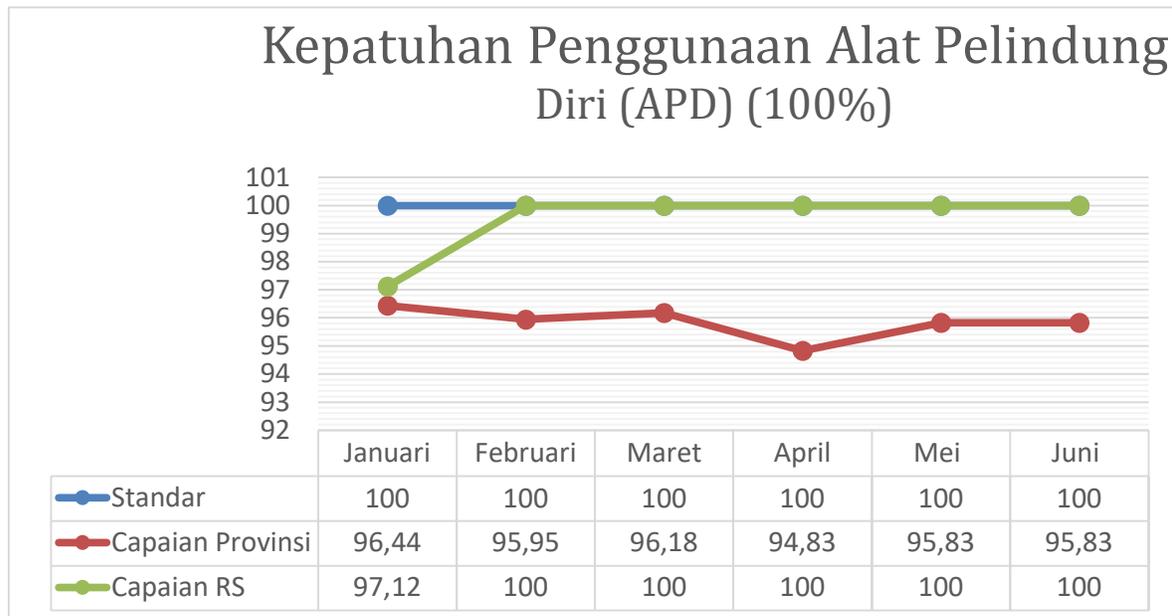
#### ACTION :

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Kebersihan Tangan secara rutin.
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Kepatuhan Kebersihan

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui angka Kepatuhan Kebersihan Tangan setiap bulannya. Team tetap melakukan pengawasan angka Kepatuhan Kebersihan Tangan	Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Kebersihan Tangan secara rutin.	Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Kebersihan Tangan secara. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Kepatuhan Kebersihan

## II. Kepatuhan Penggunaan APD (100%)

### A. Tabel Persentase dan Grafik Capaian Kepatuhan Penggunaan APD



#### PLAN :

- a. Mengetahui Angka Kepatuhan Penggunaan APD
- b. Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Kepatuhan Penggunaan APD

Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Penurunan capaian yang terjadi pada bulan Januari disebabkan oleh masih ada beberapa personil yang menggunakan satu handscoon yang sama untuk melakukan tindakan pada pasien yang berbeda. Walaupun sudah membersihkan dengan handrub, namun adanya tindakan ini harus dihindari agar mencegah terjadinya infeksi yang ditularkan dari satu pasien ke pasien yang lain.

#### IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Penggunaan APD secara rutin.

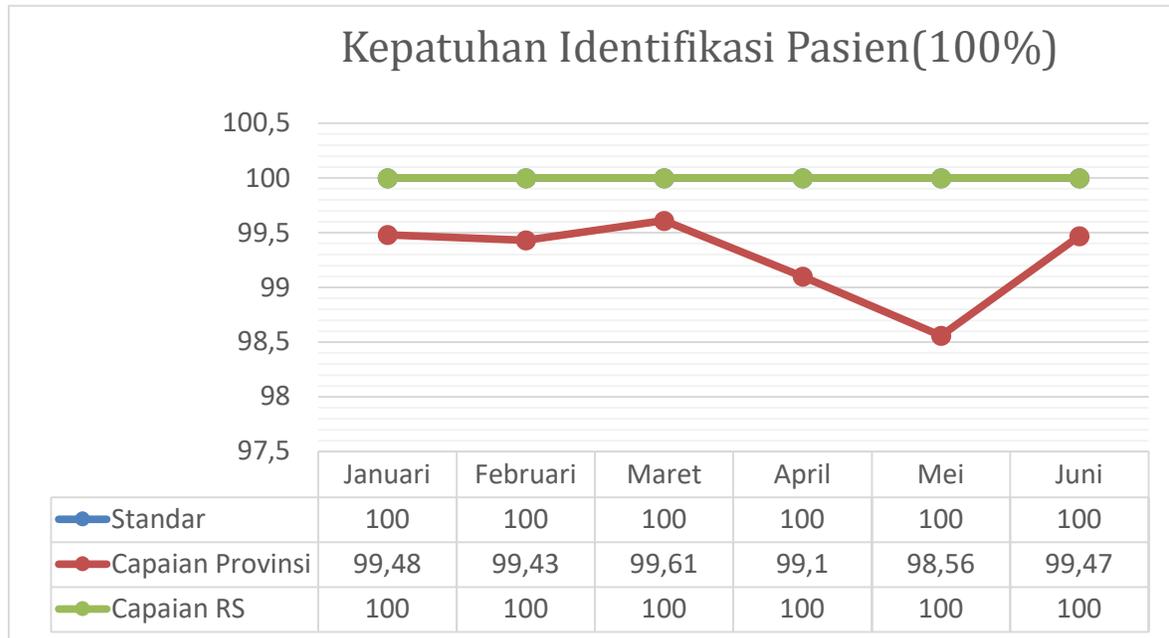
#### ACTION :

- a. Dilakukan pengamatan mengenai angka Kepatuhan Penggunaan APD.
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Kepatuhan Penggunaan APD.

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui Angka Kepatuhan Penggunaan APD, Tim tetap mempertahankan pengawasan Angka Kepatuhan Penggunaan APD	Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Penggunaan APD secara rutin.	Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Penggunaan APD secara rutin. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Kepatuhan Penggunaan APD

### III. Kepatuhan Identifikasi Pasien (100%)

#### A. Tabel Persentase dan Grafik Capaian Kepatuhan Identifikasi Pasien



PLAN :

- a. Mengetahui Angka Kepatuhan Identifikasi Pasien
- b. Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Kepatuhan Identifikasi Pasien

Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Pencapaian Angka Kepatuhan Identifikasi pasien sudah mencapai 100% dimana para personil sudah menerapkan identifikasi pasien sesuai dengan ketentuan

IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Identifikasi Pasien secara rutin.

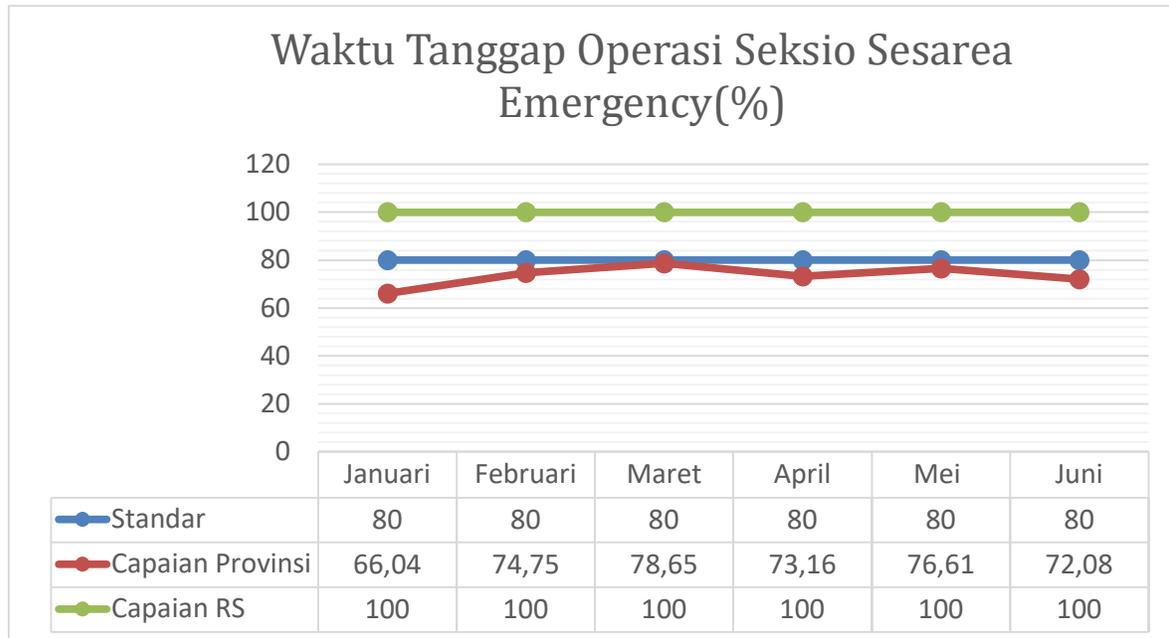
ACTION :

- a. Dilakukan pengamatan mengenai angka Kepatuhan Identifikasi Pasien.
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Kepatuhan Identifikasi Pasien.

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
<p>Mengetahui angka Kepatuhan Identifikasi Pasien setiap bulannya. Team tetap melakukan pengawasan angka Kepatuhan Identifikasi Pasien.</p>	<p>Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Identifikasi Pasien secara rutin.</p>	<p>Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Identifikasi Pasien secara rutin. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Kepatuhan Identifikasi Pasien</p>

#### IV. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergency (80%)

##### A. Tabel Persentase dan Grafik Capaian Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergency



#### PLAN :

- a. Mengetahui Angka Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergency
- b. Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergency.

#### Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Data menunjukkan bahwa waktu tanggap seksio sesarea emergensi sudah memenuhi standar. Dimana tindakan dilakukan kurang dari 30 menit semenjak pasien pasien dinyatakan untuk SC.

#### IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan mengenai Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergency secara rutin.

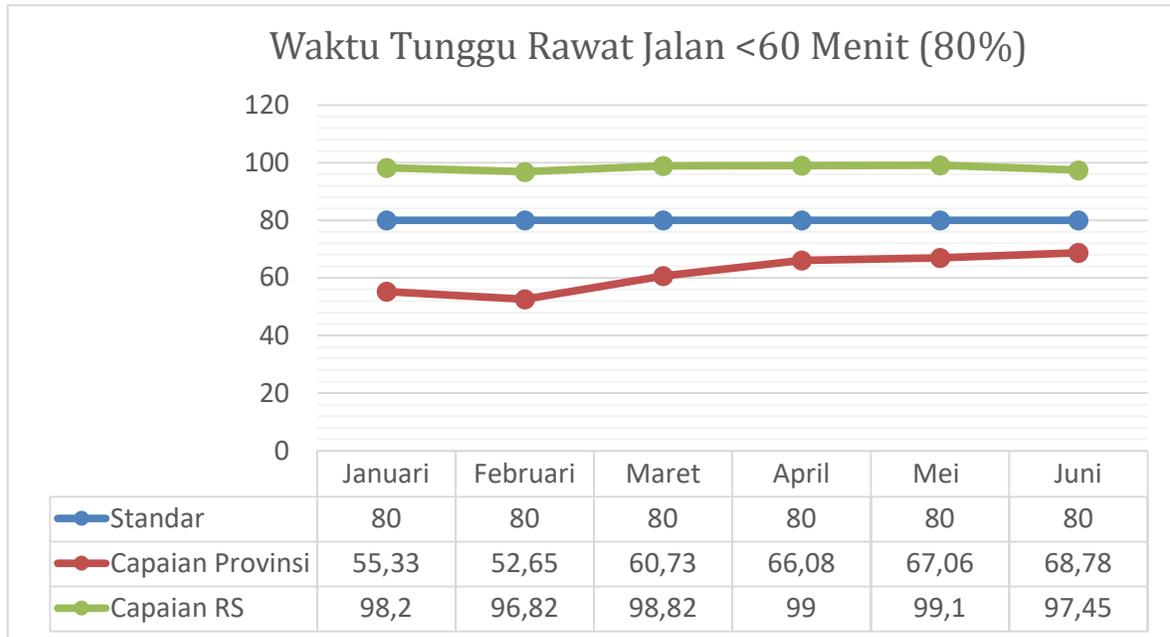
**ACTION :**

- a. Dilakukan pengamatan mengenai angka Kepatuhan Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergency.
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergency.

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergency setiap bulannya. Team tetap melakukan pengawasan pada Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergency.	Dilakukan pengamatan mengenai pencapaian Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergency.	Dilakukan pengamatan mengenai Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergency secara rutin. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergency

**V. Waktu Tunggu Rawat Jalan (80%)**

**A. Tabel Persentase dan Grafik Capaian Waktu Tunggu Rawat Jalan**



PLAN :

- a. Mengetahui Angka Waktu Tunggu Rawat Jalan
- b. Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Waktu Tunggu Rawat Jalan.

Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Data menunjukkan waktu tunggu rawat jalan sudah memenuhi standar. Dimana pasien sudah bertemu dengan dokter kurang dari 1 jam setelah melakukan pendaftaran.

IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan mengenai Waktu Tunggu Rawat Jalan secara rutin.

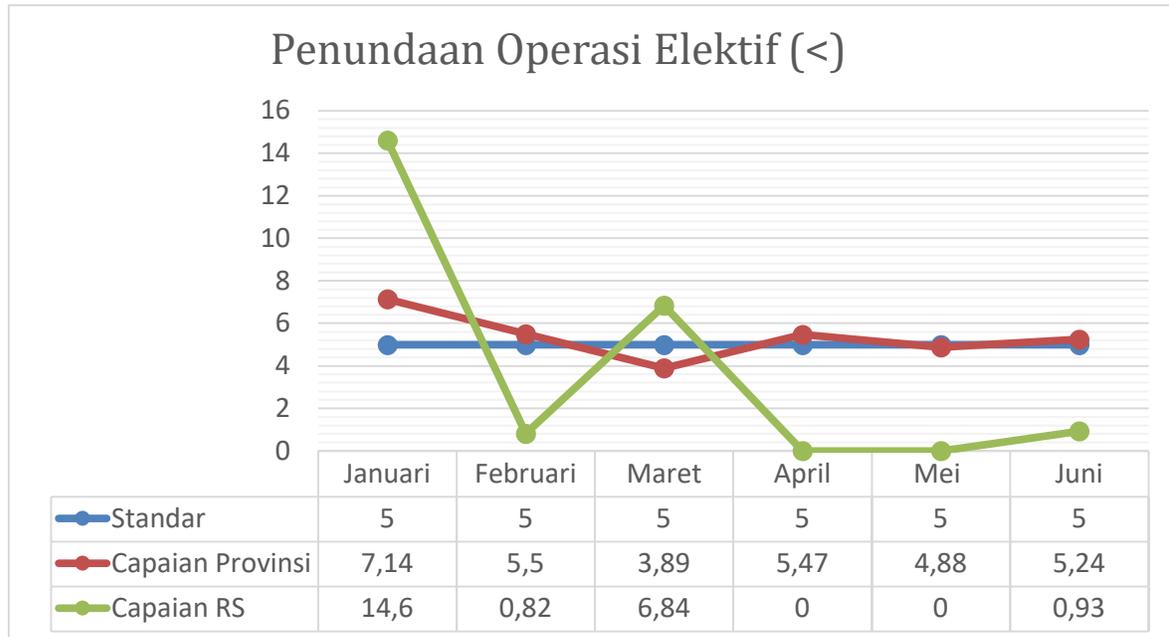
## ACTION

- a. Dilakukan pengamatan mengenai angka Kepatuhan Waktu Tunggu Rawat Jalan.
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Waktu Tunggu Rawat Jalan.

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui Waktu Tunggu Rawat Jalan setiap bulannya. Team tetap melakukan pengawasan pada Waktu Tunggu Rawat Jalan.	Dilakukan pengamatan mengenai pencapaian Waktu Tunggu Rawat Jalan.	Dilakukan pengamatan mengenai Waktu Tunggu Rawat Jalan secara rutin. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Waktu Tunggu Rawat Jalan

## VI. Penundaan Operasi Elektif (<5%)

### A. Tabel Persentase dan Grafik Capaian Penundaan Operasi Elektif



#### PLAN :

- a. Mengetahui angka Penundaan Operasi Elektif
- b. Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Penundaan Operasi Elektif.

#### Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Berdasarkan data, masih terdapat penundaan operasi elektif pada bulan Januari dan Maret. Hal ini dikarenakan DPJP operator yang bukan merupakan dokter organic rumah sakit sehingga operasi elektif menjadi tertunda oleh karena DPJP masih di tempat praktek pertama untuk panggilan emergency.

#### IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan mengenai Penundaan Operasi Elektif secara rutin.

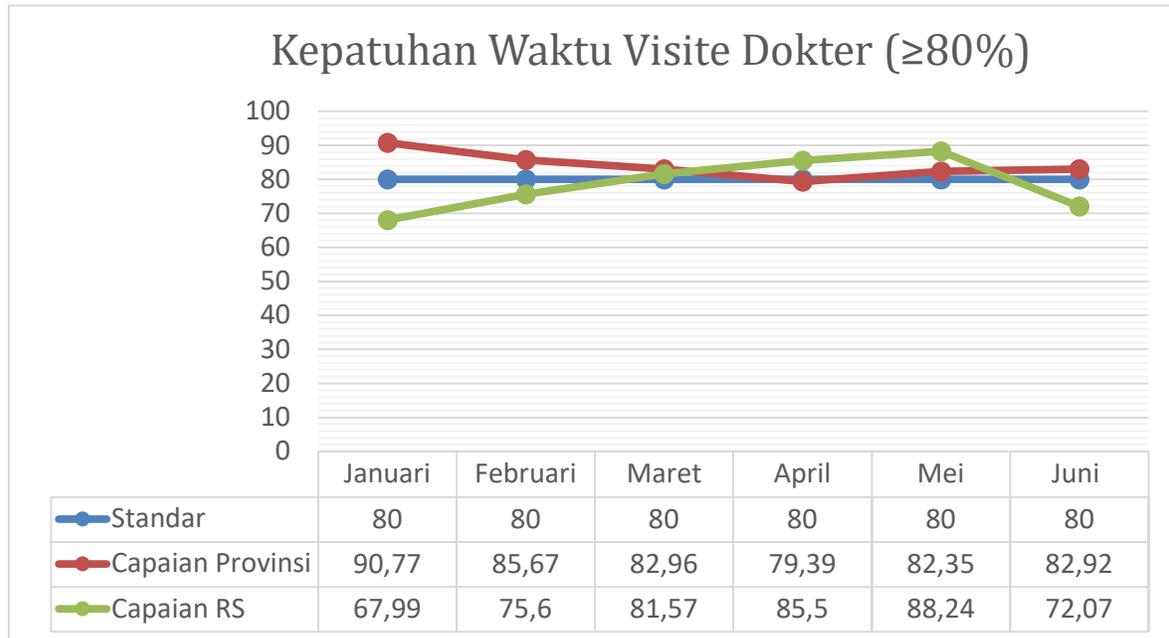
## ACTION

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Penundaan Operasi Elektif.
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Penundaan Operasi Elektif.

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui Penundaan Operasi Elektif setiap bulannya. Team tetap melakukan pengawasan terhadap Penundaan Operasi Elektif.	Dilakukan pengamatan mengenai pencapaian Penundaan Operasi Elektif.	Dilakukan pengamatan mengenai Penundaan Operasi Elektif. Konfirmasi atau mengingatkan DPJP minimal 2 jam sebelum penjadwalan elektif Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Penundaan Operasi Elektif

## VII. Kepatuhan Waktu Visite Dokter ( $\geq 80\%$ )

### A. Tabel Persentase dan Grafik Capaian Kepatuhan Waktu Visite Dokter



#### PLAN :

- a. Mengetahui angka Kepatuhan Waktu Visite Dokter.
- b. Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Kepatuhan Visite Dokter

#### Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Berdasarkan data Kepatuhan waktu visite dokter sudah mengalami perbaikan.
- Ketidakcapaian indikator tersebut disebabkan DPJP bukanlah dokter organic Rumah Sakit sehingga memiliki lebih dari 1 tempat praktek dan mengakibatkan waktu visite tidak sesuai dengan indikator.

#### IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan serta sosialisasi mengenai Kepatuhan Waktu Visite Dokter secara rutin.

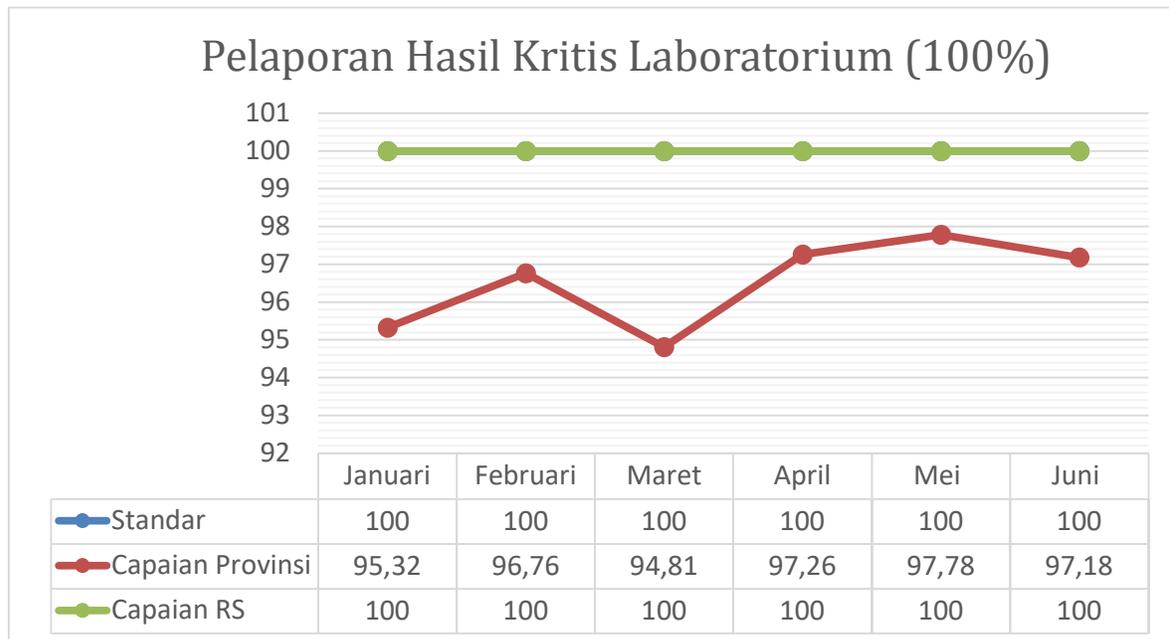
## ACTION

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Waktu Visite Dokter.
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Kepatuhan Waktu Visite Dokter.

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui angka Kepatuhan Waktu Visite Dokter tiap bulannya. Team tetap melakukan pengawasan terhadap Kepatuhan Waktu Visite Dokter.	Dilakukan pengamatan mengenai pencapaian Kepatuhan Waktu Visite Dokter.	Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Waktu Visite Dokter. Kordinator ruangan melakukan konfirmasi kepada DPJP sebelum pukul 14.00 WITA Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Kepatuhan Waktu Visite Dokter.

## VIII. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium (100%)

### A. Tabel Persentase dan Grafik Capaian Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium



#### PLAN :

- a. Mengetahui angka Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
- b. Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

#### Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Berdasarkan data didapatkan pelaporan hasil kritis laboratorium didapatkan pencapaian sudah mencapai standar. Dimana hasil kritis sesuai dengan standar di rumah sakit dilaporkan kurang dari 30 menit kepada personal peminta hasil.

#### IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan serta sosialisasi mengenai Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium secara rutin.

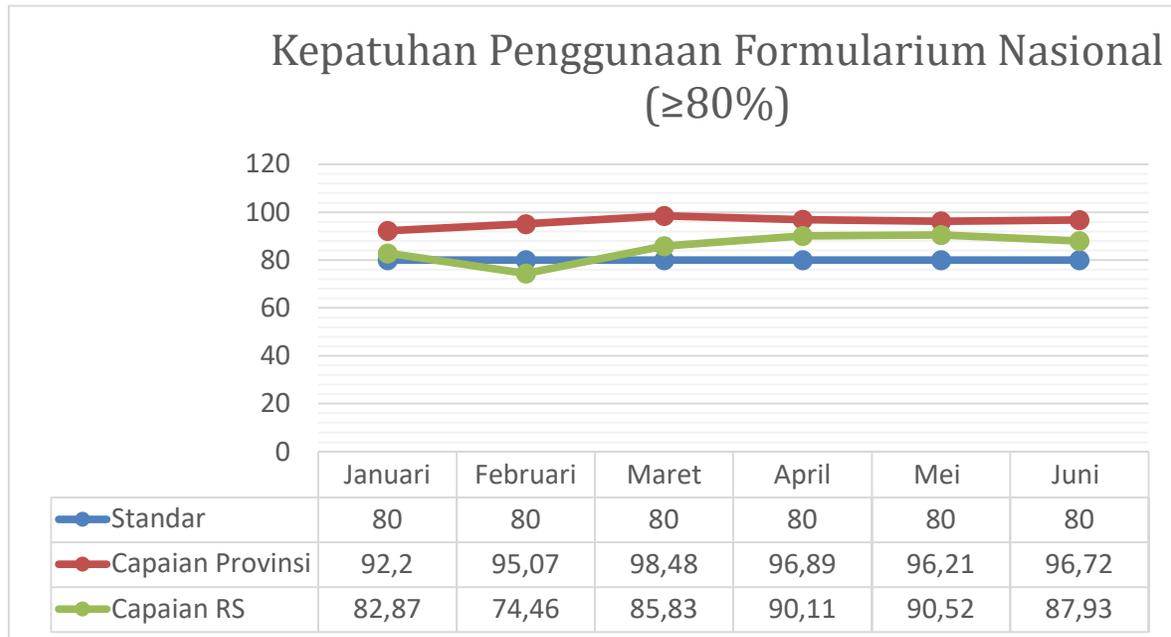
## ACTION

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium.
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium.

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui angka Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium. Team tetap melakukan pengawasan terhadap Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium.	Dilakukan pengamatan mengenai pencapaian Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium.	Dilakukan pengamatan mengenai Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium.

## IX. Pelaporan Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional ( $\geq 80\%$ )

### A. Tabel Persentase dan Grafik Capaian Penggunaan Formularium Nasional



#### PLAN :

- a. Mengetahui angka Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional.
- b. Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Penggunaan Formularium Nasional.

#### Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Kepatuhan penggunaan formularium nasional masih rendah. Hal ini disebabkan masih adanya dokter yang menggunakan beberapa obat yang tidak termasuk dalam formularium nasional, semisal peresepan vitamin.

#### IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan serta sosialisasi mengenai Kepatuhan Penggunaan Fornas secara rutin.

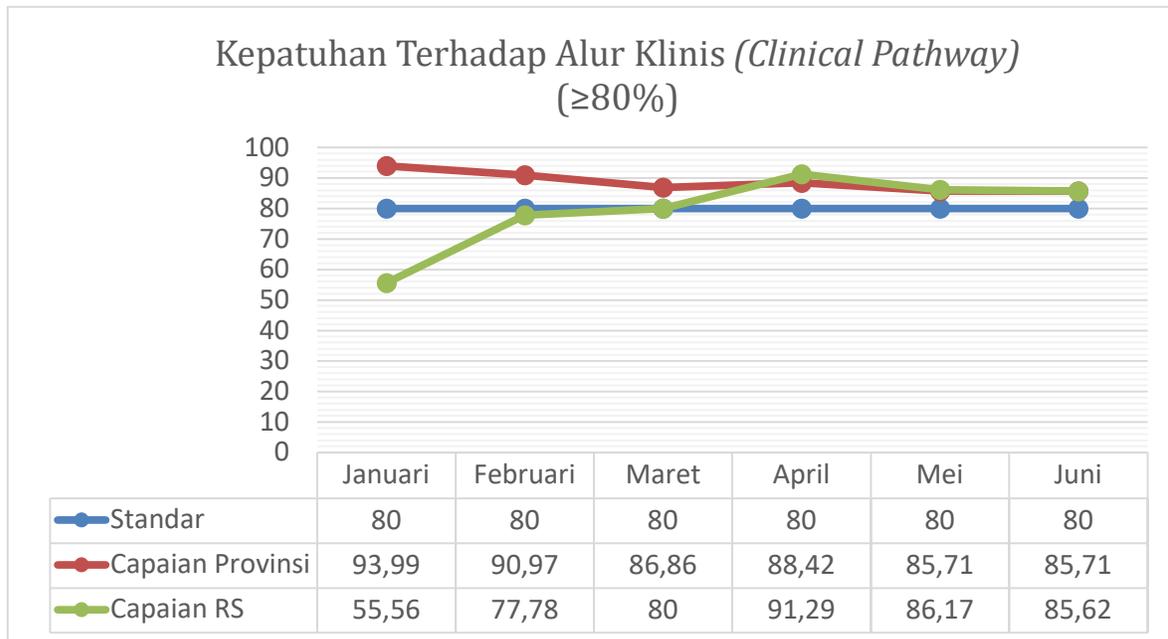
## ACTION

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Penggunaan Fornas.
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Kepatuhan Penggunaan Fornas.

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui angka Kepatuhan Penggunaan Fornas. Team tetap melakukan pengawasan terhadap Kepatuhan Penggunaan Fornas	Dilakukan pengamatan mengenai pencapaian Kepatuhan Penggunaan Fornas.	Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Penggunaan Fornas. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Kepatuhan Penggunaan Fornas

X. Pelaporan Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*) ( $\geq 80\%$ )

A. Tabel Persentase dan Grafik Capaian Kepatuhan Alur Klinis (*Clinical Pathway*)



PLAN :

- a. Mengetahui angka Kepatuhan Alur Klinis (*Clinical Pathway*).
- b. Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Kepatuhan Alur Klinis (*Clinical Pathway*).

Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Rendahnya angka capaian disebabkan masih rendahnya tingkat pengisian CP, dan masih sedikitnya kasus yang sesuai dengan CP
- Masih ada beberapa petugas yang tidak mengisi CP sesuai dengan alur yang seharusnya, seperti pada IGD yang tidak melampirkan CP, ataupun pada perawatan yang mengisi CP hanya pada hari terakhir perawatan.

IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan serta sosialisasi mengenai Kepatuhan Alur Klinis (*Clinical Pathway*) secara rutin.

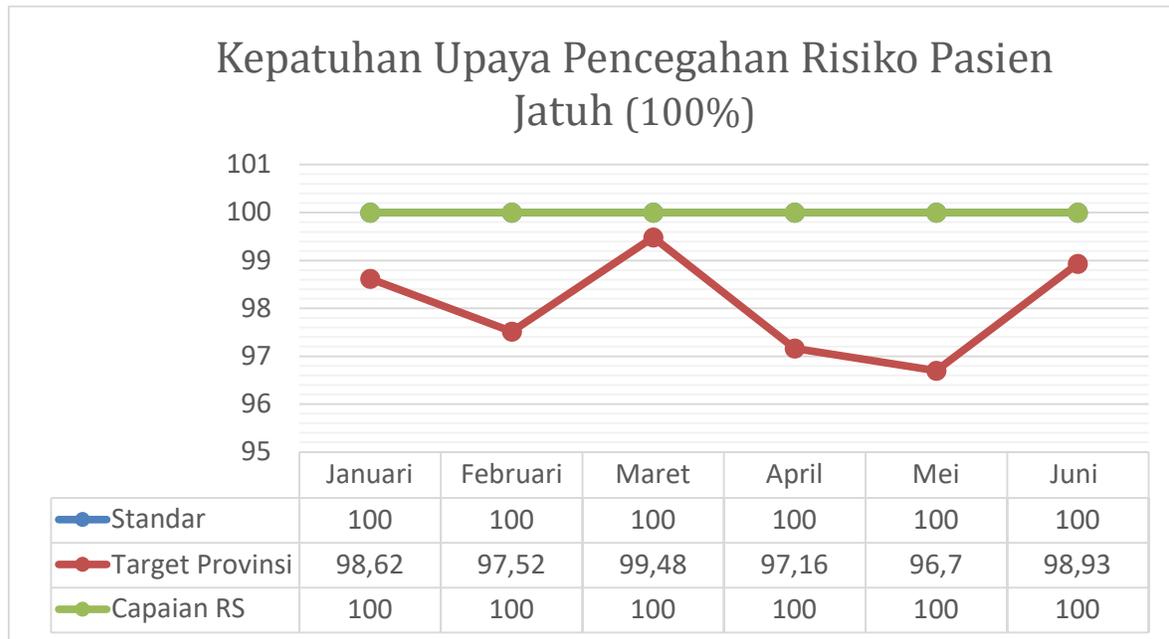
## ACTION

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Alur Klinis (*Clinical Pathway*).
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Kepatuhan Alur Klinis (*Clinical Pathway*).

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui angka Kepatuhan Alur Klinis ( <i>Clinical Pathway</i> ). Team tetap melakukan pengawasan terhadap Kepatuhan Alur Klinis ( <i>Clinical Pathway</i> ).	Dilakukan pengamatan mengenai pencapaian Kepatuhan Alur Klinis ( <i>Clinical Pathway</i> ).	Dilakukan pengamatan, sosialisasi dan monitoring mengenai Kepatuhan Alur Klinis ( <i>Clinical Pathway</i> ) setiap bulan.

## XI. Pelaporan Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Jatuh (100%)

### A. Tabel Persentase dan Grafik Capaian Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Jatuh



#### PLAN :

- a. Mengetahui angka Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh.
- b. Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh.

#### Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Berdasarkan capaian, Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh sudah mencapai 100% dimana pencegahan jatuh sudah dilakukan sesuai grading yang telah dinilai.

#### IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan serta sosialisasi mengenai Kepatuhan Pencegahan Resiko Jatuh secara rutin.

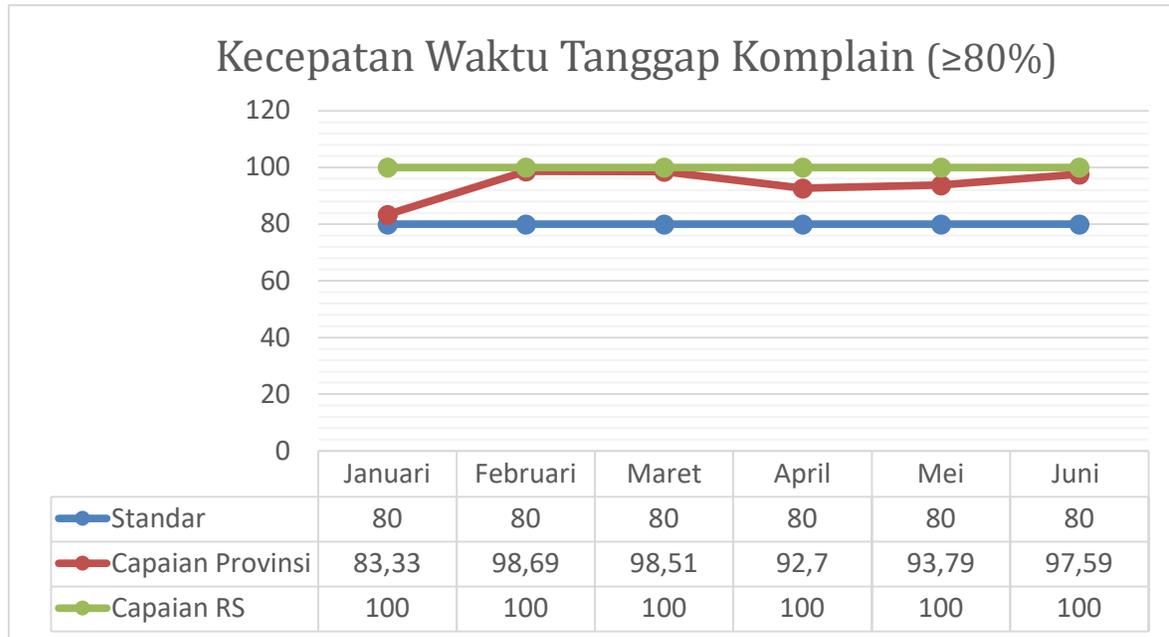
## ACTION

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Pencegahan Resiko Jatuh.
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Kepatuhan Pencegahan Resiko Jatuh.

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui angka Kepatuhan Pencegahan Resiko Jatuh. Team tetap melakukan pengawasan terhadap Kepatuhan Pencegahan Resiko Jatuh.	Dilakukan pengamatan mengenai pencapaian Kepatuhan Pencegahan Resiko Jatuh.	Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Pencegahan Resiko Jatuh setiap bulan.

## XII. Pelaporan Ketepatan Waktu Tanggap Komplain ( $\geq 80\%$ )

### A. Tabel Persentase Capaian Ketepatan Waktu Tanggap Komplain



#### PLAN :

- a. Mengetahui angka Ketepatan Waktu Tanggap Komplain.
- b. Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Ketepatan Waktu Tanggap Komplain.

#### Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Berdasarkan data, complain yang masuk sudah ditanggapi dan diselesaikan dalam kurun waktu <24 jam.

#### IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan serta sosialisasi mengenai angka Ketepatan Waktu Tanggap Komplain secara rutin.

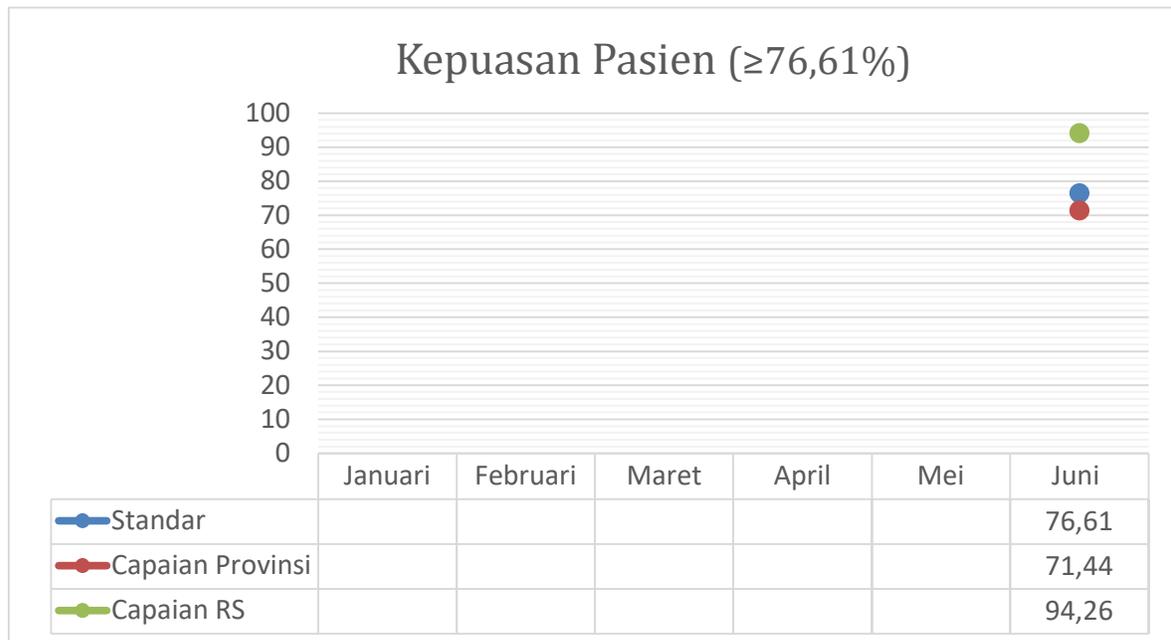
## ACTION

- a. Dilakukan pengamatan mengenai angka Ketepatan Waktu Tanggap Komplain..
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap angka Ketepatan Waktu Tanggap Komplain..

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui angka Ketepatan Waktu Tanggap Komplain.. Team tetap melakukan pengawasan terhadap angka Ketepatan Waktu Tanggap Komplain.	Dilakukan pengamatan mengenai pencapaian angka Ketepatan Waktu Tanggap Komplain.	Dilakukan pengamatan mengenai angka Ketepatan Waktu Tanggap Komplain.

### XIII. Pelaporan Kepuasan Pasien (Semester 1)

#### A. Tabel Persentase Grafik Capaian Kepuasan Pasien



PLAN :

- a. Mengetahui angka Kepuasan Pasien
- b. Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Kepuasan Pasien.

Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Berdasarkan data, didapatkan kepuasan pasien sudah mencapai standar nasional.

IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan serta sosialisasi mengenai angka Kepuasan Pasien secara rutin.

## ACTION

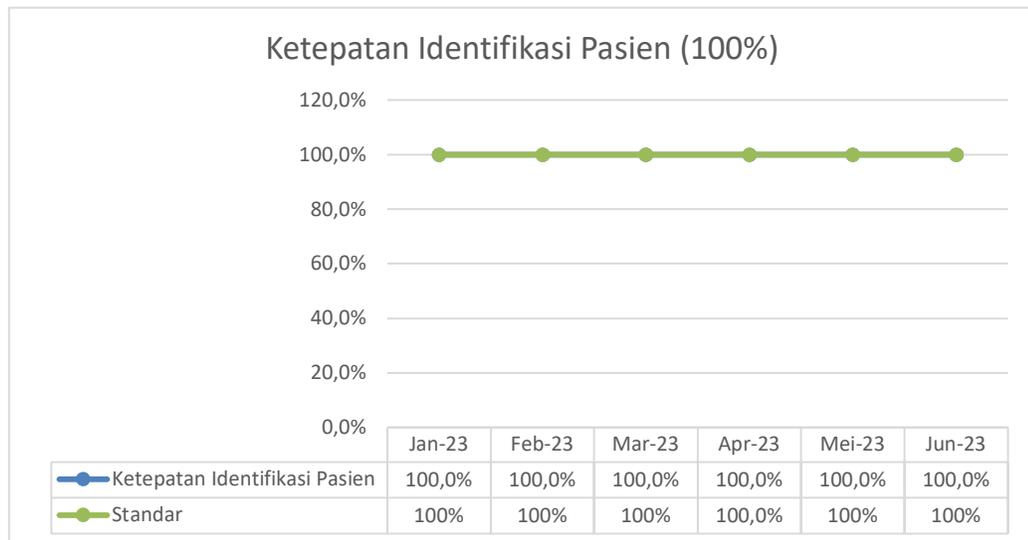
- a. Dilakukan pengamatan mengenai angka Kepuasan Pasien.
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap angka Kepuasan Pasien.

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui angka Kepuasan Pasien. Team tetap melakukan pengawasan terhadap angka Kepuasan Pasien	Dilakukan pengamatan mengenai pencapaian angka Ketepatan Waktu Tanggap Komplain.	Dilakukan pengamatan mengenai angka Ketepatan Waktu Tanggap Komplain.

**LAPORAN ANALISA INIDKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT**  
**SEMESTER I TAHUN 2023**

**I. SKPI Ketepatan Identifikasi Pasien (100%)**

**A. Tabel Persentase dan Grafik Capaian Ketepatan Identifikasi Pasien**



**PLAN :**

- a. Mengetahui Angka Ketepatan Identifikasi Pasien
- b. Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Ketepatan Identifikasi Pasien

**Rumusan pernyataan dan uraian masalah:**

- Pencapaian Angka Kepatuhan Identifikasi pasien sudah mencapai 100% dimana para personil sudah menerapkan identifikasi pasien sesuai dengan ketentuan

**IMPLEMENTASI :**

Dilakukan pengamatan mengenai Ketepatan Identifikasi Pasien secara rutin.

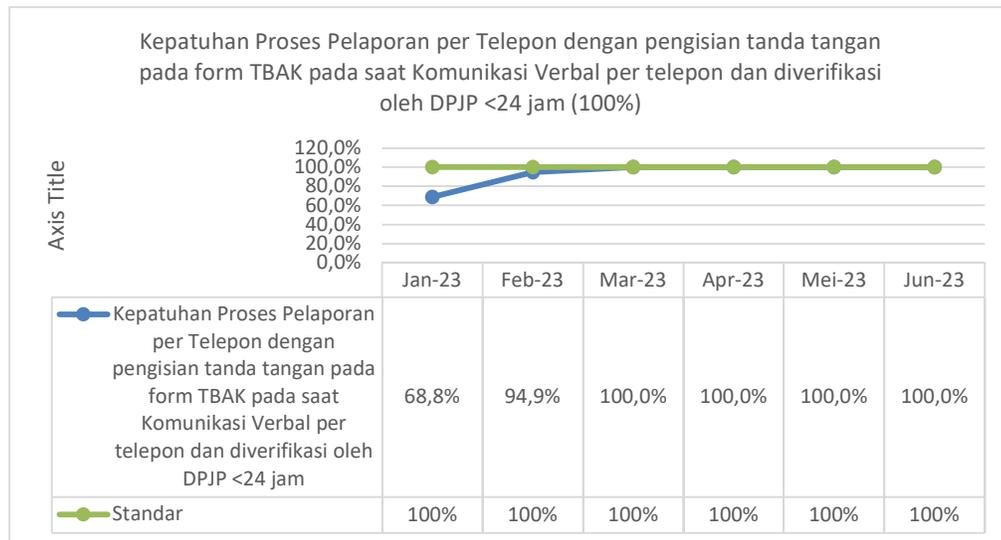
**ACTION :**

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Ketepatan Identifikasi Pasien secara rutin.
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Ketepatan Identifikasi Pasien

<b>PLAN</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>	<b>ACTION</b>
Mengetahui angka Kepatuhan Ketepatan Identifikasi Pasien setiap bulannya. Team tetap melakukan pengawasan angka Ketepatan Identifikasi Pasien	Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Ketepatan Identifikasi Pasien.	Dilakukan pengamatan mengenai Ketepatan Identifikasi Pasien dilakukan evaluasi setiap bulan terhadap Ketepatan Identifikasi Pasien

**II. Kepatuhan proses pelaporan per telepon dengan pengisian tanda tangan pada form TBAK pada saat komunikasi verbal per telepon dan diverifikasi oleh DPJP < 24 jam (100%)**

**A. Tabel presentase dan Grafik Kepatuhan proses pelaporan per telepon dengan pengisian tanda tangan pada form TBAK pada saat komunikasi verbal per telepon dan diverifikasi oleh DPJP < 24 jam.**



**PLAN :**

- a. Mengetahui Angka Kepatuhan proses pelaporan per telepon dengan pengisian tanda tangan pada form TBAK pada saat komunikasi verbal per telepon dan diverifikasi oleh DPJP < 24 jam.
- b. Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Kepatuhan proses pelaporan per telepon dengan pengisian tanda tangan pada form TBAK pada saat komunikasi verbal per telepon dan diverifikasi oleh DPJP < 24 jam.

**Rumusan pernyataan dan uraian masalah:**

- Pada awal penerapannya, indikator kepatuhan proses TBAK memiliki capaian yang rendah diakarenakan personil PPA mayoritas masih tidak tepat dalam menuliskan TBAK dalam rekam medis.
- Masih ada DPJP yang belum mengkonfirmasi TBAK yang sudah melewati waktu 24 jam.

## IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan mengenai Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan proses pelaporan per telepon dengan pengisian tanda tangan pada form TBAK pada saat komunikasi verbal per telepon dan diverifikasi oleh DPJP < 24 jam

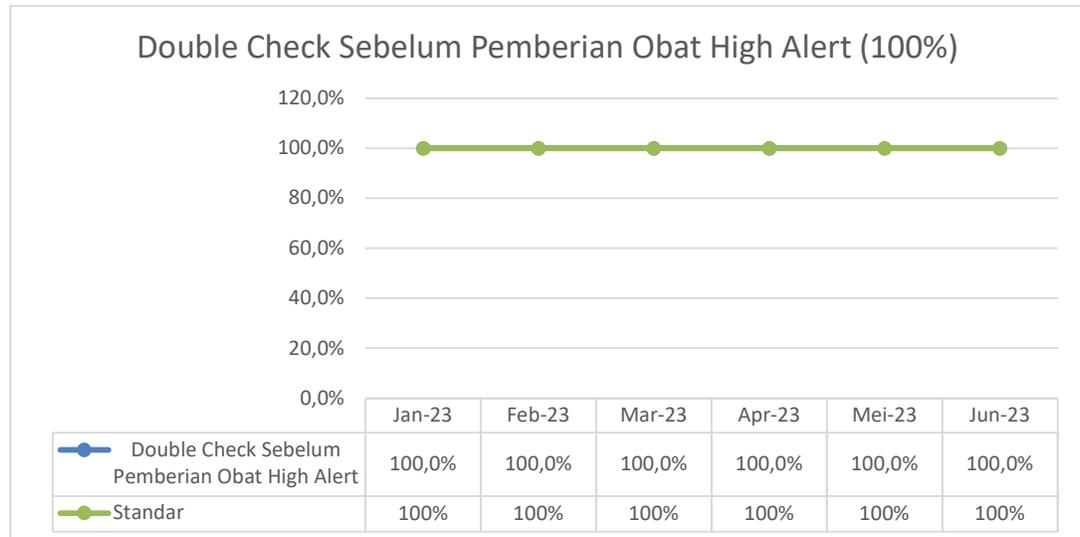
## ACTION :

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan proses pelaporan per telepon dengan pengisian tanda tangan pada form TBAK pada saat komunikasi verbal per telepon dan diverifikasi oleh DPJP < 24 jam
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Kepatuhan proses pelaporan per telepon dengan pengisian tanda tangan pada form TBAK pada saat komunikasi verbal per telepon dan diverifikasi oleh DPJP < 24 jam

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui Angka Kepatuhan proses pelaporan per telepon dengan pengisian tanda tangan pada form TBAK pada saat komunikasi verbal per telepon dan diverifikasi oleh DPJP < 24 jam, Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Kepatuhan proses pelaporan per telepon dengan pengisian tanda tangan pada form TBAK pada saat komunikasi verbal per telepon dan diverifikasi oleh DPJP < 24 jam.	Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan proses pelaporan per telepon dengan pengisian tanda tangan pada form TBAK pada saat komunikasi verbal per telepon dan diverifikasi oleh DPJP < 24 jam.	Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan proses pelaporan per telepon dengan pengisian tanda tangan pada form TBAK pada saat komunikasi verbal per telepon dan diverifikasi oleh DPJP < 24 jam secara rutin. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Kepatuhan proses pelaporan per telepon dengan pengisian tanda tangan pada form TBAK pada saat komunikasi verbal per telepon dan diverifikasi oleh DPJP < 24 jam.

### III. Double check sebelum pemberian obat high alert (100%)

#### A. Tabel Presentase dan Grafik Angka Double check sebelum pemberian obat high alert



#### PLAN :

- Mengetahui Angka Double Check Sebelum Pemberian Obat High Alert
- Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Double Check Sebelum Pemberian Obat High Alert

#### Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Pada penerapannya, indikator double check sebelum pemberian obat high alert sudah sesuai dengan standar. Dimana pemberian obat high alert telah disertai dengan stampel konfirmasi, nama dan sediaan obat high alert yang digunakan.

#### IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan mengenai Double Check Sebelum Pemberian Obat High Alert

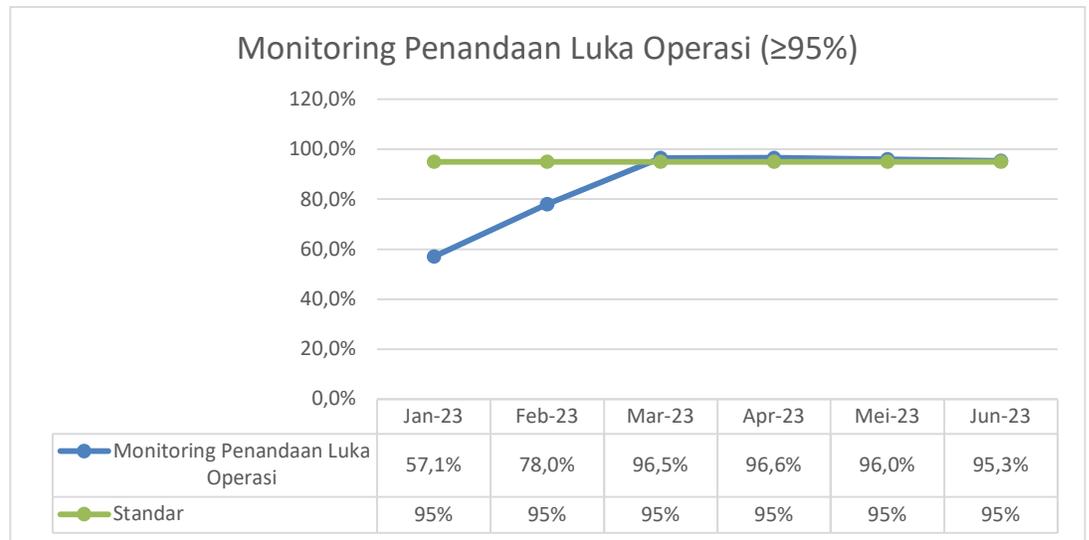
**ACTION :**

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Double Check Sebelum Pemberian Obat High Alert
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Double Check Sebelum Pemberian Obat High Alert

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui Angka Double Check Sebelum Pemberian Obat High Alert, Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Double Check Sebelum Pemberian Obat High Alert	Dilakukan pengamatan mengenai Double Check Sebelum Pemberian Obat High Alert.	Dilakukan pengamatan mengenai Double Check Sebelum Pemberian Obat High Alert secara rutin. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Double Check Sebelum Pemberian Obat High Alert

#### IV. Monitoring Penandaan Luka Operasi ( $\geq 95\%$ )

##### A. Tabel Monitoring dan Grafik Capaian Penandaan Luka Operasi



PLAN :

- Mengetahui Angka Monitoring Penandaan Luka Operasi
- Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Monitoring Penandaan Luka Operasi

Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Masih rendahnya monitoring penandaan luka operasi disebabkan petugas biasanya hanya melakukan crosscheck pada saat handover pasien dari ruang perawatan maupun IGD ke ruang operasi.
- Selain hal tersebut, pelaporan pelaksanaan pencatatan monitoring tersebut sering tidak diisi, dikarenakan ritme operasi yang cepat, sehingga petugas sering lupa atau melewatkan pencatatannya.

IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan mengenai Monitoring Penandaan Luka Operasi

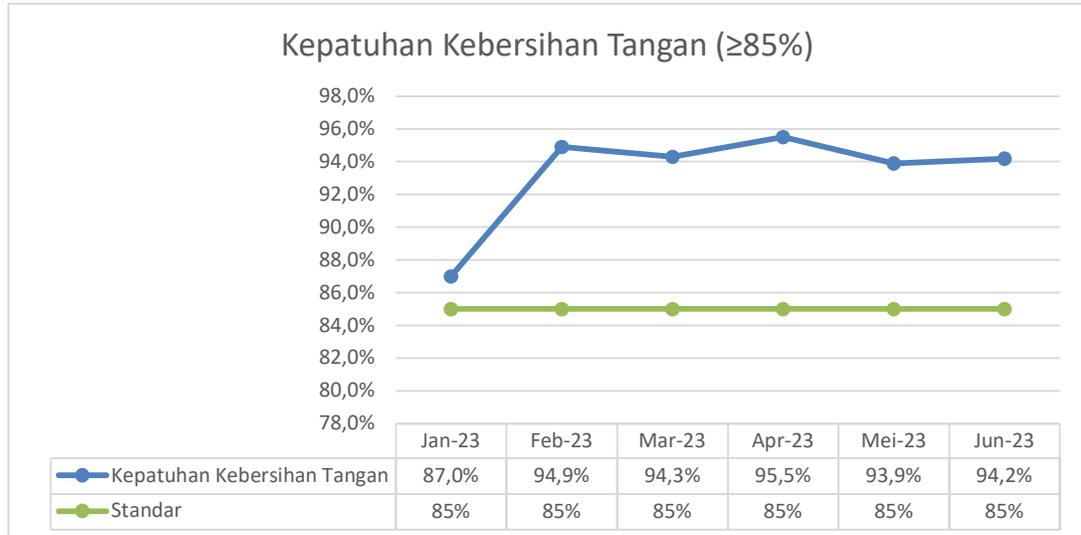
**ACTION :**

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Monitoring Penandaan Luka Operasi
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Monitoring Penandaan Luka Operasi

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui Angka Monitoring Penandaan Luka Operasi, Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Monitoring Penandaan Luka Operasi	Dilakukan pengamatan mengenai Monitoring Penandaan Luka Operasi	Dilakukan pengamatan mengenai Monitoring Penandaan Luka Operasi secara rutin. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Monitoring Penandaan Luka Operasi

## V. Kepatuhan Kebersihan Tangan ( $\geq 85\%$ )

### A. Tabel Presentase dan Grafik Capaian Kepatuhan Kebersihan Tangan



PLAN :

- Mengetahui Angka Kepatuhan Kebersihan Tangan
- Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Kepatuhan Kebersihan Tangan

Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Angka kepatuhan kebersihan tangan masih mengalami fluktuasi pencapaian, dikarenakan masih adanya personil yang tidak melakukan 5 moment cuci tangan.
- Masih adanya personil yang tidak tepat dalam langkah-langkah mencuci tangan.

IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Kebersihan Tangan

**ACTION :**

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Kebersihan Tangan Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Kepatuhan Kebersihan Tangan

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui Angka Kepatuhan Kebersihan Tangan, Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Kepatuhan Kebersihan Tangan	Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Kebersihan Tangan	Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Kebersihan Tangan. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Kepatuhan Kebersihan Tangan.

## VI. Kepatuhan Pencegahan Resiko Pasien Jatuh

### A. Tabel Presentase dan Grafik Capaian Pencegahan Resiko Pasien Jatuh



#### PLAN :

- a. Mengetahui Angka Kepatuhan Pencegahan Resiko Pasien Jatuh
- b. Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Kepatuhan Pencegahan Resiko Pasien Jatuh

#### Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Berdasarkan capaian, Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh sudah mencapai 100% dimana pencegahan jatuh sudah dilakukan sesuai grading yang telah dinilai.

#### IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Pencegahan Resiko Pasien Jatuh.

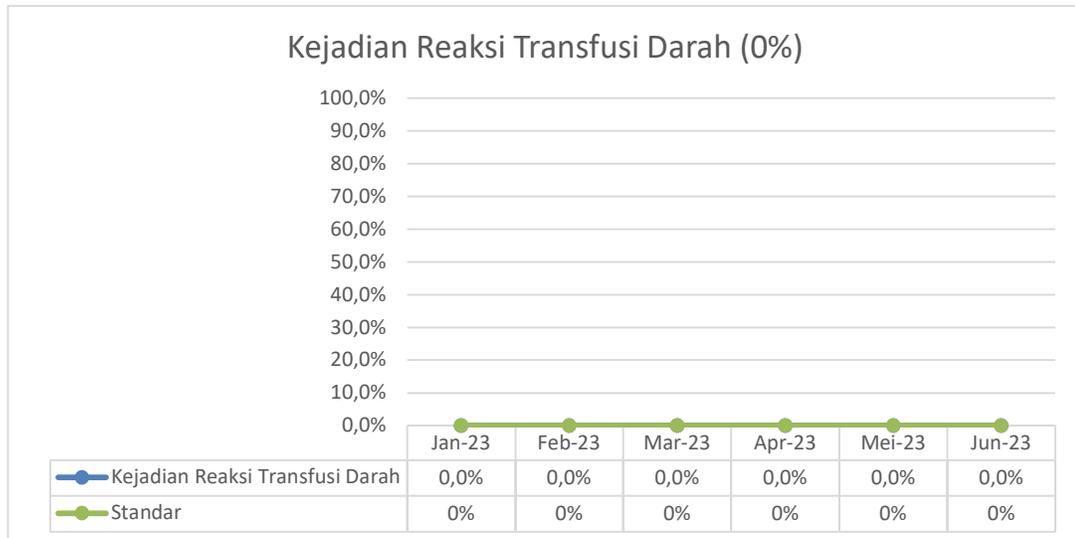
**ACTION :**

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Pencegahan Resiko Pasien Jatuh
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Kepatuhan Pencegahan Resiko Pasien Jatuh

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui Angka Kepatuhan Pencegahan Resiko Pasien Jatuh, Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Kepatuhan Pencegahan Resiko Pasien Jatuh	Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Pencegahan Resiko Pasien Jatuh	Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Pencegahan Resiko Pasien Jatuh. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Kepatuhan Pencegahan Resiko Pasien Jatuh

## Indikator Pelayanan Klinis Prioritas : Kejadian Reaksi Tranfusi Darah (0%)

### A. Tabel Presentase dan Grafik Kejadian Reaksi Transfusi Darah



#### PLAN :

- Mengetahui Angka Kejadian Reaksi Transfusi Darah
- Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Kejadian Reaksi Transfusi Darah

#### Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Berdasarkan data diatas, tidak terdapat kejadian reaksi transfusi selama periode Januari-Juni 2023

#### IMPLEMENTASI :

Tetap dilakukan pengamatan mengenai angka Kejadian Reaksi Transfusi Darah serta penerapan SOP terkait apakah berjalan sesuai dengan regulasi atau tidak

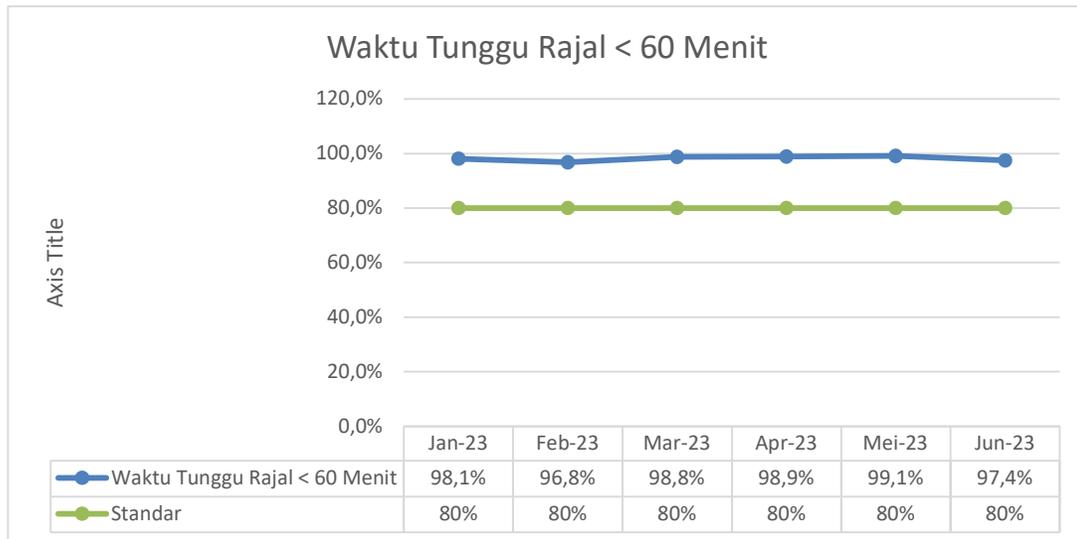
**ACTION :**

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Kejadian Reaksi Transfusi Darah
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Kejadian Reaksi Transfusi Darah

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui angka Kejadian Reaksi Transfusi Darah, Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Kejadian Reaksi Transfusi Darah	Dilakukan pengamatan mengenai angka Kejadian Reaksi Transfusi Darah	Dilakukan pengamatan mengenai angka Kejadian Reaksi Transfusi Darah Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap angka Kejadian Reaksi Transfusi Darah.

## Indikator Terkait Perbaikan Sistem Minimal : Waktu Tunggu Rajal <60 Menit ( $\geq 80\%$ )

### A. Tabel Presentase dan Grafik Waktu Tunggu rajal <60 Menit



#### PLAN :

- Mengetahui Angka Waktu Tunggu Rajal <60 Menit.
- Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Waktu Tunggu Rajal <60 Menit.

#### Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Pada pelaksanaannya waktu tunggu rawat jalan <60 menit sudah mencapai standar, namun masih belum mencapai 100 %. Hal ini disebabkan masih terdapatnya penumpukan pasien, baik pada saat pemeriksaan dokter (antrian poli), maupun pendaftaran antrian pendaftaran).
- Beberapa hal yang juga terjadi adalah, pasien terlebih dahulu mengambil darah untuk kontrol setelah mendaftar, baru bertemu dengan dokter dikarenakan sudah membawa surat pemeriksaan lebih dahulu. Hendaknya hal ini menjadi eksklusi pada semeseter berikutnya, sehingga dapat kembali menilai indikator ini apakah dapat tercapai 100% atau tidak.
- Sistem Informasi Rumah Sakit belum bridging sehingga petugas melakukan penginputan dobel akibatnya memperlama proses pasien mendaftar sampai dipanggil di poli tujuan.

#### IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan mengenai Waktu Tunggu Rajal <60 Menit.

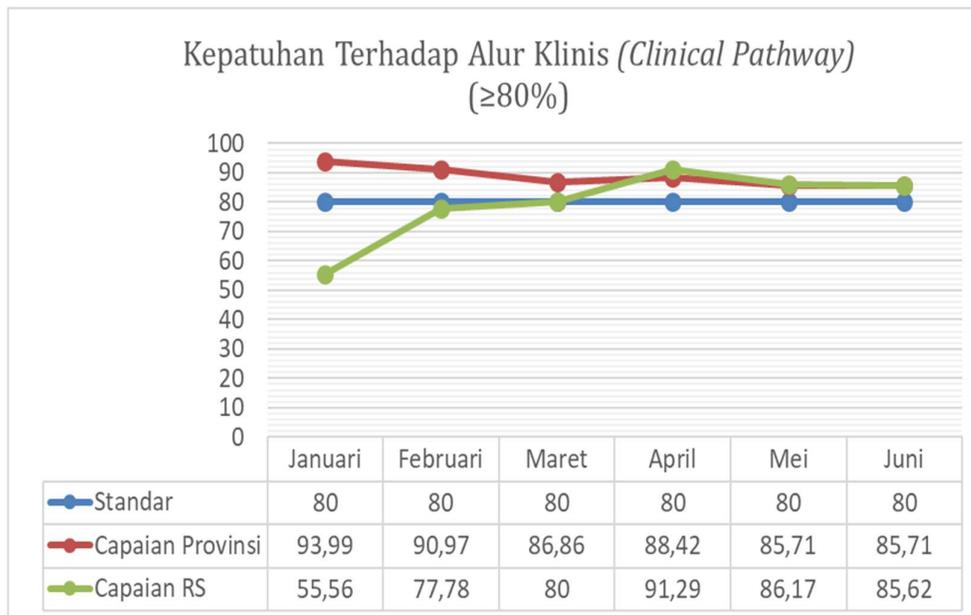
**ACTION :**

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Waktu Tunggu Rajal <60 Menit.
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Waktu Tunggu Rajal <60 Menit.

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui Angka Waktu Tunggu Rajal <60 Menit, Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Waktu Tunggu Rajal <60 Menit.	Dilakukan pengamatan mengenai Waktu Tunggu Rajal <60 Menit.	Dilakukan pengamatan mengenai Waktu Tunggu Rajal <60 Menit. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Waktu Tunggu Rajal <60 Menit. Mempercepat proses bridging sehingga Quality Rate waktu tunggu rawat jalan dapat mencapai target

## Indikator Terkait Manajemen Resiko : Kepatuhan Terhadap Alur Klinis ( $\geq 80\%$ )

### A. Tabel Presentase dan Grafik Capaian Kepatuhan Terhadap Alur Klinis



#### PLAN :

- Mengetahui Angka Kepatuhan Terhadap Alur Klinis.
- Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Kepatuhan Terhadap Alur Klinis.

#### Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Rendahnya angka capaian disebabkan masih rendahnya tingkat pengisian CP, dan masih sedikitnya kasus yang sesuai dengan CP.
- Masih ada beberapa petugas yang tidak mengisi CP sesuai dengan alur yang seharusnya, seperti pada IGD yang tidak melampirkan CP, ataupun pada perawatan yang mengisi CP hanya pada hari terakhir perawatan.

#### IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Terhadap Alur Klinis.

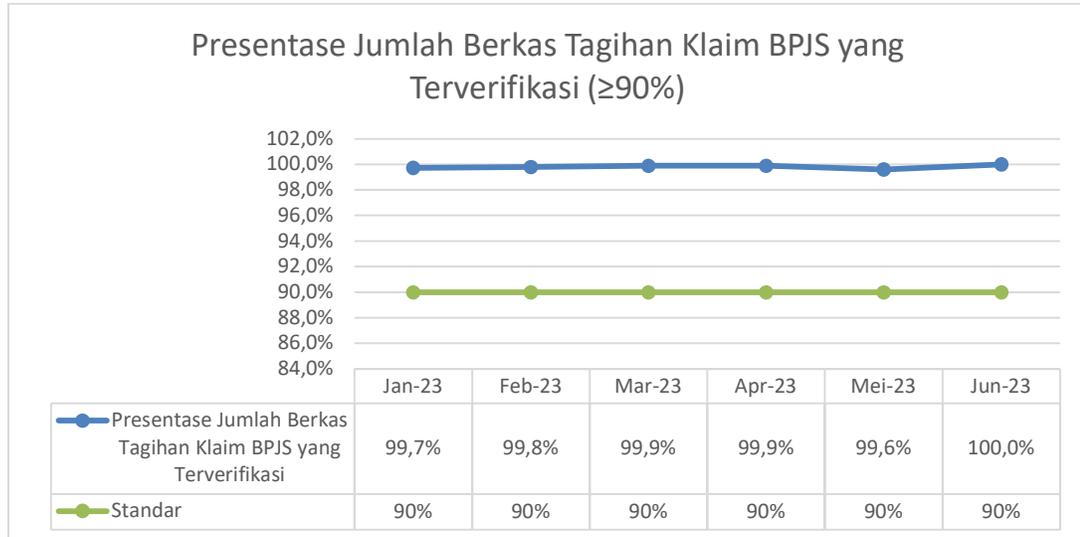
**ACTION :**

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Terhadap Alur Klinis.
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Kepatuhan Terhadap Alur Klinis.

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui Angka Kepatuhan Terhadap Alur Klinis, Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Kepatuhan Terhadap Alur Klinis.	Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Terhadap Alur Klinis	Dilakukan pengamatan mengenai Kepatuhan Terhadap Alur Klinis. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Kepatuhan Terhadap Alur Klinis

## Indikator Tujuan Strategis Rumah Sakit (KPI) Jumlah Berkas Tagihan Klaim BPJS yang Terverifikasi ( $\geq 90\%$ )

### A. Tabel Presentase dan Grafik Jumlah Berkas Tagihan Klaim BPJS yang Terverifikasi



#### PLAN :

- Mengetahui Angka Jumlah Berkas Tagihan Klaim BPJS yang Terverifikasi.
- Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Jumlah Berkas Tagihan Klaim BPJS yang Terverifikasi.

#### Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Berdasarkan data diatas, jumlah tagihan klaim BPJS yang terverifikasi sudah mencapai standar. Dimana hal ini menandakan kedisiplinan dan kelengkapan pengisian berkas BPJS yang dibutuhkan untuk e-klaim sehingga mempercepat proses penagihan karena berkas tidak perlu dikembalikan ataupun tertolak.
- claim sudah lengkap dan sesuai dengan aturan.

#### IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan mengenai angka Jumlah Berkas Tagihan Klaim BPJS yang Terverifikasi.

**ACTION :**

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Jumlah Berkas Tagihan Klaim BPJS yang Terverifikasi
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Jumlah Berkas Tagihan Klaim BPJS yang Terverifikasi

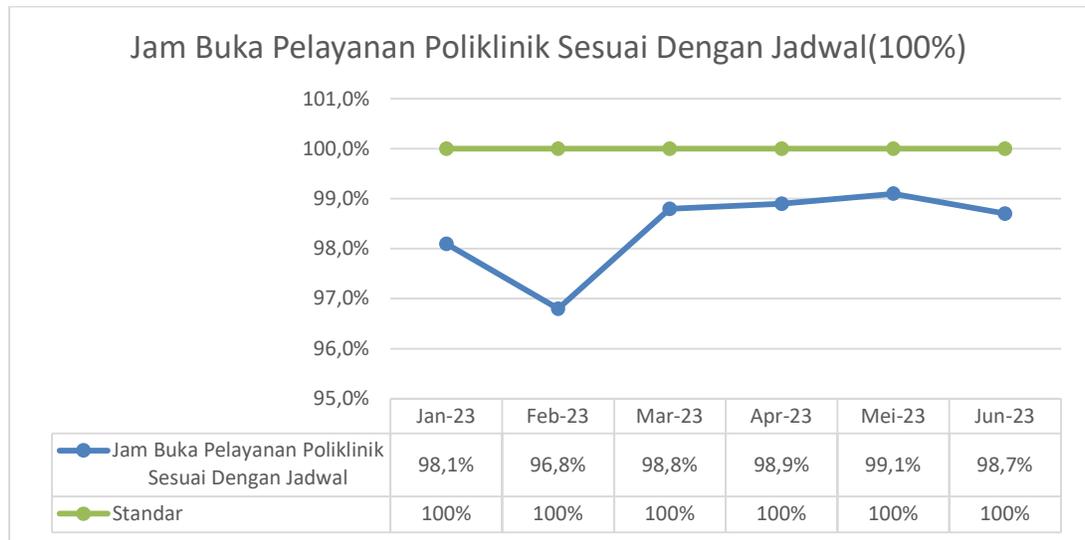
PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui Angka Jumlah Berkas Tagihan Klaim BPJS yang Terverifikasi, Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Jumlah Berkas Tagihan Klaim BPJS yang Terverifikasi.	Dilakukan pengamatan mengenai angka Jumlah Berkas Tagihan Klaim BPJS yang Terverifikasi	Dilakukan pengamatan mengenai angka Jumlah Berkas Tagihan Klaim BPJS yang Terverifikasi. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap angka Jumlah Berkas Tagihan Klaim BPJS yang Terverifikasi

## LAPORAN ANALISA INIDKATOR MUTU PRIORITAS UNIT

### SEMESTER I 2023

#### I. Ketepatan Jam Buka Pelayanan Poliklinik Sesuai Dengan Jadwal (100%)

##### A. Tabel Presentase dan Grafik Capaian Ketepatan Jam Buka Pelayanan Poliklinik Sesuai Dengan Jadwal (100%)



#### PLAN :

- Mengetahui Angka Jam Buka Pelayanan Poliklinik Sesuai dengan Jadwal.
- Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Jam Buka Pelayanan Poliklinik Sesuai dengan Jadwal.

#### Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Berdasarkan data, jam buka pelayanan masih belum mencapai target, hal ini dikarenakan masih ada dokter yang membuka praktek tidak sesuai dengan jadwal yang sudah ditentukan oleh rumah sakit. Meskipun sudah mengalami perbaikan, hendaknya pada semester depan, hambatan dapat dianalisa lebih dalam sehingga mendapatkan penyelesaian terbaik.

#### IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan mengenai angka Jam Buka Pelayanan Poliklinik Sesuai dengan Jadwal.

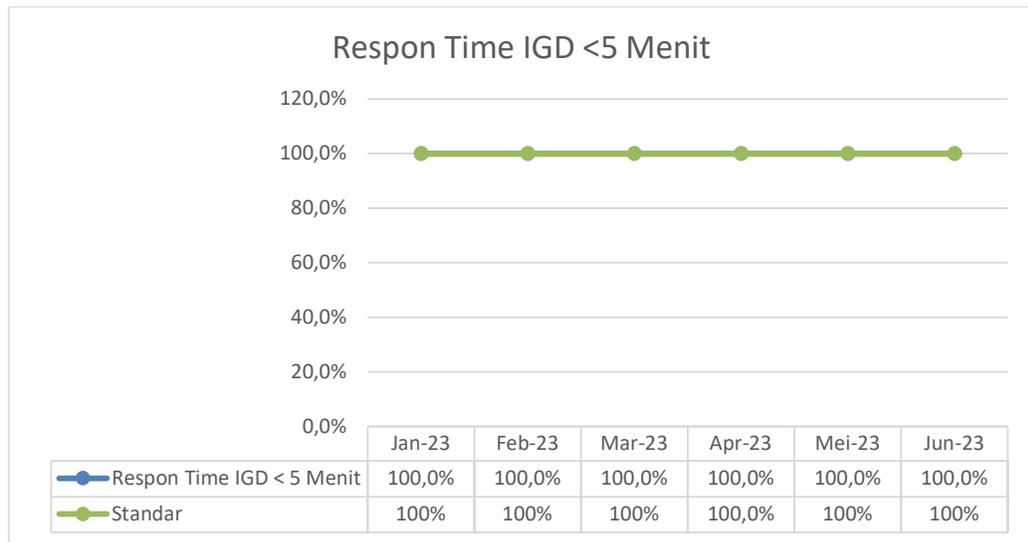
**ACTION :**

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Jam Buka Pelayanan Poliklinik Sesuai dengan Jadwal.
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Jam Buka Pelayanan Poliklinik Sesuai dengan Jadwal.

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui Jam Buka Pelayanan Poliklinik Sesuai dengan Jadwal, Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Jam Buka Pelayanan Poliklinik Sesuai dengan Jadwal.	Dilakukan pengamatan mengenai angka Jam Buka Pelayanan Poliklinik Sesuai dengan Jadwal	Dilakukan pengamatan mengenai angka Jam Buka Pelayanan Poliklinik Sesuai dengan Jadwal. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap angka Jam Buka Pelayanan Poliklinik Sesuai dengan Jadwal

## II. Respond Time IGD <5 Menit (100%)

### A. Tabel Presentase dan Grafik Respond Time IGD <5 Menit



#### PLAN :

- Mengetahui Angka Respond Time IGD <5 Menit.
- Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Respond Time IGD <5 Menit.

#### Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Berdasarkan data, Respond time igd dalam mrespon kasus emergensi sudah mencapai standar yaitu <5 menit.

#### IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan mengenai angka Respond Time IGD <5 Menit

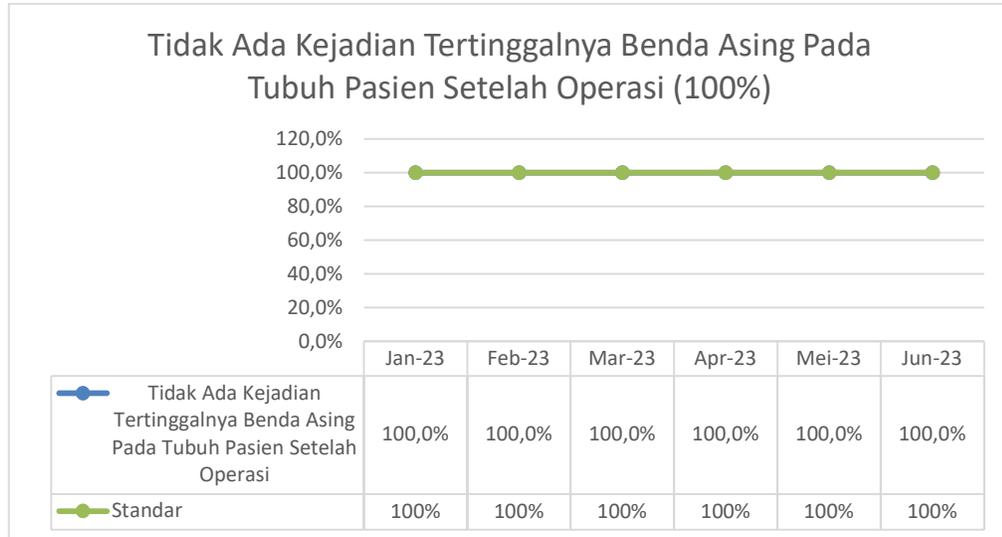
**ACTION :**

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Respond Time IGD <5 Menit
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Respond Time IGD <5 Menit

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui Respond Time IGD <5 Menit, Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Respond Time IGD <5 Menit.	Dilakukan pengamatan mengenai angka Respond Time IGD <5 Menit	Dilakukan pengamatan mengenai angka Respond Time IGD <5 Menit. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap angka Respond Time IGD <5 Menit

### III. Tidak Ada Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi (100%)

#### A. Tabel Presentase Tidak Ada Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi



#### PLAN :

- Mengetahui Angka Tidak Ada Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi.
- Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Tidak Ada Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi.

#### Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Berdasarkan data di atas tidak didapatkan adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi.

#### IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan mengenai angka Tidak Ada Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi

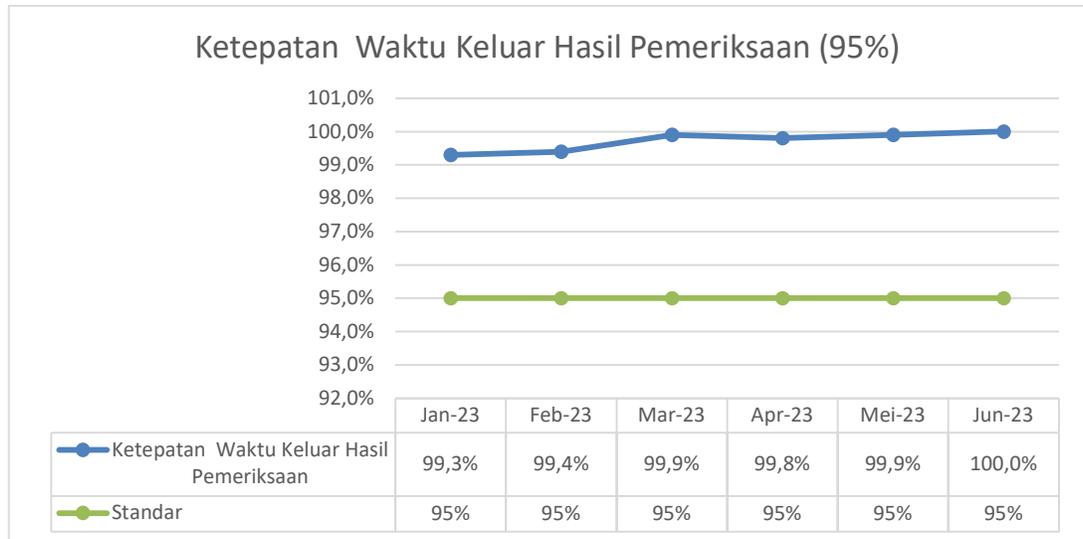
**ACTION :**

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Tidak Ada Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Tidak Ada Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui angka Tidak Ada Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi, Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Tidak Ada Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi.	Dilakukan pengamatan mengenai angka Tidak Ada Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi	Dilakukan pengamatan mengenai angka Tidak Ada Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap angka Tidak Ada Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi

#### IV. Ketepatan Waktu Keluar Hasil Pemeriksaan Laboratorium (95%)

##### A. Tabel Presentase dan Grafik Ketepatan Waktu Keluar Hasil Pemeriksaan Laboratorium



#### PLAN :

- a. Mengetahui Angka Ketepatan Waktu Keluar Hasil Pemeriksaan Laboratorium
- b. Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Ketepatan Waktu Keluar Hasil Pemeriksaan Laboratorium.

#### Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Berdasarkan data diatas didapatkan ketepatan waktu keluar hasil pemeriksaan laboratorium sudah mencapai standar. Dimana standar ini berlaku pada pemeriksaan darah rutin saja.

#### IMPLEMENTASI :

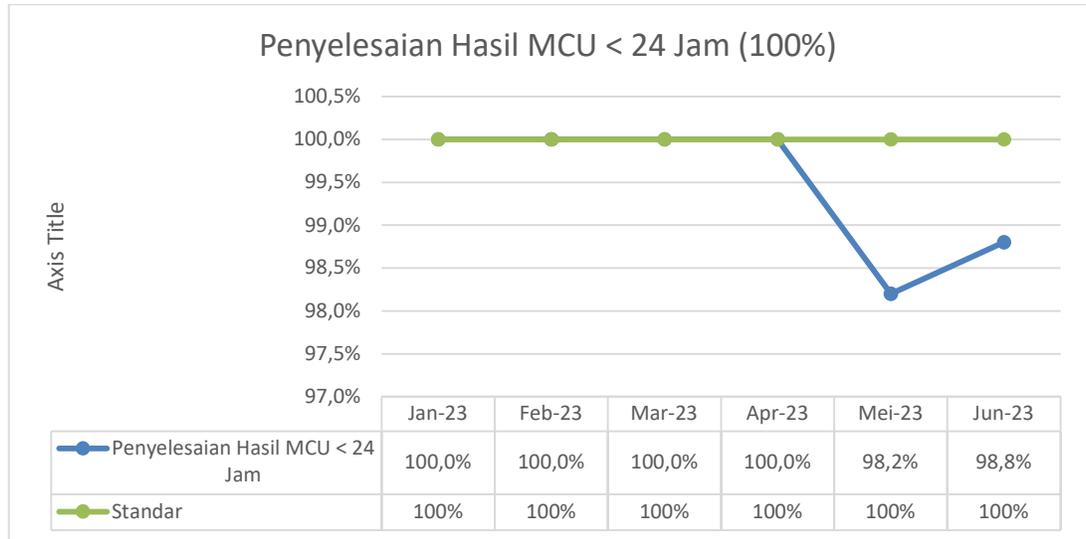
Dilakukan pengamatan mengenai Angka Ketepatan Waktu Keluar Hasil Pemeriksaan Laboratorium

**ACTION :**

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Angka Ketepatan Waktu Keluar Hasil Pemeriksaan Laboratorium
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Angka Ketepatan Waktu Keluar Hasil Pemeriksaan Laboratorium

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui Angka Ketepatan Waktu Keluar Hasil Pemeriksaan Laboratorium, Mempertahankan dan terus meningkatkan Angka Ketepatan Waktu Keluar Hasil Pemeriksaan Laboratorium.	Dilakukan pengamatan mengenai Angka Ketepatan Waktu Keluar Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Dilakukan pengamatan mengenai angka ketepatan waktu hasil pemeriksaan laboratorium. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Angka Ketepatan Waktu Keluar Hasil Pemeriksaan Laboratorium

**V. Pelayanan Medical Check Up Dasar Selesai dalam Satu Hari (100%)**  
**A. Tabel Presentase dan Grafik Pelayanan Medical Check Up Dasar Selesai dalam Satu Hari**



PLAN :

- a. Mengetahui Angka Pelayanan Medical Check Up Dasar Selesai dalam Satu Hari
- b. Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Pelayanan Medical Check Up Dasar Selesai dalam Satu Hari

Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Berdasarkan data di atas, didapatkan standar MCU menurun. Hal ini disebabkan pada periode tersebut terjadi kerusakan alat internal yang menyebabkan sampel darah tidak bisa diperiksa di Rumah Sakit dan diharuskan mengirim sampel ke rumah sakit lain, sehingga memakan waktu lebih banyak daripada yang seharusnya.
- Hendaknya hal ini disemester depan menjadi salah satu target eksklusi.

IMPLEMENTASI :

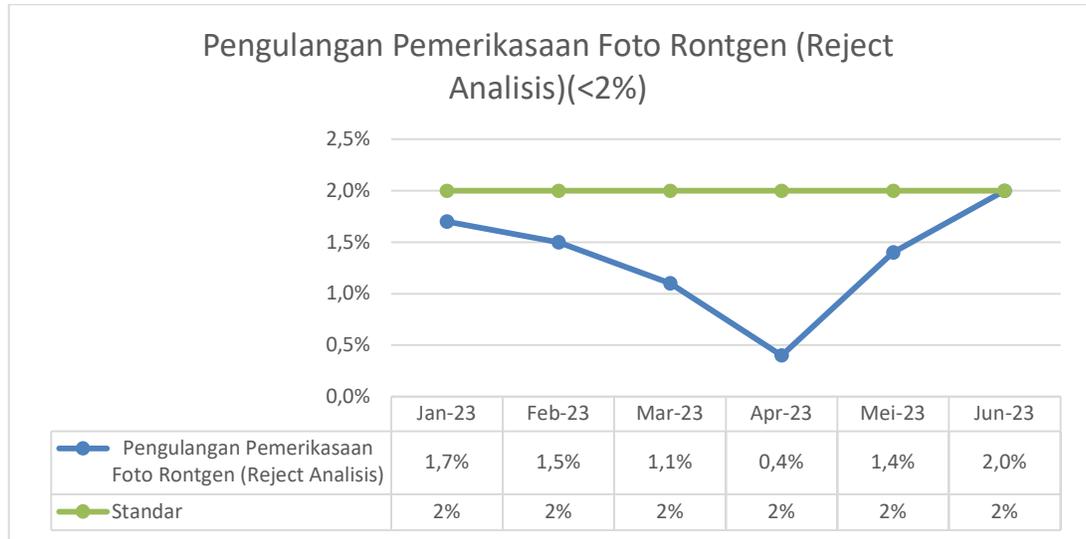
Dilakukan pengamatan mengenai angka Pelayanan Medical Check Up Dasar Selesai dalam Satu Hari

**ACTION :**

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Pelayanan Medical Check Up Dasar Selesai dalam Satu Hari
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Pelayanan Medical Check Up Dasar Selesai dalam Satu Hari

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui angka Pelayanan Medical Check Up Dasar Selesai dalam Satu Hari, Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Pelayanan Medical Check Up Dasar Selesai dalam Satu Hari.	Dilakukan pengamatan mengenai angka Pelayanan Medical Check Up Dasar Selesai dalam Satu Hari	Dilakukan pengamatan mengenai angka Pelayanan Medical Check Up Dasar Selesai dalam Satu Hari. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap angka Pelayanan Medical Check Up Dasar Selesai dalam Satu Hari

**VI. Pengulangan Pemeriksaan Foto Rontgen (Reject Analisa) (<2%)**  
**A. Tabel Presentase Pengulangan Pemeriksaan Foto Rontgen (Reject Analisa)**



PLAN :

- a. Mengetahui Angka Pengulangan Pemeriksaan Foto Rontgen (Reject Analisa)
- b. Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Pengulangan Pemeriksaan Foto Rontgen (Reject Analisa)

Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Berdasarkan data, capaian pengulangan pemeriksaan foto rontgen sudah mencapai target <2%. Diharapkan target tersebut terus tercapai.

IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan mengenai angka Pengulangan Pemeriksaan Foto Rontgen (Reject Analisa)

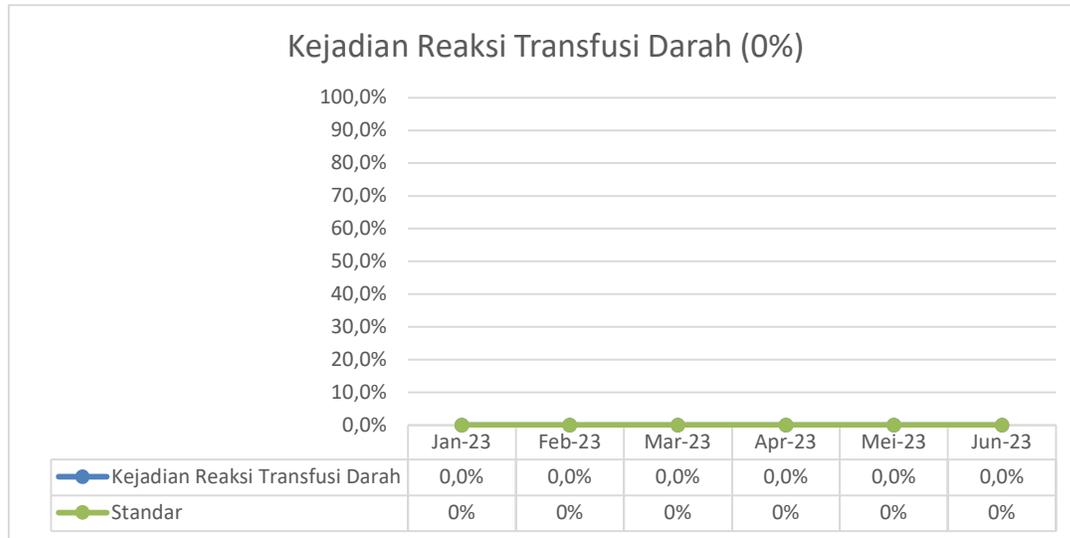
**ACTION :**

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Pengulangan Pemeriksaan Foto Rontgen (Reject Analisa)
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Pengulangan Pemeriksaan Foto Rontgen (Reject Analisa)

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui angka Pengulangan Pemeriksaan Foto Rontgen (Reject Analisa), Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Pengulangan Pemeriksaan Foto Rontgen (Reject Analisa)	Dilakukan pengamatan mengenai angka Pengulangan Pemeriksaan Foto Rontgen (Reject Analisa)	Dilakukan pengamatan mengenai angka Pengulangan Pemeriksaan Foto Rontgen (Reject Analisa). Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap angka Pengulangan Pemeriksaan Foto Rontgen (Reject Analisa)

## VII. Kejadian Reaksi Transfusi Darah (0%)

### A. Tabel Presentase dan Grafik Kejadian Reaksi Transfusi Darah



PLAN :

- Mengetahui Angka Kejadian Reaksi Transfusi Darah
- Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Kejadian Reaksi Transfusi Darah

Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Berdasarkan data diatas, tidak terdapat kejadian reaksi transfusi selama periode Januari-Juni 2023

IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan mengenai angka Kejadian Reaksi Transfusi Darah

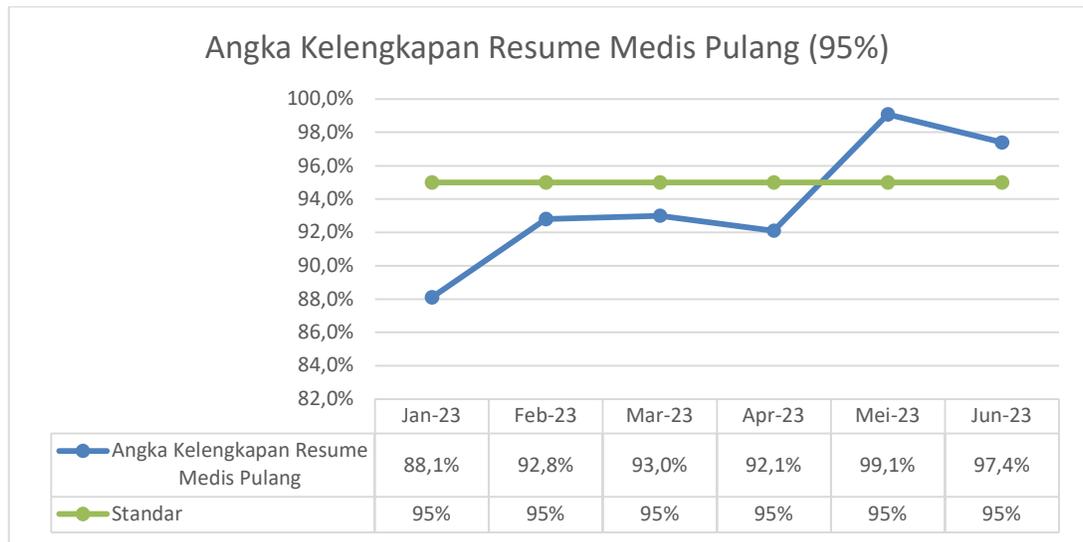
**ACTION :**

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Kejadian Reaksi Transfusi Darah
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Kejadian Reaksi Transfusi Darah

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui angka Kejadian Reaksi Transfusi Darah, Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Kejadian Reaksi Transfusi Darah	Dilakukan pengamatan mengenai angka Kejadian Reaksi Transfusi Darah	Dilakukan pengamatan mengenai angka Kejadian Reaksi Transfusi Darah Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap angka Kejadian Reaksi Transfusi Darah.

### VIII. Kelengkapan Resume Medis Pulang (95%)

#### A. Tabel Presentase dan Grafik Kelengkapan Resume Medis Pulang



PLAN :

- a. Mengetahui Angka Kelengkapan Resume Medis Pulang
- b. Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Kelengkapan Resume Medis Pulang

Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Ketidaklengkapan pengisian resume medis pulang disebabkan masih adanya beberapa item kelengkapan resume medis pulang, seperti tanggal masuk rawat, tanggal keluar perawatan dsb.

IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan mengenai angka Angka Kelengkapan Resume Medis Pulang

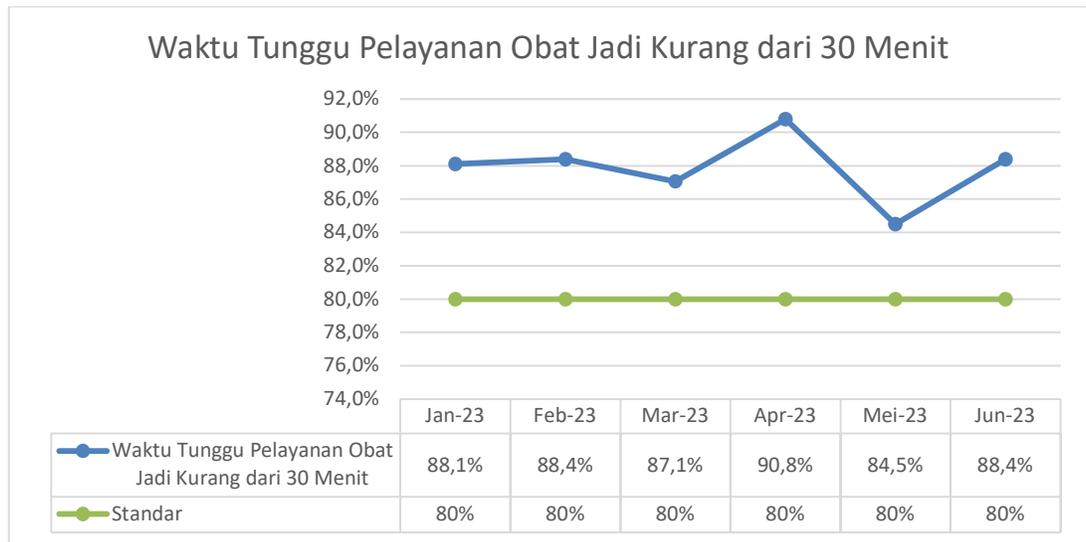
**ACTION :**

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Angka Kelengkapan Resume Medis Pulang
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Angka Kelengkapan Resume Medis Pulang

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui Angka Kelengkapan Resume Medis Pulang, Mempertahankan dan terus meningkatkan Angka Kelengkapan Resume Medis Pulang	Dilakukan pengamatan mengenai Angka Kelengkapan Resume Medis Pulang	Dilakukan pengamatan mengenai Angka Kelengkapan Resume Medis Pulang Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Angka Kelengkapan Resume Medis Pulang

## IX. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi (80%)

### A. Tabel Presentase dan Grafik Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi



#### PLAN :

- Mengetahui Angka Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi
- Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

#### Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Berdasarkan data di atas, pelayanan obat jadi sudah mencapai target, namun masih terjadi ketidakstabilan pencapaian yang disebabkan beberapa faktor, seperti jumlah pasien yang tinggi, obat yang didapatkan satu pasien memiliki berbagai macam jenis obat dengan jumlah yang banyak. Harapannya pada semester depan hal ini dapat dianalisa lebih lanjut agar semester depan pencapaian menjadi lebih stabil.

#### IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan mengenai angka Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi.

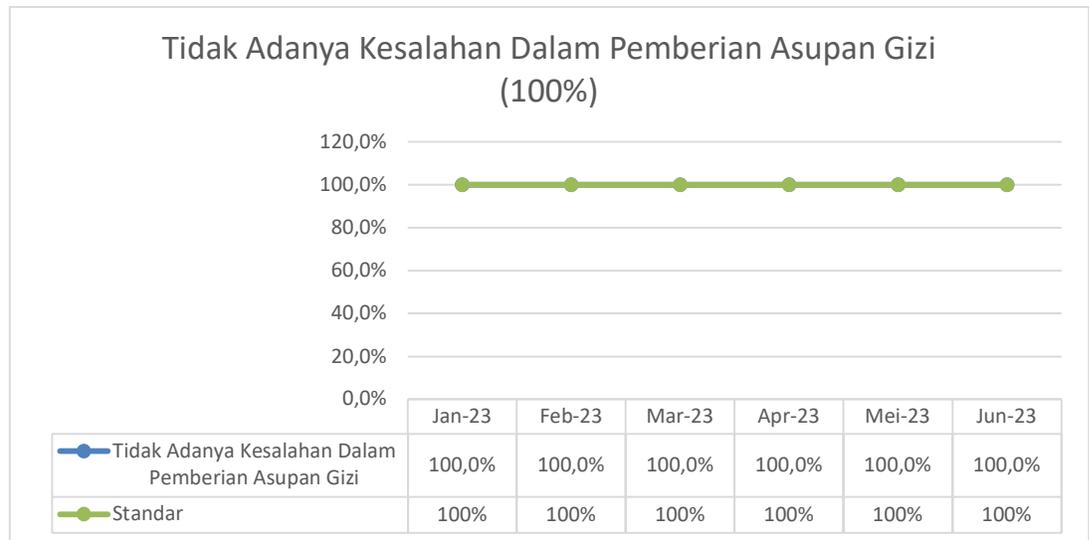
**ACTION :**

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Angka Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Angka Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

<b>PLAN</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>	<b>ACTION</b>
Mengetahui Angka Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi, Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi	Dilakukan pengamatan mengenai Angka Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi.	Dilakukan pengamatan mengenai Angka Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Angka Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

**X. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet (100%)**

**A. Tabel Presentase dan Grafik Capaian Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet**



**PLAN :**

- a. Mengetahui Angka Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Asupan Gizi
- b. Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Asupan Gizi

**Rumusan pernyataan dan uraian masalah:**

- Berdasarkan data, didapatkan sudah mencapai target, dimana tidak ada kesalahan dalam pemberian asupan gizi.

**IMPLEMENTASI :**

Dilakukan pengamatan mengenai angka Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Asupan Gizi.

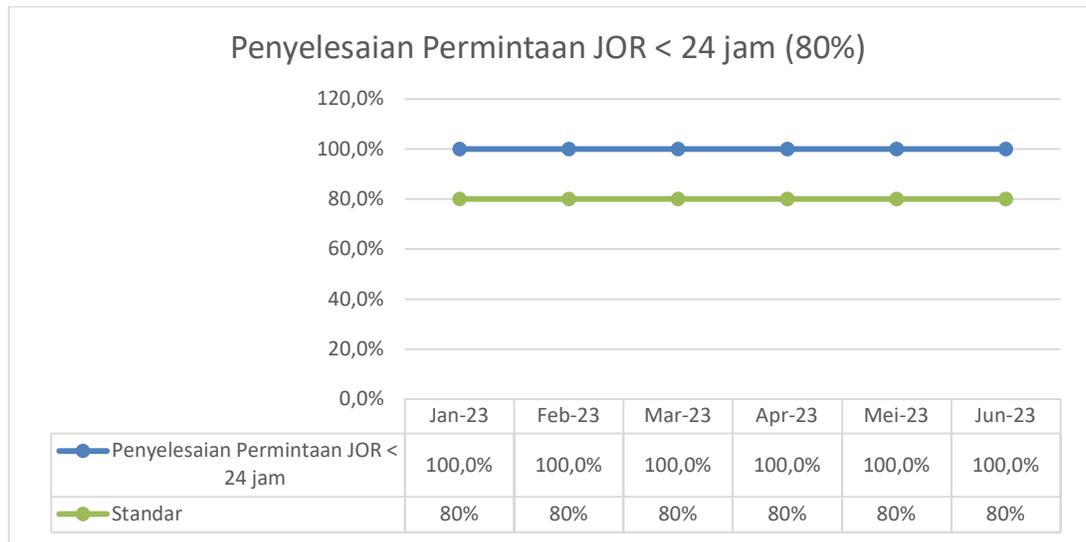
**ACTION :**

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Angka Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Asupan Gizi
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Angka Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Asupan Gizi

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Asupan Gizi, Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Asupan Gizi	Dilakukan pengamatan mengenai Angka Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Asupan Gizi	Dilakukan pengamatan mengenai Angka Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Asupan Gizi, Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Angka Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Asupan Gizi

## XI. Penanganan JOR <24 Jam (80%)

### A. Tabel Presentase dan Grafik Capaian Penanganan JOR <24 Jam



#### PLAN :

- Mengetahui Angka Penyelesaian Permintaan JOR <24 Jam
- Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Penyelesaian Permintaan JOR <24 Jam

#### Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Berdasarkan data, didapatkan capaian sudah memenuhi target. Diharapkan pada semester depan dapat ditingkatkan jenis JOR yang dapat digunakan sebagai indikator, dikarenakan JOR dalam indikator ini termasuk JOR minor.

#### IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan mengenai angka Penyelesaian Permintaan JOR <24 Jam

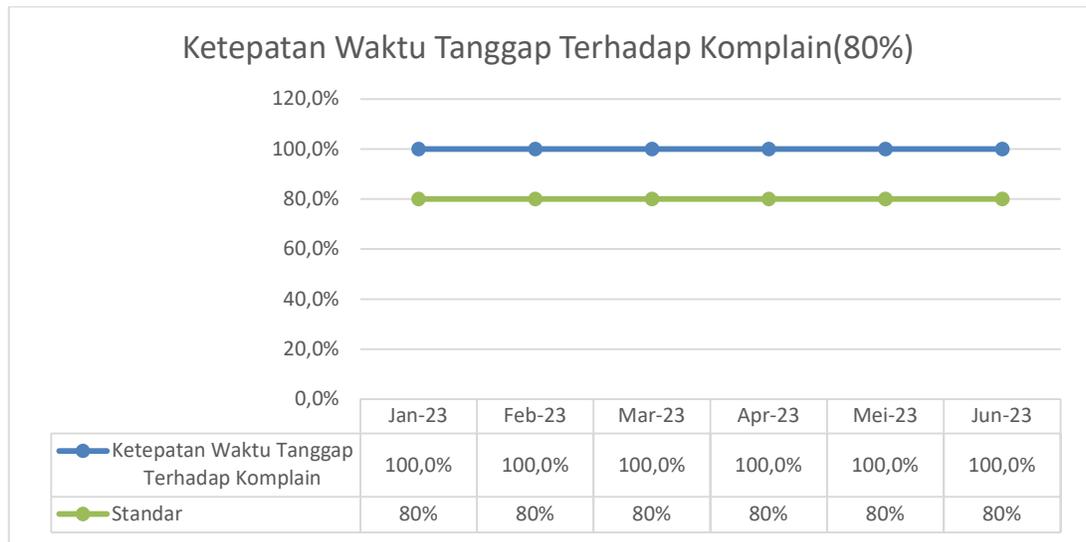
**ACTION :**

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Angka Penyelesaian Permintaan JOR <24 Jam
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Angka Penyelesaian Permintaan JOR <24 Jam

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui angka Penyelesaian Permintaan JOR <24 Jam, Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Penyelesaian Permintaan JOR <24 Jam	Dilakukan pengamatan mengenai Angka Penyelesaian Permintaan JOR <24 Jam	Dilakukan pengamatan mengenai Angka Penyelesaian Permintaan JOR <24 Jam, Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Angka Penyelesaian Permintaan JOR <24 Jam

## XII. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain (80%)

### A. Tabel Kecepatan dan Grafik Capaian Waktu Tanggap Komplain



#### PLAN :

- c. Mengetahui angka Ketepatan Waktu Tanggap Komplain.
- d. Mempertahankan dan terus meningkatkan angka Ketepatan Waktu Tanggap Komplain.

#### Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Berdasarkan data, complain yang masuk sudah ditanggapi dan diselesaikan dalam kurun waktu <24 jam.

#### IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan serta sosialisasi mengenai angka Ketepatan Waktu Tanggap Komplain secara rutin.

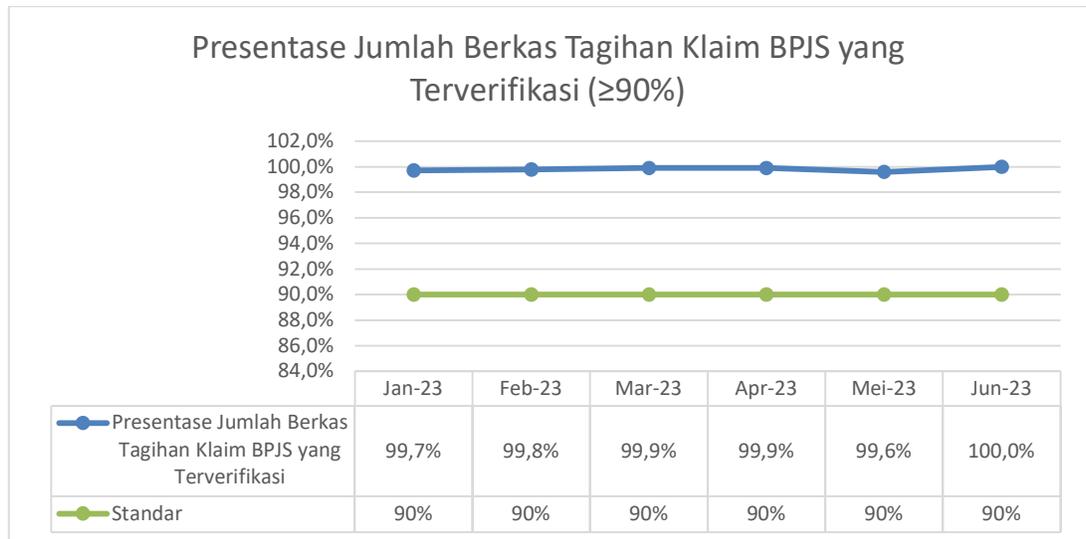
## ACTION

- a. Dilakukan pengamatan mengenai angka Ketepatan Waktu Tanggap Komplain..
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap angka Ketepatan Waktu Tanggap Komplain.
- c.

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui angka Ketepatan Waktu Tanggap Komplain.. Team tetap melakukan pengawasan terhadap angka Ketepatan Waktu Tanggap Komplain.	Dilakukan pengamatan mengenai pencapaian angka Ketepatan Waktu Tanggap Komplain.	Dilakukan pengamatan mengenai angka Ketepatan Waktu Tanggap Komplain.

### XIII. Jumlah Berkas Tagihan Klaim BPJS Yang Terverifikasi (90%)

#### A. Tabel Persentase dan Grafik Capaian Berkas Tagihan Klaim BPJS Yang Terverifikasi



#### PLAN :

- Mengetahui Angka Berkas Tagihan Klaim BPJS yang Terverifikasi
- Mempertahankan dan terus meningkatkan Angka Berkas Tagihan Klaim BPJS yang Terverifikasi

#### Rumusan pernyataan dan uraian masalah:

- Berdasarkan data diatas, jumlah tagihan klaim BPJS yang terverifikasi sudah mencapai standar. Dimana hal ini menandakan kedisiplinan dan kelengkapan pengisian berkas BPJS yang dibutuhkan untuk e-klaim. Sehingga proses penagihan dapat sesuai jadwal dan dibayarkan tepat waktu.
- claim sudah lengkap dan sesuai dengan aturan.

#### IMPLEMENTASI :

Dilakukan pengamatan mengenai Angka Berkas Tagihan Klaim BPJS yang Terverifikasi

**ACTION :**

- a. Dilakukan pengamatan mengenai Angka Berkas Tagihan Klaim BPJS yang Terverifikasi
- b. Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Angka Berkas Tagihan Klaim BPJS yang Terverifikasi

PLAN	IMPLEMENTASI	ACTION
Mengetahui Angka Berkas Tagihan Klaim BPJS yang Terverifikasi, Mempertahankan dan terus meningkatkan Angka Berkas Tagihan Klaim BPJS yang Terverifikasi	Dilakukan pengamatan mengenai Angka Berkas Tagihan Klaim BPJS yang Terverifikasi	Dilakukan pengamatan mengenai Angka Berkas Tagihan Klaim BPJS yang Terverifikasi, Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap Angka Berkas Tagihan Klaim BPJS yang Terverifikasi