



**PEMERINTAH KABUPATEN DAIRI**  
**DINAS KESEHATAN**  
**UPT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jl. Rumah Sakit No.19, Sidikalang Kode Pos 22212  
Telp.(0627) 21096 Faks. (0627) 21096  
E-mail:rsud.sidikalang@gmail.com

Sidikalang, 15 Oktober 2022

Nomor : 01/ 15 /PMKP/X/2022  
Lampiran : 1 Bundel  
Perihal : Laporan Mutu Area Prioritas Bulan Juli s.d September 2022

Kepada Yth.  
Direktur RSUD Sidikalang  
Di  
Tempat

Sehubungan dengan adanya laporan dari komite mutu rumah sakit maka dengan ini kami sampaikan laporan capaian mutu yang terdiri dari :

1. Indikator Nasional Mutu Kemenkes ( 13 )
2. Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit ( 11 )
3. Indikator Mutu Prioritas Unit Rumah Sakit ( 12 )
4. Indikator Mutu Unit ( 13 )

Dan besar harapan kami Bapak dapat memberikan rekomendasi atas capaian mutu tersebut. Atas perhatian dan Kerjasama Bapak kami ucapkan terima kasih.

Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien,

dr. Doddy Febryan Nainggolan, M.Ked(ClinPath), Sp.PK  
Nip. 19800204 201001 1 006



**LAPORAN MUTU DAN INDIKATOR  
MUTU  
RSUD SIDIKALANG  
JULI - SEPTEMBER 2022**

PEMERINTAH KABUPATEN DAIRI

RSUD SIDIKALANG



**LAPORAN INDIKATOR MUTU  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SIDIKALANG  
BULAN JULI - SEPTEMBER 2022**

**I. INDIKATOR NASIONAL MUTU KEMENKES (INM)**

NO	DAFTAR INDIKATOR
1	Kepatuhan kebersihan tangan
2	Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
3	Kepatuhan identifikasi pasien
4	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergency
5	Waktu tunggu rawat jalan <60 menit
6	Penundaan operasi elektif
7	Kepatuhan Waktu Visite Dokter
8	Pelaporan hasil Kritis Laboratorium <30 menit
9	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
10	Kepatuhan Terhadap Alur klinis (Clinical Pathway)
11	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
12	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain
13	Kepuasan pasien

**II. INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT (IMP RS)**

NO	CAKUPAN	UNIT	DAFTAR INDIKATOR
1	Sasaran Keselamatan Pasien	Ranap	Kepatuhan Identifikasi Pasien Rawat Inap
2			Kepatuhan Pelaksanaan <i>Read Back</i> Antar Shift
3		Farmasi	Kepatuhan Pelebelan <i>High Alert</i>
4		Kamar Bedah	Kepatuhan Penandaan Lokasi Operasi
5		PPI	Kepatuhan cuci tangan 6 langkah 5 moment
6		Ranap	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap
7	Pelayanan Klinis Prioritas	Komdik	Kepatuhan <i>Clinical Pathway</i>
8	Tujuan Strategis	HD	URR ≥ 65%
9	Perbaikan Sistem	Farmasi	Waktu Tunggu Obat Jadi (30 menit)
10	Manajemen Risiko	PSRS	Pelaksanaan pemeliharaan peralatan medis
11	Program Pendidikan	Kordik	Pemberian Laporan per-Semester



### III. INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT RUMAH SAKIT (IMP UNIT RS)

NO	DAFTAR INDIKATOR
1	Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat < 5 menit) - IGD
2	Waktu Tunggu Obat (<30 menit) - Jadi Farmasi
3	Kecepatan Respon Terhadap Komplain - Humas/ Adm Umum
4	Waktu Tunggu Rawat Jalan <60 menit - Rawat jalan
5	Pelaksanaan pemeliharaan peralatan medis-Sarpras
6	Kepatuhan Kebersihan Tangan -KPPi
7	Kepatuhan CP - komdik
8	Kepatuhan Penandaan Lokasi Operasi-kamar bedah
9	Tidak Ada Kejadian Pasien Jatuh-rawat inap
10	Rasio PNBp terhadap Biaya Operasional (PB)-keuangan CRR
11	Bed Occupacy Rate - Rekam Medika
12	URR≥65%

### IV. INDIKATOR MUTU UNIT

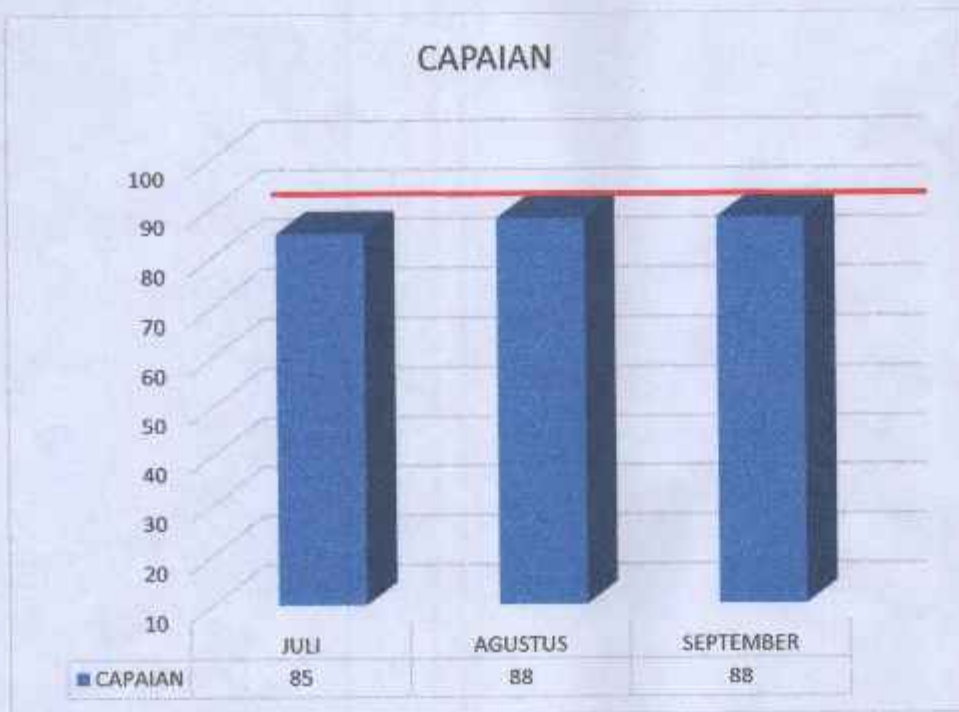
NO	DAFTAR INDIKATOR
1	Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat < 5 menit)- IGD
2	Kepatuhan terhadap formularium Nasional-Farmasi
3	Kecepatan Respons Terhadap Komplain- Humas
4	Kepuasan Pasien
5	Waktu Tunggu Rawat Jalan <60 menit
6	Kepatuhan Identifikasi Pasien
7	Kejadian Pasien Jatuh
8	Kepatuhan Visite Dokter 08.00-14.00 WIB
9	Pelaksanaan pemeliharaan peralatan medis
10	Bed Occupacy Rate
11	Nett Death Rate
12	Tidak Ada Kejadian Operasi Salah Sisi
13	Penundaan Operasi Elektif
14	URR≥65%

**LAPORAN INDIKATOR MUTU**  
**BULAN JULI – SEPTEMBER**  
**TAHUN 2022**

**INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM) KEMENKES**

**1. KEBERSIHAN TANGAN**

BULAN	CAPAIAN	STD %
Juli	85	85
Agustus	88	85
September	87	85

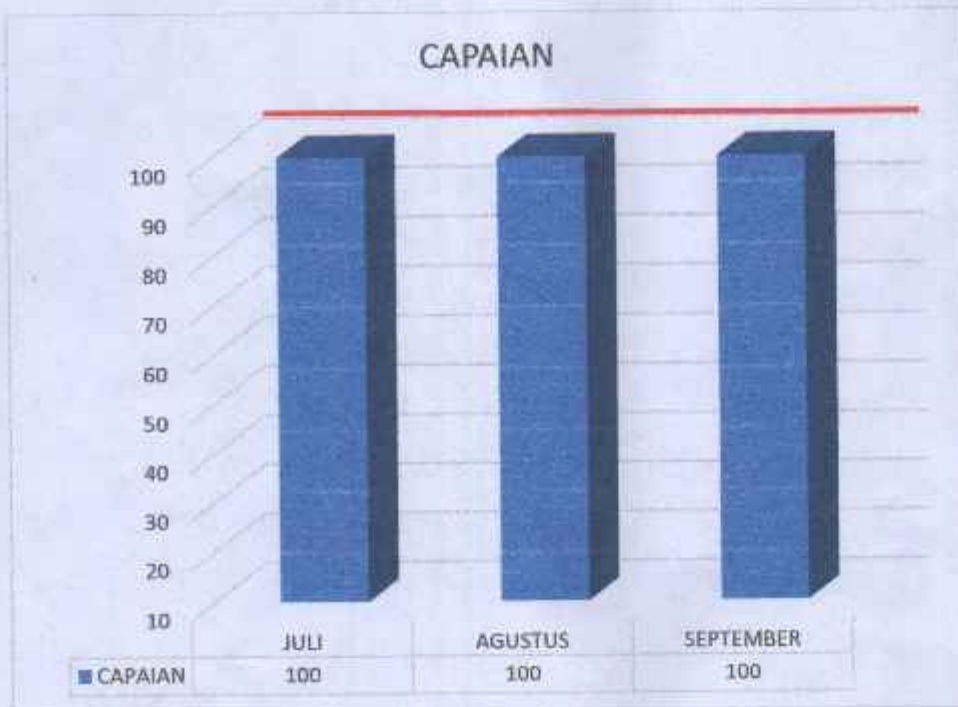


ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Pada Bulan Juli Hasil capaian Cuci tangan sudah sesuai standard	Mempertahankan capaian tersebut agar sesuai dengan standard	Laksanakan dan tindak lanjuti Guna peningkatan



## 2. KEPATUHAN PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI (APD)

BULAN	CAPAIAN	STD %
Juli	100	100
Agustus	100	100
September	100	100




ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Tingkat kepatuhan penggunaan APD telah sesuai dengan standard.	Mempertahankan capaian tersebut agar tetap sesuai dengan standard.	<i>Pertahankan Hasil capaian ini</i> <i>[Signature]</i>

### 3. KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN

BULAN	JUMLAH PASIEN	PASIEN YG DIPASANG GELANG IDENTITAS	% PASIEN YG DIPASANG GELANG IDENTITAS	STANDAR (%)
Juli	659	659	100	100
Agustus	677	677	100	100
September	660	660	100	100




ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Pemasangan gelang identifikasi pasien telah sesuai dengan standard.	Mempertahankan kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien.	<i>Pertahankan hasil Capaian ini</i> 

#### 4. WAKTU TANGGAP OPERASI SEKSIO SESAREA EMERGENCY

BULAN	JUMLAH PASIEN WAKTU TANGGAP OPERASI	% PASIEN YANG DIPUTUSKAN UNTUK SC EMERGENCY	STANDAR (%)
Juli	53	100	< 80
Agustus	34	100	< 80
September	47	100	< 80



ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Waktu tanggap operasi elektif operasi seksio sesarea emergency sudah mencapai standar.	Terus ditingkatkan dan tetap melakukan monitoring	Pertahankan hasil capaian ini 



### 5. WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN

BULAN	JUMLAH SELURUH PASIEN RAWAT JALAN	% CAPAIAN	STD
Juli	2459	100	80
Agustus	2770	100	80
September	2763	100	80



ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Waktu tunggu rawat jalan sudah sesuai dengan standard	Pertahankan dan terus ditingkatkan	Pertahankan Hasil capaian ini <i>[Signature]</i>

## 6. PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF

### PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF > 1 JAM

BULAN	JUMLAH PASIEN OP ELEKTIF(D)	JLH PASIEN TERTUNDA (n)	CAPAIAN(%)	STANDAR (%)
Juli	150	0	5	5
Agustus	132	0	5	5
September	142	0	5	5

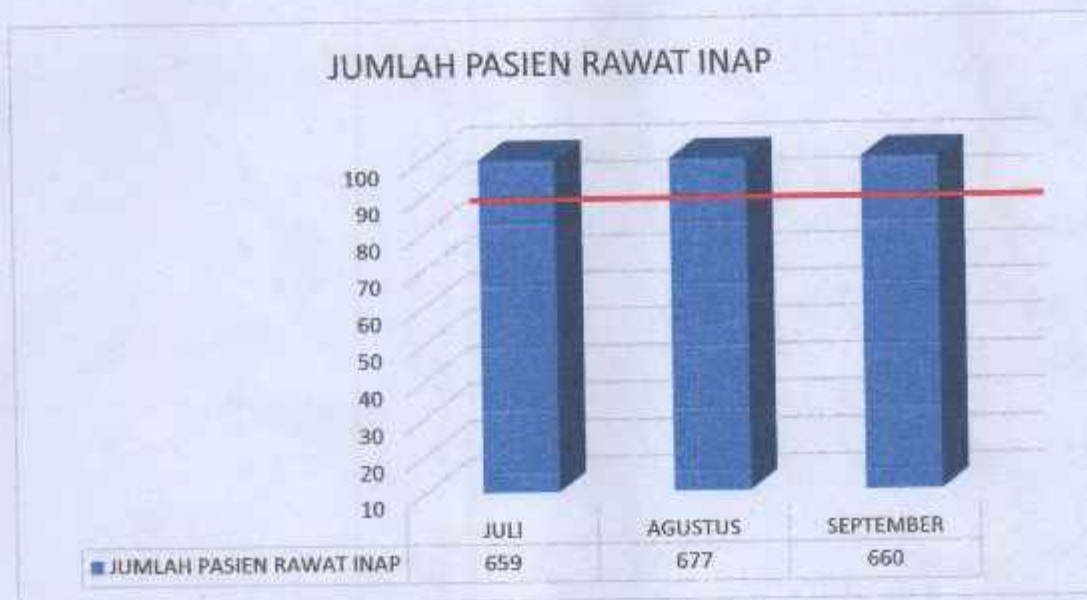



ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Penundaan operasi elektif tidak pernah ada terjadi	Tingkatkan dan selalu melakukan monitoring evaluasi.	Tingkatkan agar kedepan tidak ada penundaan operasi elektif <i>[Signature]</i>



### 7. KEPATUHAN WAKTU VISITE DOKTER

BULAN	JLH PASIEN RAWAT INAP YANG DIKUNJUNGI DPJP SELAMA RAWATAN	JUMLAH PASIEN RAWAT INAP	KEPATUHAN WAKTU VISITE DOKTER SESUAI DENGAN JUMLAH PASIEN RAWAT INAP (%)	STANDAR (%)
Juli	644	659	100	80
Agustus	668	677	100	80
September	651	660	100	80



ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Waktu visite dokter masih belum sesuai dengan standardan masih jauh dibawah standar	Selalu nmelakukan monitoring dan perbaikan	<i>pertahankan Capaian ini</i> 

## 8. PELAPORAN HASIL KRITIS LABORATORIUM

BULAN	JUMLAH SELURUH PASIEN PEM NILAI KRITIS	JUMLAH PEM NILAI KRITIS <30 MENIT	% PEM NILAI KRITIS <30 MENIT	%STANDAR
Juli	18	18	100	100
Agustus	19	18	95	100
September	27	17	63	100




ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Pelaporan nilai kritis laboratorium masih dibawah standart	Selalu melakukan monitoring dan pengawasan untuk meningkatkan pelaporan nilai kritis	Perbaikankan Capaian seperti di Juli - lakukan monitoring



## 9. KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL

BULAN	JLH OBAT SESUAI FORMULARIUM	JLH OBAT TIDAK SESUAI FORMULARIUM	JUMLAH RESEP SESUAI FORNAS (%)	STANDAR $\geq 80$ (%)
Juli	9936	575	80	80
Agustus	8831	703	80	80
September	8997	739	80	80




ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Pelaporan nilai Kepatuhan Penggunaan Formularium nasional sesuai bdengan Standard	Selalu melakukan monitoring dan perbaikan	<p><i>tingkatkan, lakukan sosialisasi dgn dpp</i></p> 

### 10. KEPATUHAN TERHADAP ALUR KLINIS (CLINICAL PATHWAY)

BULAN	PASIEH YANG DILAKUKAN DENGAN CLINICAL PATHWAY	% JUMLAH PASIEN YANG DIUKUR CP	STANDAR (%)
Juli	68	100	80
Agustus	86	100	80
September	47	100	80




ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Saat ini ada 5 CP yang telah dibuat dan di-implementasikan oleh Rumah Sakit	Hasil evaluasi CP telah sesuai dengan standart dan terus ditingkatkan	Pertahankan Capaian 



11. KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RISIKO PASIEN JATUH

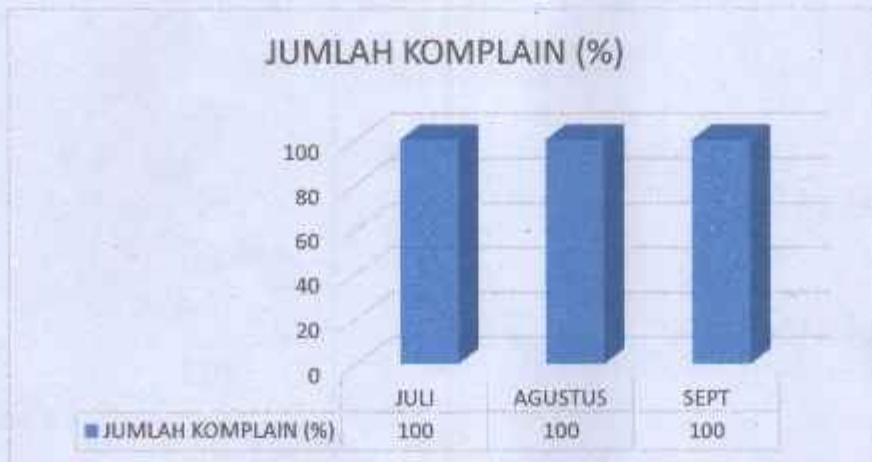
BULAN	JUMLAH PASIEN	JUMLAH PASIEN YANG BERESIKO JATUH DILAKUKAN UPAYA PENCEGAHAN	JUMLAH PASIEN DENGAN RISIKO JATUH	STANDAR (%)
Juli	659	659	659	100
Agustus	677	677	677	100
September	660	660	660	100



ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Kepatuhan perawat dalam memasang stiker risiko jatuh sudah semakin membaik	Mempertahankan dan meningkatkan monitoring serta komitmen petugas kesehatan dalam kepatuhan memasang risiko jatuh.	<i>Mertahankan Capaian dan tetap monitoring</i> 

## 12. KECEPATAN WAKTU TANGGAP KOMPLAIN

BULAN	KOMPLAIN MERAH (1X24JAM)	KOMPLAIN KUNING (3HARI)	KOMPLAIN HIJAU (7HARI)	JUMLAH KOMPLAIN (%)	CAPAIAN (%)	STANDAR >75%
	Juli	0	0	1	100	100
Agustus	0	0	1	100	100	75
September	0	0	1	100	100	75



ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Bulan Jul, Agustus dan September 2022 ada 1 komplain disetiap bulannya yang terdata dengan grade hijau.	Melakukan sosialisasi kepada staff agar dapat memberikan edukasi dan informasi yang baik kepada pasien.	Seluruh komplain pasien harus direspon dan cepat oleh seluruh petugas terkait <i>JA</i>



### 13. KEPUASAN PASIEN

BULAN	JUMLAH SAMPEL PASIEN	% KEPUASAN PASIEN	STANDAR (%)
Juli	100	84	80
Agustus	100	85	80
September	100	87	80

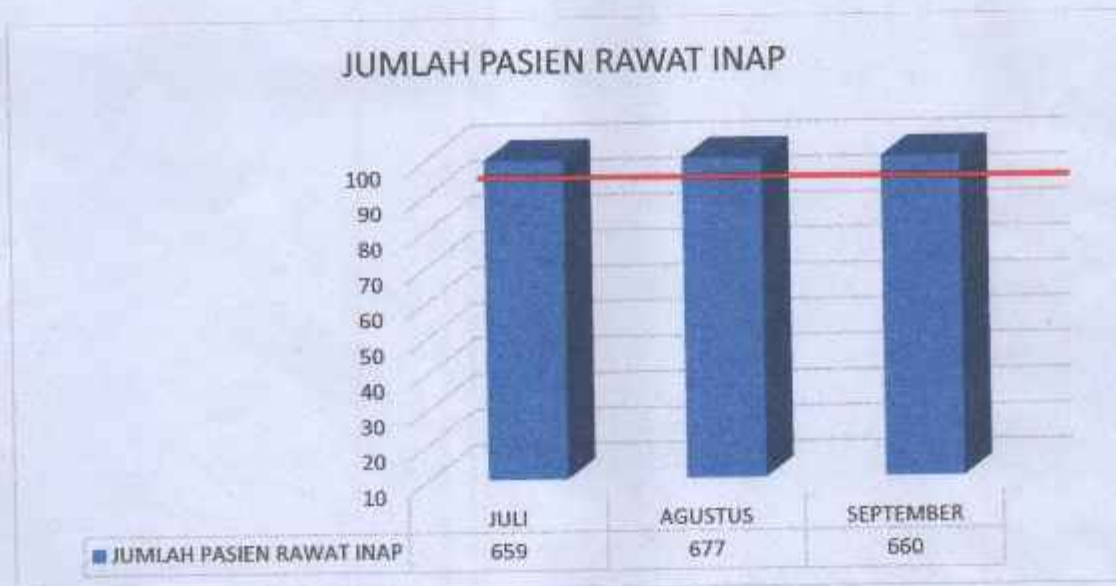



ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Capaian kepuasan pasien sudah sesuai standar.	Mengoptimalkan sarana dan memperbaiki fasilitas RS.	Tingkatkan optimalisasi semua unit dan instalasi <i>[Signature]</i>

**INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT (IMP RS)**

**1. KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN RAWAT INAP**

BULAN	JUMLAH PASIEN	PASIEN YG DIPASANG GELANG IDENTITAS	% PASIEN YG DIPASANG GELANG IDENTITAS	STANDAR (%)
Juli	659	659	100	100
Agustus	677	677	100	100
September	660	660	100	100




ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Pemasangan gelang identifikasi pasien telah sesuai dengan standard.	Mempertahankan kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien.	<i>Pertahankan capaian ini</i> 



## 2. KEPATUHAN PELAKSANAAN *READ BACK* ANTAR SHIFT

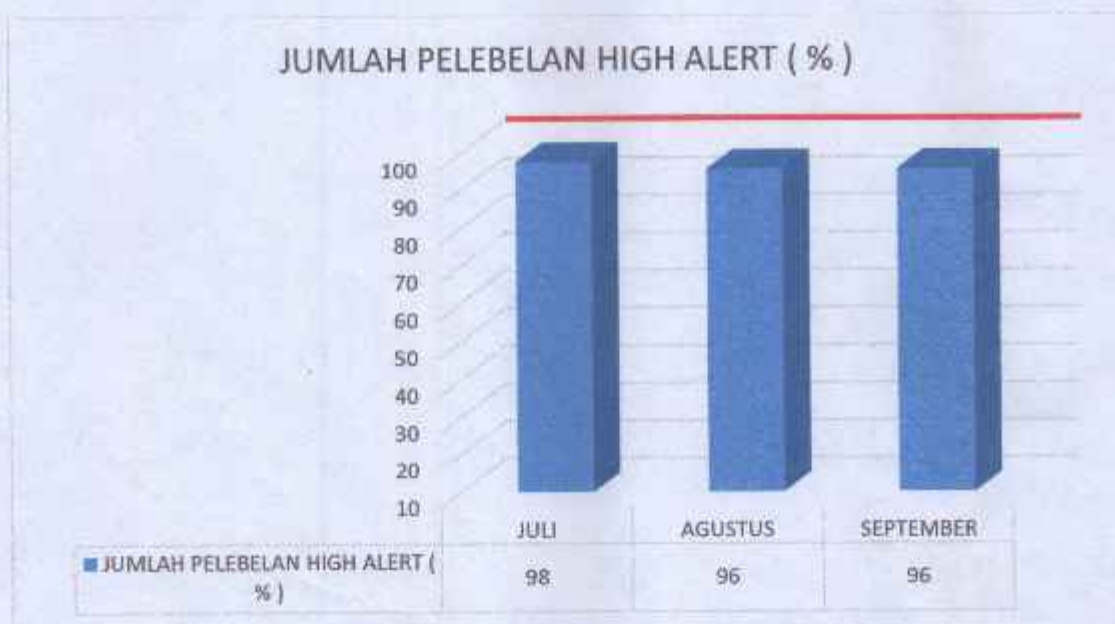
BULAN	% JUMLAH SELURUH PASIEN RANAP YANG DIDOKUMENTASIKAN <i>READBACK</i> SECARA SBAR	% JUMLAH PASIEN RANAP DILAKUKAN <i>READBACK</i>	STD
Juli	79	100	100
Agustus	83	100	100
September	85	100	100




ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Pelaksanaan <i>Read Back</i> diruangan rawat inap telah sesuai dengan baik.	Terus mempertahankan capaian tersebut.	<i>pertahankan capaian ini</i> 

### 3. KEPATUHAN LABEL *HIGH ALERT*

BULAN	JUMLAH ITEM HIGH ALERT	% PEMBERIAN LABEL	STANDAR (%)
Juli	57	98	100
Agustus	57	96	100
September	57	96	100




ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Farmasi masih perlu meningkatkan keamanan penyimpanan dan pelabelan obat high alert.	Meningkatkan komitmen petugas farmasi dalam melaksanakan pelabelan obat high alert.	<i>pertahankan dan tingkatkan</i> 



#### 4. KEPATUHAN PENANDAAN LOKASI OPERASI

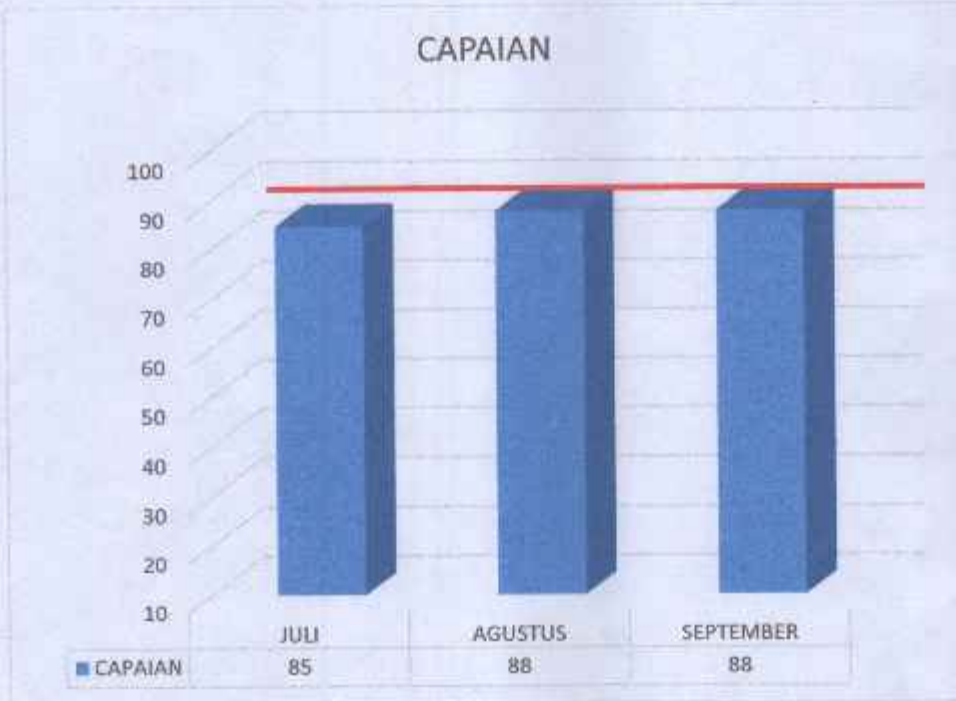
BULAN	JUMLAH PASIEN PENANDAAN LOKASI OPERASI	JUMLAH PASIEN YANG DILAKUKAN OPERASI	CAPAIAN (%)	STANDAR (%)
Juli	57	57	100	100
Agustus	60	60	100	100
September	55	55	100	100



ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Kepatuhan penandaan lokasi operasi sudah sesuai dengan standar	Mempertahankan dan selalu melakukan monitoring evaluasi.	<p style="text-align: center;"><i>Pertahankan Capaian</i></p> 

### 5. KEPATUHAN CUCI TANGAN 6 LANGKAH 5 MOMENT

BULAN	CAPAIAN	STD <85%
Juli	85	85
Agustus	88	85
September	87	85




ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Pada Bulan Juli Hasil capaian Cuci tangan sudah sesuai standard	Mempertahankan capaian tersebut agar sesuai dengan standard	tingkatkan, lakukan sosialisasi 



## 6. KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RISIKO PASIEN JATUH

BULAN	JUMLAH PASIEN	JUMLAH PASIEN YANG BERESIKO JATUH DILAKUKAN UPAYA PENCEGAHAN	JUMLAH PASIEN DENGAN RISIKO JATUH	STANDAR (%)
Juli	659	659	659	100
Agustus	677	677	677	100
September	660	660	660	100



ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Kepatuhan perawat dalam memasang stiker risiko jatuh sudah semakin membaik	Mempertahankan dan meningkatkan monitoring serta komitmen petugas kesehatan dalam kepatuhan memasang risiko jatuh.	<i>Mertahankan capaian dan lebih monitoring</i> 

7.

## 7. KESESUAIAN *CLINICAL PATHWAY*

BULAN	PASIENT YANG DILAKUKAN DENGAN <i>CLINICAL PATHWAY</i>	% JUMLAH PASIEN YANG DIUKUR 5 CP	STANDAR (%)
Juli	68	100	80
Agustus	86	100	80
September	47	100	80



ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Saat ini ada 5 CP yang telah dibuat dan di-implementasikan oleh Rumah Sakit	Hasil evaluasi CP telah mencapai standard, masih tetap dilakukan evaluasi	<i>pertahankan capaian ini</i> 



8. HEMODIALISA : URR  $\geq$ 65%

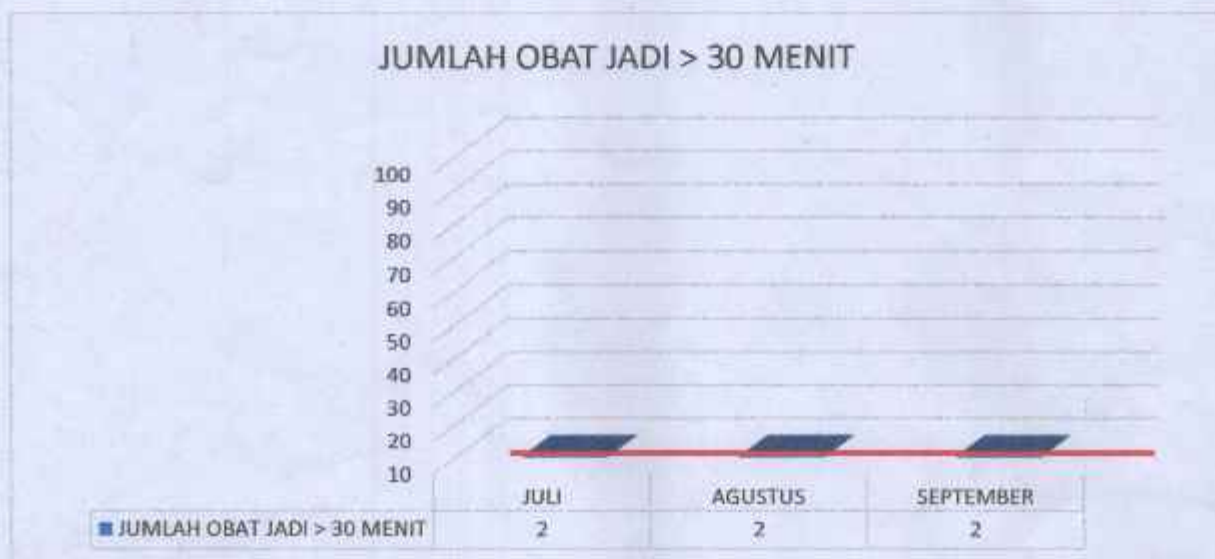
BULAN	JUMLAH SELURUH PASIEN HD RAWAT JALAN	JUMLAH PASIEN HD YANG URR $\geq$ 65%	% JUMLAH DARI KESELURUHAN PASIEN YANG URR	STANDAR (%)
JULI	34	23	79	90
AGUSTUS	35	27	79	90
SEPTEMBER	34	32	79	90



ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Jumlah Seluruh pasien Hemodialisa URR $\geq$ 65% sudah sesuai dengan standar	Terus ditingkatkan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi	Perlu ditingkatkan lakukan monitoring dan evaluasi <i>[Signature]</i>

### 9. WAKTU TUNGGU OBAT JADI (30 MENIT)

BULAN	JUMLAH PASIEN	JUMLAH KUMULATIF WAKTU TUNGGU (JUMLAH OBAT JADI X 30)	JUMLAH OBAT JADI ≤30 MENIT	(%) JUMLAH OBAT JADI >30 MENIT	STANDAR (%)
Juli	1726	50760	1692	2	0
Agustus	2047	58860	1962	2	0
September	2010	57300	1910	2	0



ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Waktu tunggu obat jadi masih belum sesuai dengan standar	Terus ditingkatkan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi	<p><i>Tingkatkan, terus lakukan monitoring dan evaluasi</i></p> <p style="text-align: right;"><i>[Signature]</i></p>

#### **10. PELAKSANAAN PEMELIHARAAN PERALATAN MEDIS**

- Peralatan Medis di RSUD Sidikalang untuk dikalibrasi setiap tahun
- Kalibrasi peralatan medis telah dilakukan oleh Badan Pengamanan Fasilitas Kesehatan ( BPFK ) tahun 2022
- Seluruh peralatan medis di RSUD Sidikalang telah dikalibrasi pada tahun 2022



## **11. PEMBERIAN LAPORAN PER-SEMESTER**


- Laporan semester kordik januari – juni tahun 2022 telah dilakukan

**INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT (IMP UNIT RS)**

**1. EMERGENCY RESPON TIME (WAKTU TANGGAP PELAYANAN GAWAT DARURAT  $\leq 5$  MENIT)**

BULAN	JUMLAH SELURUH PASIEN GAWAT DARURAT	JUMLAH SELURUH PASIEN GAWAT DARURAT $\leq 5$ MENIT	CAPAIAN (%)	STANDAR (%)
Juli	828	811	100	100
Agustus	947	932	100	100
September	873	862	100	100




ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Pelayanan di UGD telah mencapai standar seluruh pasien gawat darurat $\leq 5$ menit telah ditangani dengan baik	Tetap mempertahankan pencapaian dan terus ditingkatkan	<i>Pertahankan pencapaian ini</i> 

## 2. WAKTU TUNGGU OBAT JADI (30 MENIT)

BULAN	JUMLAH PASIEN	JUMLAH KUMULATIF WAKTU TUNGGU (JUMLAH OBAT JADI X 30)	JUMLAH OBAT JADI ≤30 MENIT	(%) JUMLAH OBAT JADI >30 MENIT	STANDAR (%)
Juli	1726	50760	1692	2	0
Agustus	2047	58860	1962	2	0
September	2010	57300	1910	2	0

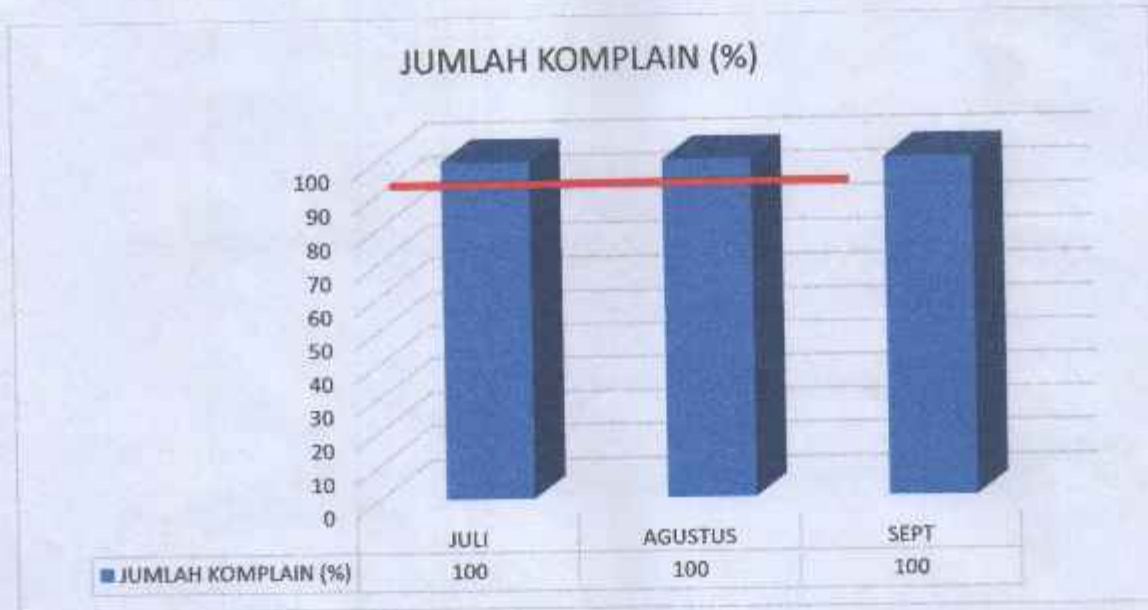



ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Waktu tunggu obat jadi masih belum sesuai dengan standar	Terus ditingkatkan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi	<p><i>tingkatkan dan lakukan terus monitoring dan evaluasi</i></p> 



### 3. KECEPATAN RESPON TERHADAP KOMPLAIN

BULAN	KOMPLAIN MERAH (1X24JAM)	KOMPLAIN KUNING (3HARI)	KOMPLAIN HIJAU (7HARI)	JUMLAH KOMPLAIN (%)	CAPAIAN	STANDAR >75%
					(%)	
Juli	0	0	1	100	100	75
Agustus	0	0	1	100	100	75
September	0	0	1	100	100	75




ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Bulan Jul, Agustus dan September 2022 ada 1 komplain disetiap bulannya yang terdata dengan grade hijau.	Melakukan sosialisasi kepada staff agar dapat memberikan edukasi dan informasi yang baik kepada pasien.	<i>Perbaikan Capaian ini</i> 

#### 4. WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN

BULAN	JUMLAH SELURUH PASIEN RAWAT JALAN	% CAPAIAN	STD
Juli	2459	100	80
Agustus	2770	100	80
September	2763	100	80



ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Waktu tunggu rawat jalan sudah sesuai dengan standard .	Pertahankan dan terus ditingkatkan	<p><i>Pertahankan capaian ini</i></p> 

**5. PELAKSANAAN PEMELIHARAAN PERALATAN MEDIS**

- Peralatan medis di RSUD Sidikalang untuk dikalibrasi setiap tahun
- Kalibrasi peralatan medis telah dilakukan oleh Badan Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK) Tahun 2022
- Seluruh peralatan medis di RSUD Sidikalang telah dikalibrasi pada tahun 2022



## 6. KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN

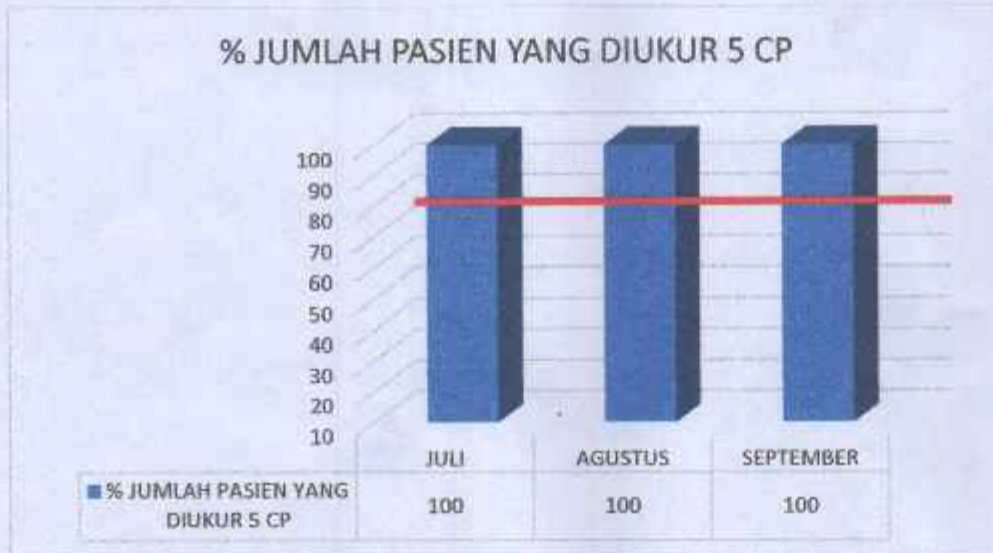
BULAN	CAPAIAN	STD <85%
Juli	50	85
Agustus	88	85
September	87	85




ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Pada Bulan Juli Hasil capaian Cuci tangan sudah sesuai standard	Mempertahankan capaian tersebut agar sesuai dengan standard	tingkatkan dan lakukan terus sosialisasi 

## 7. KEPATUHAN CLINICAL PATHWAY

BULAN	PASIEH YANG DILAKUKAN DENGAN CLINICAL PATHWAY	% JUMLAH PASIEN YANG DIUKUR CP	STANDAR (%)
Juli	68	100	80
Agustus	86	100	80
September	47	100	80




ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Saat ini ada 5 CP yang telah dibuat dan di-implementasikan oleh Rumah Sakit	Hasil evaluasi CP telah sesuai dengan standart dan terus ditingkatkan	<i>perbaikan capaian</i> 

### 8. KEPATUHAN PENANDAAN LOKASI OPERASI

BULAN	JUMLAH PASIEN PENANDAAN LOKASI OPERASI	JUMLAH PASIEN YANG DILAKUKAN OPERASI	STD %
Juli	57	100	100
Agustus	60	100	100
September	55	100	100

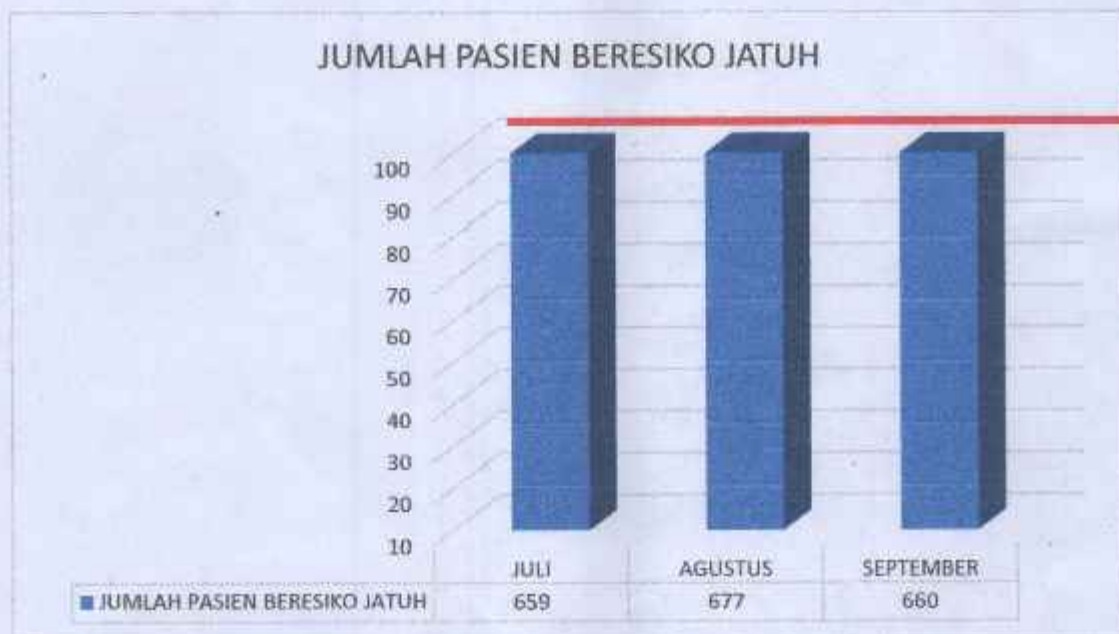



ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Seluruh pasien yang akan melakukan operasi telah dilakukan penandaan dengan benar dan sesuai dengan standar	Mempertahankan dan terus melakukan monitoring	Mertahankan Capaian 



**9. KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RISIKO PASIEN JATUH**

BULAN	JUMLAH PASIEN	JUMLAH PASIEN YANG BERESIKO JATUH DILAKUKAN UPAYA PENCEGAHAN	JUMLAH PASIEN DENGAN RISIKO JATUH	STANDAR (%)
Juli	659	659	659	100
Agustus	677	677	677	100
September	660	660	660	100




ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Kepatuhan perawat dalam memasang stiker risiko jatuh sudah semakin membaik	Mempertahankan dan meningkatkan monitoring serta komitmen petugas kesehatan dalam kepatuhan memasang risiko jatuh.	<i>pertahankan capaian dan tetap monitoring</i> 

### 10. RASIO PNB TERHADAP BIAYA OPERASIONAL

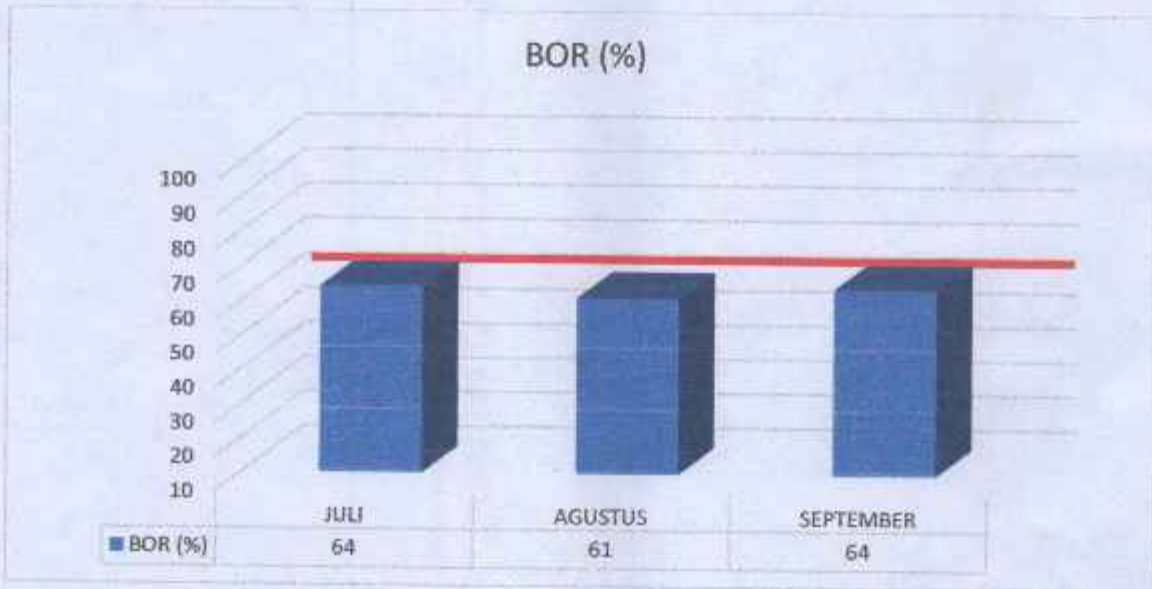
BULAN	PENDAPATAN RS	BIAYA OPERASIONAL (Rp)	COST RECOVERY (%)	JUMLAH PERBANDINGAN PENDAPATAN DAN BIAYA OPERASIONAL (%)	STANDAR (%)
JULI	3.527.365.470	2.962.053.119	100	84	> 40
AGUSTUS	3.373.927.845	2.849.839.353	100	84	> 40
SEPTEMBER	3.602.760.211	1.685.278.308	100	47	> 40




ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Rasio PNB terhadap biaya operasional sudah tercapai	Mempertahankan dan meningkatkan monitoring untuk mencapai lebih baik Mempertahankan dan meningkatkan monitoring serta komitmen petugas kesehatan dalam kepatuhan memasang risiko jatuh.	<i>Mertahankan dan tetap monitoring</i> 

### 11. BED OCCUPACY RATE

BULAN	JUMLAH HARI DALAM 1 PRIODE	BOR (%)	STANDAR (%)
Juli	31	64	60 - 80
Agustus	31	61	60 - 80
September	30	64	60 - 80



ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Bed Occupacy Rate sudah tercapai	Mempertahankan dan meningkatkan monitoring untuk pencapai lebih baik	<i>Target lean Capaian</i> 



**12. HEMODIALISA URR  $\geq$  65%**

BULAN	JUMLAH SELURUH PASIEN HD RAWAT JALAN	JUMLAH PASIEN HD YANG URR $\geq$ 65%	% JUMLAH DARI KESELURUHAN PASIEN YANG URR	STANDAR (%)
JULI	34	23	79	90
AGUSTUS	35	27	79	90
SEPTEMBER	34	32	79	90




ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Jumlah Seluruh pasien Hemodialisa URR $\geq$ 65% sudah sesuai dengan standar	Terus ditingkatkan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi	Perlu ditingkatkan lakukan monitoring dan evaluasi <i>[Signature]</i>

## INDIKATOR MUTU UNIT

### 1. EMERGENCY RESPON TIME (WAKTU TANGGAP PELAYANAN GAWAT DARURAT $\leq 5$ MENIT)

BULAN	JUMLAH SELURUH PASIEN GAWAT DARURAT	JUMLAH SELURUH PASIEN GAWAT DARURAT $\leq 5$ MENIT	CAPAIAN (%)	STANDAR (%)
Juli	828	811	100	100
Agustus	947	932	100	100
September	873	862	100	100




ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Pelayanan di UGD telah mencapai standar seluruh pasien gawat darurat $\leq 5$ menit telah ditangani dengan baik	Tetap mempertahankan pencapaian dan terus ditingkatkan	<i>Portabankan capaian ini</i> 

## 2. WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN

BULAN	JUMLAH SELURUH PASIEN RAWAT JALAN	% CAPAIAN	STD
Juli	2459	100	80
Agustus	2770	100	80
September	2763	100	80



ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Waktu tunggu rawat jalan sudah sesuai dengan standard .	Pertahankan dan terus ditingkatkan	<i>Pertahankan Capaian</i> 



### 3. KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL

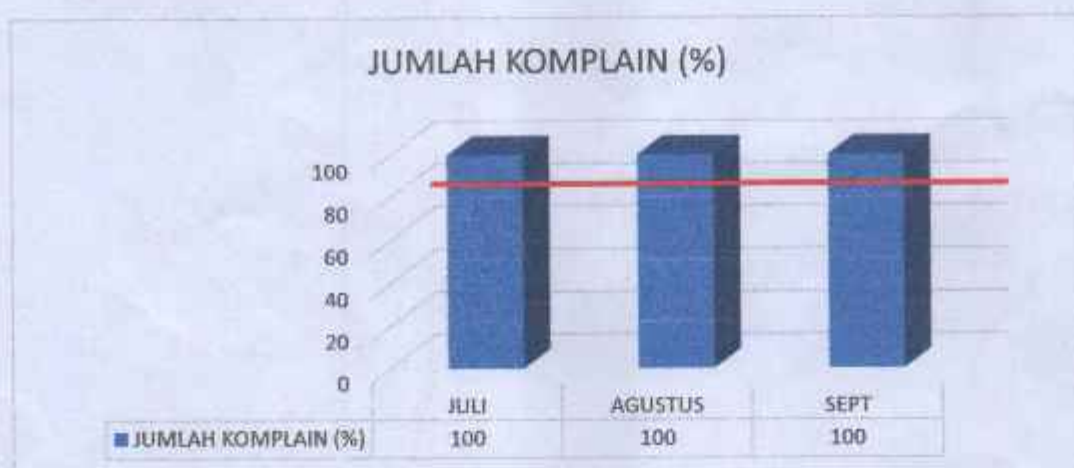
BULAN	JLH OBAT SESUAI FORMULARIUM	JLH OBAT TIDAK SESUAI FORMULARIUM	JUMLAH RESEP SESUAI FORNAS (%)	STANDAR $\geq 80$ (%)
Juli	9936	575	80	80
Agustus	8831	703	80	80
September	8997	739	80	80



ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Pelaporan nilai Kepatuhan Penggunaan Formularium nasional sesuai bdengan Standard	Selalu melakukan monitoring dan perbaikan	Tingkatkan capaian dan sosialisasi dpdp <i>[Signature]</i>

#### 4. KECEPATAN RESPONS TERHADAP KOMPLAIN

BULAN	KOMPLAIN MERAH (1X24JAM)	KOMPLAIN KUNING (3HARI)	KOMPLAIN HIJAU (7HARI)	JUMLAH KOMPLAIN (%)	CAPAIAN	STANDAR >75%
					(%)	
Juli	0	0	1	100	100	75
Agustus	0	0	1	100	100	75
September	0	0	1	100	100	75




ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Bulan Jul, Agustus dan September 2022 ada 1 komplain disetiap bulannya yang terdata dengan grade hijau.	Melakukan sosialisasi kepada staff agar dapat memberikan edukasi dan informasi yang baik kepada pasien.	<i>Perhatikan Capaian ini</i> 

## 5. KEPUASAN PASIEN

BULAN	JUMLAH SAMPEL PASIEN	RATA-RATA INDEKS KEPUASAN	% KEPUASAN PASIEN	STANDAR (%)
Juli	100		84	80
Agustus	100		85	80
September	100		87	80




ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Capaian kepuasan pasien sudah sesuai standar.	Mengoptimalkan sarana dan memperbaiki fasilitas RS.	<p><i>tingkatkan dgn optimalkan sarana prasarana</i></p> 



## 6. KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN

BULAN	JUMLAH PASIEN	PASIEN YG DIPASANG GELANG IDENTITAS	% PASIEN YG DIPASANG GELANG IDENTITAS	STANDAR (%)
Juli	659	659	100	100
Agustus	677	677	100	100
September	660	660	100	100



ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Pemasangan gelang identifikasi pasien telah sesuai dengan standard.	Mempertahankan kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien.	<i>Pertahabkan capaian ini</i> 

**7. KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RISIKO PASIEN JATUH**

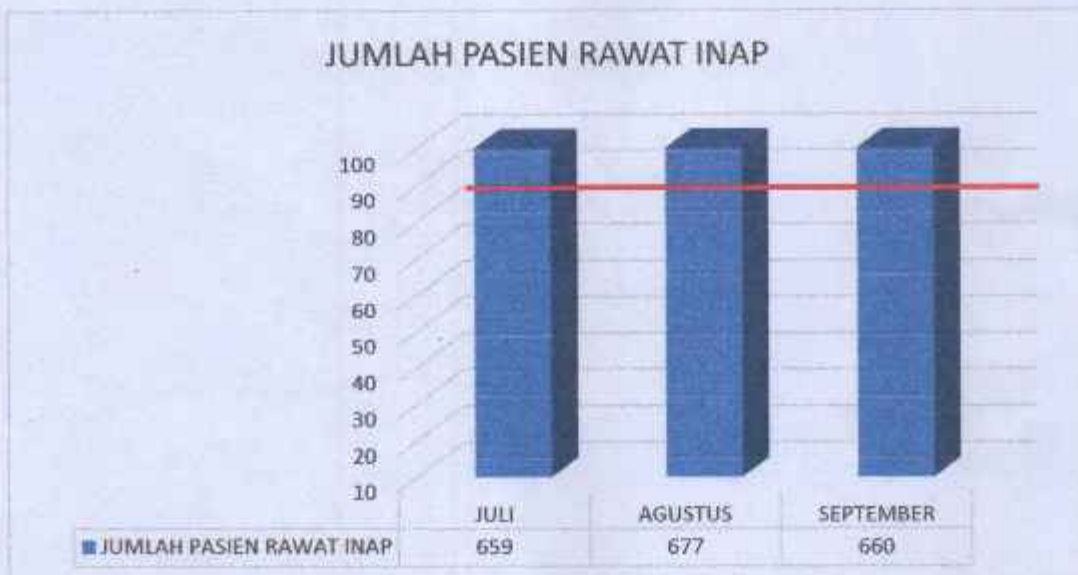
BULAN	JUMLAH PASIEN	JUMLAH PASIEN YANG BERESIKO JATUH DILAKUKAN UPAYA PENCEGAHAN	JUMLAH PASIEN DENGAN RISIKO JATUH	STANDAR (%)
Juli	659	659	659	100
Agustus	677	677	677	100
September	660	660	660	100



ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Kepatuhan perawat dalam memasang stiker risiko jatuh sudah semakin membaik	Mempertahankan dan meningkatkan monitoring serta komitmen petugas kesehatan dalam kepatuhan memasang risiko jatuh.	<i>Mertahankan capaian ini</i> 

**8. KEPATUHAN WAKTU VISITE DOKTER**

BULAN	JLH PASIEN RANAP YANG DIKUNJUNGI DPJP SELAMA RAWATAN	JUMLAH PASIEN RAWAT INAP	KEPATUHAN WAKTU VISITE DOKTER SESUAI DENGAN JUMLAH PASIEN RAWAT INAP ( % )	STANDAR (%)
Juli	644	659	100	80
Agustus	668	677	100	80
September	651	660	100	80



ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Waktu visite dokter masih belum sesuai dengan standardan masih jauh dibawah standar	Selalu nmelakukan monitoring dan perbaikan	<i>bertahankan capaian ini dan terus monitoring DPJP</i> <i>[Signature]</i>

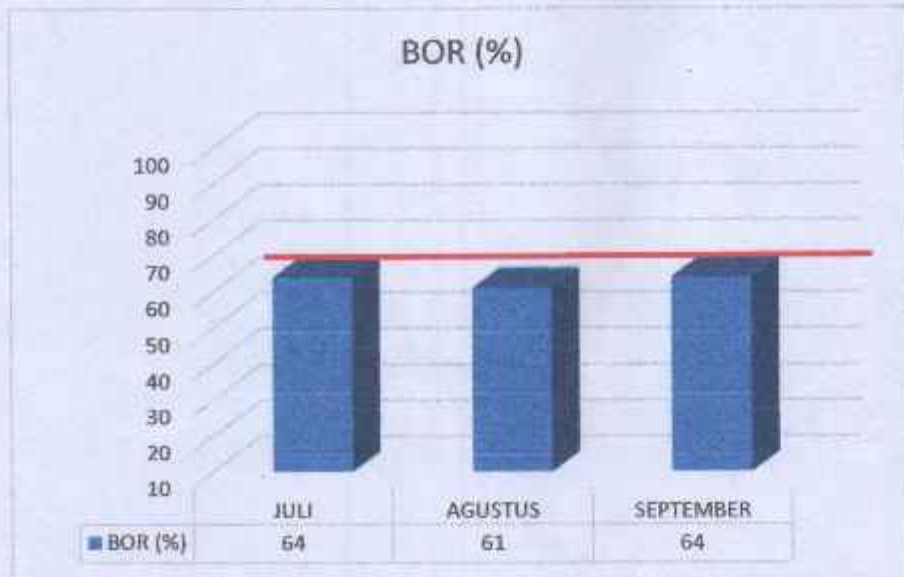



**9. PELAKSANAAN PEMELIHARAAN PERALATAN MEDIS**

- Peralatan medis di RSUD Sidikalang untuk dikalibrasi setiap tahun
- Kalibrasi peralatan medis telah dilakukan oleh Badan Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK) Tahun 2022
- Seluruh peralatan medis di RSUD Sidikalang telah dikalibrasi pada tahun 2022

### 10. BED OCCUPACY RATE

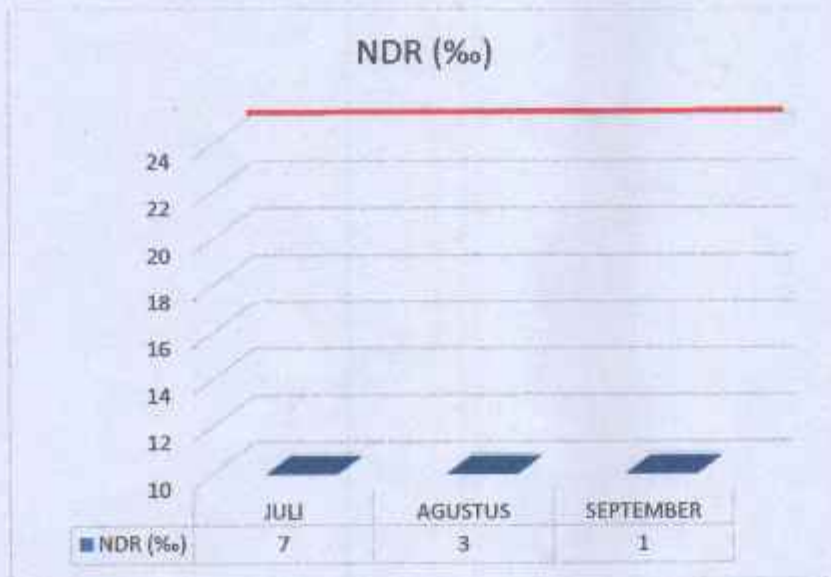
BULAN	JUMLAH HARI DALAM 1 PRIODE	BOR (%)	STANDAR (%)
Juli	31	64	60 -80
Agustus	31	61	60 - 80
September	30	64	60 - 80




ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Bed Occupacy Rate sudah sesuai dengan standard	Selalu melakukan monitoring dan perbaikan	Tinjau at least Capaian dan lakukan monitoring 

### 11. NETT DEATH RATE

BULAN	JUMLAH HARI DALAM 1 PRIODE	NDR (%)	STANDAR (%)
Juli	31	7	25
Agustus	31	3	25
September	30	1	25




ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Bed Occupancy Rate sudah sesuai dengan standard	Selalu melakukan monitoring dan perbaikan	Tingkatkan Capaian lakukan perbaikan 



## 12. TIDAK ADA KEJADIAN OPERASI SALAH SISI

BULAN	JUMLAH PASIEN TIDAK SALAH SISI	(%) JUMLAH PASIEN YANG DILAKUKAN OPERASI	STANDAR (%)
Juli	57	100	100
Agustus	60	100	100
September	55	100	100

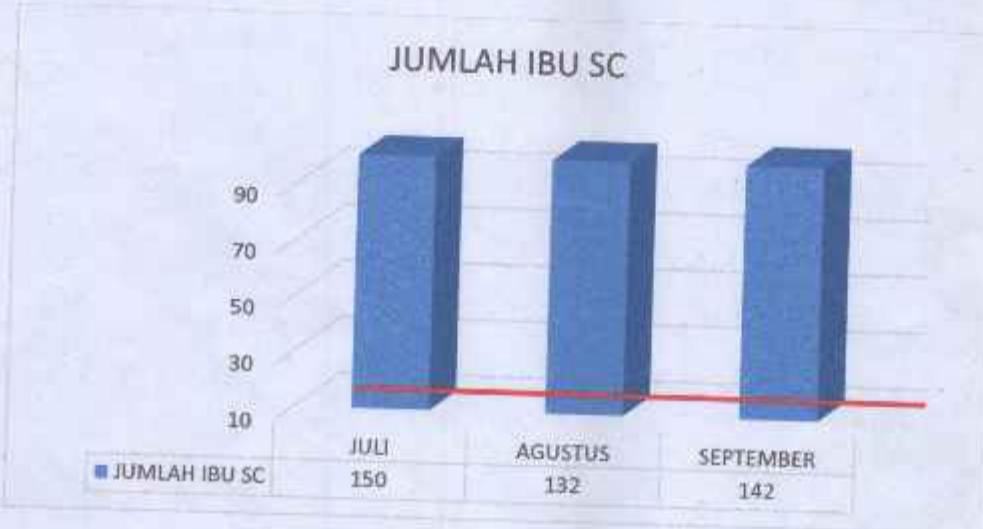


ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Tidak ada kejadian salah sisi pada saat operasi	Mempertahankan dan terus melakukan monitoring	<p><i>Pertahankan Capaian ini</i></p> 

### 13. PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF

#### PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF $\geq$ 1 JAM

BULAN	JUMLAH PASIEN OP ELEKTIF(D)	JLH PASIEN TERTUNDA (n)	CAPAIAN(%)	STANDAR (%)
Juli	150	0	5	5
Agustus	132	0	5	5
September	142	0	5	5



ANALISIS	TINDAK LANJUT	REKOMENDASI
Penundaan operasi elektif tidak pernah ada terjadi	Tingkatkan dan selalu melakukan monitoring evaluasi.	Tingkatkan, sosialisasi DPO

Sidikalang, 15 Oktober 2022  
Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

*[Signature]*  
dr. Doddy Febryan, M.Ked(ClinPath), Sp.PK  
Nip. 19800204 201001 1 006