

**LAPORAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
ANALISA DATA INDIKATOR NASIONAL MUTU,
INDIKATOR PRIORITAS RUMAH SAKIT,
DAN INDIKATOR MUTU UNIT**



**RUMAH SAKIT TK. IV 01.07.02 BINJAI
TRIWULAN I
TA 2026**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT, karena berkat rahmat dan karunia-Nya kami telah menyelesaikan pembuatan Laporan Evaluasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Tk. IV 01.07.02 Binjai.

Mutu dan Keselamatan Pasien harus senantiasa diperhatikan karena tidak terlepas dari pelayanan secara menyeluruh dan sesuai dengan paradigma baru dalam pengobatan bahwa pasien sebagai pusat pelayanan kesehatan.

Salah satu bentuk pelayanan kesehatan yang bermutu adalah dengan tercapainya sasaran keselamatan pasien (*patient safety*) yang terukur dan dapat dimonitor serta dievaluasi secara berkelanjutan.

Laporan evaluasi ini berisi hasil analisa Indikator Nasional Mutu, Indikator Prioritas Rumah Sakit, dan Indikator Mutu Unit sebagai kegiatan Komite PMKP Rumah Sakit Tk. IV 01.07.02 Binjai. Laporan ini diharapkan dapat menjadi bagian dari rencana tindak lanjut bagi pelaksanaan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Tk. IV 01.07.02 Binjai.

Binjai, April 2026

Komite PMKP

I. PENDAHULUAN

Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dapat diartikan keseluruhan upaya dan kegiatan secara komprehensif dan integratif memantau dan menilai mutu pelayanan Rumah Sakit Tk. IV 01.07.02 Binjai memecahkan masalah-masalah yang ada dan mencari jalan keluarnya, sehingga mutu pelayanan Rumah Sakit Tk. IV 01.07.02 Binjai akan menjadi lebih baik. Rumah Sakit Tk. IV 01.07.02 Binjai upaya peningkatan mutu pelayanan adalah kegiatan yang bertujuan memberikan asuhan atau pelayanan sebaik-baiknya kepada pasien. Upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit Tk. IV 01.07.02 Binjai akan sangat berarti dan efektif bilamana upaya peningkatan mutu pelayanan menjadi tujuan sehari-hari dari setiap unsur di Rumah Sakit Tk. IV 01.07.02 Binjai termasuk pimpinan, pelaksana pelayanan langsung dan staf penunjang. Agar pelaksanaan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat berjalan optimal diperlukan adanya monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan yang bersifat terus-menerus. Laporan analisa Indikator Nasional Mutu, Indikator Prioritas Rumah Sakit, dan Indikator Mutu Unit ini diharapkan dapat menjadi bagian yang tidak terpisahkan dengan perumusan rencana tindak lanjut di masa yang akan datang untuk meningkatkan peningkatan mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit.

II. TUJUAN

A. MAKSUD

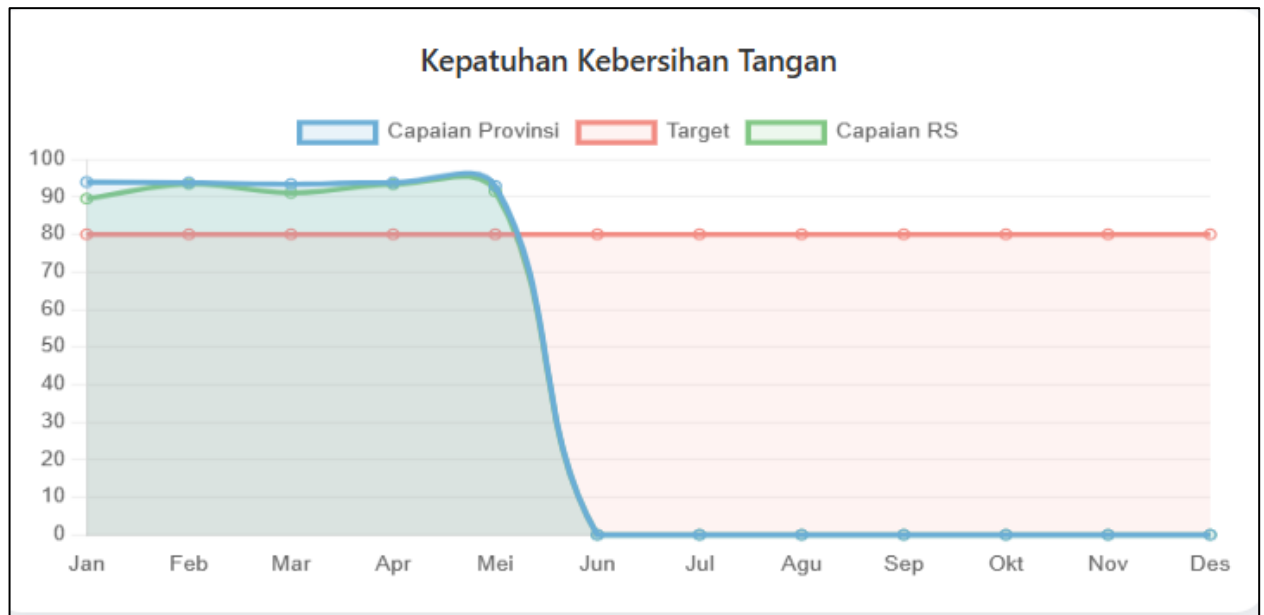
Mengevaluasi capaian Indikator Nasional Mutu, Indikator Prioritas Rumah Sakit, dan Indikator Mutu Unit Rumah Sakit Tk. IV 01.07.02 Binjai secara efektif dan efisien agar tercapai derajat kesehatan yang optimal.

B. TUJUAN

1. Mengevaluasi capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit, Indikator Prioritas Rumah Sakit, dan Indikator Mutu Unit untuk mendapatkan capaian yang diharapkan
2. Mengevaluasi hasil kegiatan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan Indikator Nasional Mutu, Indikator Prioritas Rumah Sakit, dan Indikator Mutu Unit Rumah Sakit
3. Menyusun rencana tindak lanjut berdasarkan pencapaian hasil kegiatan.

III. HASIL CAPAIAN INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM)

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan (91,34%)



Januari	Februari	Maret	Rata-rata
89,5%	93,44%	91,07%	91,34%

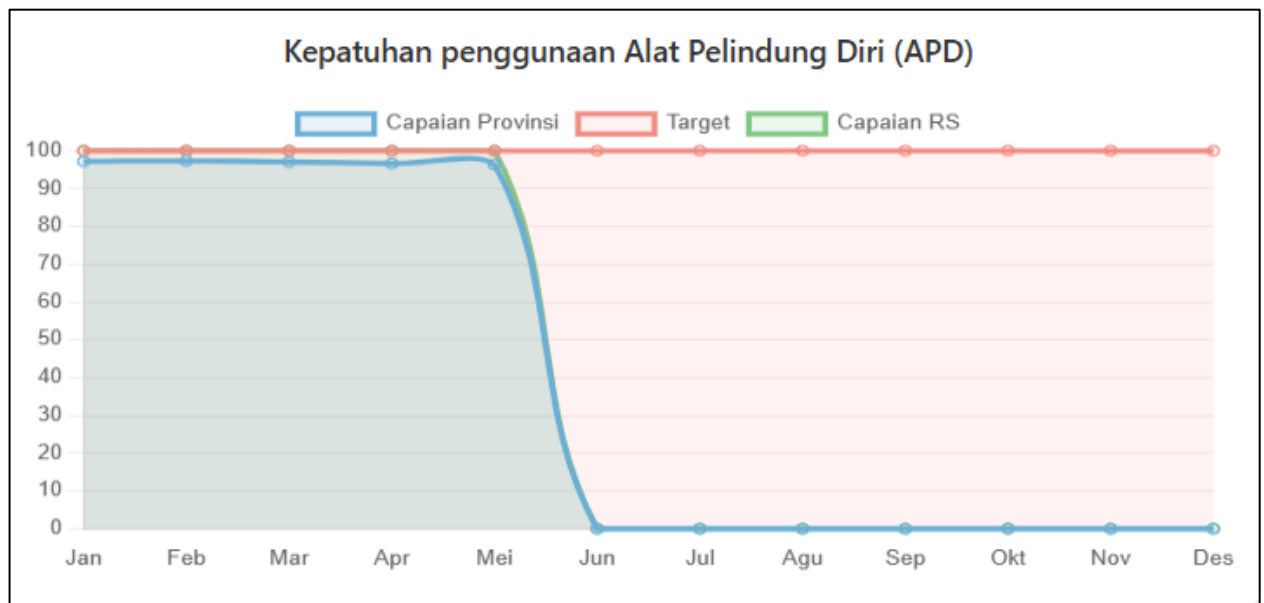
Analisa :

Kepatuhan kebersihan tangan merupakan dimensi mutu keselamatan yang bertujuan untuk meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan. Pengukuran kepatuhan kebersihan tangan dengan menggunakan metode *observasi* dan periode pengumpulan data setiap bulan, dengan teknik *non probability sampling-consecutive sampling*.

Angka Kepatuhan cuci tangan pada periode ini periode ini belum memenuhi target capaian yaitu didapatkan nilai rata-rata (91,34%) dari target capaian yaitu 100%, Hal ini dikarenakan kurangnya kesadaran staf terhadap kepatuhan mencuci tangan.

Tindak lanjut untuk memperbaiki hal ini adalah melakukan sosialisasi kepatuhan mencuci tangan dan monitoring pengawasan dan evaluasi mencuci tangan sesuai indikasi.

2. Kepatuhan Penggunaan APD (100%)



Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

Analisa :

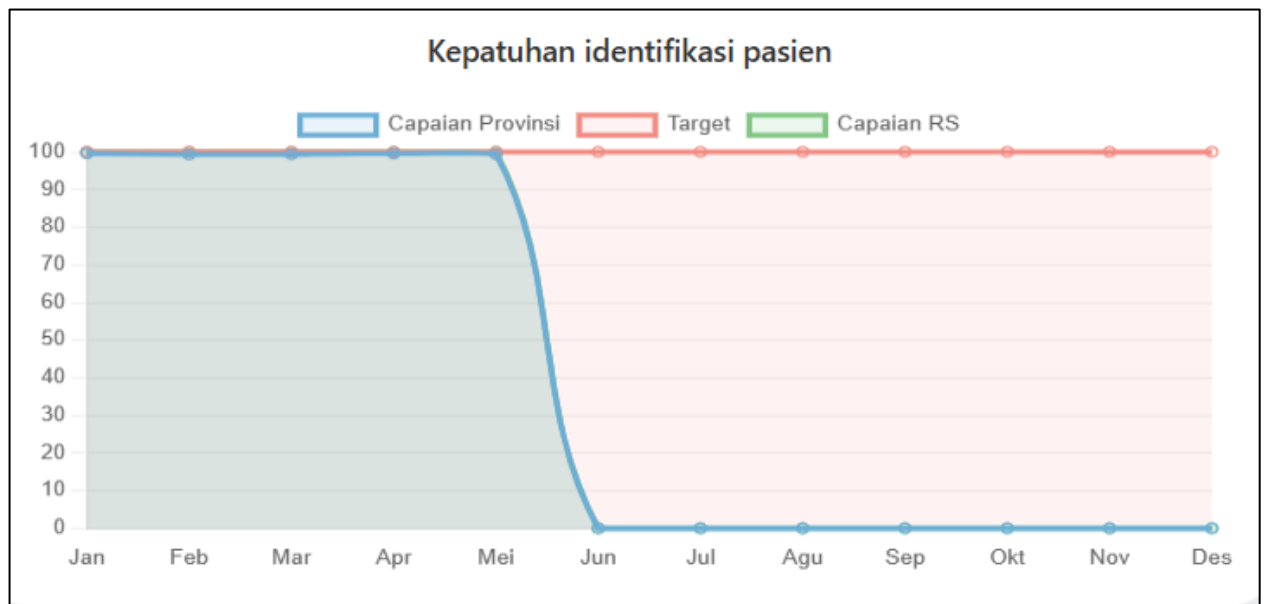
Angka kepatuhan penggunaan APD pada petugas rawat inap pada penggunaan APD bertujuan untuk menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi. Pengukuran kepatuhan APD dengan menggunakan metode *observasi* dan periode pengumpulan data setiap bulan.

Dari Hasil Kepatuhan penggunaan APD pada periode ini didapatkan nilai rata-rata (100%). Hal ini sudah memenuhi target yaitu 100%. Hal ini dikarenakan banyak petugas yang menggunakan APD sesuai indikasi, sudah tidak ditemukan memakai sarung tangan yang sama setelah menyentuh lingkungan pasien, tidak memakai gaun dalam keadaan tidak ada tindakan, dan melepas APD sudah sesuai dengan prosedur di rumah sakit.

Tindak lanjut untuk mengatasi hal ini adalah sebagai berikut :

1. Tingkatkan pengetahuan petugas dalam hal pemakaian dan pelepasan APD
2. Lakukan sosialisasi SPO secara terus menerus
3. Tingkatkan peran PPI (IPCN) dalam mengedukasi penggunaan APD yang benar sesuai dengan prosedur.

3. Kepatuhan Identifikasi Pasien (100%)



Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

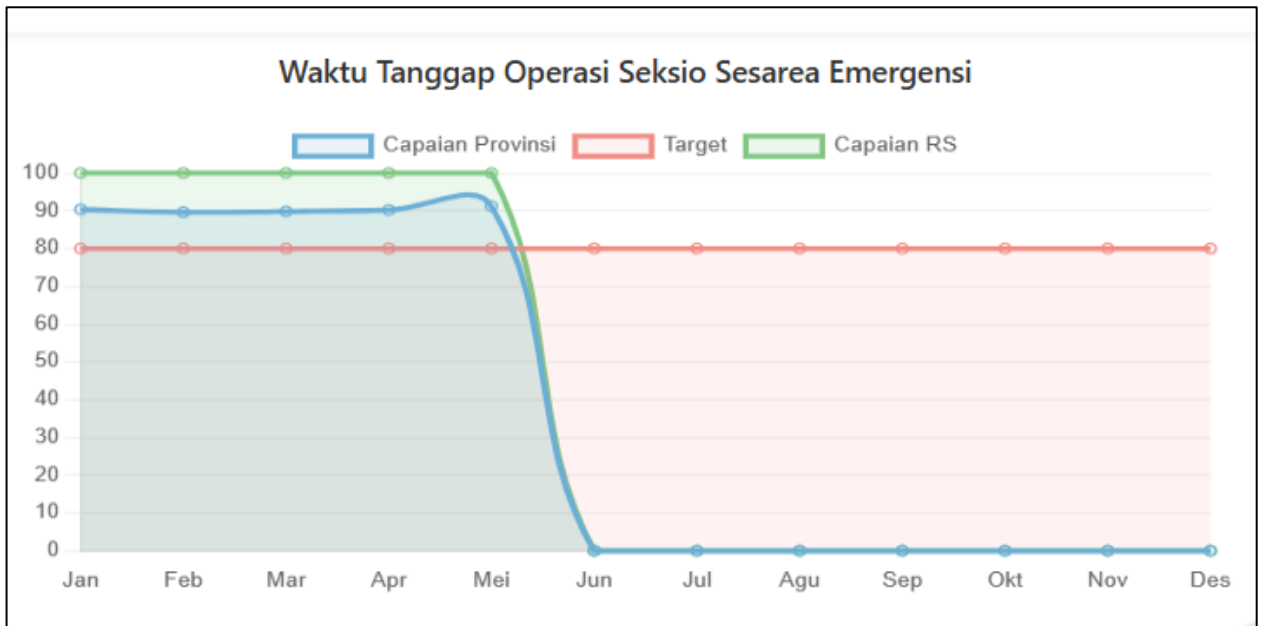
Analisa :

Kepatuhan identifikasi pasien bertujuan mengukur kepatuhan pemberi layanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan tindakan pelayanan. Metode pengumpulan data dengan cara *Observasi* dengan formula jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dibagi jumlah pemberi layanan yang di observasi.

Pada periode ini kepatuhan identifikasi pasien adalah 100%. Staf klinis yang telah melakukan identifikasi saat memberikan pelayanan atau pun tindakan kepada pasien secara benar dengan cara mencocokkan identitas pasien minimal 2 (dua) dari 4 (empat) identitas yang tercantum pada gelang ditangan pasien rawat inap maupun di kartu pengunjung pada pasien di rawat jalan, sesuai dengan regulasi yang berlaku di rumah sakit.

Tindak lanjut untuk untuk hal ini adalah mempertahankan pencapaian kepatuhan identifikasi pasien oleh staf klinis pada bulan bulan berikutnya.

4. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi (100%)



Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

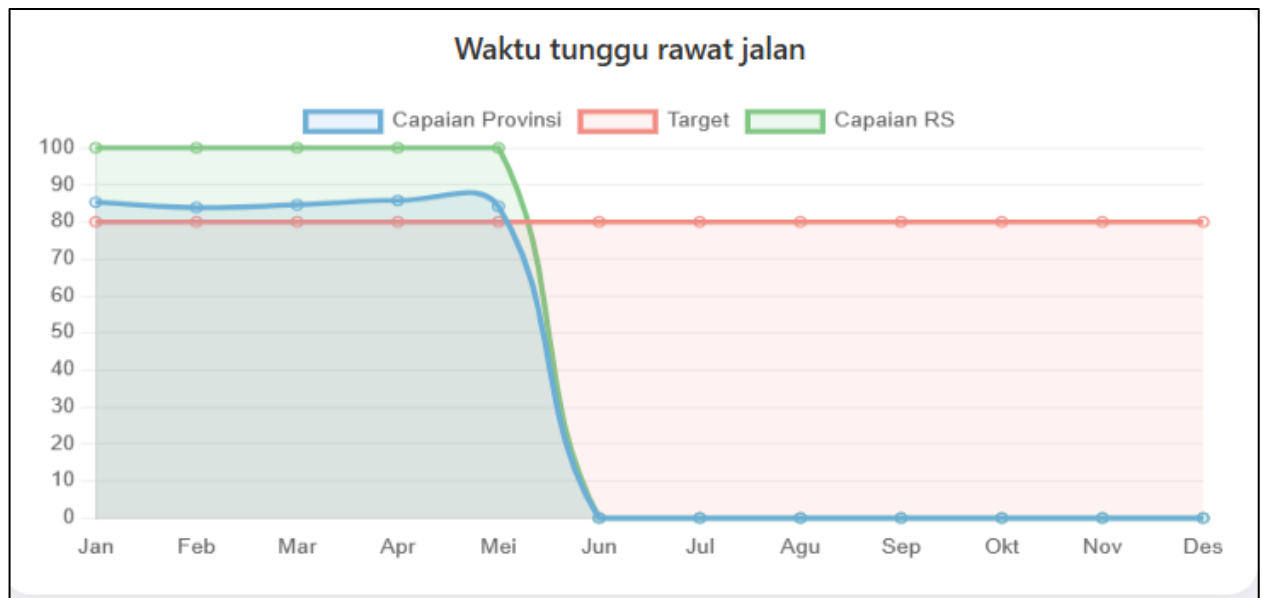
Analisa :

Waktu tanggap seksio sesarea emergency bertujuan untuk menggambarkan pelayanan kegawatdaruratan operasi seksio sesarea yang cepat dan tepat sehingga mampu mengoptimalkan upaya menyelamatkan ibu dan bayi. Metode pengumpulan data dengan *Retrospektif*

Angka waktu tanggap operasi sectio caesaria emergensi kurang dari 30 menit 100% dan sudah memenuhi target capaian yaitu 100 %.

Tindak lanjutnya adalah mempertahankan waktu tanggap operasi sectio caesaria emergensi kurang dari 30 menit untuk bulan-bulan selanjutnya.

5. Waktu Tunggu Rawat Jalan (100%)



Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

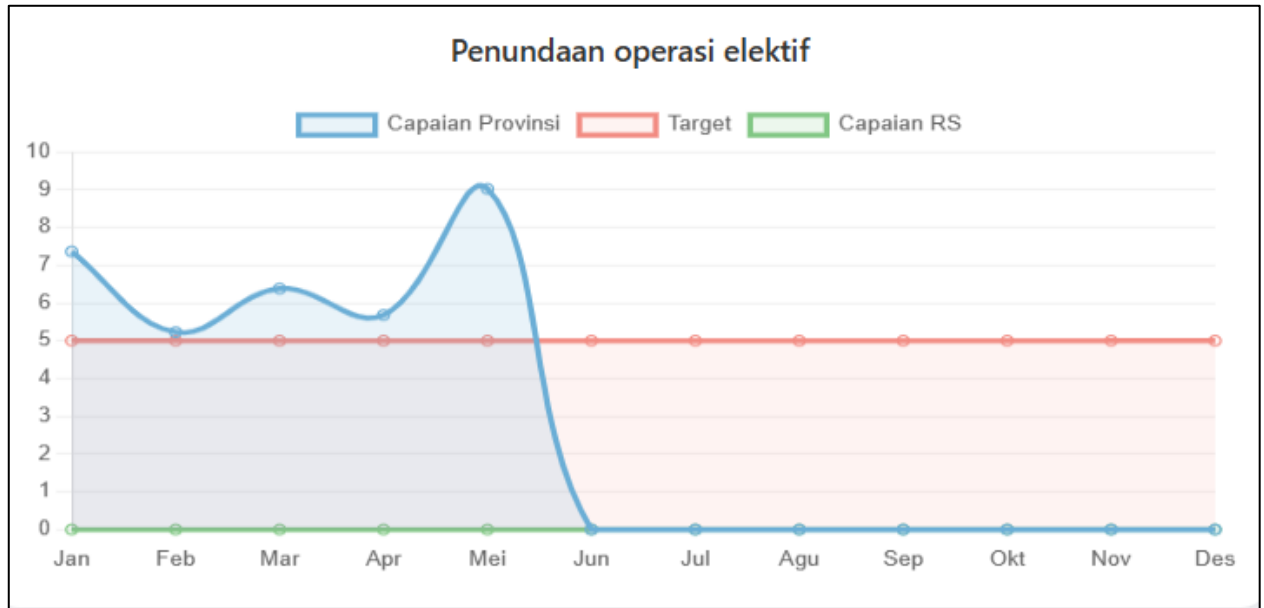
Analisa :

Waktu tunggu rawat jalan bertujuan tergambarnya waktu pasien menunggu di pelayanan sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat jalan agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien. Formula waktu tunggu yaitu jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤ 60 menit dibagi jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi dengan metode pengumpulan data *Retrospektif*.

Persentase hasil tunggu waktu rawat jalan <60 menit adalah 100%. Hal ini dikarenakan ketepatan waktu kedatangan dokter sesuai dengan jam poli yang ditentukan, penyediaan rekam medik yang tidak terlalu lama sehingga tidak terjadi penundaan pemberian pelayanan rawat jalan

Tindak lanjutnya adalah mempertahankan capaian pada bulan-bulan selanjutnya

6. Penundaan Operasi Elektif (0%)



Januari	Februari	Maret	Rata-rata
0%	0%	0%	0%

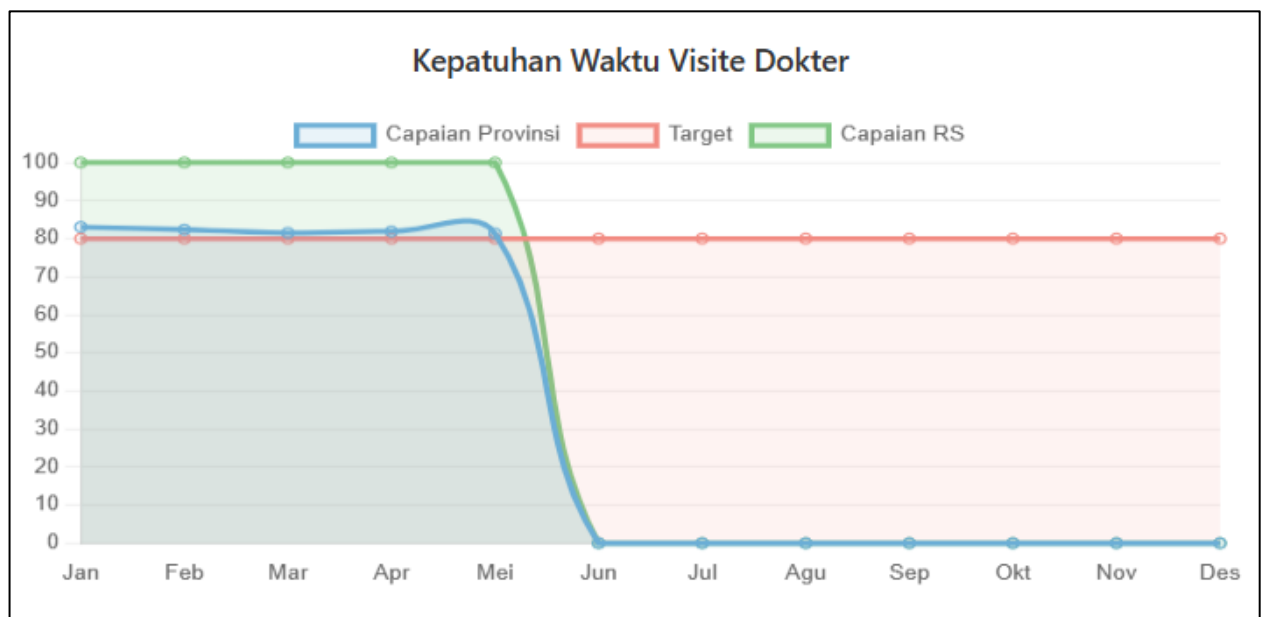
Analisa:

Penundaan operasi elektif bertujuan untuk melihat ketepatan pelayanan bedah dan penjadwalan operasi, dengan formula jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam dibagi jumlah pasien operasi elektif dengan standar $\leq 5\%$. Metode pengumpulan data *Retrospektif*

Indikator mutu penundaan operasi elektif pada periode ini sudah mencapai standar yaitu dibawah 10%, Karena tidak ada kendala dari kondisi pasien dan ketersediaan dokter spesialis bedah dan ruang bedah cukup memadai serta penyesuaian jadwal operasi elektif yang baik.

Tindak lanjutnya adalah mempertahankan koordinasi antara Instalasi Kamar Bedah dengan rawat inap pasien yang akan dioperasi, tingkatkan koordinasi dengan bagian Anestesi agar persiapan pasien yang akan dilakukan tindakan operasi bisa lebih cepat.

7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter (100%)



Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

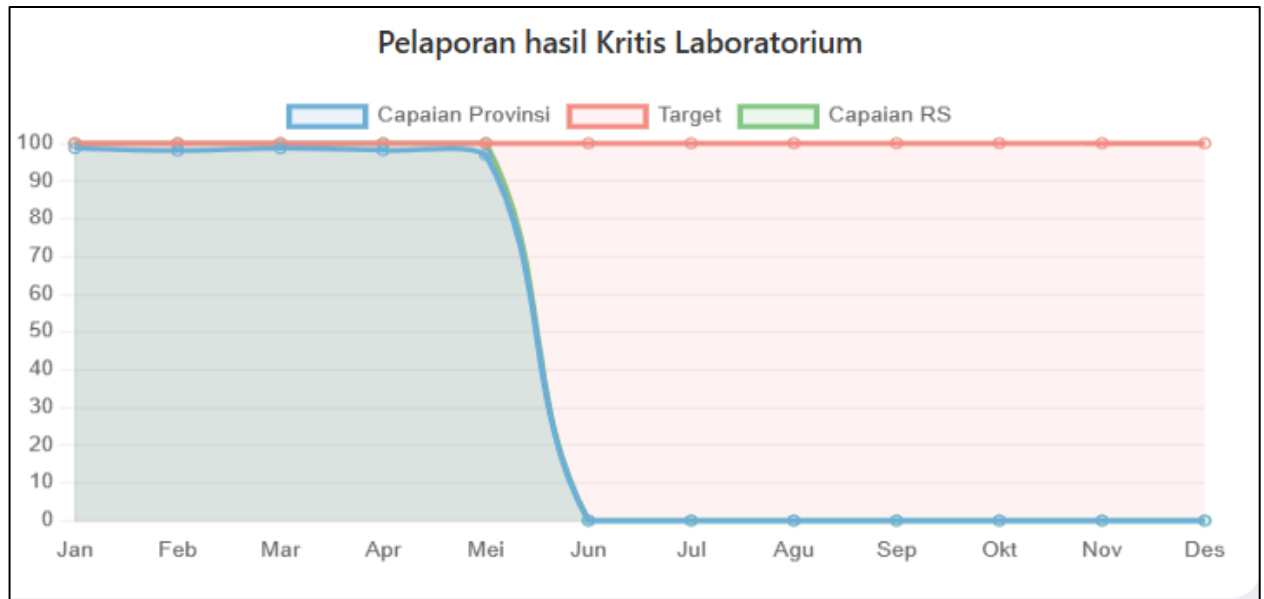
Analisa :

Kepatuhan waktu visite bertujuan tergambarnya kepatuhan dokter melakukan visitasi kepada pasien rawat inap sesuai waktu yang ditetapkan yaitu jam 06.00-14.0 WIB. Target capaian $\geq 80\%$, pengumpulan data secara *Retrospektif*

Capaian Kepatuhan Waktu Dokter Spesialis untuk visite pada pukul 06.00 sampai 14.00 wib di Rumkit TK IV Binjai pada periode ini adalah sebesar 100%. Capaian ini sudah memenuhi target yang diharapkan sebesar 100%. Hal ini terjadi karena dokter spesialis yang bekerja di Rumkit Tk IV Binjai melakukan visit terlebih dahulu setelah pelayanan poliklinik di pagi hari. Sehingga kepatuhan waktu visite dokter dapat mencapai target capaian.

Tindak lanjutnya adalah rutin melakukan koordinasi antara Komite Medis dan KSM kepada seluruh dokter spesialis yang bekerja di Rumkit Tk IV Binjai, baik dokter organik atau PNS dan dokter tamu, agar dapat melakukan Visite pasien terlebih dahulu pada pukul 06.00-14.00 WIB di Rumkit TK IV Binjai, sehingga pasien yang dirawat di Rumkit TK IV Binjai mendapatkan layanan lebih cepat.

8. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium (100%)



Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

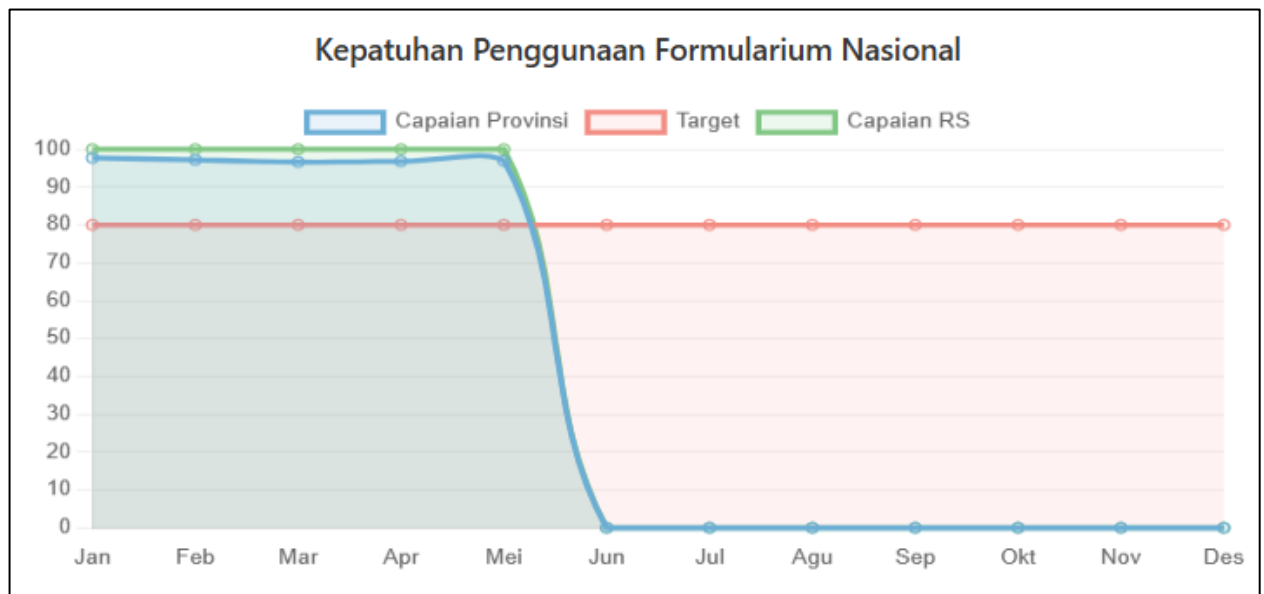
Analisa :

Pelaporan hasil kritis laboratorium bertujuan tergambaranya kecepatan pelayanan laboratorium dan tergambaranya sistem yang menunjukkan bagaimana nilai kritis di laporkan dan di dokumentasikan untuk menurunkan risiko keselamatan pasien. Pengukuran pelaporan hasil kritis laboratorium dengan menggunakan metode Retrospektif dan periode pengumpulan data setiap bulan.

Tindak lanjut :

1. Lakukan sosialisasi SPO pelaporan nilai kritis kepada seluruh petugas laboratorium dan seluruh perawat yang bertugas di rawat inap agar memahami bahwa nilai kritis harus dilaporkan kecil dari 30 menit bila tidak akan menyebabkan sentinel atau KTD.
2. Lakukan perencanaan pola tenaga yang baik ,bagi petugas laboratorium dan perawat sehingga petugas yang bertugas mencukupi dalam melayani jumlah pasien baik di laboratorium ataupun di ruang rawat inap.

9. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (100%)



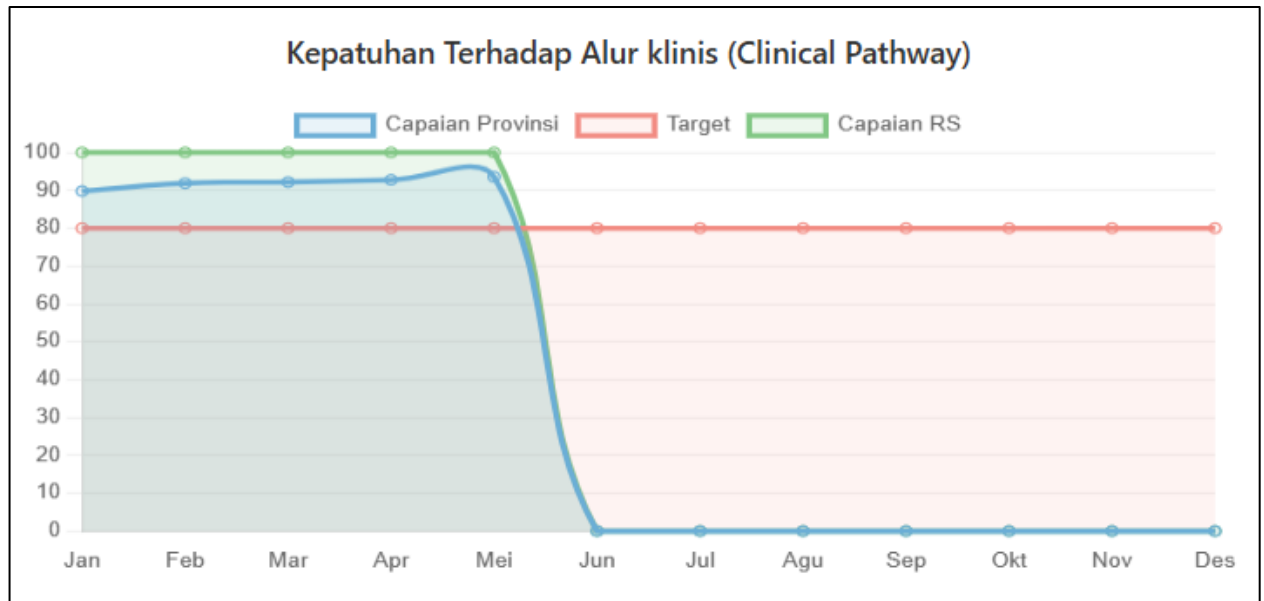
Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

Analisa :

Kepatuhan penggunaan formularium nasional bertujuan terwujudnya pelayanan obat kepada pasien yang efektif dan efisien berdasarkan daftar obat yang mengacu pada formularium nasional. Dengan formula $\frac{\text{Jumlah R/recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional}}{\text{Jumlah R/recipe dalam lembar resep yang diobservasi}}$, dengan menggunakan metode Retrospektif dari Hasil Kepatuhan penggunaan formularium nasional pada periode ini sudah memenuhi target dengan nilai 100%. Hal ini dikarenakan dokter meresepkan semuanya sudah sesuai formularium.

Tindak lanjutnya adalah mempertahankan capaian dan memastikan adanya buku formularium atau daftar obat yang masuk dalam formularium yang terupdate (terbaru) ada di setiap ruangan yang melayani pasien baik di poli rawat jalan dan di ruang rawat inap.

10. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis /Clinical Pathway (100%)



Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

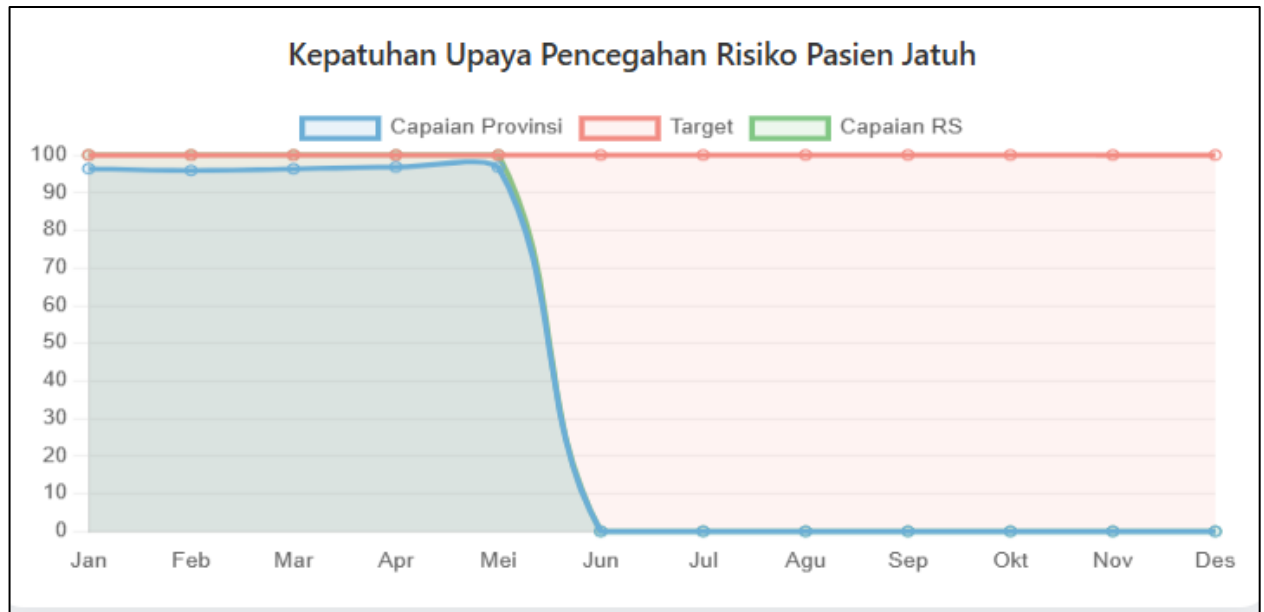
Analisa :

Dari hasil kepatuhan terhadap alur klinis/clinical pathway yaitu sebesar 100% dan sudah mencapai target kepatuhan Clinical Pathway yang ditetapkan, hal ini disebabkan karena kepatuhan Clinical Pathway oleh PPA.

Tindak Lanjut

Terus mempertahankan hasil capaian kepatuhan terhadap alur klinis pada bulan-bulan berikutnya.

11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh (100%).



Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

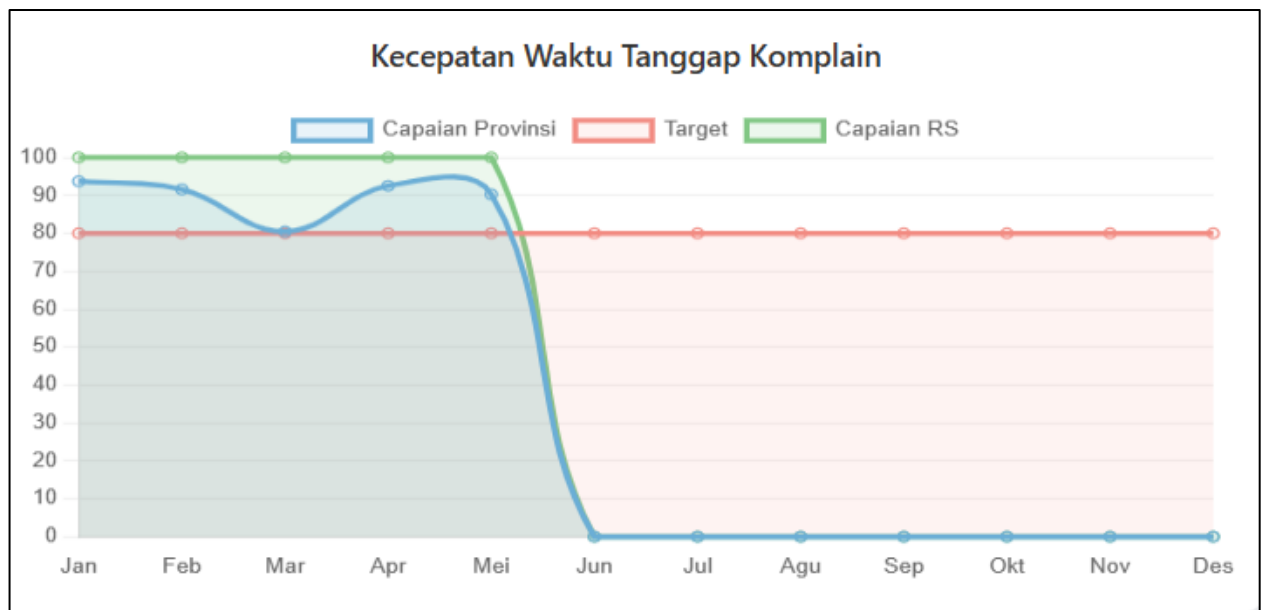
Analisa :

Kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh bertujuan mengukur kepatuhan pemberi pelayanan dalam menjalankan upaya pencegahan jatuh agar terselenggara asuhan pelayanan yang aman dan mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien, proses pengumpulan data dengan metode Retrospektif dengan standar 100%.

Dari hasil kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh pada periode ini yaitu 100%. Ini sudah memenuhi target karena staf klinis telah mengisi assessment resiko jatuh awal, ulang dan monitoring resiko jatuh tinggi rawat inap.

Tindak lanjutnya adalah mempertahankan pencapaian, Melakukan edukasi berkala bagaimana pengisian asesmen resiko jatuh awal, ulang dan monitoring resiko jatuh rawat inap dengan lengkap untuk semua perawat yang bertugas di rawat inap yaitu khususnya untuk resiko tinggi jatuh pasien yang dirawat inap serta sosialisasi dan edukasi berkala tentang asesmen SPO resiko tinggi jatuh Rawat Inap kepada seluruh perawat di rawat inap.

12. Ketepatan Waktu Tanggap Komplain (100%)



Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

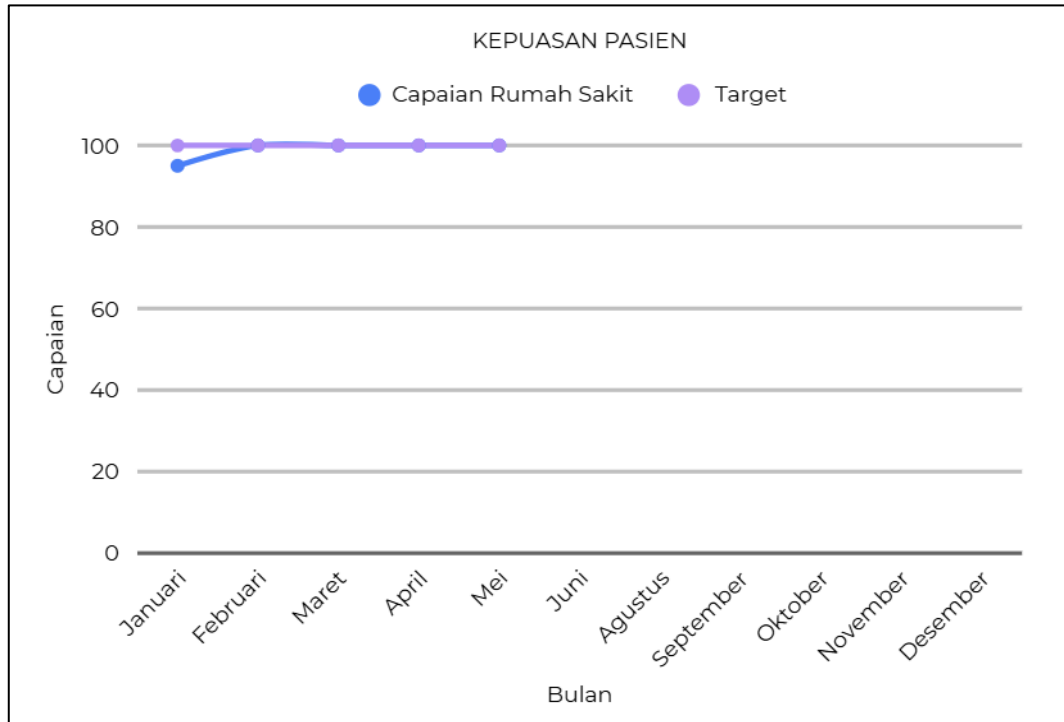
Analisa :

Kecepatan waktu tanggap komplain merupakan indikator yang berorientasi pada pasien dan bertujuan tergambarnya kecepatan rumah sakit dalam merespon keluhan pasien agar dapat diperbaiki dan ditingkatkan untuk sebagai bentuk pemenuhan hak pasien. Metode pengumpulan data secara *Retrospektif* dengan sumber data dari catatan komplain.

Persentase komplain yang diperoleh 100% telah memenuhi target karena semua komplain yang dihadapi dapat diselesaikan kurang dari 24 jam , dan komplain yang sifatnya tidak menimbulkan kerugian material maupun immaterial.

Tindak lanjut mempertahankan capaian dengan memberikan tanggapan terhadap pasien yang melakukan komplain dengan baik dan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

13. Kepuasan Pasien (100%)



Januari	Februari	Maret	Rata-rata
95%	100%	100%	100%

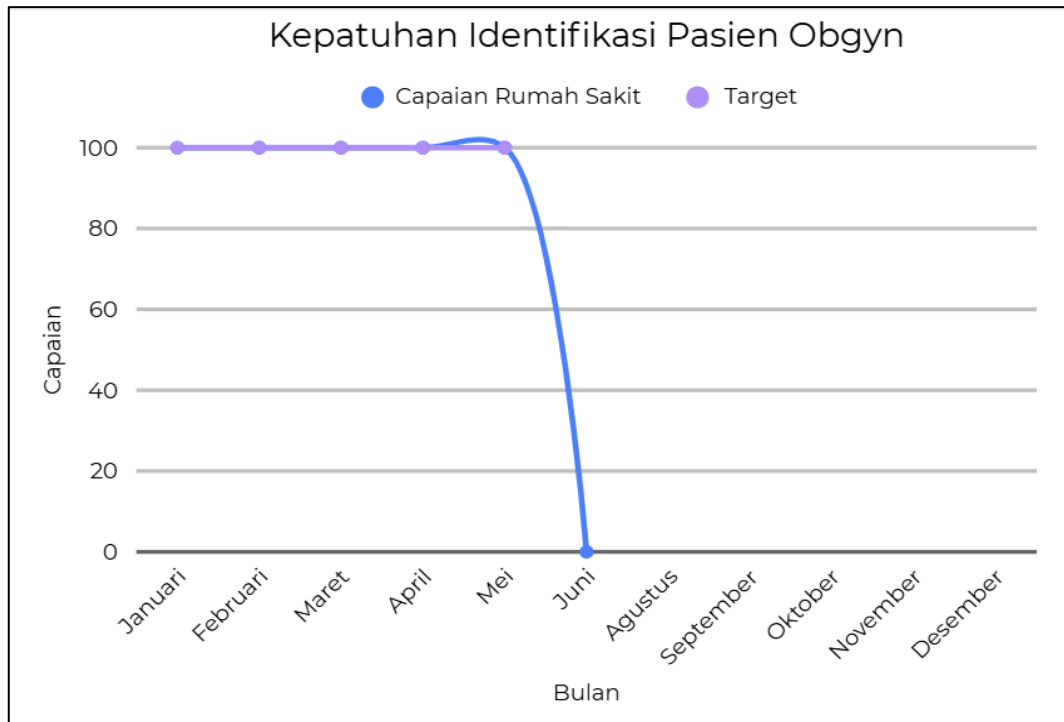
Analisa :

Tingkat kepuasan pasien dalam periode ini sebesar 100% Yaitu terhadap pelayanan dokter dan perawat, komunikasi dokter dan perawat, kebersihan dan kenyamanan ruangan, dan kepuasan terhadap pelayanan.

Tindak lanjutnya adalah menyampaikan tingkat kepuasan dan keluhan pasien kepada personalia dan disetiap unit pelayanan. Sebagai masukan dari masing - masing unit untuk segera diperbaiki dalam rangka meningkatkan kemampuan mereka dalam memberi pelayanan terbaik di Rumah Sakit Tk IV 01.07.02 Binjai.

IV. HASIL CAPAIAN INDIKATOR PRIORITAS RUMAH SAKIT

1. Kepatuhan Identifikasi Pasien Obgyn



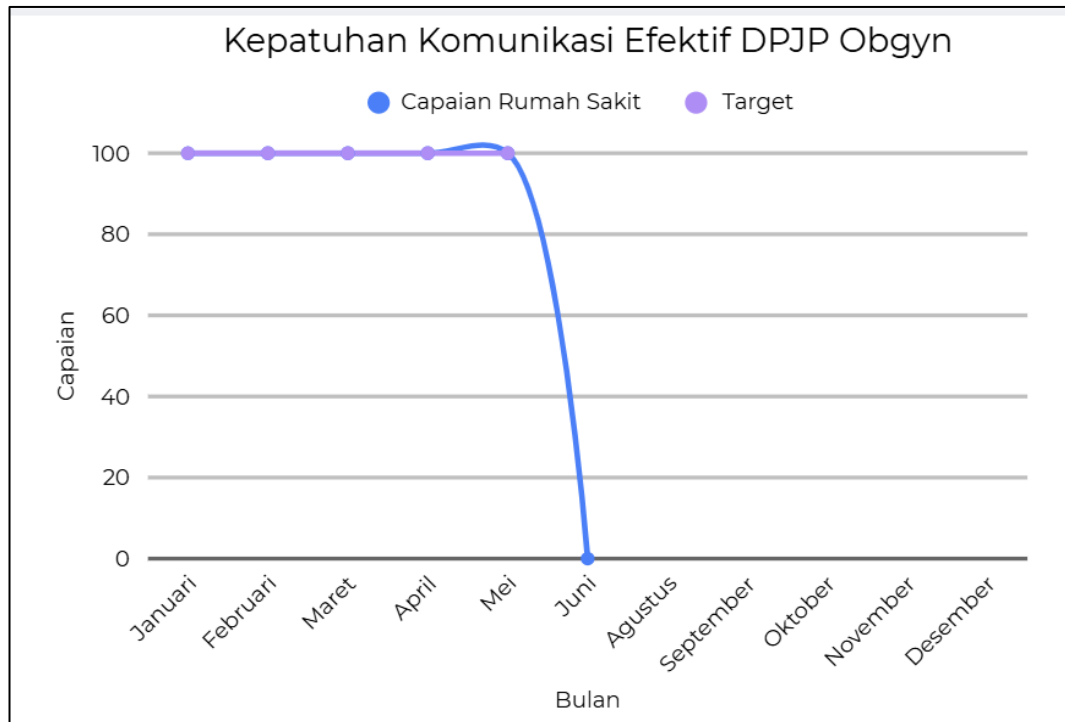
Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

- Hasil : 100%

- Analisa :

Pada TW I kepatuhan identifikasi pasien adalah 100%. Staf klinis yang telah melakukan identifikasi saat memberikan pelayanan atau pun tindakan kepada pasien secara benar dengan cara mencocokkan identitas pasien minimal 2 (dua) dari 4 (empat) identitas yang tercantum pada gelang ditangan pasien rawat inap maupun di kartu pengunjung pada pasien di rawat jalan, sesuai dengan regulasi yang berlaku di rumah sakit.

2. Kepatuhan Komunikasi Efektif DPJP Obgyn

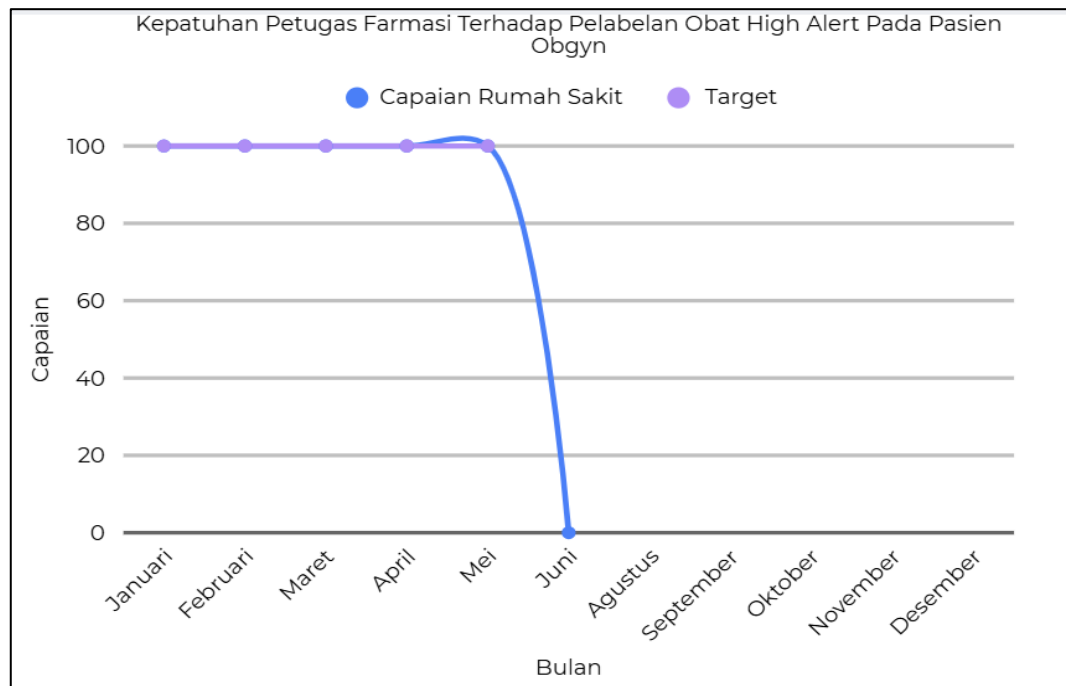


Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

- Hasil : 100%
- Analisa :

Pada TW III kepatuhan komunikasi efektif DPJP mencapai 100%, telah mencapai standar karena penyaluran informasi atau instruksi dari DPJP kepada perawat terlaksana dengan baik, diuktikan dengan adanya pencatatan instruksi DPJP pada lembar rekam medik.

3. Kepatuhan petugas farmasi terhadap pelabelan obat High Alert pada pasien Obgyn

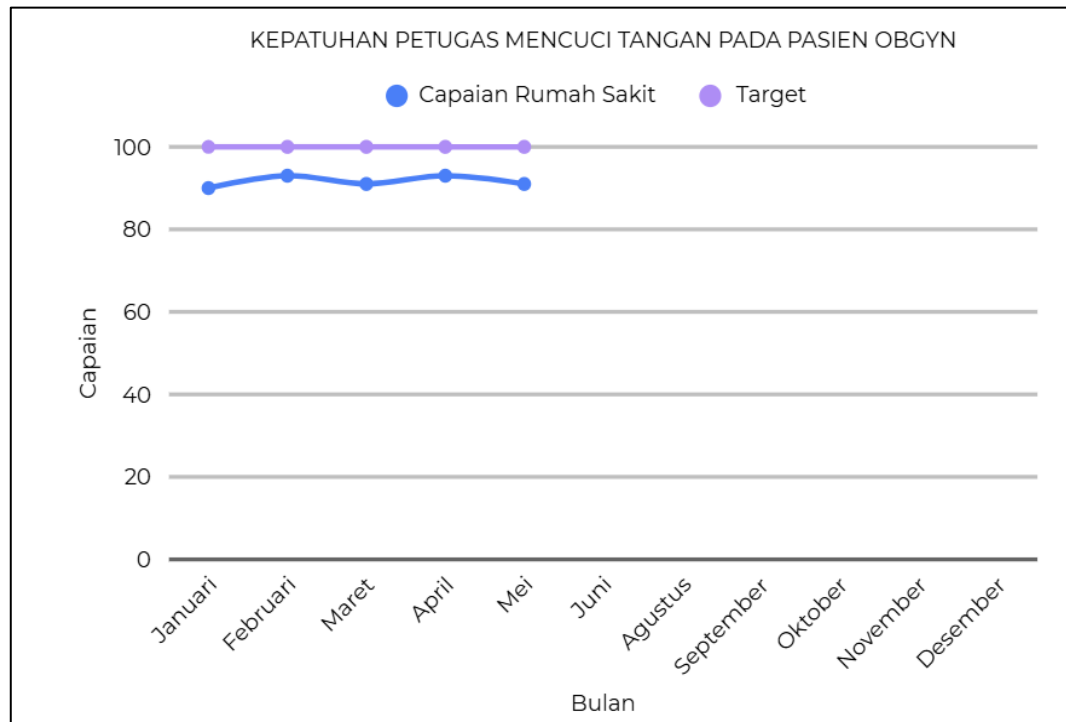


Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

- Hasil : 100%
- Analisa :

Perentase hasil pelabelan obat high alert adalah 100 % karena semua obat high alert yang digunakan untuk pasien obgyn telah ditandai seluruhnya. high-alert medication adalah obat yang harus diwaspadai karena sering menyebabkan terjadi kesalahan atau kesalahan serius (sentinel event) dan obat yang berisiko tinggi menyebabkan Reaksi Obat yang Tidak Diinginkan (ROTD).

4. Kepatuhan Petugas Mencuci Tangan Pada Pasien Obgyn



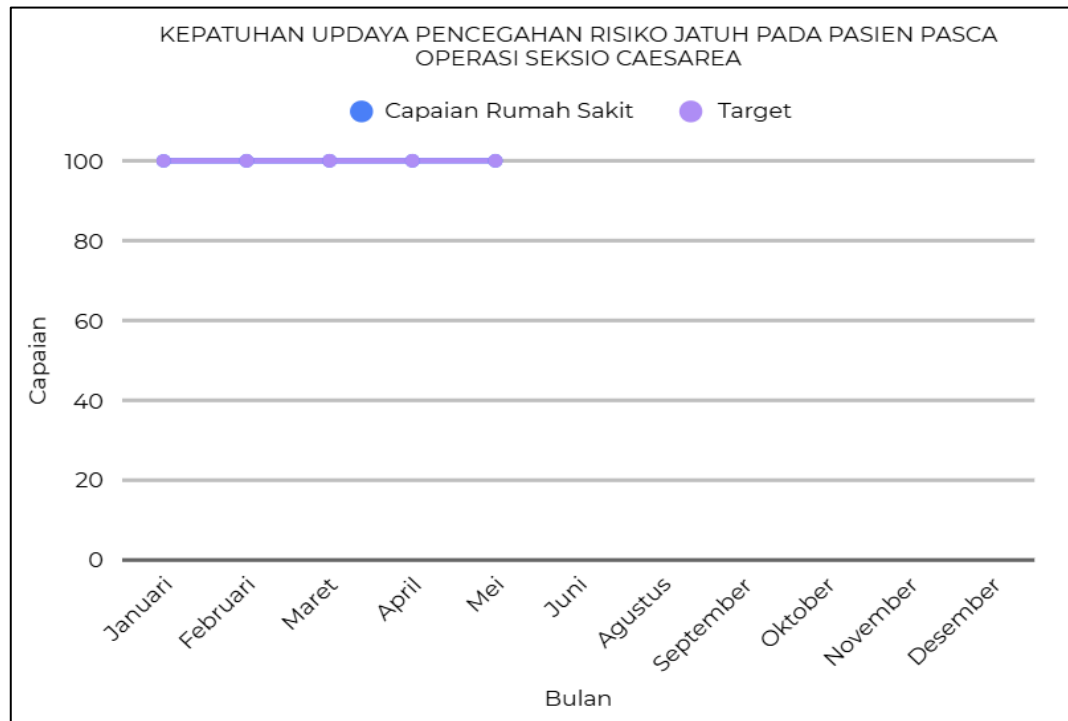
Januari	Februari	Maret	Rata-rata
90%	93%	91%	91%

- Hasil : 91%

- Analisa :

Angka Kepatuhan cuci tangan pada periode ini belum memenuhi target capaian yaitu didapatkan nilai rata-rata (91%) dari target capaian yaitu 100%, Hal ini dikarenakan kurangnya kesadaran staf terhadap kepatuhan mencuci tangan

5. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Jatuh Pada Pasien Pasca Operasi Sectio Caesarea

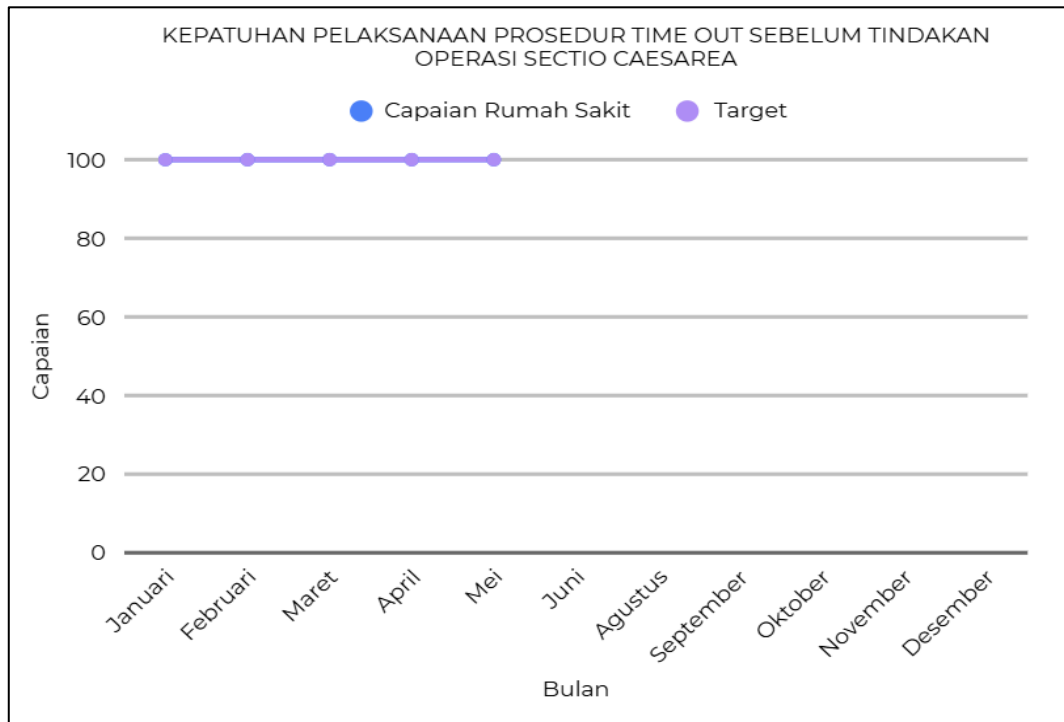


Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

- Hasil : 100%
- Analisa :

Dari hasil kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh pada periode ini yaitu 100%. Ini sudah memenuhi target karena staf klinis telah mengisi assessment resiko jatuh awal, ulang dan monitoring resiko jatuh pasca operasi Seksio Caesarea.

6. Kepatuhan Pelaksanaan Prosedur Time Out Sebelum Tindakan Operasi Seksio Caesarea

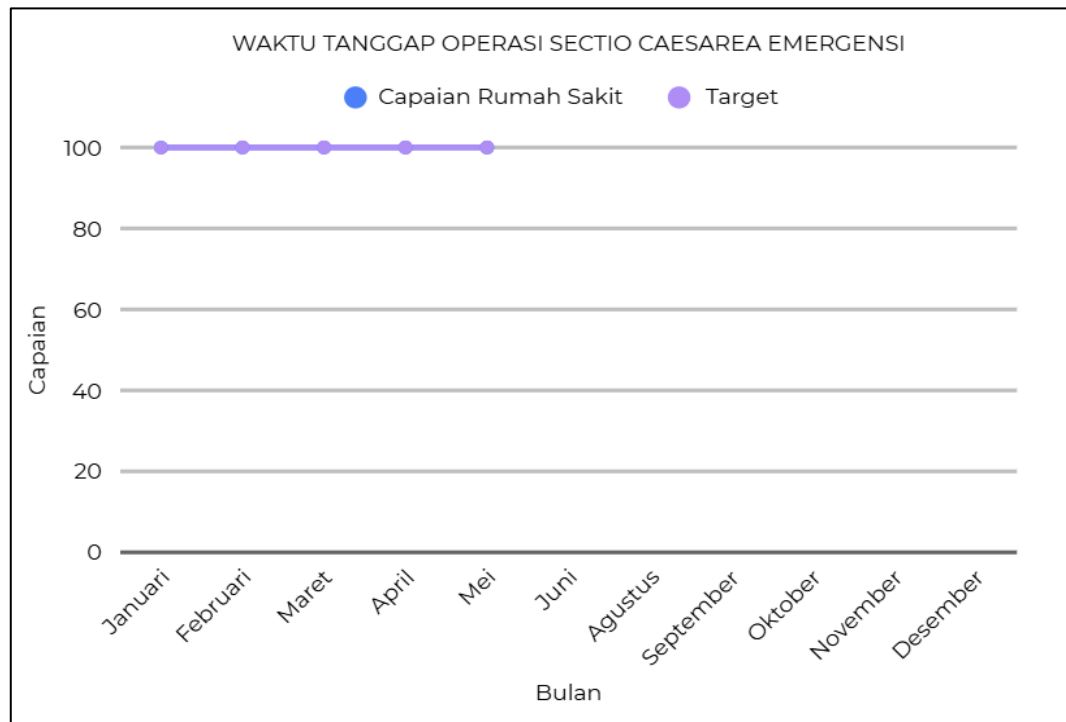


Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

- Hasil : 100%
- Analisa :

Prosedur time out adalah tahap memastikan bahwa personil tim operasi telah mengetahui orang-orang yang akan menjadi timnya saat itu, tugas masing-masing, pengecekan instrumen yang akan dipakai, benar pasien dan benar prosedur operasi. Petugas telah melakukan prosedur ini kepada seluruh pasien seksio caesarea agar tidak terjadi kesalahan pasien pada saat melakukan operasi, serta agar operasi berjalan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan.

7. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi

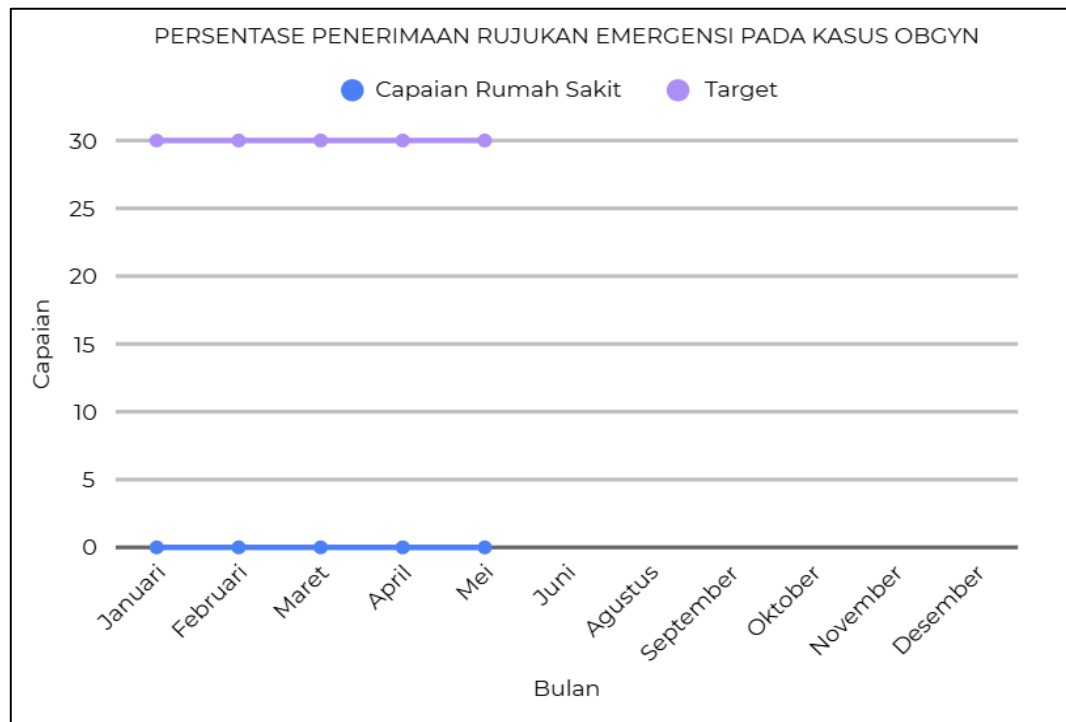


Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

- Hasil : 100%
- Analisa :

Angka waktu tanggap operasi sectio caesaria emergensi kurang dari 30 menit pada periode ini sudah memenuhi target capaian yaitu 100%. Hal ini di karenakan ketepatan layanan kebidanan untuk sectio caesaria emergensi dapat dilaksanakan dengan baik di Rumah Sakit. Karena didukung oleh dokter obgyn yang cepat datang, cukupnya tim pada saat operasi emergensi sectio caesaria di kamar bedah, serta hasil laboratorium yang bisa cepat keluar agar operasi berjalan lancar.

8. Persentase penerimaan rujukan emergensi pada kasus Obgyn

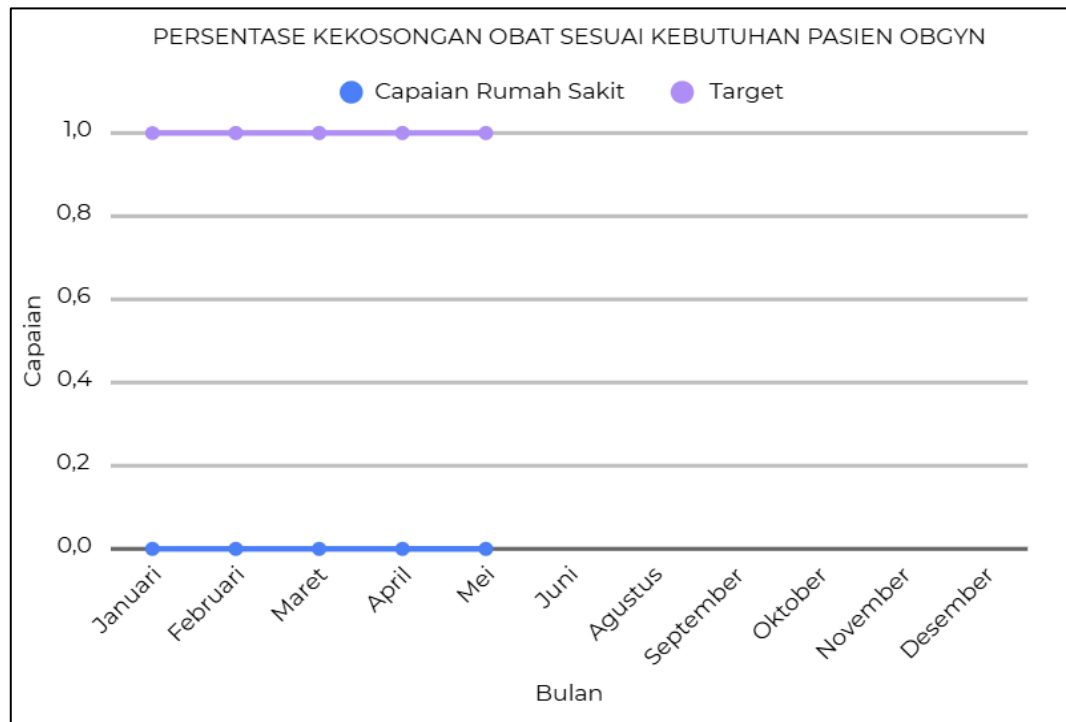


Januari	Februari	Maret	Rata-rata
0%	0%	0%	0%

- Hasil : 0%
- Analisa :

Pada periode ini persentase penerimaan rujukan emergensi kasus obgyn adalah 0% dan belum mencapai standar yg ditentukan rumah sakit, karena dokter Spesialis Kandungan dan Kebidanan sudah kembali memberikan pelayanan di rumah sakit dan jumlah pasien obgyn meningkat dari bulan sebelumnya. Diharapkan pada bulan berikutnya pasien obgyn kembali memilih rumah sakit ini sebagai rumah sakit rujukan dalam kasus obgyn.

9. Persentase Kekosongan Obat Sesuai Kebutuhan Pada Pasien Obgyn

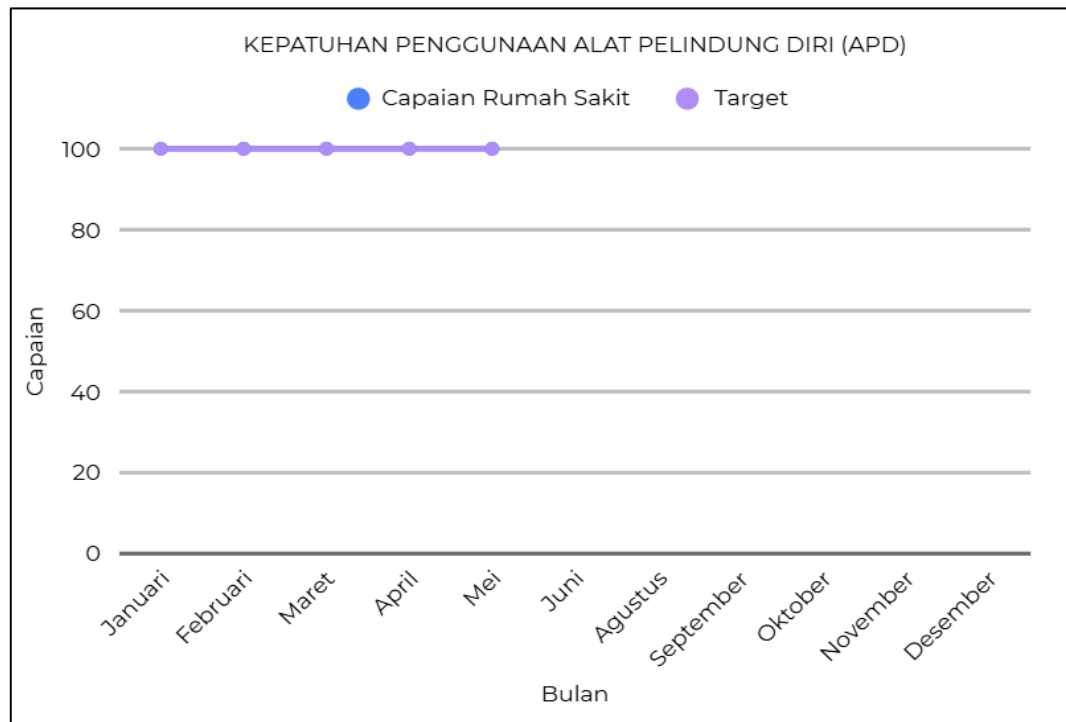


Januari	Februari	Maret	Rata-rata
0%	0%	0%	0%

- Hasil : 0%
- Analisa :

Pada periode ini tidak terjadi kekosongan obat khususnya obat yang digunakan berkaitan dengan kasus obgyn, ini disebabkan oleh petugas farmasi yang selalu melakukan kegiatan monitoring ketersediaan obat, sehingga obat-obat yang diperlukan tersedia.

10. Kepatuhan Penggunaan APD



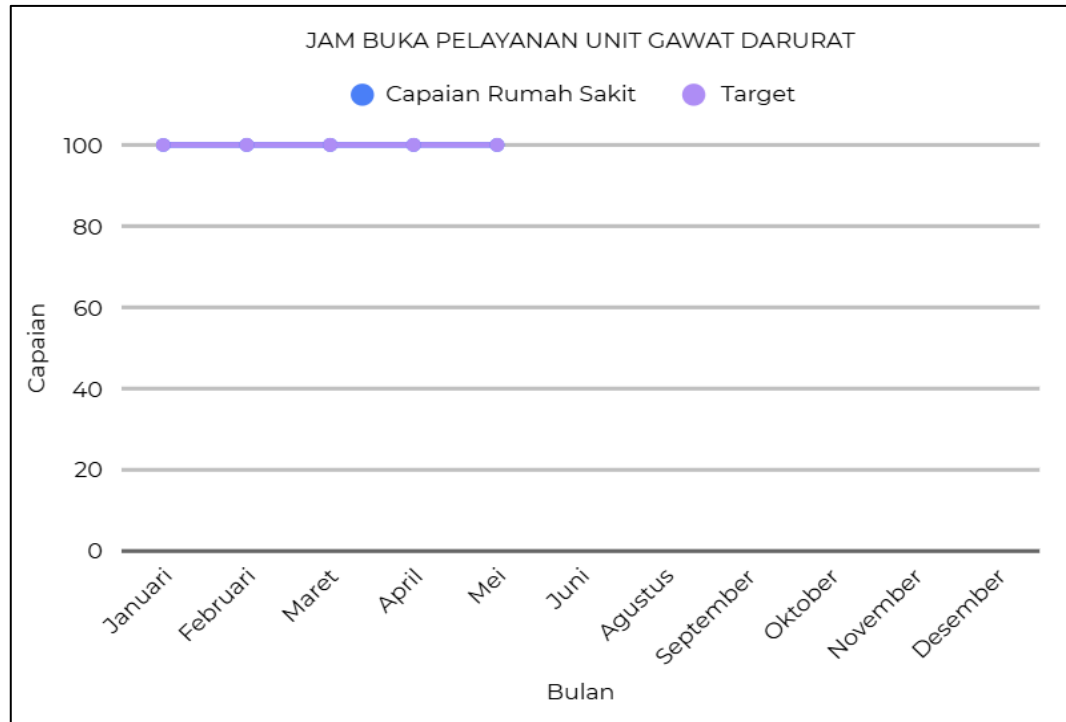
Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

- Hasil : 100%
- Analisa :

Dari Hasil Kepatuhan penggunaan APD pada periode ini didapatkan nilai rata-rata (100%). Hal ini sudah memenuhi target yaitu 100%. Hal ini dikarenakan petugas yang menggunakan APD sesuai indikasi, tidak ditemukan memakai sarung tangan yang sama setelah menyentuh lingkungan pasien, dan tidak memakai gaun dalam keadaan tidak ada tindakan, dan melepas APD sesuai dengan prosedur di rumah sakit.

V. HASIL CAPAIAN INDIKATOR MUTU UNIT

1. Jam Buka Pelayanan Unit Gawat Darurat



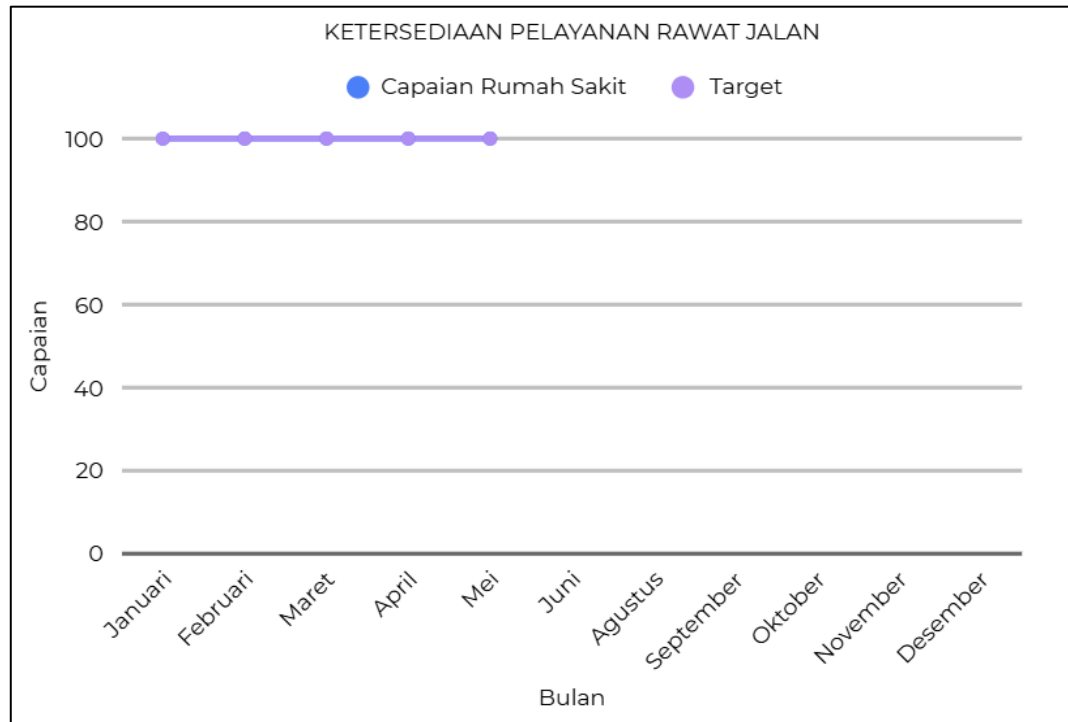
Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

- Hasil : 100%
- Analisa :

Pelayanan Gawat Darurat adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh Korban/Pasien Gawat Darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan.

Sesuai dengan standar pelayanan minimal rumah sakit, pelayanan gawat darurat harus menyediakan pelayanan gawat darurat selama 24 jam penuh dan ketercapaian Rumkit Tk. IV 01.07.02 Binjai mencapai 100%.

2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan



Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

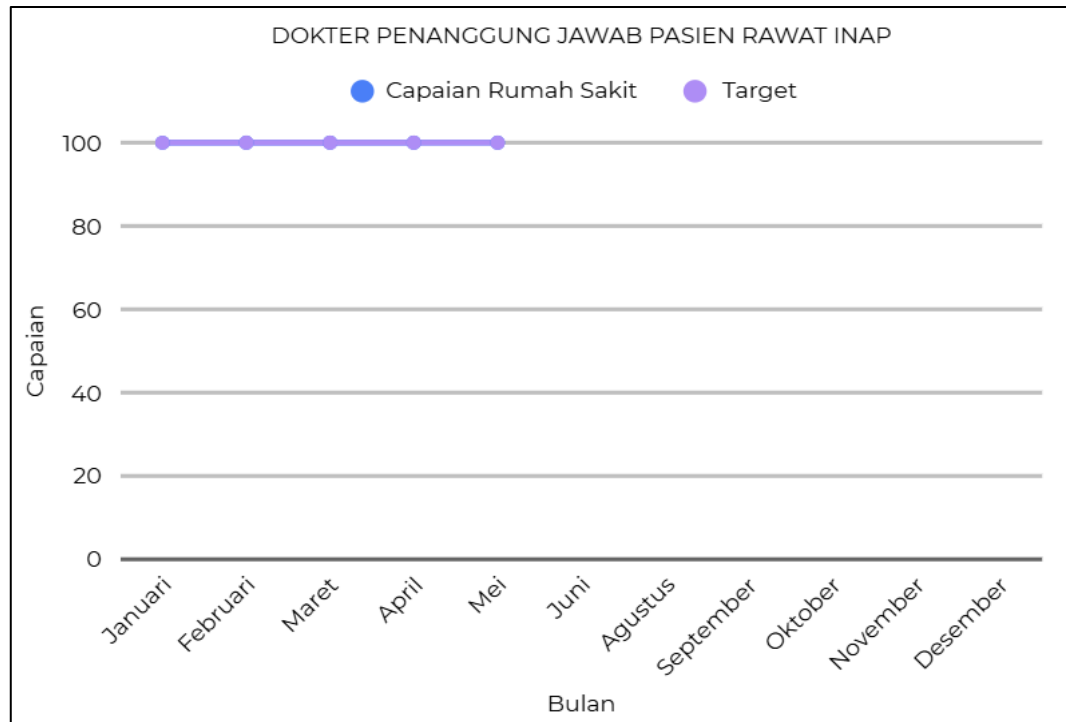
- Hasil : 100%

- Analisa :

Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit.

Ketersediaan pelayanan rawat jalan mencapai 100% dan telah sesuai dengan standar pelayanan minimal dengan menyediakan 4 layanan dasar dan layanan lain yang mampu dilaksanakan di Rumah Sakit Tk. IV 01.07.02 Binjai.

3. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

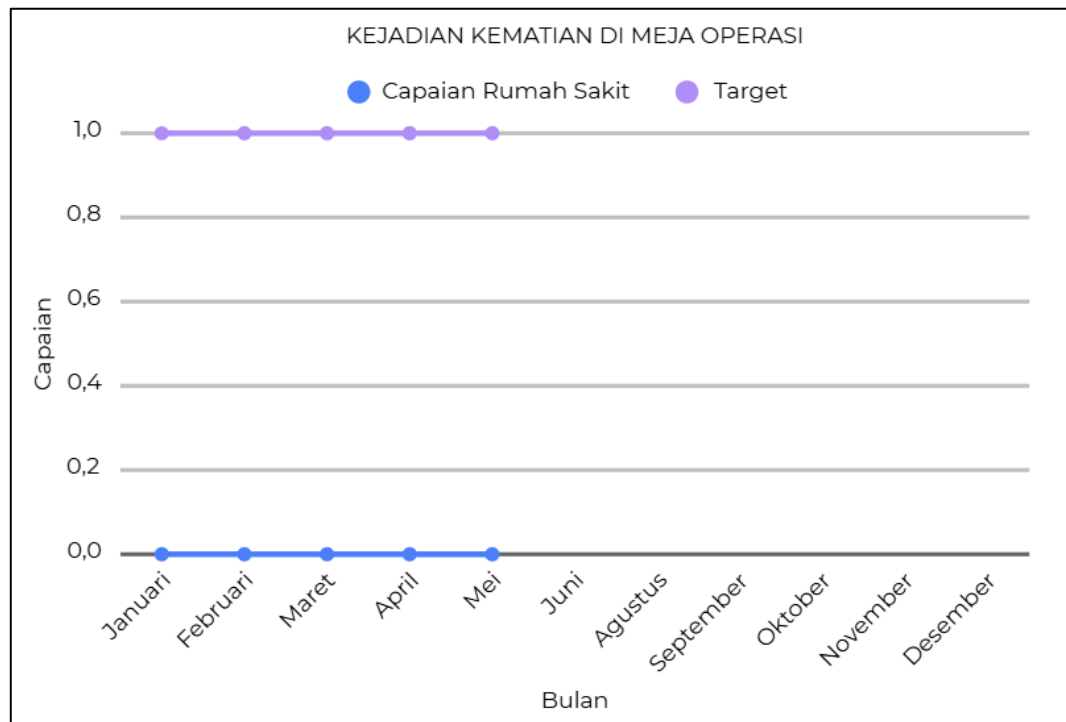


Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

- Hasil : 100%
- Analisa :

Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien. Capaian indikator mutu ini mencapai 100% karena seluruh pasien rawat inap di Rumah Sakit Tk. IV 01.07.02 Binjai masing-masing memiliki dokter penanggung jawab.

4. Kejadian Kematian di Meja Operasi



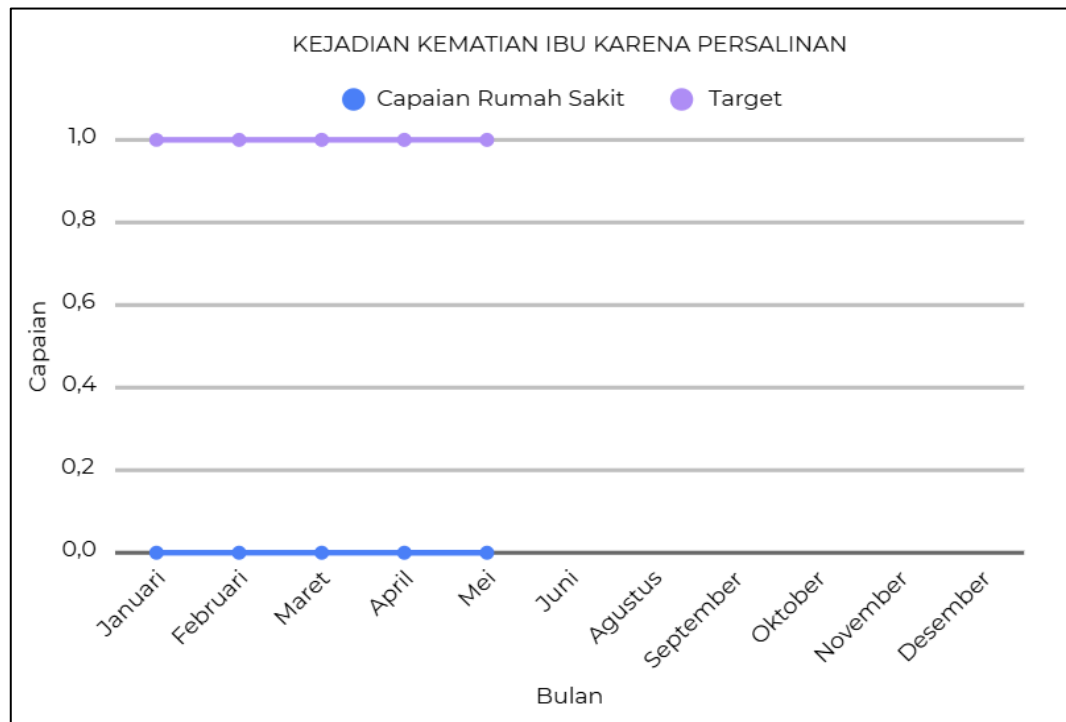
Januari	Februari	Maret	Rata-rata
0%	0%	0%	0%

- Hasil : 0%
- Analisa :

Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anastesi maupun tindakan pembedahan.

Indikator mutu pada unit bedah yaitu kejadian kematian di meja operasi mencapai 0% artinya tidak ada kejadian kematian selama operasi berlangsung.

5. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan



Januari	Februari	Maret	Rata-rata
0%	0%	0%	0%

- Hasil : 0%
- Analisa :

Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre-eklamsia, eklamsia, partus lama dan sepsis.

Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.

Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :

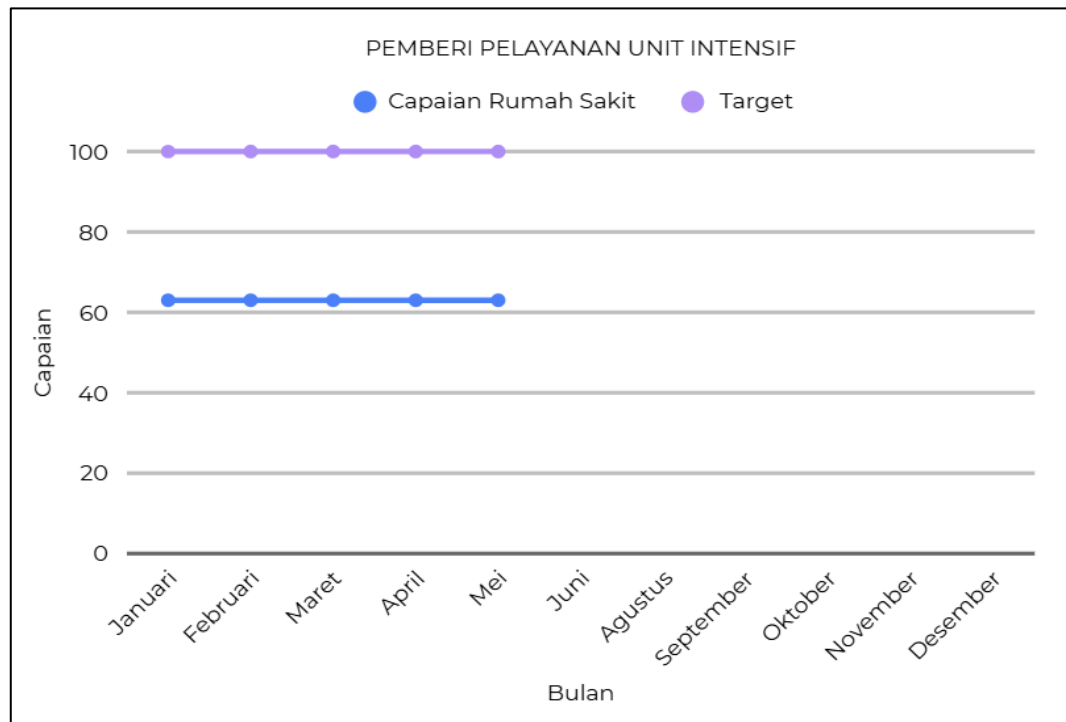
 - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg
 - Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitatif
 - Oedem tungkai

Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.

Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.

Tidak ada kejadian kematian pada persalinan dengan komplikasi perdarahan, pre-eklamsia / eklamsia dan sepsis.

6. Pemberi Pelayanan Unit Intensif



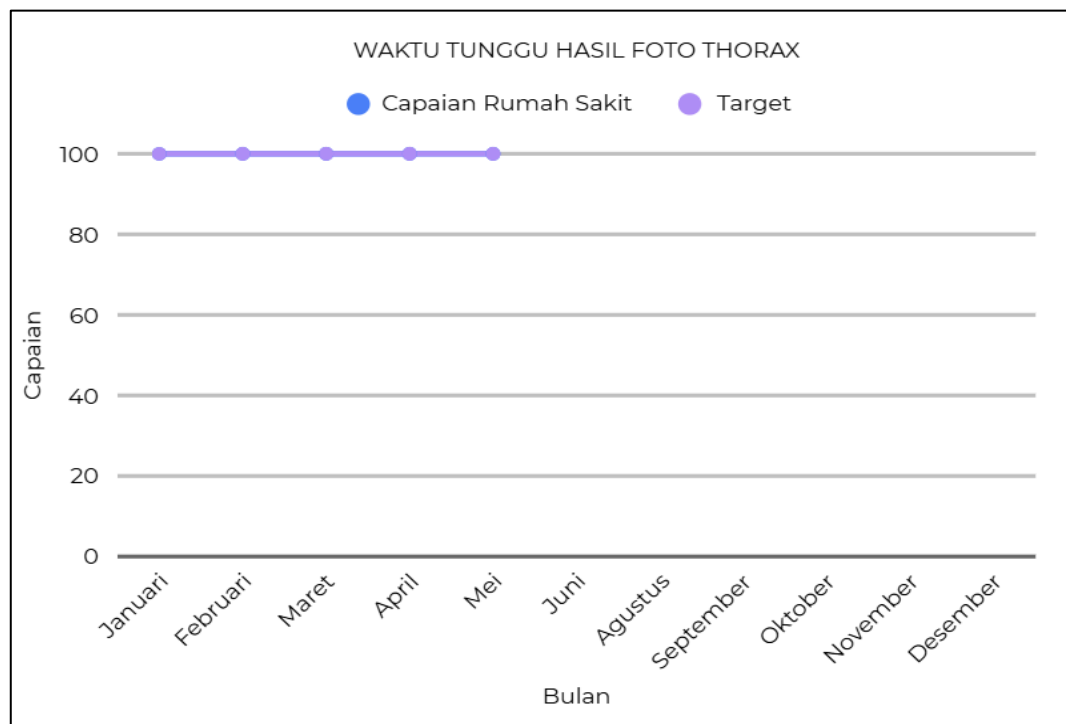
Juli	Agustus	September	Rata-rata
63%	63%	63%	63%

- Hasil : 63%
- Analisa :

Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara.

Indikator pada ICU masih dibawah standar yaitu 63% karena belum semua perawat di ICU memiliki sertifikat mahir ICU

7. Waktu Tunggu Hasil Foto Thorax

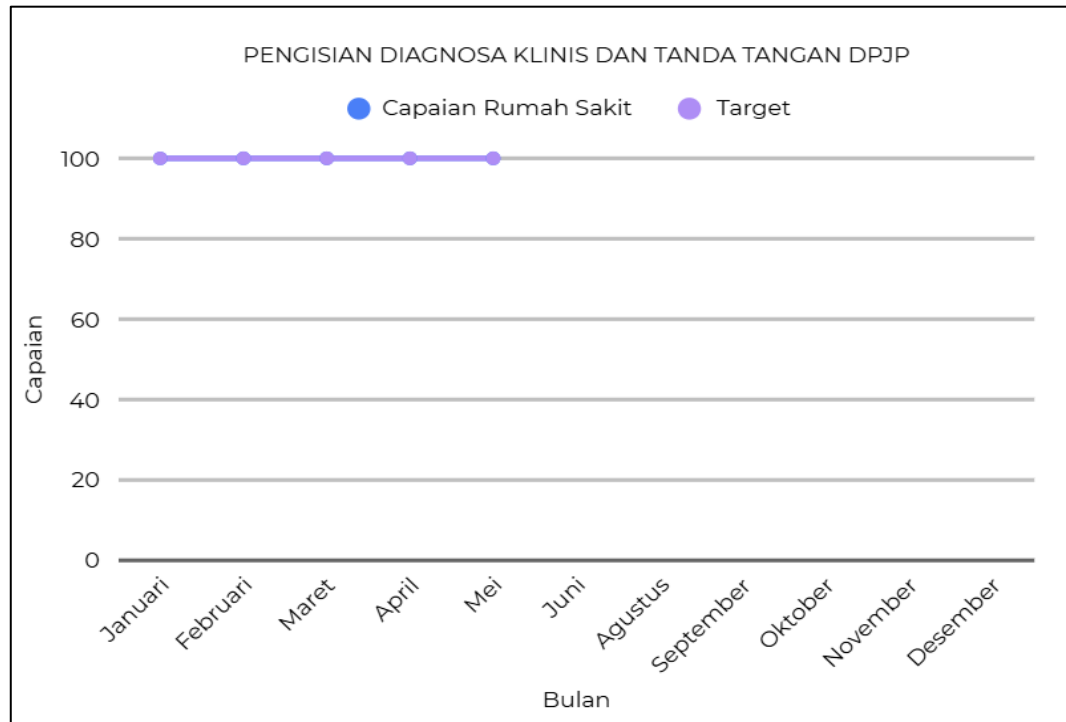


Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

- Hasil : 100%
- Analisa :

Capaian 100% pada waktu tunggu hasil foto Thorax ini menggambarkan bahwa seluruh hasil foto yang pada periode ini, dari pengambilan foto sampai hasil diserahkan kepada pasien seluruhnya rata-rata dibawah 180 menit, sesuai dengan standar pelayanan minimal.

8. Pengisian Diagnosa Klinis dan Tanda Tangan DPJP



Januari	Februari	September	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

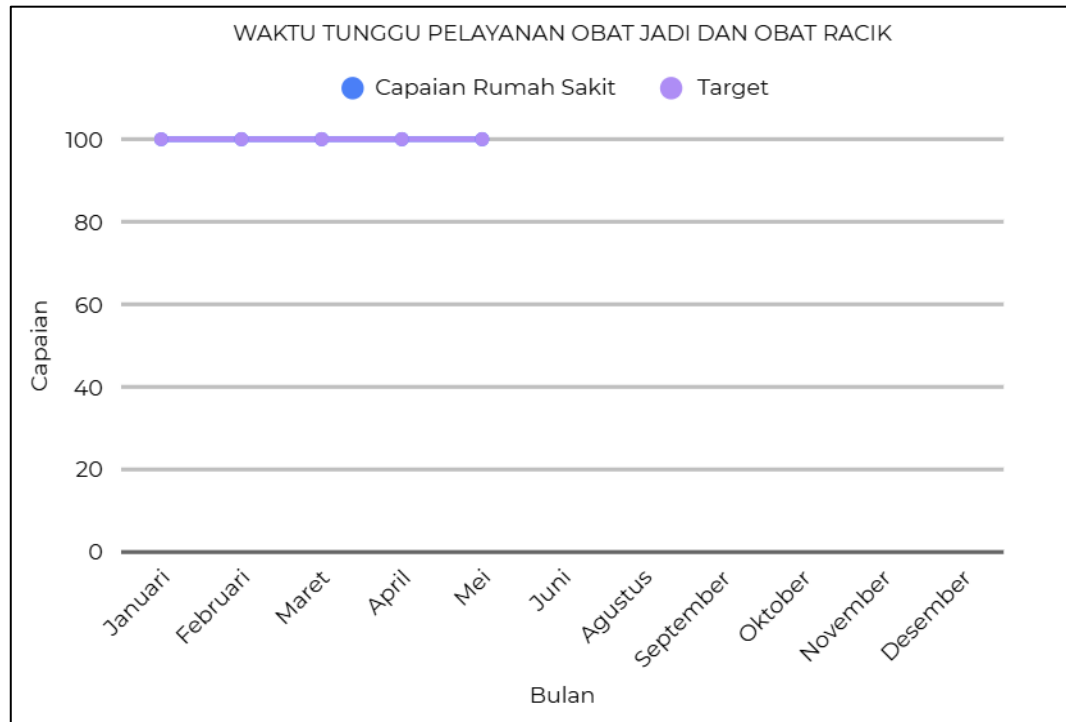
- Hasil : 100%
- Analisa :

Diagnosis klinis adalah diagnosis yang dibuat berdasarkan pengamatan terhadap tanda klinis dan pengumpulan informasi gejala klinis dari pasien, tanpa pengujian diagnostik sebagai dasar untuk pengiriman pasien ke laboratorium.

Tanda tangan DPJP adalah merupakan persetujuan DPJP dalam pengiriman pasien ke laboratorium.

Capaian 100% ini menggambarkan bahwa DPJP sudah mengisi diagnosa klinis dan tanda tangan pada surat pengantar pengiriman pasien ke laboratorium.

9. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi dan Obat Racik

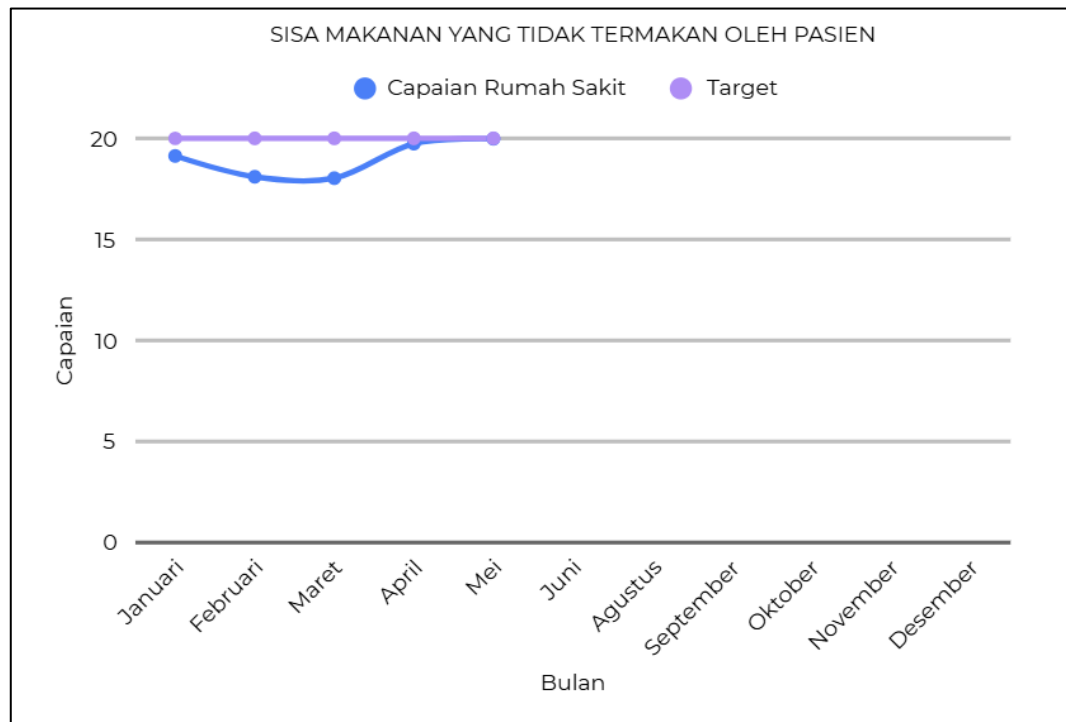


Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

- Hasil : 100%
- Analisa :

Sesuai dengan standar pelayanan minimal, waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah dibawah 30 menit dan obat racik adalah dibawah 60 menit. Ketercapaian pada indikator mutu ini adalah sebesar 100% karena rerata waktu tunggu obat jadi adalah dibawah 30 menit dan obat racik adalah dibawah 60 menit.

10. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien



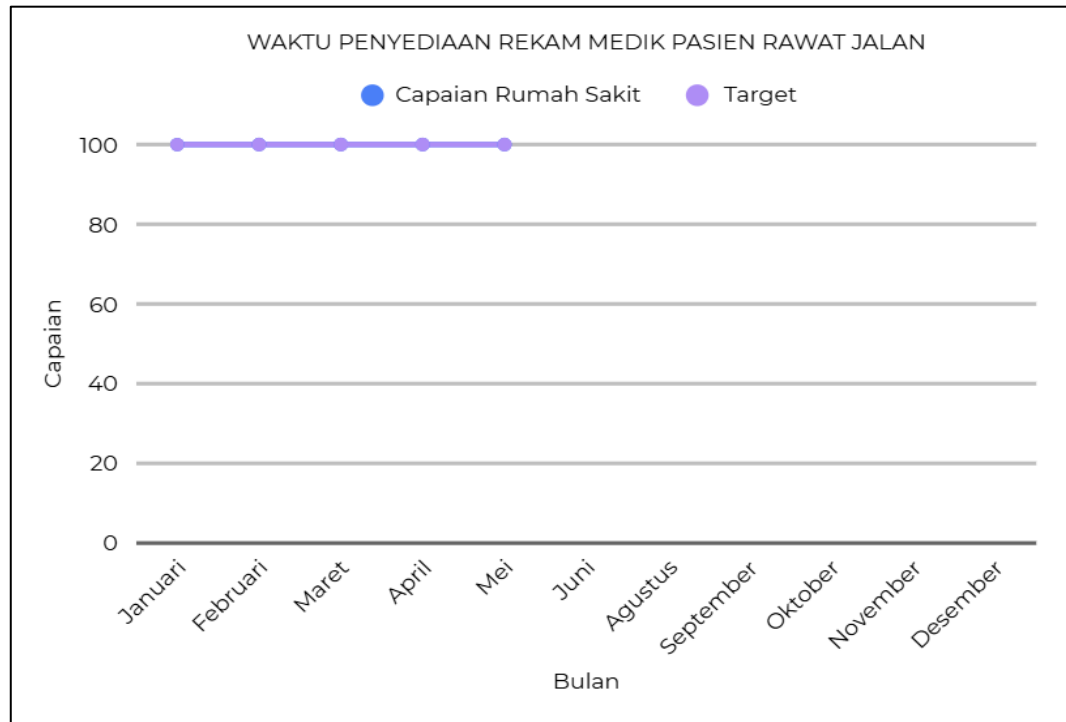
Januari	Februari	Maret	Rata-rata
19,13%	18,10%	18,03%	18,42%

- Hasil : 18,42%
- Analisa :

Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)

Target yang tercapai adalah sebesar 18,42% dan telah mencapai target sisa makanan yang dimakan oleh pasien yaitu kurang dari 20%.

11. Waktu Penyediaan Rekam Medik Pasien Rawat Jalan



Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

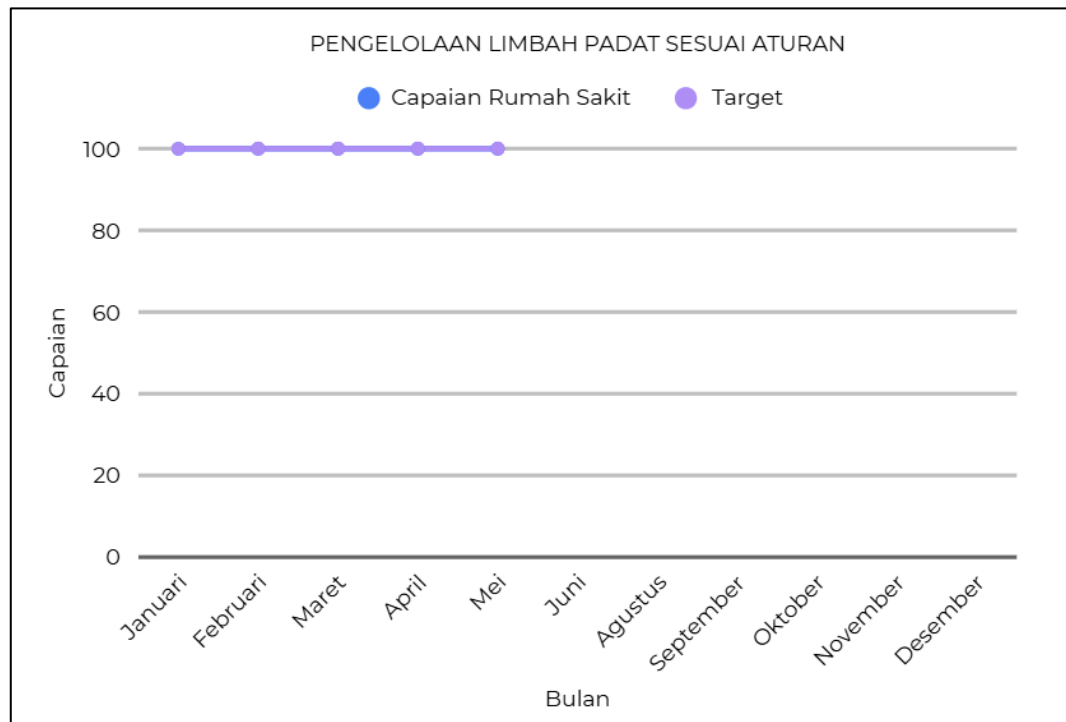
- Hasil : 100%
- Analisa :

Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan.

Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan / ditemukan oleh petugas.

Pada periode ini ketercapaian mencapai 100%, karena seluruh prosedur penyediaan rekam medik rawat jalan dilakukan kurang dari 10 menit.

12. Pengelolaan Limbah Padat Sesuai Aturan



Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

- Hasil : 100%

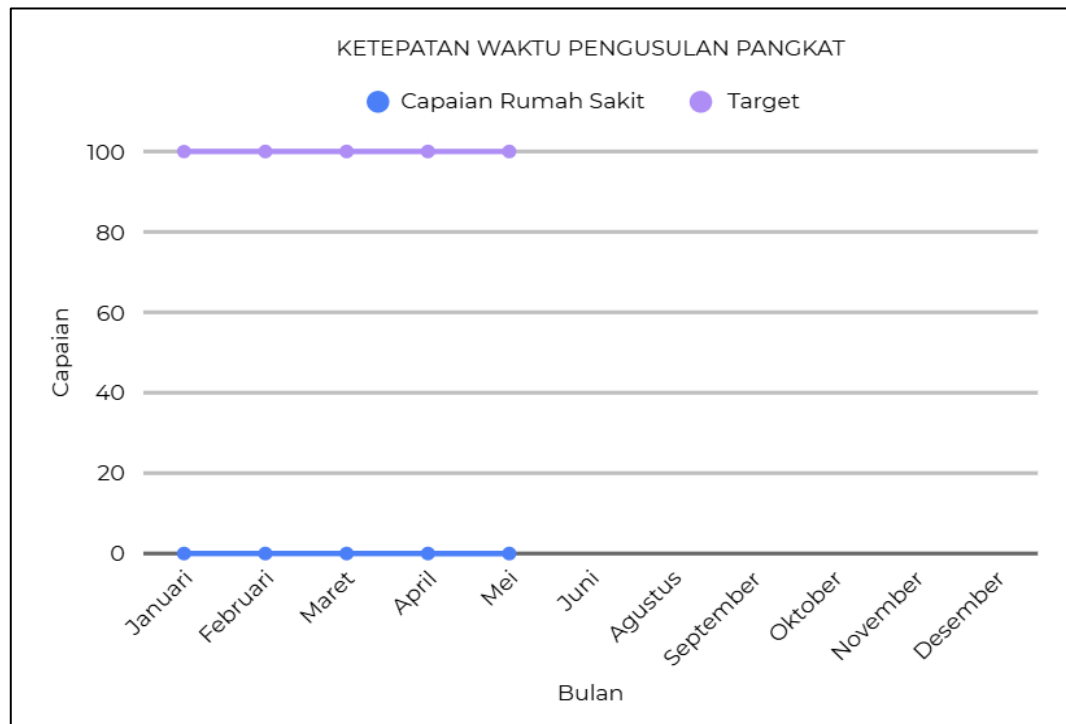
- Analisa :

Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain :

1. Sisa jarum suntik
2. Sisa ampul
3. Kasa bekas
4. Sisa jaringan

Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku.

13. Ketepatan Waktu Pengusulan Pangkat



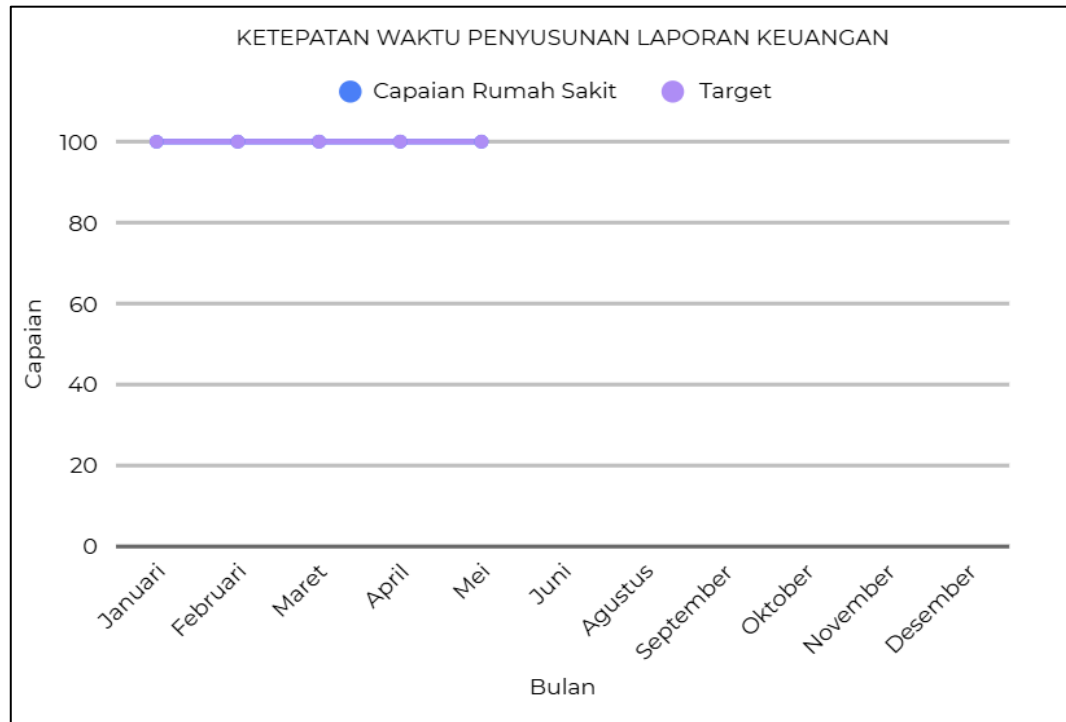
Januari	Februari	Maret	Rata-rata
-	-	-	-

- Hasil : -

- Analisa :

Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober.

14. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

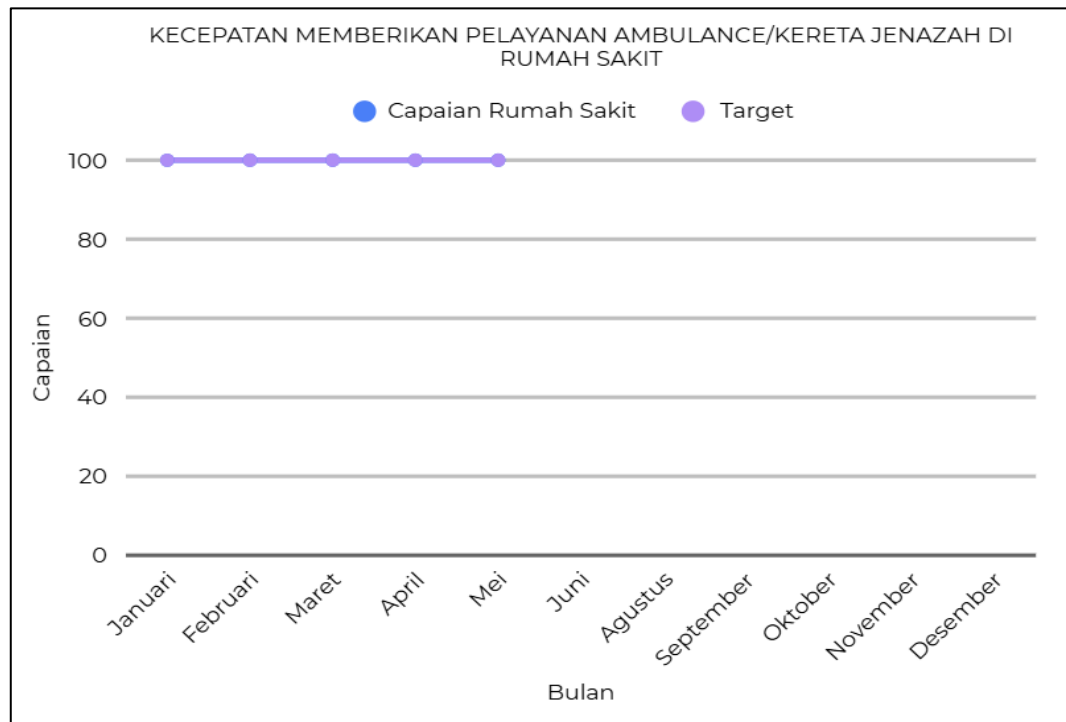


Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

- Hasil : 100%
- Analisa :

Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas, Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya. Pada triwulan pertama ini ketercapaian mencapai 100% karena seluruh laporan diselesaikan dengan tepat waktu.

15. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah di Rumah Sakit

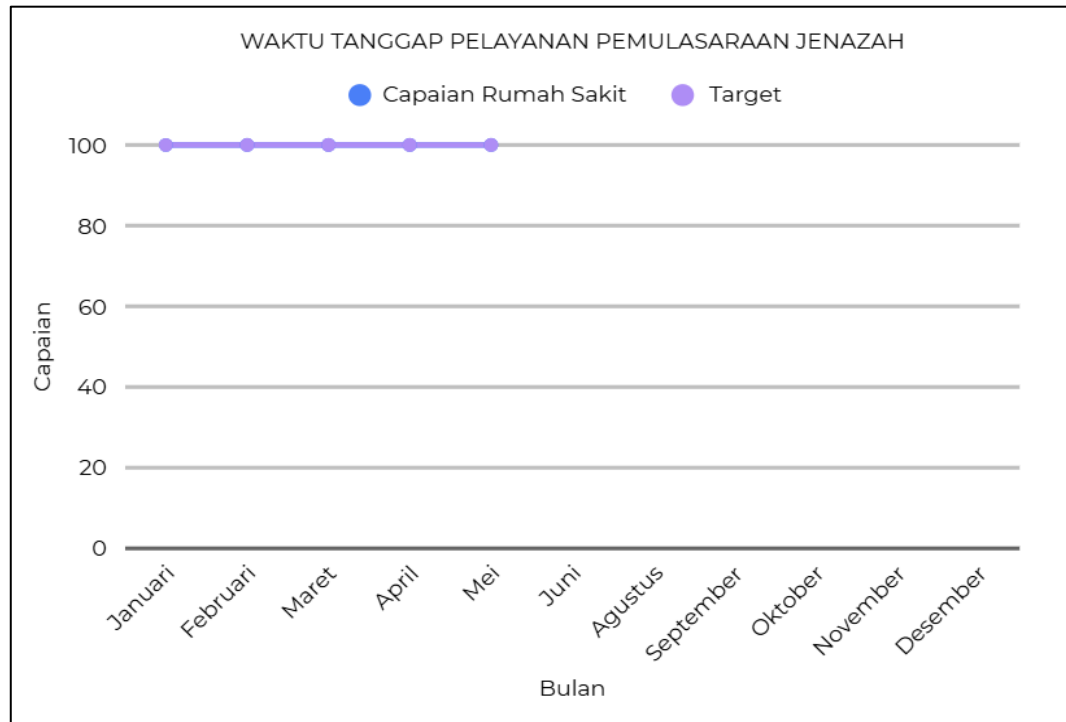


Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

- Hasil : 100%
- Analisa :

Kecepatan pelayanan ambulance pada periode ini mencapai 100 % karena seluruh permintaan ambulance untuk rujukan dilakukan kurang dari 30 menit. Ini bertujuan untuk memberikan pelayanan yang cepat ketika harus merujuk pasien ke fasilitas kesehatan yang lebih mumpuni.

16. Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah



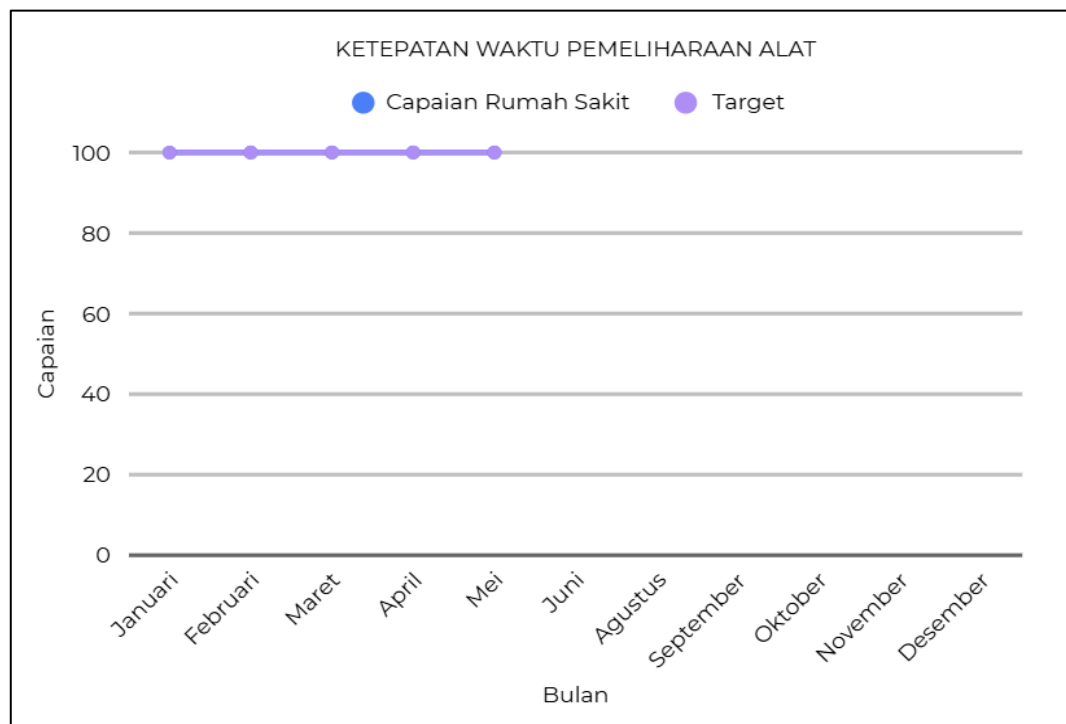
Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

- Hasil : 100%
- Analisa :

Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani petugas.

Pada periode ini ketercapaian mencapai 100%, karena seluruh prosedur pemulasaraan jenazah dilakukan kurang dari 120 menit.

17. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat



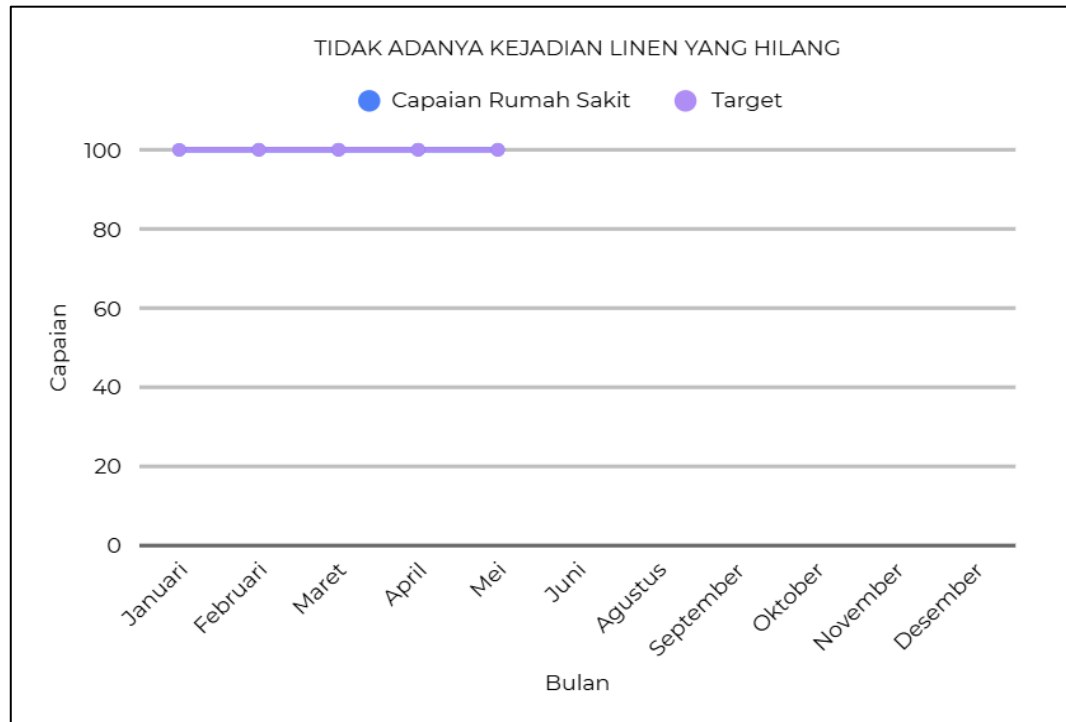
Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

- Hasil : 100%

- Analisa :

Pemeliharaan alat pada periode ini mencapai 100%, karena setiap alat yang bermasalah diupayakan untuk segera dilakukan perbaikan.

18. Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang

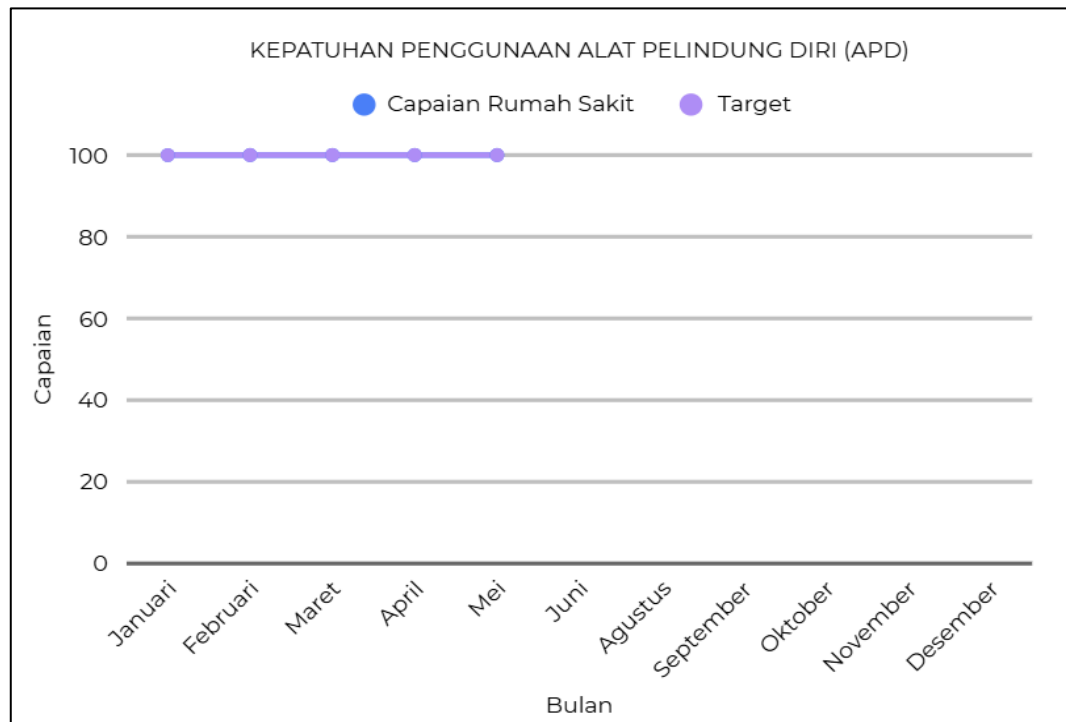


Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

- Hasil : 100%
- Analisa :

Ketercapaian pada indikator ini mencapai 100% sesuai dengan standar yang ditetapkan karena setiap linen yang dilaundry tidak ada yang hilang.

19. Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)



Januari	Februari	Maret	Rata-rata
100%	100%	100%	100%

- Hasil : 100%

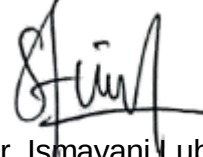
- Analisa :

Dari Hasil Kepatuhan penggunaan APD pada periode ini didapatkan nilai rata-rata (100%). Hal ini sudah memenuhi target yaitu 100%. Hal ini dikarenakan petugas yang menggunakan APD sudah sesuai indikasi, tidak ditemukan memakai sarung tangan yang sama setelah menyentuh lingkungan pasien, tidak memakai gaun dalam keadaan tidak ada tindakan, dan melepas APD sesuai dengan prosedur di rumah sakit.

VI. PENUTUP

Demikian laporan analisis indikator mutu sebagai kegiatan Komite PMKP Rumah Sakit Tk. IV 01.07.02 Binjai. Laporan ini diharapkan dapat menjadi bagian dari rencana tindak lanjut bagi pelaksanaan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Tk. IV 01.07.02 Binjai.

Ketua Komite PMKP



dr. Ismayani Lubis

Kapten Ckm (K) NRP 11160034250489