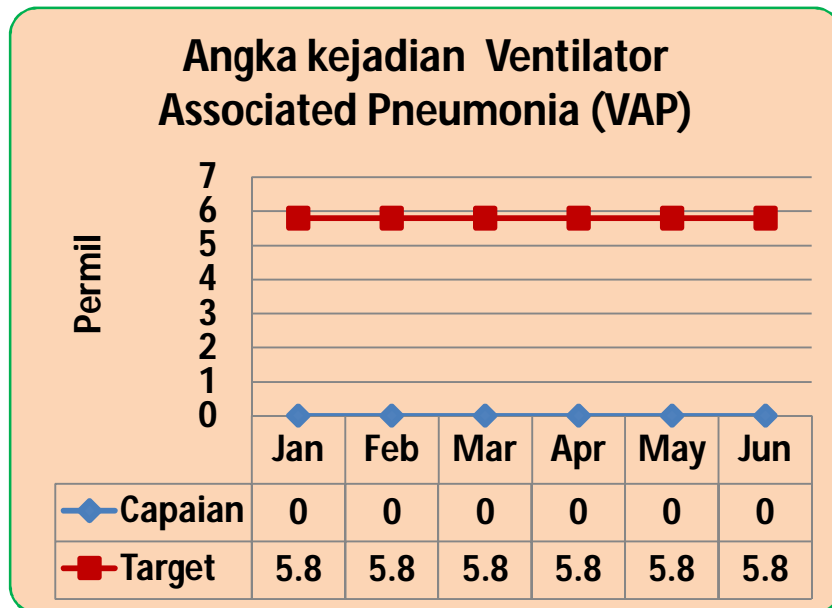


ANGKA KEJADIAN VENTILATOR ASSOCIATED PNEUMONIA (VAP) SEMESTER I TAHUN 2018



Jumlah kasus Infeksi Ventilator Associated Pneumonia (VAP) X 1000 ‰
Jumlah lama hari pemakaian ETT atau terpasang Ventilator

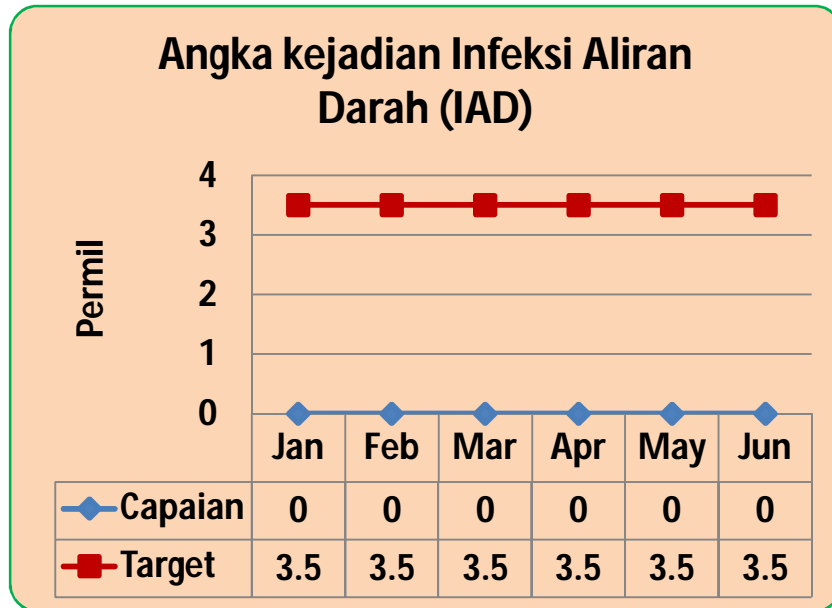
• Analisis

- Grafik di atas adalah persentase capaian indikator mutu angka kejadian Ventilator Associated Pneumonia (VAP) pada Semester I tahun 2018, terlihat grafik menunjukkan pencapaian setiap bulan trendnya stabil dan sudah mencapai standar. Standar indikator mutu ini adalah $\leq 5,8 \text{ ‰}$, sedangkan rata rata capaian indikator mutu ini sudah mencapai standar yaitu 0 ‰ .
- Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat angka kepatuhan terhadap bundles pencegahan VAP pada semester II tahun 2018 sudah optimal.

• Rekomendasi

- Pertahankan capaian yang telah didapat

ANGKA KEJADIAN INFEKSI ALIRAN DARAH (IAD) SEMESTER I TAHUN 2018



$$\frac{\text{Jumlah kejadian infeksi aliran darah primer/bakteriemia pada pasien terpasang kateter vena sentral}}{\text{Jumlah seluruh hari pemakaian kateter vena sentral}} \times 1000\%$$

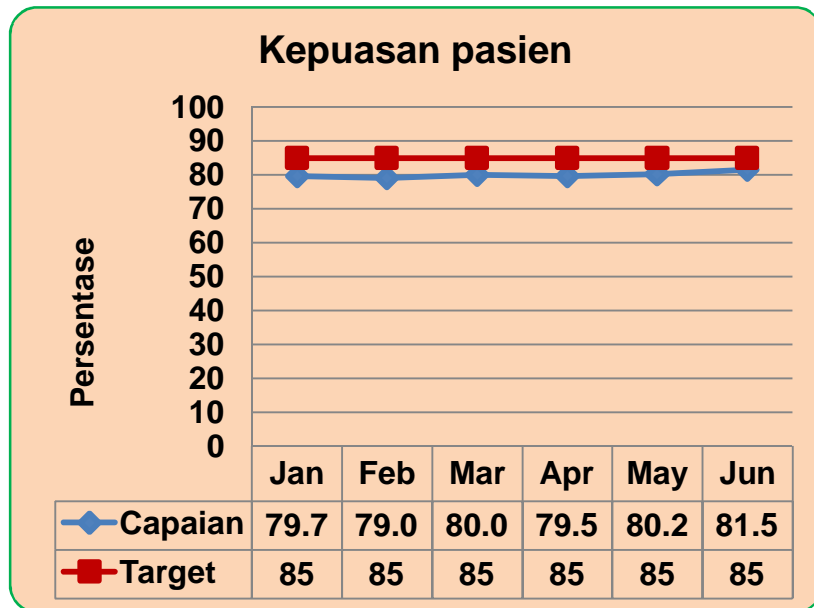
• Analisis

Grafik diatas adalah capaian indikator mutu angka kejadian Infeksi Aliran Darah (IAD) Semester I 2018, pada periode ini insiden rate Infeksi Aliran Darah (IAD) adalah 0 (nol) dan ini sesuai dengan standar yang ditetapkan (<3,5‰).

• Rekomendasi

- Pertahankan capaian yang telah didapat

KEPUASAN PASIEN SEMESTER I TAHUN 2018

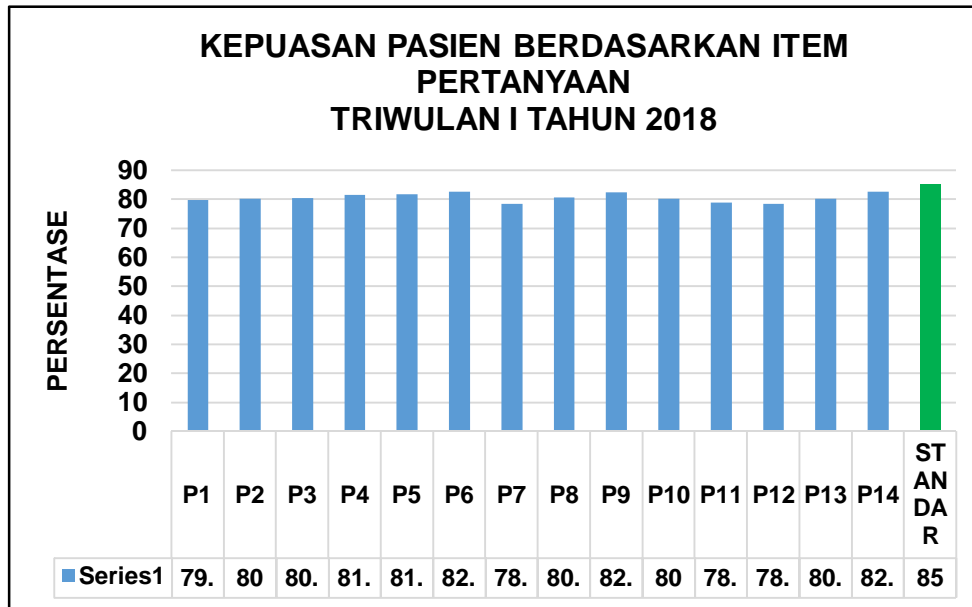


$$\frac{\text{Hasil Penilaian IKM}}{\text{Skala maksimal nilai IKM}} \times 100\%$$

• Analisis

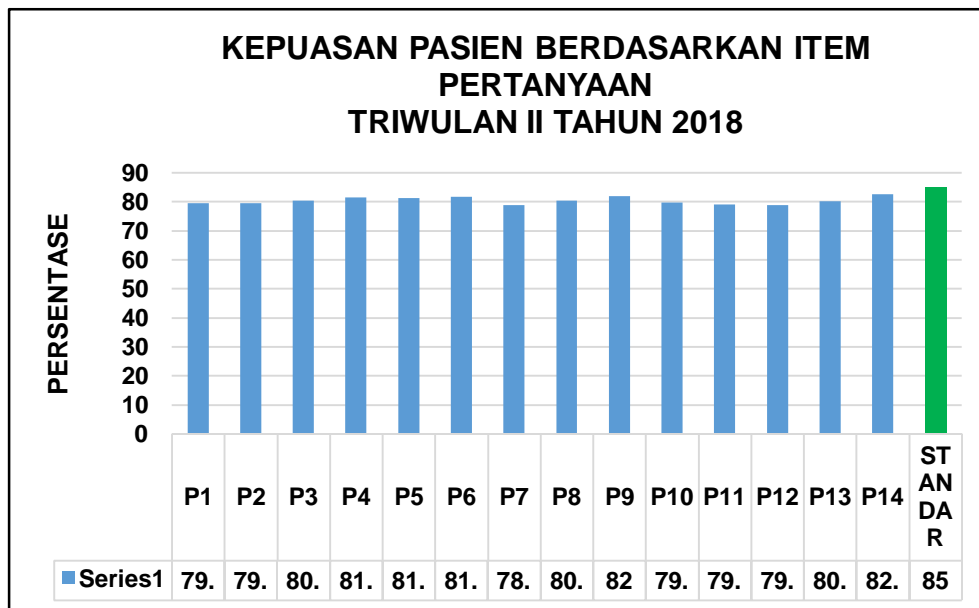
- Capaian indikator mutu kepuasan pasien Semester I 2018. Dapat dilihat bahwa persentase capaian dari bulan ke bulan bervariasi, rerata capaian periode Januari-Juni Tahun 2018 adalah 80,03%. Pencapaian yang sudah mendekati standar adalah pada bulan Juni (81,50%). Dari target yang telah ditentukan yaitu 85%, belum ada yang telah mencapai target.
- Pengukuran kepuasan pasien ini berpedoman pada Keputusan Menteri pendayagunaan Aparatur Negara No:KEP/25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah

Kepuasan Pasien Berdasarkan Item Pertanyaan Triwulan I Tahun 2018



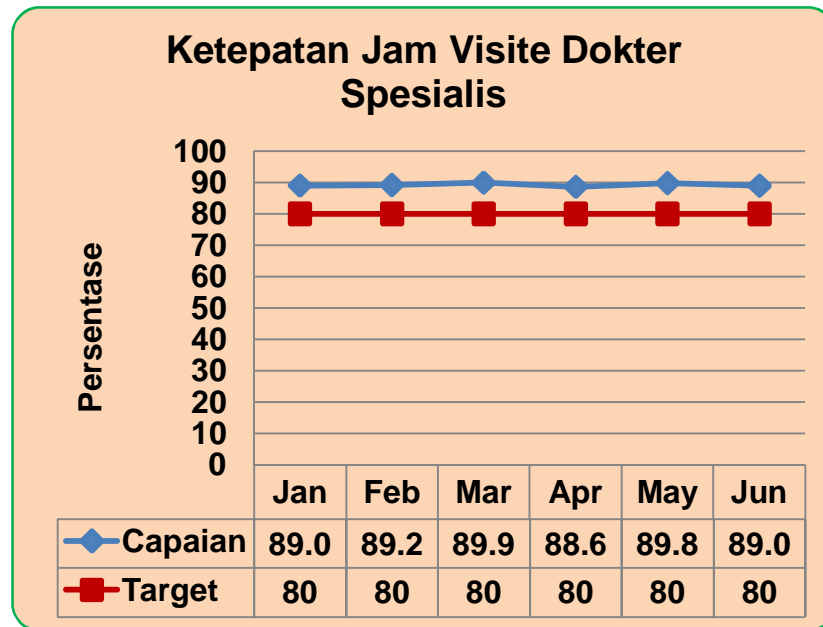
Capaian indikator mutu kepuasan pasien tiap unsur pada Triwulan I Tahun 2018. Dari 14 unsur pertanyaan yang ada, unsur yang mendapat penilaian tinggi dari pasien selama Triwulan I 2018 adalah unsur pertanyaan 14 tentang keamanan pelayanan di ruangan (82,5%) dan pertanyaan 6 tentang kemampuan petugas dalam memberikan pelayanan (82,49%). Dari 14 unsur pertanyaan yang ada, yang mendapat penilaian rendah dari pasien selama Triwulan I adalah pertanyaan 7 tentang kecepatan pelayanan (78,29%), selama triwulan I belum mencapai target yang ditentukan (85%)

Kepuasan Pasien Berdasarkan Item Pertanyaan Triwulan II Tahun 2018



Capaian indikator mutu kepuasan pasien tiap unsur pada Triwulan II Tahun 2018. Dari 14 unsur pertanyaan yang ada, unsur yang mendapat penilaian tinggi dari pasien selama Triwulan II Tahun 2018 adalah unsur pertanyaan 14 tentang keamanan pelayanan di ruangan (82,64%) dan pertanyaan 6 tentang kemampuan petugas dalam memberikan pelayanan (81,82%). Dari 14 unsur pertanyaan yang mendapat penilaian rendah oleh pasien selama triwulan II tahun 2018 adalah pertanyaan 7 tentang kecepatan pelayanan (78,95%), selama Triwulan II Tahun 2018 belum mencapai target yang ditentukan (85%)

KETEPATAN JAM VISITE DOKTER SPESIALIS SEMESTER I TAHUN 2018



$$\frac{\text{Jumlah kegiatan visite yang dilakukan DPJP dibawah jam 11.00}}{\text{Jumlah kegiatan visite yang harus dilakukan DPJP Pada hari kerja}} \times 100\%$$

• Analisis

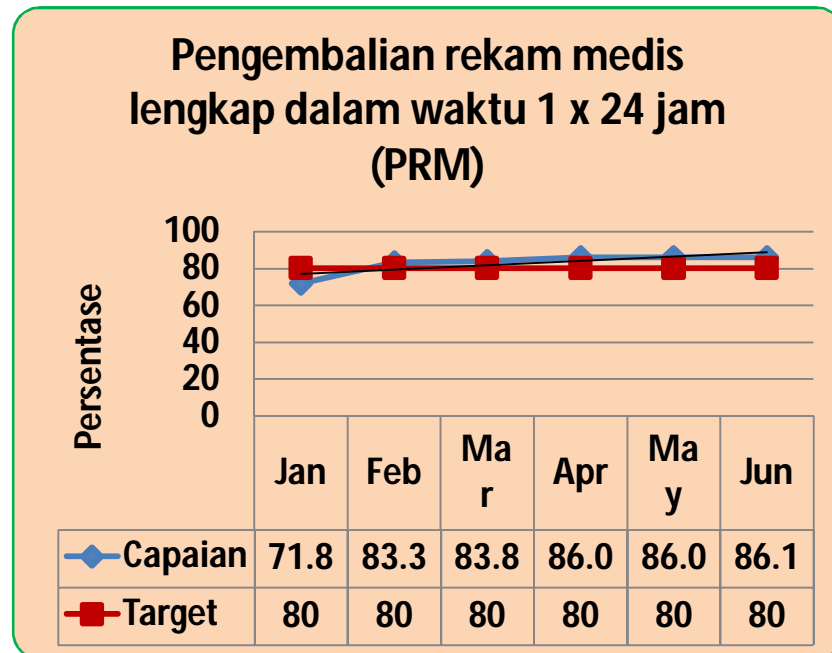
Capaian indikator mutu ketepatan jam visite dokter spesialis pada semester I tahun 2018 cenderung meningkat dan capaiannya melebihi standar yang ditetapkan. Standar indikator mutu ini adalah $\geq 80\%$, sedangkan rata rata capaian indikator mutu ini adalah 89,30%. Persentase capaian cenderung meningkat setiap bulannya. Pencapaian yang mendekati standar adalah 89,96% pada bulan Maret dan pencapaian yang masih jauh dari standar adalah 88,66% pada bulan April.

• Rekomendasi

- Lakukan resosialisasi tentang waktu visite dokter spesialis terkait dengan indikator ketepatan visite dokter spesialis.
- Lakukan sosialisasi tentang surat keputusan pemberlakuan jam visite yang berlaku di RSUP Dr M Djamil Padang

PENGEMBALIAN REKAM MEDIS LENGKAP DALAM WAKTU 1X24 JAM (PRM) SEMESTER I TAHUN 2018

- Target IKT



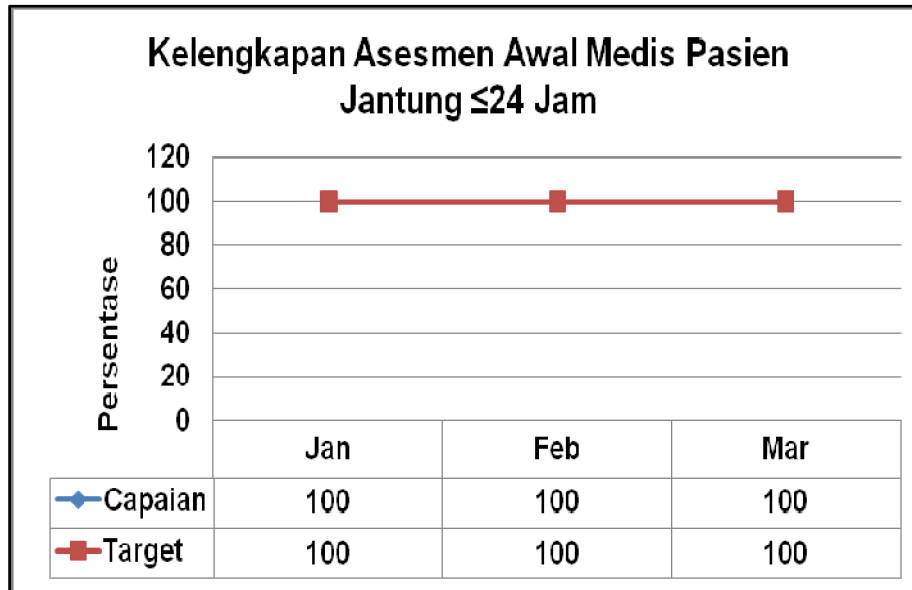
No	Indikator Kinerja	Nilai Standar	Target 2018			
			Triwulan I	Triwulan II	Triwulan III	Triwulan IV
1	Kelengkapan dan Ketepatan Rekam Medik Dalam Waktu 24 Jam	80%	85%	86%	87%	88%

- Analisis

- Indikator ini sudah mencapai standar pada kontrak Direktur Utama Semester I Tahun 2018.
- Kriteria lengkap adalah mengacu sesuai Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis dan kebijakan rumah sakit yang ditetapkan oleh Direktur Utama serta seluruh form rekam medik terisi
- Penyebab rendahnya capaian indikator mutu ini pada Semester I tahun 2018 adalah ketidaklengkapan unit rawat inap mengembalikan rekam medik sesuai kriteria diatas

Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu ≤24 jam setelah pasien pulang
 $\frac{\text{Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien pulang}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien pulang}} \times 100\%$

KELENGKAPAN ASESMEN AWAL MEDIS PASIEN JANTUNG ≤ 24 JAM



- Analisis

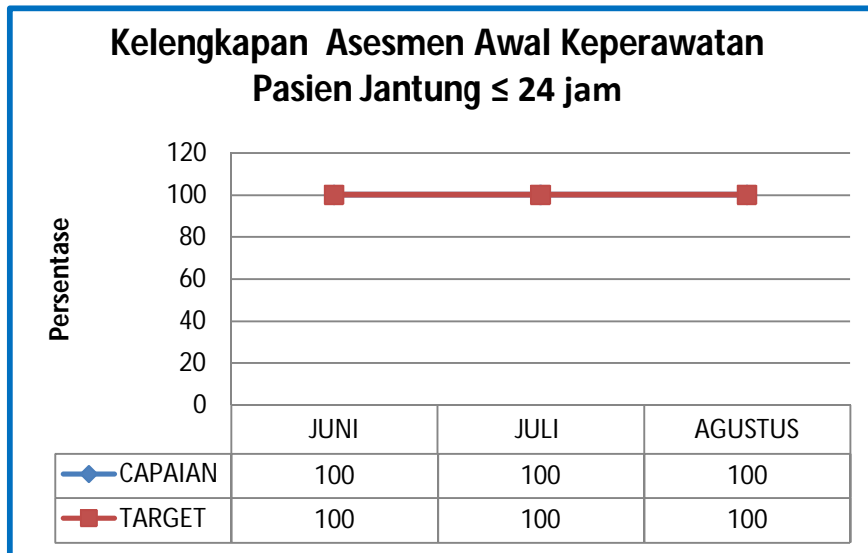
Grafik di atas adalah persentase capaian data indikator mutu kelengkapan asesmen awal medis pasien jantung ≤ 24 jam pada bulan Juni sampai Agustus 2018, trendnya cenderung stabil. Standar indikator ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indikator ini sudah mencapai standar yaitu 100%.

- Rekomendasi

- Pertahankan capaian yang telah didapat

$$\frac{\text{Jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat inap dengan asesmen awal medis yang lengkap dalam waktu 24 jam}}{\text{Total jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat inap}} \times 100\%$$

KELENGKAPAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN PASIEN JANTUNG ≤ 24 JAM



$$\frac{\text{Jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat inap dengan asesmen awal keperawatan yang lengkap dalam waktu 24 jam}}{\text{Total jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat inap}} \times 100\%$$

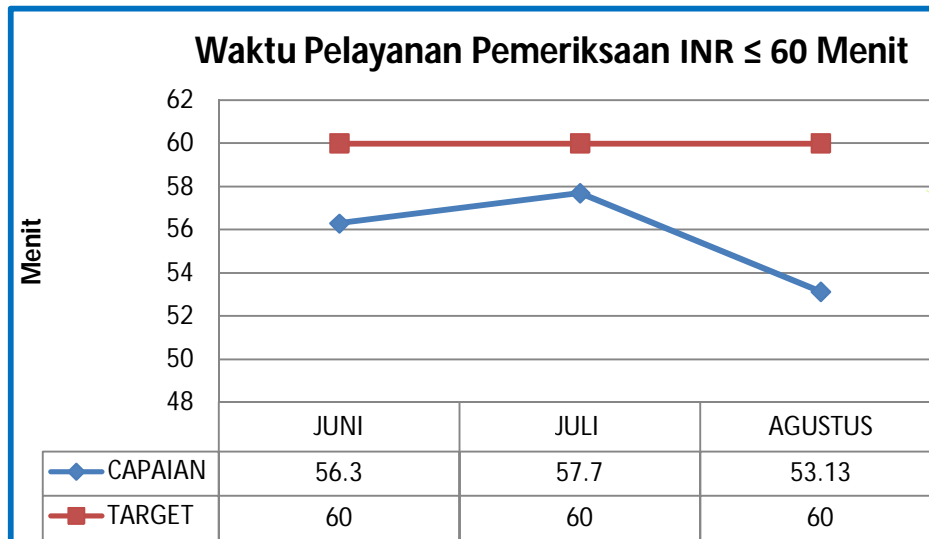
• Analisis

Grafik di atas adalah persentase capaian data indikator mutu kelengkapan asesmen awal keperawatan pasien jantung ≤ 24 jam pada bulan Juni sampai Agustus 2018, trendnya cenderung stabil. Standar indikator ini adalah 100%, sedangkan rata-rata capaian indikator ini sudah mencapai standar yaitu 100%.

• Rekomendasi

- Pertahankan capaian yang telah didapat

WAKTU PELAYANAN PEMERIKSAAN INR ≤ 60 MENIT



• Analisis

Grafik di atas adalah persentase data capaian indikator mutu waktu pelayanan pemeriksaan INR ≤ 60 menit pada bulan Juni sampai Agustus 2018, trendnya cenderung bervariasi dan sudah mencapai target.

Rata rata capaian waktu pelayanan pemeriksaan INR ≤ 60 menit adalah 55,71 menit dengan capaian tertinggi pada bulan Agustus (53,13 menit) dan capaian terendah pada bulan Juli (57,7 menit).

Jumlah kumulatif waktu tunggu sejak pasien mendaftar di loket laboratorium sampai dengan keluarnya hasil yang sudah diekspertise dan siap untuk diserahkan ke pasien

Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pemeriksaan INR pasien jantung

• Rekomendasi

- Pertahankan capaian yang telah didapat