



Lampiran 1 Hasil Kinerja Pelayanan Unit :

KEGIATAN PEMANTAUAN PENCAPAIAN INDIKATOR MUTU RS KATOLIK BUDI RAHAYU BLITAR TW 3 TAHUN 2022

A. Indikator Nasional Mutu (INM)

NO	Indikator	Standar	Hasil Capaian Mutu (%)			Rata - rata	Evaluasi
			Juli	Agts	Sept		
1	Kepatuhan Kebersihan Tangan	$\geq 85\%$	58%	60%	62.50%	60.17%	Tidak Tercapai
2	Kepatuhan Penggunaan APD	100%	96.47%	97.65%	98.24%	97.45%	Tercapai
3	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
4	Rerata Waktu Tanggap Emergency Sectio Secaria < 30 mnt	$\geq 80\%$	50%	-	33.33%	41.66%	Tidak Tercapai
5	Waktu Tunggu Rawat Jalan < 60 mnt	$\geq 80\%$	97.56%	96.05%	97.43%	97.01%	Tercapai
6	Penundaan Operasi Elektif lebih dari 1 jam	$\leq 5\%$	7.69%	0%	0%	2.56%	Tercapai
7	Ketepatan Waktu Visit	$\geq 80\%$	49.07%	61.96%	54.91%	55.31%	Tidak Tercapai
8	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
9	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	$\geq 80\%$	97.65%	97.97%	97.75%	97.79%	Tercapai
10	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	$\geq 80\%$	54.55%	64.29%	72%	63.61%	Tidak Tercapai
11	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
12	Kecepatan Respon Terhadap Komplain	$\geq 80\%$	100%	-	-	100%	Tercapai
13	Kepuasan Pasien dan Keluarga	>76.61	93.13%	-	-	-	Tercapai

B. Indikator Mutu Prioritas RS (IMP RS)

N0	Area / Keterkaitan	Indikator	Standar	Hasil Capaian Mutu (%)			Rata - rata	Evaluasi
				Juli	Agts	Sept		
1	Mengidentifikasi pasien dengan benar	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
2	Meningkatkan komunikasi yang efektif	Ketepatan melakukan TBaK saat menerima instruksi verbal melalui telepon	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
3	Meningkatkan keamanan obat - obatan yang harus diwaspadai	Kepatuhan penyimpanan elektrolit pekat	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
4	Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar dan pembedahan pada pasien yang benar	Ketepatan Marking	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
5	Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan	Kepatuhan cuci tangan oleh petugas kesehatan	80%	58.00%	60.00%	62.50%	60.17%	Tidak Tercapai
6	Mengurangi risiko cedera pada pasien akibat terjatuh	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
7	Indikator pelayanan klinis prioritas	Kepatuhan terhadap alur klinis / CP (<i>clinical pathway</i>)	≥ 80%	54.55%	64.29%	72.00%	63.61%	Tidak Tercapai
8	Indikator sesuai Tujuan strategis rumah sakit (KPI)	Ketersedian pelayanan spesialis sesuai dokter yang ada. (minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah)	Kuantitatif	- Spesialis dasar anak - Spesialis dasar penyakit dalam - Spesialis obstetri & ginekologi - Spesialis dasar bedah				Tercapai sesuai SPM
9	Indikator terkait Perbaikan sistem	Waktu tunggu rawat jalan poli spesialis	≤ 60 menit	14.56 menit	18.05 menit	17.02 menit	16.54 menit	Tercapai

10	Indikator terkait Manajemen risiko	Kecepatan Respon Terhadap Komplain	$\geq 80\%$	100%	-	-	100%	Tercapai
----	------------------------------------	------------------------------------	-------------	------	---	---	------	----------

C. Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP Unit)

N0	UNIT	INDIKATOR PRIORITAS UNIT	Standar	Hasil Capaian Mutu (%)			Rata - rata	Evaluasi
				Juli	Agts	Sept		
1	Paviliun 1	Rerata Waktu Tanggap Emergency Sectio Secaria < 30 mnt	$\geq 80\%$	50%	-	33.33%	41.66%	Tidak Tercapai
2	Paviliun 2	Kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
3	Paviliun 3	Kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap	100%	73.33%	67.91%	63.50%	68.25%	Tidak Tercapai
6	ICU	Pasien yang kembali ke Instalasi Pelayanan Intensif (ICU) dengan kasus yang sama < 72 jam	0%	0%	0%	1.47%	0.49%	Tidak Tercapai
7	IGD	Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat darurat ≤ 5 menit)	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
8	HD	Insiden ketidaktepatan insersi vena dan arteri pada pasien hemodialisa	0%	0%	0%	1,89%	0.63%	Tidak Tercapai
9	Rawat Jalan	Waktu Tunggu Rawat Jalan < 60 mnt	$\geq 80\%$	97.56%	96.05%	97.43%	97.01%	Tercapai
10	Laboratorium	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
11	Kantor Terima	Penomeran rekam medis ganda/dobel	1%	0.22%	0.39%	0.43%	0.35%	Tercapai
12	Farmasi	Keterlambatan waktu penerimaan obat racikan ≤ 60 menit	3%	2.60%	6.77%	17.73%	9.03%	Tidak Tercapai

13	Farmasi	Keterlambatan waktu penerimaan non racikan ≤ 30 menit	3%	24.48%	30.92%	51.34%	35.58%	Tidak Tercapai
14	Radiologi	Pemeriksaan Ulang Radiologi	3%	0%	0%	1.07%	0.36%	Tercapai
15	Instalasi Gizi	Sisa makan siang pasien non diet	<20%	-	0%	-	0%	Tercapai
16	Rehab Medik	Kesalahan tindakan rehabilitasi medis	≤ 3%	0%	0%	0%	0%	Tercapai
17	Kamar Operasi	Penundaan Operasi Elektif lebih dari 1 jam	≤5%	7.69%	0%	0%	2.56%	Tercapai
18	Rekam Medik	Ketidaklengkapan catatan medis pasien (KLPCM)	0%					Tercapai

