



YAYASAN RUMAH SAKIT BUDI RAHAYU
RUMAH SAKIT KATOLIK BUDI RAHAYU
Jl. Ahmad. Yani No. 18 Telp. (0342) 801066, 802316, 807802 Fax. (0342) 804284, 806509
e-mail : rskbr@budirahayu.com
www.budirahayu.com
BLITAR - 66111



UNDANGAN

Bersama ini kami mengundang Saudara untuk hadir dalam rapat yang akan di selenggarakan pada :

Hari / tanggal : Senin, 26 September 2022

Jam : 13.00 WIB - selesai

Tempat : Ruang Rapat Lantai II RS Katolik Budi Rahayu

Acara : Rapat SIMRS dan ERM di RS Katolik Budi Rahayu.

Demikian undangan kami, atas perhatian dan kehadirannya kami ucapkan terima kasih.

Blitar, 24 September 2022
Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu

dr. Didik Suryalik
Ka. Bid Pelayanan

NO	NAMA	BAGIAN	TANDATANGAN	
1	Budi Santoso, A.Md, RMIK	RM	1	2
2	Gregorius Joko Widagdo, S.Kom	ITRS		
3	Harini, AMK	Kasie Ketenagaan Perawat	3	4
4	Aris Sri Mulyono, S.Kep., Ners	Komite Keperawatan		
5	Apt. Yunita DK, S.Farm	Ka. Ins Farmasi	5	6
6	Yusta Abud ES,SST	Ka. R. Radiologi		
7	Kalista Evaningsih, SE	Ka. Subbag Keuangan	7	8
8	Tri Susilowati	Ka. Pembayaran		
9	Betty Susetyaningrum	Ka. Kantor Terima	9	10
10	Natalusi Rihardini, S.Kep., Ners	Kasie Askep		
11	Endang Rusita K, S.Kep., Ners	PMKP	11	12
12	Iwit Ratna Dewi, S.Kep., Ners	IKP		
13	Emi Widiastuti, A.Md	Sekretariat	13	14
14				



YAYASAN RUMAH SAKIT BUDI RAHAYU
RUMAH SAKIT KATOLIK BUDI RAHAYU
Jl. Ahmad Yani No. 18 Telp. (0342) 801066, 802316, 807802 Fax. (0342) 804284, 806509
e-mail : rskbr@budirahayu.com
www.budirahayu.com
BLITAR - 66111



DAFTAR HADIR

Hari / tanggal : Senin, 26 September 2022
Jam : 13.00 - 14.00 WIB
Tempat : Ruang Rapat Lantai II RS Katolik Budi Rahayu
Acara : Rapat SIMRS dan ERM di RS Katolik Budi Rahayu.

NO	N A M A	BAGIAN	TANDATANGAN	
1	dr. Pinroh		1	2
2	Emi Widiastuti			
3	Keliso		3	4
4	Aris dr. M.	Konik Iepeswara		
5	G. Joko Widayanto		5	6
6	Hartono			
7	Enang Kusita	PMUP	7	8
8	Natuna R			
9	BUDI S	PMU	9	10
10	Tri S.			
11	Betty Susehyangun	KT	11	12
12	Wati			
13	Yunita	Far	13	14
14	Yusta			
15			15	16
16				
17			17	18
18				
19			19	20
20				
21			21	22
22				
23			23	24
24				



NOTULEN

Hari/tanggal : Senin, 26 September 2022
Waktu : 13:00 - 14.00 wib
Tempat : Ruang Rapat Lantai II RS Katolik Budi Rahayu
Acara : Rapat SIMRS dan ERM di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu
Pemimpin Rapat : dr. Didik Suryalik
Jumlah Undangan Yang Hadir : 13 Orang
Jumlah peserta tidak hadir : - Orang
Notulis : Emi Widiastuti

ISI NOTULEN

I. Pembukaan

1. Rapat dibuka dengan doa oleh Aris Sri M, S.Kep., Ners
2. Rapat dipimpin oleh dr. Didik Suryalik

II. Isi Rapat

1. Menindaklanjuti persiapan penerapan elektronik rekan medik (ERM) perlu sosialisasi khusus untuk petugas input elektronik rekam medik (ERM).
2. Yang sebelumnya ada Form RM1, RM 2 dst
3. Untuk di aplikasi KHANZA sesuai dengan menu yang ada.
4. Form disesuaikan tetapi RS yang menentukan.
5. Di RSUD Wlingi, dokter visite mencatat manual selesai visite baru input di KHANZA ---> diruangan minimal 2 laptop.
6. Petugas log in menggunakan user dan pasword sendiri-sendiri.
7. Usul : untuk penggunaan KHANZA diterapkan di rawat jalan dulu.
8. Perlu Tim untuk menyiapkan proses dari manual ke elektronik.
9. Perlu petugas yang di tunjuk untuk pengolah data sesuai kebutuhan.
10. Di KHANZA : pasien masuk memiliki 1 (satu) register bisa ke rawat jalan, rawat inap, poli, IGD (beda dengan register yang sekarang).
11. Untuk pasien luar : masing-masing unit memiliki pencatatan sendiri. Contoh Radiologi, Laboratorium dan Farmasi.



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)	Ketersediaan 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)

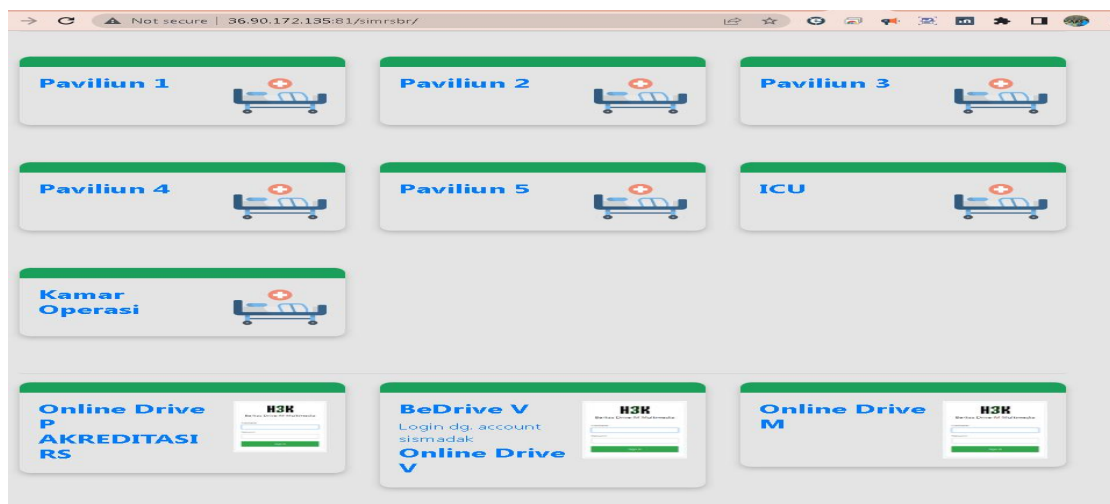
N0	UNIT	INDIKATOR PRIORITAS UNIT	Standar	Hasil Capaian Mutu (%)			Rata - rata	Evaluasi
				Juli	Agts	Sept		
1	Paviliun 1	Rerata Waktu Tanggap Emergency Sectio Secaria < 30 mnt	$\geq 80\%$	50%	-	33.33%	41.66%	Tidak Tercapai
2	Paviliun 2	Kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk 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	Penomoran 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

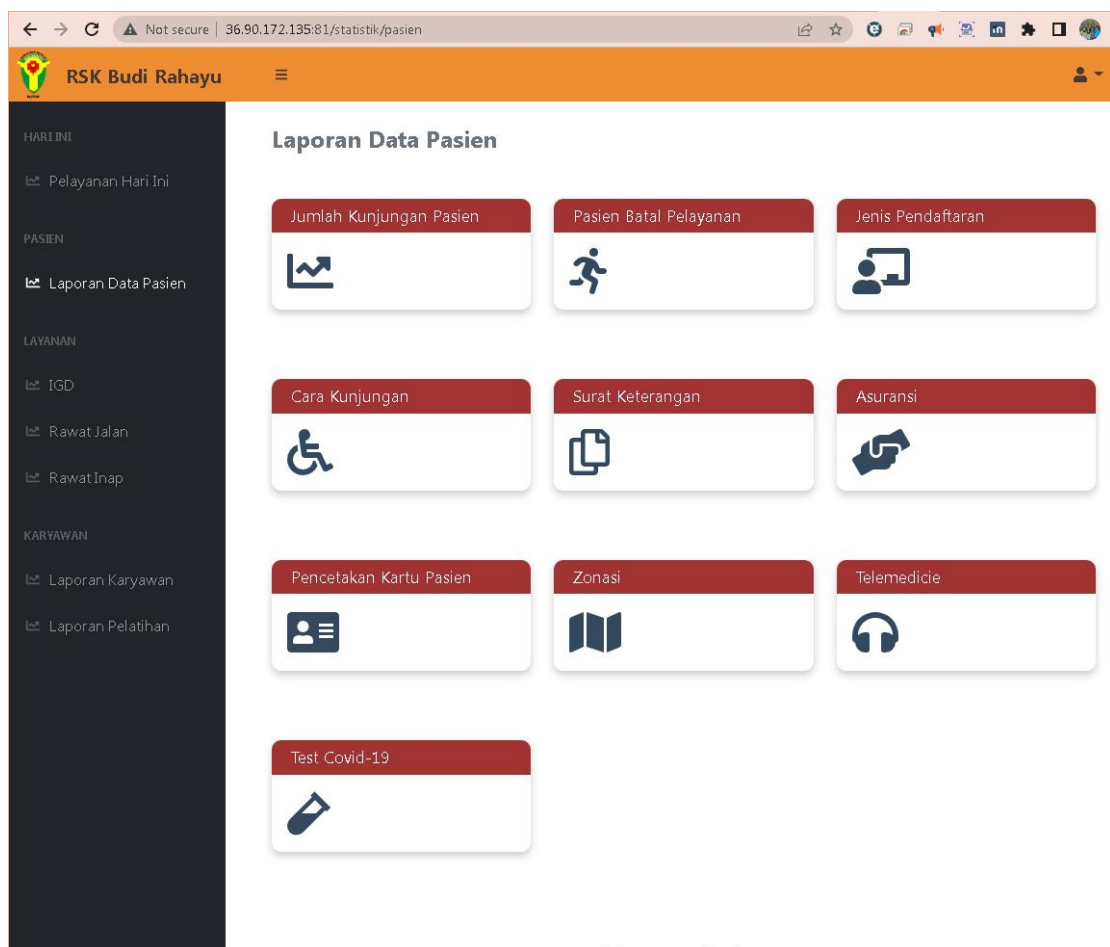
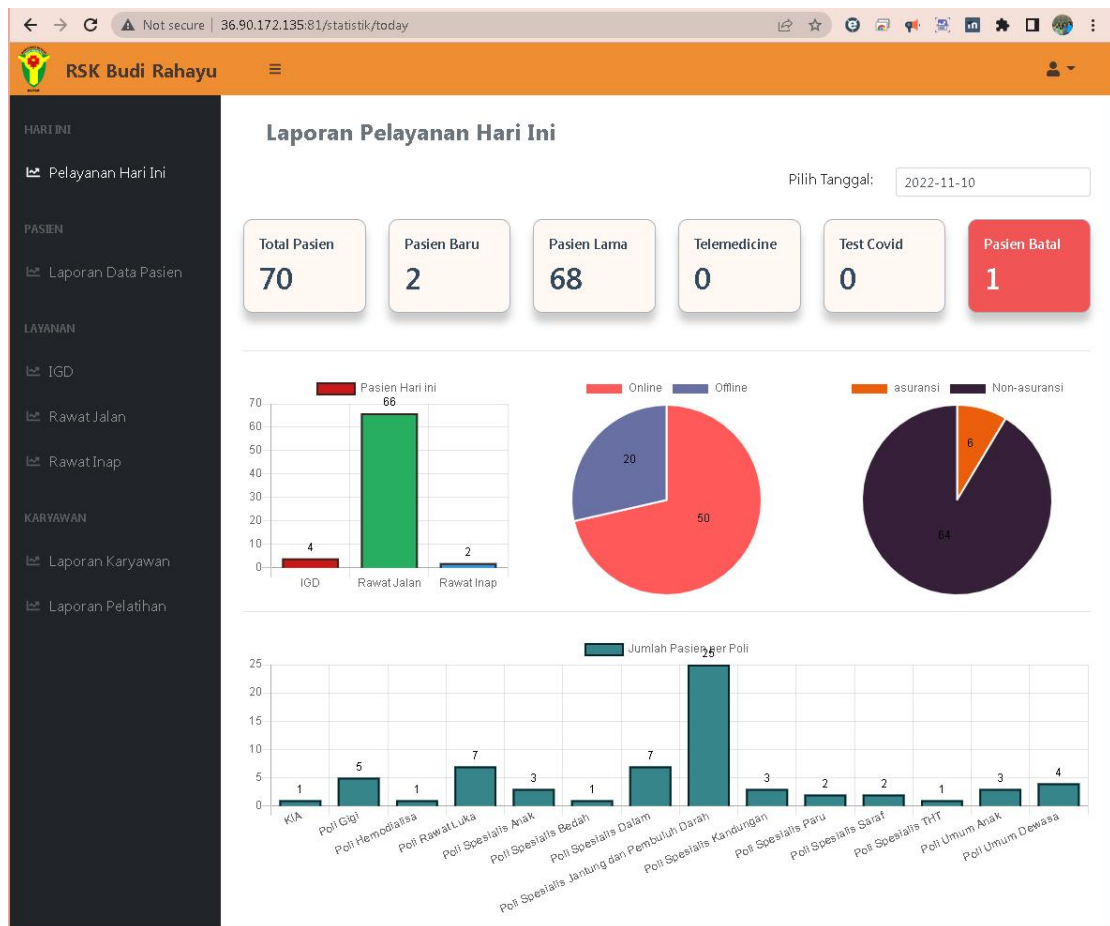
13	Farmasi	Keterlambatan waktu penerimaan non racikan ≤ 30 menit	3%	24.48%	30.92%	51.34%	35.58%	Tidak Tercapai
14	Radiologi	Pemeriksaan Ulang Radiologi	3%	0%	0%	1.07%	0.36%	Tercapai
15	Instalasi Gizi	Sisa makan siang pasien non diet	<20%	-	0%	-	0%	Tercapai
16	Rehab Medik	Kesalahan tindakan rehabilitasi 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

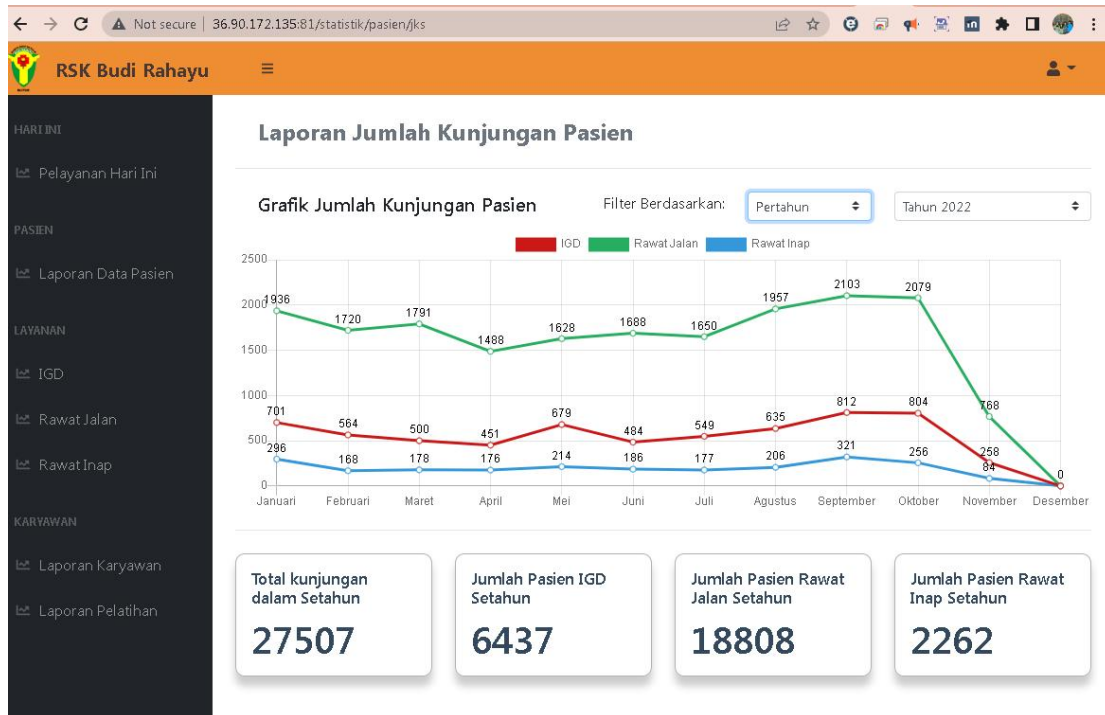
MrMIK2 EP2.

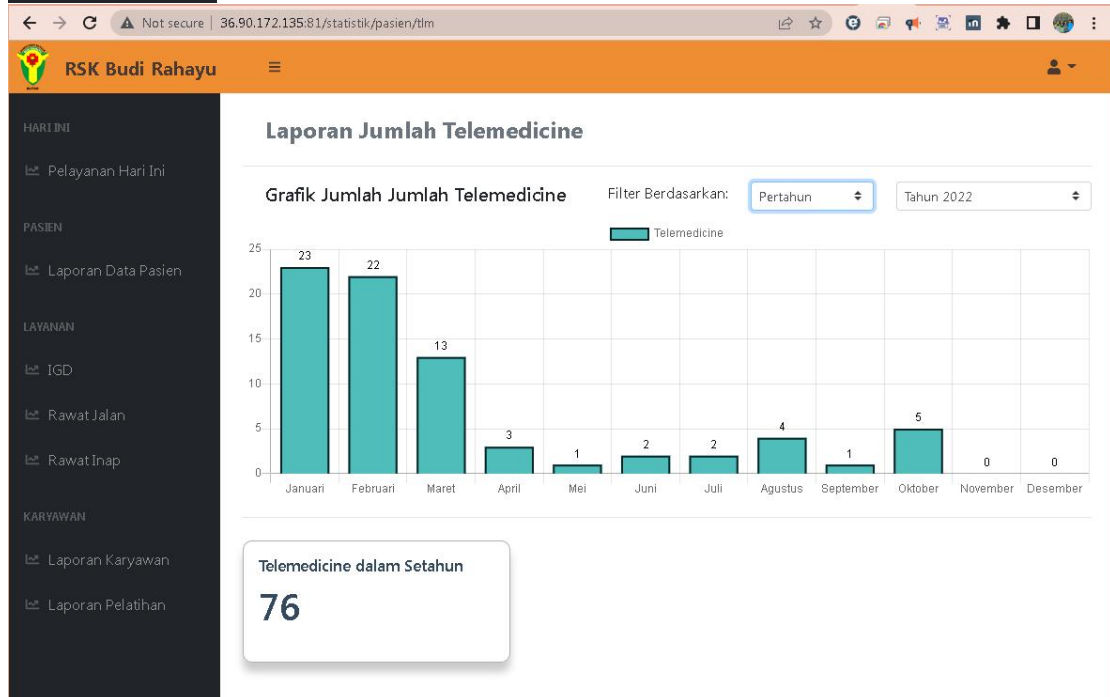
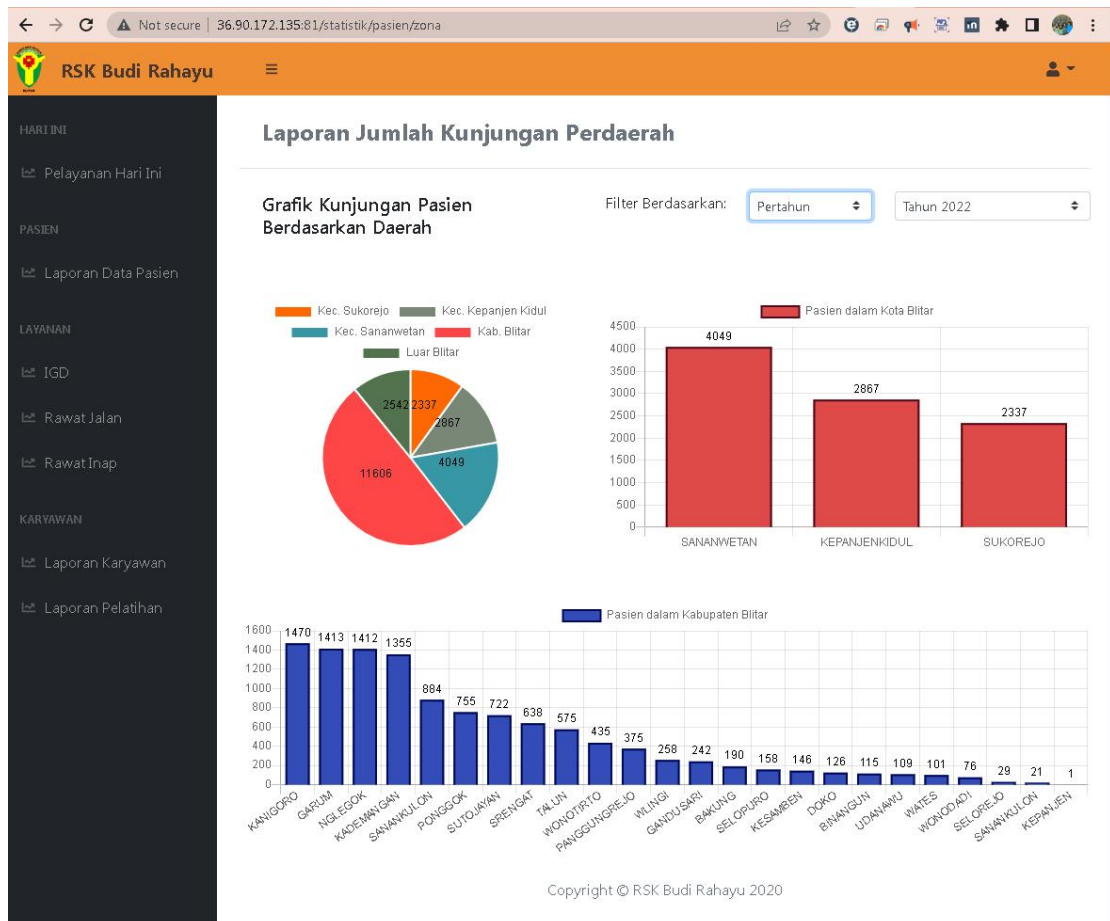
Bukti Data dan Informasi Klinis, non klinis diintegrasikan sesuai kebutuhan.

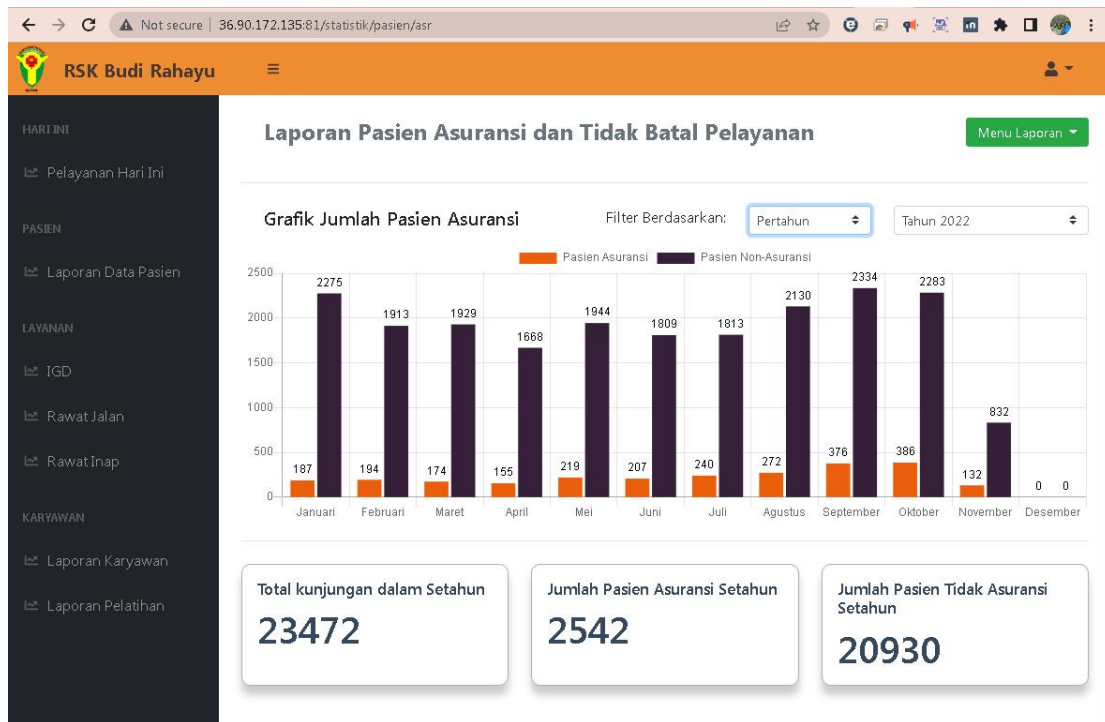
Masing-masing staf di RSK Budi Rahayu dapat mengakses data dan informasi sesuai dengan kewenangannya, di buktikan dengan user dan passwordnya mewakili kewenangannya.











#	INDIKATOR MUTU	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AUG	SEP	OKT	NOV	DES	SATUAN
1	Kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap	59.26	49.21	56.41	58.90	53.26	62.07	76.00	71.11	68.29	66.67			%
2	Penolakan expertise	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00		%
3	Pemeriksaan ulang radiologi	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.5	0.5	0.00		%
4	Operasi ulang dengan diagnosa sama dan atau komplikasinya	0	0	0	0	0	0	0	0	0				%
5	Kesalahan Prosedur Operasi	0	0	0	0	0	0	0	0	0				%
6	Kesalahan Lokasi Operasi	0	0	0	0	0	0	0	0	0				%
7	Kesalahan Diagnosa Pre dan post operasi	0	0	0	0	0	0	0	0	0				%
8	Kesalahan tindakan rehabilitasi medis	0	0	0	0			0	0	0				%

🏠	HOME	⚙️	SISTEM	📄	PROFIL	KEGIATAN	INDIKATOR	MUTU	BERKAS	LAPORAN				
12	Keterlambatan waktu mulai operasi > 30 menit	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00			%
13	Pasien rehabilitasi medis yang drop out	0	0	0	0	0	0	0	0		0			%
14	Kesalahan Posisi Pasien dalam Pemeriksaan Radiologi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	%
15	Kesalahan cetak film pada pemeriksaan radiologi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	%
16	Angka kelengkapan pengisian surgical checklist di kamar operasi	94.44	100	100	100	100	85.71	100	91.30	100				%
17	Penundaan Operasi Elektif			5	5	0.00	0.00	5						%
18	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis laboratorium	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		%
19	Kepatuhan Penggunaan Formularium RS Non Provider BPJS	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80		%

Sheet1

No	Aksi	Kode RS	Nama RS	Alamat
1	Terkirim	3572021	RS Katolik I	Jl. Jend. A. Yani 18 Kota Blitar
2	Terkirim	3572021	RS Katolik I	Jl. Jend. A. Yani 18 Kota Blitar
3	Terkirim	3572021	RS Katolik I	Jl. Jend. A. Yani 18 Kota Blitar
4	Terkirim	3572021	RS Katolik I	Jl. Jend. A. Yani 18 Kota Blitar
5	Terkirim	3572021	RS Katolik I	Jl. Jend. A. Yani 18 Kota Blitar
6	Terkirim	3572021	RS Katolik I	Jl. Jend. A. Yani 18 Kota Blitar
7	Terkirim	3572021	RS Katolik I	Jl. Jend. A. Yani 18 Kota Blitar
8	Terkirim	3572021	RS Katolik I	Jl. Jend. A. Yani 18 Kota Blitar
9	Terkirim	3572021	RS Katolik I	Jl. Jend. A. Yani 18 Kota Blitar
10	Terkirim	3572021	RS Katolik I	Jl. Jend. A. Yani 18 Kota Blitar

Sheet1

Kab / Kota	Provinsi	Kelas	Jenis	Penyelenggara
Kota Blitar	JAWA TIMUR	C	RSU	Organisasi Sosial
Kota Blitar	JAWA TIMUR	C	RSU	Organisasi Sosial
Kota Blitar	JAWA TIMUR	C	RSU	Organisasi Sosial
Kota Blitar	JAWA TIMUR	C	RSU	Organisasi Sosial
Kota Blitar	JAWA TIMUR	C	RSU	Organisasi Sosial
Kota Blitar	JAWA TIMUR	C	RSU	Organisasi Sosial
Kota Blitar	JAWA TIMUR	C	RSU	Organisasi Sosial
Kota Blitar	JAWA TIMUR	C	RSU	Organisasi Sosial
Kota Blitar	JAWA TIMUR	C	RSU	Organisasi Sosial
Kota Blitar	JAWA TIMUR	C	RSU	Organisasi Sosial

Sheet1

Telepon	Bulan	Tahun	Kepatuhan Kebersihan Tangan ($\geq 85\%$)			
			Num	Denum	Capaian	Analisa
0342-801066	Januari	2022	100	201	49.75	Capaian mu
0342-801066	Februari	2022	101	200	50.5	Pencapaian
0342-801066	Maret	2022	102	201	50.75	Capaian mu
0342-801066	April	2022	105	200	52.5	Capaian mu
0342-801066	Mei	2022	109	200	54.5	Capaian mu
0342-801066	Juni	2022	112	200	56	Capaian mu
0342-801066	Juli	2022	116	200	58	Hasil audit k
0342-801066	Agustus	2022	120	200	60	Moment me
0342-801066	September	2022	125	200	62.5	Hasil audit k
0342-801066	Oktober	2022	126	200	63	Hasil audit k

No)	Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (100%)	Rencana Tindak Lanjut	Kepatuhan ider	
			Num	Denum
itu kepatuhan kebersihan tangan dibawah standa sosialisasi dan penyega			158	170
angka kapatuhan kebersihan tangan masih sang	Melakukan edukasi ke		160	170
itu kepatuhan kebersihan tangan adalah 50.75%,	Melakukan edukasi ke		161	170
itu kepatuhan kebersihan tangan 52.5%, ada ken	Melakukan edukasi ke		162	170
itu kepatuhan kebersihan tangan masih rendah y	Melakukan edukasi ke		163	170
itu kepatuhan kebersihan tangan 56% termasuk k	Memaksimalkan peran l		163	170
cepatuhan dalam melakukan cuci tangan padahal	Melakukan edukasi ke		163	170
lakukan kebersihan tangan paling rendah pada p	Memaksimalkan peran l		166	170
cepatuhan dalam melakukan cuci tangan padahal	Melakukan edukasi ke		167	170
cepatuhan dalam melakukan cuci tangan padahal	Melakukan edukasi ke		167	170

ifikasi pasien (100%)

Waktu tanggap seksio sesarea emergensi (>80%

Capaian Analisa

Rencana Ti

- 93 Capaian mutu kepatuhan penggunaan APD baik, diatas stan Tingkatkan l
- 94 Kepatuhan penggunaan APD angka capaiannya baik Melakukan i
- 95 Kepatuhan penggunaan APD pada petugas termasuk kepatu melakukan e
- 95 Kepatuhan penggunaan APD pada petugas termasuk kepatu Melakukan e
- 96 Capaian mutu kepatuhan penggunaan APD pada petugas ter Melakukan i
- 96 Capaian mutu kepatuhan penggunaan APD pada petugas 95 Melakukan p
- 96 Kepatuhan penggunaan APD pada petugas dari 170 petugas Melakukan p
- 98 Kepatuhan penggunaan APD pada petugas termasuk kepatu Melakukan s
- 98 Kepatuhan penggunaan APD pada petugas dari 170 petugas Melakukan i
- 98 Kepatuhan penggunaan APD pada petugas dari 170 petugas Melakukan i

6)	Waktu tunggu rawat jalan ($\geq 80\%$)			Penundaan operasi elek
tidak Lanjut	Num	Denum	Capaian	Analisa
lagi capaian	196	196	100	Capaian mutu RS Katolik Budi Rahayu sudah me
monitoring p	196	196	100	Capaian mutu kepatuhan identifikasi pasien baik,
edukasi pent	196	196	100	Kepatuhan identifikasi pasien adalah baik
edukasi pent	196	196	100	Capaian mutu kepatuhan identifikasi pasien baik,
monitoring p	196	196	100	Capaian mutu kepatuhan identifikasi pasien adal
pengecekan	196	196	100	Capaian mutu kepatuhan identifikasi pasien 100%
pengecekan	196	196	100	Capaian mutu kepatuhan identifikasi pasien adal
supervisi dar	196	196	100	Dalam melakukan tindakan dilakukan identifikasi
monitoring p	196	196	100	Capaian mutu kepatuhan identifikasi pasien adal
monitoring p	196	196	100	Capaian mutu kepatuhan identifikasi pasien adal

Sheet1

atif (<5%)

Kepatuhan waktu visite dokter (>=80%)

Rencana Tindak Lanjut	Num	Denum	Capaian	Analisa
Memenuhi standar Melakukan upaya menin	0	1	0	Capaian mutu waktu tan
, sesuai dengan Mempertahankan penca	0	1	0	Pencapaian mutu waktu
Pertahankan capaian ya	0	0	0	Tidak ada kejadian
, sesuai standar Pertahankan capaian ya	0	2	0	Capaian mutu waktu tan
ah baik Pertahankan capaian ya	0	0	0	Tidak ada kejadian
%, hasilnya ε Pertahankan dan tetap c	0	0	0	Tidak ada kejadian
ah 100% arti Pertahankan capaian ya	1	2	50	Capaian mutu waktu tan
pasien sesuai Melakukan supervisi dar	0	0	0	Tidak ada kejadian
ah 100% arti Pertahankan capaian ya	1	3	33.33	Capaian mutu waktu tan
ah 100% arti Pertahankan capaian ya	0	0	0	Tidak ada kejadian

Sheet1

Pelaporan hasil kritis laboratorium (100%)

Kepatuhan penggunaan F

Rencana Tindak Lanjut	Num	Denum	Capaian
ggap operasi seksio sesarea emerge Melakukan upaya pening	408	446	91.48
tanggap operasi seksio sesarea em Berkoordinasi dengan di	506	526	96.2
	491	511	96.09
ggap operasi seksio sesarea emerge Berkoordinasi dengan di	396	413	95.88
Tidak ada kejadian	409	420	97.38
Tidak ada kejadian	352	356	98.88
ggap operasi SC emergensi adalah Melakukan koordinasi di	440	451	97.56
Tidak ada kejadian	510	531	96.05
ggap operasi seksio sesarea emerge Melakukan upaya pening	530	544	97.43
Tidak ada kejadian	426	430	99.07

ormularium Nasional/For Kepatuhan terhadap clinical pathway ($\geq 80\%$)

Analisa

Rencana Tindak Lanjut

Pencapaian mutu waktu tunggu rawat jalan sudah memenuhi Pasien yang berobat rawat

Capaian mutu waktu tunggu rawat jalan adalah baik Pertahankan dan tingkatkan

Capaian mutu waktu tunggu rawat jalan 96.09% dari standar Pertahankan dan tingkatkan

Capaian mutu waktu tunggu rawat jalan 95.88% dari standar Pertahankan dan tingkatkan

Capaian mutu waktu tunggu rawat jalan adalah baik yaitu 97. Pertahankan capaian ini

Capaian waktu tunggu rawat jalan kurang dari 60 menit 98.8% Pertahankan dan tingkatkan

Capaian mutu waktu tunggu rawat jalan adalah 97.56% artinya Pertahankan dan tingkatkan

Pasien yang berobat rawat jalan di poliklinik akan mendapatkan Melakukan supervisi dan

Pencapaian mutu waktu tunggu rawat jalan sudah memenuhi Pasien yang berobat rawat

Pencapaian mutu waktu tunggu rawat jalan sudah memenuhi Pasien yang berobat rawat

Kepatuhan upaya pencega

Num	Denum	Capaian
1	12	01-08-33
1	14	01-07-14
2	12	16.67
2	19	01-10-53
0	14	0
0	11	0
1	13	01-07-69
0	18	0
0	18	0
0	18	0

han risiko pasien jatuh (100%)

Analisa

Pasien yang telah terjadwal untuk operasi akan dilakukan tindakan sesuai dengan jadwalnya

Terjadi penundaan operasi elektif 7.14 %, angka capaiannya tidak sesuai standar

Capaian mutu penundaan operasi elektif 16.67% jauh dari standar yang ditetapkan

Capaian penundaan operasi elektif 10.53% dari standar yang ditetapkan yaitu $\pm 5\%$

Capaian mutu penundaan operasi elektif baik, yaitu 0% artinya tidak ada penundaan operasi

Angka capaian penundaan operasi elektif 0% artinya pasien dilakukan operasi sesuai jadwal

Capaian mutu penundaan operasi elektif adalah 7.69% artinya capaian yang kurang baik karena

Pasien dilakukan tindakan operasi sesuai dengan jadwal yang sudah ditetapkan

Pasien yang telah terjadwal untuk operasi akan dilakukan tindakan sesuai dengan jadwalnya

Pasien yang telah terjadwal untuk operasi akan dilakukan tindakan sesuai dengan jadwalnya

Rencana Tindak Lanjut

Melakukan upaya peningkatan penundaan operasi elektif berkoordinasi dengan dokter dan

Berkoordinasi dengan dokter dan tim operasi

Berkoordinasi dengan dokter dan tim operasi

Berkoordinasi dengan dokter dan tim operasi

Pertahankan capaian mutu yang sudah baik

Pertahankan dan tetap dilakukan monitoring

Berkoordinasi dengan TIM OK, DPJP

Melakukan supervisi dan monitoring rutin, berkoordinasi dengan kepala ruang untuk mengi

Melakukan upaya peningkatan penundaan operasi elektif berkoordinasi dengan dokter dan

Melakukan upaya peningkatan penundaan operasi elektif berkoordinasi dengan dokter dan

Kecepatan waktu tanggap

Num	Denum	Capaian
187	319	58.62
147	251	58.57
199	357	55.74
211	321	65.73
138	254	54.33
177	318	55.66
158	322	49.07
228	368	61.96
235	428	54.91
175	304	57.57

terhadap Komplain ($\geq 80\%$)

Analisa

Semua pasien yang dirawat inap di RS Katolik Budi Rahayu setiap hari di visite dan dilakuk

Capaian mutu kepatuhan waktu visite dokter tidak sesuai dengan standar

Capaian angka kepatuhan waktu visite dokter 55.74% tidak sesuai dengan standar yang di

Capaian mutu kepatuhan waktu visite dokter 65.73%, ada kenaikan kepatuhan sebesar 9.9

Capaian mutu kepatuhan waktu visite dokter masih rendah yaitu 54.33% dari standar yang

Capaian mutu kepatuhan waktu visite dokter 55.66% masih di bawah standar yang ditetapkan

Capaian mutu kepatuhan waktu visite dokter adalah 49.07 % artinya kepatuhan yang kurang

capaian mutu kepatuhan waktu visie dokter masih belum sesuai standar, semua pasien ya

Capaian mutu kepatuhan waktu visite dokter adalah 54.91 % artinya kepatuhan yang kurang

Capaian mutu kepatuhan waktu visite dokter adalah 57.57% artinya kepatuhan yang kurang

Rencana Tindak Lanjut

Melakukan upaya peningkatan mutu kepatuhan waktu visite dokter berkoordinasi dengan C

Berkoordinasi dengan DPJP

Berkoordinasi dengan DPJP

Memaksimalkan peran kepala dan wakil kepala ruang dalam berkoordinasi dengan DPJP

Berkoordinasi dengan DPJP, komite medis, kepala ruang untuk meningkatkan kepatuhan v

Melakukan koordinasi dengan komite medik dan DPJP

Melakukan koordinasi dengan komite medik dan DPJP

Berkoordinasi dengan komite medis dan kepala ruang

Berkoordinasi dengan DPJP, komite medis, kepala ruang untuk meningkatkan kepatuhan v

Berkoordinasi dengan DPJP, komite medis, kepala ruang untuk meningkatkan kepatuhan v

Kepuasan pasien(>76.61%

Num	Denum	Capaian
12	12	100
7	7	100
7	7	100
10	10	100
26	26	100
38	38	100
25	25	100
19	19	100
26	26	100
13	13	100

6)

Analisa

Hasil kritis laboratorium segera mungkin dilaporkan ke DPJP

Capaian mutu pelaporan hasil kritis laboratorium adalah baik, sesuai dengan standar

Capaian pelaporan hasil kritis laboratorium 100% sesuai dengan standar

Capaian mutu pelaporan hasil kritis laboratorium baik

Capaian mutu pelaporan hasil kritis laboratorium baik yaitu 100%

Capaian mutu pelaporan hasil kritis laboratorium 100%, hasilnya baik

Capaian mutu pelaporan hasil kritis laboratorium adalah 100% artinya capaian yang baik, s

Hasil kritis laboratorium sesegera mungkin dilaporkan ke DPJP

Capaian mutu pelaporan hasil kritis laboratorium baik yaitu 100%

Capaian mutu pelaporan hasil kritis laboratorium baik yaitu 100%

Rencana Tindak Lanjut

Mempertahankan pencapaian, melakukan tindakan sesuai dengan SPO

Pertahankan capaian yang sudah baik

Pertahankan capaian yang sudah baik

Pertahankan capaian yang sudah baik

Pertahankan capaian mutu yang sudah baik

Pertahankan dan tetap dilakukan monitoring

Pertahankan capaian yang sudah baik, melakukan monitoring secara berkala

Melakukan monitoring secara rutin

Pertahankan capaian mutu yang sudah baik

Pertahankan capaian mutu yang sudah baik

Num	Denum	Capaian
12277	12547	97.85
9363	9562	97.92
10067	10327	97.48
8945	9050	98.84
12074	12251	98.56
10582	10801	97.97
9971	10211	97.65
11555	11795	97.97
15813	16177	97.75
14873	15173	98.02

Analisa

Obat-obatan yang digunakan di RS Katolik Budi Rahayu sesuai dengan obat yang terdaftar

Capaian mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional adalah baik diatas standar mu

Capaian mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional 97.48%

Capaian mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional 98.84%, capaian mutu baik

Capaian mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional baik yaitu 98.56% patuh

Capaian mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional 97.97% di atas standar yang d

Capaian mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional adalah 97.65% artinya capaiar

Obat-obatan yang digunakan di rumah sakit sesuai dengan obat yang terdaftar dalam formi

Capaian mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional baik yaitu 97.75% patuh

Capaian mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional baik yaitu 98.02% patuh

Rencana Tindak Lanjut

Pertahankan pencapaian yang sudah baik

Pertahankan dan tingkatkan capaian mutu lebih baik lagi

Pertahankan dan tingkatkan capaian mutu lebih baik lagi

Pertahankan dan tingkatkan capaian yang baik

Pertahankan dan tingkatkan capaian mutu yang sudah baik

Pertahankan dan tingkatkan

Pertahankan dan tingkatkan capaian mutu yang sudah baik.

Melakukan monitoring secara rutin dan berkoordinasi dengan farmasi dan bidang pelayanan

Pertahankan dan tingkatkan capaian mutu yang sudah baik

Pertahankan dan tingkatkan capaian mutu yang sudah baik

Num	Denum	Capaian
7	12	58.33
12	19	63.16
5	9	55.56
8	12	66.67
7	11	63.64
7	12	58.33
6	11	54.55
9	14	64.29
18	25	72
12	18	66.67

Analisa

Kepatuhan terhadap alur klinis (CP) masih jauh dari standar

Capaian kepatuhan terhadap alur klinis (CP) 63.16% dari standar yang ditetapkan yaitu 80%

Capaian mutu kepatuhan terhadap alur klinis (CP) adalah 55.56% tidak sesuai dengan standar

Capaian mutu kepatuhan terhadap alur klinis (CP) 66.67%, ada peningkatan kepatuhan sel

Capaian mutu kepatuhan terhadap alur klinis (CP) masih rendah yaitu 63.64% dari standar

Capaian mutu kepatuhan terhadap alur klinis (CP) masih rendah, dibawah standar, hasilnya

Kepatuhan terhadap alur klinis (CP) adalah 54.55% artinya capaian kurang bagus dibanding

Clinical Pathway merupakan standar minimal yang harus dipenuhi oleh dokter dalam memk

Capaian mutu kepatuhan terhadap alur klinis (CP) masih rendah, dibawah standar, hasilnya

Capaian mutu kepatuhan terhadap alur klinis (CP) masih rendah, dibawah standar, hasilnya

Rencana Tindak Lanjut

Melakukan upaya peningkatan mutu kepatuhan terhadap alur klinis (CP) berkoordinasi den

Berkoordinasi dengan komite medis

Berkoordinasi dengan komite medis

Berkoordinasi dengan komite medis, dan memaksimalkan peran kepala dan wakil ruang da

Berkoordinasi dengan dokter dan komite medis untuk meningkatkan kepatuhan terhadap a

Melakukan koordinasi dengan komite medis dan DPJP

Melakukan koordinasi dengan komite medis dan DPJP, melakukan monitoring secara berk

Berkoordinasi dengan komite medis dan kepala ruang

Melakukan koordinasi dengan komite medis dan DPJP

Melakukan koordinasi dengan komite medis dan DPJP

Num	Denum	Capaian
61	61	100
50	50	100
35	35	100
40	40	100
59	59	100
42	42	100
42	42	100
46	46	100
36	36	100
53	53	100

Analisa

Pencapaian mutu kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh sesuai dengan standar

Capaian mutu kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah baik, sesuai dengan

Capaian mutu kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh baik, sesuai dengan standar

Capaian mutu kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh baik yaitu 100%

Capaian mutu kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah 100%

Capaian mutu kepatuhan upaya pencegahan pasien jatuh 100%, artinya capaiannya baik

Capaian mutu kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah 100%, artinya capaian

Pasien dengan risiko tinggi jatuh akan dilakukan asesmen pasien jatuh maupun intervensi

Capaian mutu kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah 100%, artinya capaian

Capaian mutu kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah 100%, artinya capaian

Rencana Tindak Lanjut

Mempertahankan pencapaian, melakukan tindakan sesuai SPO

Pertahankan capaian yang sudah baik

Pertahankan pencapaian yang sudah baik

Pertahankan capaian yang baik

Melakukan monitoring terhadap kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh, pertahar

Pertahankan dan tetap dilakukan monitoring

Pertahankan capaian yang sudah baik, melakukan monitoring secara berkala

Melakukan monitoring rutin, berkoordinasi dengan kepala ruang

Pertahankan capaian yang sudah baik, melakukan monitoring secara berkala

Pertahankan capaian yang sudah baik, melakukan monitoring secara berkala

Num	Denum	Capaian
0	0	0
0	0	0
4	4	100
1	1	100
0	0	0
1	1	100
2	2	100
0	0	0
0	0	0
1	1	100

Analisa

Tidak ada kejadian komplain

Tidak ada kejadian komplain pasien

Capaian mutu kecepatan waktu tanggap komplain 100%, penanganan komplain selesai se

Capaian kecepatan waktu tanggap komplain baik, yaitu 100%. penanganan komplain sele

Tidak ada kejadian

Capaian mutu kecepatan waktu tanggap komplain 100%, penanganan tepat waktu sesuai c

Capaian mutu kecepatan waktu tanggap komplain adalah 100%, artinya capaian yang baik

Tidak ada kejadian

Tidak ada kejadian

Capaian mutu kecepatan waktu tanggap komplain adalah 100%, artinya capaian yang baik

Rencana Tindak Lanjut

Tidak ada kejadian komplain

Tidak ada kejadian komplain pasien

Pertahankan pencapaian yang sudah baik

Pertahankan capaian yang baik

Tidak ada kejadian

Pertahankan capaian mutu yang sudah baik

Pertahankan capaian yang sudah baik, melakukan monitoring secara berkala

Tidak ada kejadian

Tidak ada kejadian

Pertahankan capaian yang sudah baik, melakukan monitoring secara berkala

Capaian

91.1

96.5

92.58

91.63

95.3

94.2

0

0

0

0

Analisa

RS Katolik Budi Rahayu selalu berusaha memberikan pelayanan yang terbaik demi membe

Capaian mutu kepuasan pasien adalah 96.5% ada kenaikan 5.4% dari bulan sebelumnya.

Capaian mutu kepuasan pasien 92.58%, diatas standar yang ditetapkan

Capaian mutu kepuasan pasien 91.63%, ada penurunan kepuasan sebesar 0.95% dari bul

Capaian mutu kepuasan pasien adalah baik 95.3% dari standar yang ditetapkan â%¥76.61

Capaian mutu kepuasan pasien 94.20% termasuk baik

Rencana Tindak Lanjut

Pertahankan dan tingkatkan pencapaian yang sudah baik

Pertahankan dan tingkatkan capaian mutu lebih baik lagi

Pertahankan dan tingkatkan pencapaian lebih baik lagi

Pertahankan dan tingkatkan capaian mutu yang sudah baik

Pertahankan dan tingkatkan capaian mutu yang sudah baik

Pertahankan dan tingkatkan hasil capaian yang sudah baik



YAYASAN RUMAH SAKIT BUDI RAHAYU
RUMAH SAKIT KATOLIK BUDI RAHAYU
Jl. Ahmad. Yani No. 18 Telp. (0342) 801066, 802316, 807802 Fax. (0342) 804284, 806509
e-mail : rskbr@budirahayu.com
www.budirahayu.com
BLITAR - 66111



12. Diusahakan setiap komputer dapat membuka KHANZA.
 13. Koordinasi integrasi SIMRS terkait pelayanan klinis dan non klinis dapat;
data pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas, data untuk manajemen
- III. Kesimpulan
- Perlu pembentukan Tim penerapan ERM di RS Katolik Budi Rahayu.

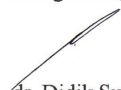
IV. Rekomendasi

Diusulkan untuk studi lapangan di RS lain yang sudah menerapkan ERM dan penggunaan aplikasi KHANZA.

- V. Rapat ditutup dengan doa dan pembacaan kesimpulan oleh pemimpin rapat.

Blitar, 26 September 2022

Mengetahui,


dr. Didik Suryalik
Pemimpin Rapat


Emi Widiastuti
Notulis