


**INDIKATOR MUTU UNIT**  
**UNIT: RAWAT INAP**  
**BULAN: SEPTEMBER 2023**

No	VARIABEL	TANGGAL																														TOTAL	% = N/D X 100%
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
Ketepatan Identifikasi Pasien Rawat Inap standar 100%																																	
1	N Jumlah pasien baru yang terpasang gelang identitas dengan benar selama 1 bulan	1	0	0	0	0	2	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	3	0	0	2	3	1	0	2	0	0	2	
	D Jumlah seluruh pasien baru dalam 1 bulan	1	0	0	0	0	2	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	3	0	0	2	3	1	0	2	0	0	2	
Kelengkapan dan Kesesuaian Pengisian Formulir Asesmen Awal Rawat Inap Pada Pasien Onkologi standar > 95%																																	
2	N Jumlah asesmen awal pasien onkologi RVI yang diisi lengkap & sesuai oleh perawat dalam 1 Bulan	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1		
	D Sampel BRM pasien onkologi yang disurvei dalam 1 Bulan	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	
Bukti kelengkapan komunikasi efektif melalui telepon (CABAK) pada pasien onkologi standar > 90%																																	
3	N Jumlah pasien yang disamping yang melakukan komunikasi verbal dengan metode SPAR dan CABAK secara benar	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1		
	D Jumlah beres pasien onkologi yang disurvei dalam 1 TV	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1		
4	N Jumlah visite dokter spesialis pada jam 06.00-21.00 WIB pada hari berjalan	2	1	1	1	1	2	2	2	2	0	0	1	0	2	2	2	1	1	1	1	0	0	3	0	0	0	0	1				
	D Jumlah visite dokter spesialis pada hari berjalan	2	1	1	1	1	2	3	3	3	2	0	1	1	0	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	4	1	1	0	2		
Kepatuhan Dokter Terhadap Clinical Pathway Pada Pelayan Prioritas Onkologi standar > 80%																																	
5	N Jumlah kasus yang penanganannya patuh dengan kriteria 5 Clinical Pathways onkologi	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1		
	D Jumlah kasus yang penanganannya patuh dengan kriteria 5 Clinical Pathways onkologi yang diterapkan	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1		
Kepatuhan cuci tangan SDM Rawat Inap standar > 85%																																	
6	N Jumlah SDM yang melakukan cuci tangan 5 langkah dan 5 moment	6	6	6	6	6	8	8	8	8	7	8	8	8	7	9	8	8	9	8	8	9	8	9	9	7	9	9	8	7	9	9	
	D Jumlah SDM yang melakukan cuci tangan	6	6	6	6	6	8	8	8	8	7	8	8	8	7	9	8	8	9	8	8	9	8	9	9	7	9	9	8	7	9	9	
7	N Jumlah pasien di rawat inap yang telah dilakukan manajemen resiko jatuh dalam 3 bulan	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
	D Jumlah beres pasien yang beresko jatuh di rawat inap dalam 1 bulan	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
8																																	

Mengetahui,  
Kepala Unit  
  
(Zr. Sri Hasmah)

PJ Data Unit  
  
(Zr. Dewinta Maiza)



**INDIKATOR MUTU UNIT**  
**UNIT: RAWAT INAP**  
**BULAN: AGUSTUS 2023**

NO	VARIABEL	TANGGAL																															TOTAL	% = N/D X 100%	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
Ketepatan identifikasi pasien rawat inap standar 100%																																			
1	N	Jumlah pasien rawat inap yang terpasang gelang identifikasi dengan benar	1	0	0	0	2	1	4	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	1	1	0	2	18	100%	
	D	Jumlah seluruh pasien baru dalam 1 hari	1	0	0	0	2	1	4	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	1	1	0	2	18		
kelengkapan dan kesesuaian pengisian formulir asesmen awal rawat inap pada pasien onkologi standar > 95%																																			
2	N	Jumlah asesmen awal pasien onkologi RWI yang diisi lengkap dan sesuai oleh perawat dalam 1 bulan	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3	100%		
	D	Sampel BRM pasien onkologi yang disurvei dalam 1 Bulan	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3		
bukti kelengkapan komunikasi efektif melalui telepon (CABAK) pada pasien onkologi standar > 80%																																			
3	N	Jumlah pasien yang disamping yang melakukan komunikasi verbal dengan metode SBAR dan CABAK secara benar	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3	100%		
	D	Jumlah berkas pasien onkologi yang disurvei dalam 1 TV	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3			
Kepatuhan Waktu Visite Dokter spesialis standar > 80%																																			
4	N	Jumlah visite dokter spesialis pada jam 06.00- 21.00 WIB pada hari berjalan	3	3	1	0	2	1	1	2	1	1	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	26	55,31%		
	D	Jumlah visite dokter spesialis pada hari berjalan	4	4	1	1	3	2	2	3	2	1	0	0	1	3	1	1	0	0	0	0	1	2	2	1	1	2	1	1	1	47			
Kepatuhan Dokter Terhadap Clinical Pathway Pada Pelayanan Prioritas Onkologi standar > 80%																																			
4	N	Jumlah kasus yang penanganannya patuh dengan kriteria 5 Clinical Pathways onkologi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3	100%		
	D	Jumlah total kasus yang masuk dalam kriteria 5 Clinical Pathways onkologi yang diterapkan	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3			
Kepatuhan cuci tangan SDM Rawat inap standar > 85%																																			
6	N	Jumlah SDM yang melakukan cuci tangan 5 langkah dan 5 moment	7	8	7	8	7	6	8	8	8	8	8	8	7	8	8	7	8	9	8	8	8	8	8	8	8	8	7	9	6	8	7	247	100%
	D	Jumlah SDM yang melakukan cuci tangan	7	8	7	8	7	7	8	8	8	8	8	8	8	7	8	8	7	8	9	8	8	8	8	8	8	8	7	9	6	8	7	247	
Ketepatan tertatakasna pasien resiko jatuh di rawat inap standar > 90%																																			
7	N	Jumlah pasien di rawat inap yang telah dilakukan manajemen resiko jatuh	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	100%	
	D	Jumlah berkas pasien yang beresiko jatuh di rawat inap dalam 1 bulan	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4		
Kepatuhan cuci tangan SDM Rawat inap standar > 85%																																			
8	N	Jumlah SDM yang melakukan cuci tangan 5 langkah dan 5 moment	7	8	7	8	7	6	8	8	8	8	8	8	7	8	8	7	8	9	8	8	8	8	8	8	8	8	7	9	6	8	7	247	100%
	D	Jumlah SDM yang melakukan cuci tangan	7	8	7	8	7	7	8	8	8	8	8	8	8	7	8	8	7	8	9	8	8	8	8	8	8	8	7	9	6	8	7	247	

Mengetahui,  
Kepala Unit  
  
(Zr. Sri Hastinah)

PJ Data Unit  
  
(Zr. Devita Meliza)



[illegible]

Mengetahui,  
Kepala Unit  
(Zr. Sri Hasanah)

PJ Data Unit  
*[Signature]*  
(Zr. Devnita Maiza)



### LAPORAN TRIWULAN III 2023

NO	VARIABEL	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER
1	Ketepatan identifikasi Pasien Rawat Inap standar 100%	100%	100%	100%
2	Kelengkapan dan Kesesuaian Pengisian Formulir Asesmen Awal Rawat Inap Pada Pasien Onkologi standar > 95%	100%	100%	100%
3	Bukti kelengkapan komunikasi efektif melalui telepon (CABAK) pada pasien onkologi standar > 90%	100%	100%	100%
4	Kepatuhan Waktu Visite Dokter spesialis standar $\geq 80\%$	83,60%	55,31%	76%
5	Kepatuhan Dokter Terhadap Clinical Pathway Pada Pelayanan Prioritas Onkologi standar > 80%	100%	100%	100%
6	Kepatuhan cuci tangan SDM Rawat inap standar > 85%	100%	100%	100%
7	Ketepatan tatalaksana pasien resiko jatuh di rawat inap standar $\geq 90\%$	100%	100%	100%

#### Analisa :

Hasil capaian indikator mutu tri wulan III memperoleh nilai rerata 100%

Hal tersebut dilihat berdasarkan data hasil capaian Juli - September 2023.

Untuk Kepatuhan Waktu visit Dokter Spesialis Juli 83%, Agustus 53,31% dan September 76,19% hal ini disebabkan ada satu dokter yang visit diatas jam 21.00WIB

#### Rencana tindak lanjut :

Tetap dilakukan monitoring dan evaluasi dan untuk meningkatkan kinerja pelayanan akan ditambah untuk dokter Spesialis agar ketepatan waktu dalam visit bisa mencapai target yang di harapkan.

