



**RS MATA  
UNDAAN**

# **LAPORAN KOMITE MUTU TRIWULAN IV**

**RS. Mata Undaan Surabaya**



**TAHUN  
2022**

**Jl. Undaan Kulon No. 17 - 19 Surabaya**

**Telp. 031-5343 806, 5319 619**

**Fax. 031-5317 503**

**[www.rsmataundaan.co.id](http://www.rsmataundaan.co.id)**

## DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	i
DAFTAR TABEL .....	ii
DAFTAR GAMBAR.....	iv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Tujuan.....	1
BAB II KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN.....	3
2.1 Pemantauan dan Analisa Indikator Mutu .....	3
2.2 Pencatatan Insiden Keselamatan Pasien .....	32
2.3 Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien.....	33
2.4 Evaluasi Kontrak Klinis dan Kontrak Manajemen.....	33
2.5 Menerapkan PPK, Pengukuran <i>Clinical Pathway</i> , dan Audit Medis.....	33
2.6 Mengukur Dampak Efisiensi.....	33
BAB III HASIL YANG DICAPAI .....	34
3.1 Pemantauan Indikator Mutu.....	34
3.2 Pencatatan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) .....	38
BAB IV SIMPULAN DAN SARAN.....	39
4.1 Simpulan .....	39
4.2 Saran.....	39
BAB V PENUTUP .....	40

## DAFTAR TABEL

Tabel		Halaman
2.1	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi RS Provider BPJS Periode Triwulan 4 Tahun 2022	4
2.2	Penundaan Operasi Elektif Periode Triwulan 4 Tahun 2022	4
2.3	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium Periode Triwulan 4 Tahun 2022	5
2.4	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis Periode Triwulan 4 Tahun 2022	5
2.5	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap Periode Triwulan 4 Tahun 2022	6
2.6	Kepatuhan Terhadap <i>Clinical Pathway</i> Periode Triwulan 4 Tahun 2022	7
2.7	Waktu Tunggu Rawat Jalan Periode Triwulan 4 Tahun 2022	8
2.8	Kepatuhan Cuci Tangan Periode Triwulan 4 Tahun 2022	8
2.9	Kepatuhan Identifikasi Pasien Periode Triwulan 4 Tahun 2022	9
2.10	Kepuasan Pasien dan Keluarga Periode Triwulan 4 Tahun 2022	9
2.11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain Periode Triwulan 4 Tahun 2022	10
2.12	Kepatuhan Penggunaan APD Periode Triwulan 4 Tahun 2022	10
2.13	Angka Kejadian Salah Penempelan Stiker Identitas di SPRI Rawat Inap (IMP RS, SKP 1) Periode Triwulan 4 Tahun 2022	11
2.14	Kepatuhan Petugas Melakukan Verbal Order Melalui Telepon Periode Triwulan 4 Tahun 2022 (IMP RS, SKP 2)	12
2.15	Kepatuhan Kewaspadaan Obat <i>High Alert</i> Periode Periode Triwulan 4 Tahun 2022 (IMP RS, SKP 3)	13
2.16	Angka Kejadian Salah Lokasi/Orang/Prosedur Periode Periode Triwulan 4 Tahun 2022 (IMP RS, SKP 4)	13
2.17	Kepatuhan Cuci Tangan Petugas Periode Periode Triwulan 4 Tahun 2022 (IMP RS, SKP 5)	14
2.18	Kepatuhan Penandaan Risiko Jatuh di Rawat Jalan Periode Periode Triwulan 4 Tahun 2022 (IMP RS, SKP 6)	15
2.19	Waktu Tunggu Penjadwalan Operasi Katarak $\leq 7$ Hari Periode Periode Triwulan 4 Tahun 2022	15
2.20	Kepuasan Pasien Pelayanan Bedah Katarak Periode Triwulan 4 Tahun 2022	16
2.21	Respon Time Persetujuan Penjaminan Asuransi non BPJS Pre Operasi Katarak $> 48$ Jam Periode Periode Triwulan 4 Tahun 2022	17
2.22	Keakuratan/Ketepatan Pengukuran Biometri Pada Pasien Operasi Katarak Periode Triwulan 4 Tahun 2022	17
2.23	Angka Kejadian Operasi Ulang Pada Bedah Katarak Periode Triwulan 4 Tahun 2022	18
2.24	Kejadian Konversi Tindakan Lokal Anestesi Ke General Anestesi Periode Triwulan 4 Tahun 2022	19
2.25	Angka Kejadian Operasi Ulang Periode Triwulan 4 Tahun 2022	19
2.26	Keterlambatan (Waktu Tunggu) Hasil Foto USG Periode Triwulan 4 Tahun 2022	20
2.27	Asesmen Awal Medis Terisi Kurang Dari 24 Jam Periode Triwulan 4 Tahun 2022	21
2.28	Kesesuaian Baku Mutu Pemeriksaan Mikrobiologi Air Bersih Periode Triwulan 4 Tahun 2022	21
2.29	Respon Time/Waktu Tunggu Pemeriksaan Pre Lasik Periode Triwulan 4 Tahun 2022	22
2.30	Ketidaklengkapan <i>Informed Consent</i> Periode Triwulan 4 Tahun 2022	23
2.31	Ketidaklengkapan Catatan Medis Pasien (KLPCM) Periode Triwulan 4 Tahun 2022	23

<b>Tabel</b>		<b>Halaman</b>
2.32	Keterlambatan Waktu Penanganan Kerusakan Hardware / Jaringan Periode Triwulan 4 Tahun 2022	24
2.33	Tidak Adanya Komputer Yang Terkena Virus Periode Triwulan 4 Tahun 2022	25
2.34	Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung Penagihan (Jaminan Swasta) Periode Triwulan 4 Tahun 2022	25
2.35	Ketidaktepatan Administrasi Keuangan Laboratorium Eksternal Periode Triwulan 4 Tahun 2022	26
2.36	Staf di RS Yang Mendapat Pelatihan 20 Jam / Orang Per Tahun Periode Triwulan 4 Tahun 2022	27
2.37	Respon Time Pelayanan Pengiriman Barang Rumah Tangga (Non Medis dan Non Stok) Periode Triwulan 4 Tahun 2022	27
2.38	Kepatuhan Pengisian Form Suhu Ruang Penyimpanan Periode Triwulan 4 Tahun 2022	28
2.39	Kelengkapan Pengisian Asesmen Medis Lanjutan Rawat Jalan Periode Triwulan 4 Tahun 2022	29
2.40	Kecepatan Menanggapi Laporan Kerusakan dan Permintaan Perbaikan Alat dan Sarana Prasarana Medis Periode Triwulan 4 Tahun 2022	29
2.41	Waktu Tunggu Transfer Pasien IGD ke Rawat Inap Periode Triwulan 4 Tahun 2022	30
2.42	Tidak Adanya Kesalahan Penulisan Resep Periode Triwulan 4 Tahun 2022	31
2.43	Kecepatan Respon Terhadap Seluruh Pertanyaan di Media Sosial Instagram Periode Triwulan 4 Tahun 2022	31
2.44	Tidak Adanya Dokumen Perjanjian Rumah Sakit yang Kadaluarsa Periode Triwulan 4 Tahun 2022	32
3.1	Capaian Data Indikator Mutu Nasional Periode Triwulan 4 Tahun 2022	34
3.2	Capaian Data Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) Periode Triwulan 4 Tahun 2022	35
3.3	Capaian Data Indikator Mutu Prioritas Unit Periode Triwulan 4 Tahun 2022	36
3.4	Pencatatan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Periode Triwulan 4 Tahun 2022	37

## DAFTAR GAMBAR

Gambar		Halaman
2.1	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi RS Provider BPJS Periode Triwulan 4 Tahun 2022	3
2.2	Penundaan Operasi Elektif Periode Triwulan 4 Tahun 2022	4
2.3	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium Periode Triwulan 4 Tahun 2022	4
2.4	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis Periode Triwulan 4 Tahun 2022	5
2.5	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap Periode Triwulan 4 Tahun 2022	5
2.6	Kepatuhan Terhadap <i>Clinical Pathway</i> Periode Triwulan 4 Tahun 2022	6
2.7	Waktu Tunggu Rawat Jalan Periode Triwulan 4 Tahun 2022	7
2.8	Kepatuhan Cuci Tangan Periode Triwulan 4 Tahun 2022	8
2.9	Kepatuhan Identifikasi Pasien Periode Triwulan 4 Tahun 2022	8
2.10	Kepuasan Pasien dan Keluarga Periode Triwulan 4 Tahun 2022	9
2.11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain Periode Triwulan 4 Tahun 2022	9
2.12	Kepatuhan Penggunaan APD Periode Triwulan 4 Tahun 2022	11
2.13	Angka Kejadian Salah Penempelan Stiker Identitas di SPRI Rawat Inap (IMP RS, SKP 1) Periode Triwulan 4 Tahun 2022	11 12
2.14	Kepatuhan Petugas Melakukan Verbal Order Melalui Telepon Periode Triwulan 4 Tahun 2022 (IMP RS, SKP 2)	12
2.15	Kepatuhan Kewaspadaan Obat High Alert Periode Triwulan 4 Tahun 2022 (IMP RS, SKP 3)	13
2.16	Angka Kejadian Salah Lokasi/Orang/Prosedur Periode Triwulan 4 Tahun 2022 (IMP RS, SKP 4)	14
2.17	Kepatuhan Cuci Tangan Petugas Sesuai 5 Momen Periode Triwulan 4 Tahun 2022 (IMP RS, SKP 5)	14
2.18	Kepatuhan Penandaan Risiko Jatuh di Rawat Jalan Periode Triwulan 4 Tahun 2022 (IMP RS, SKP 6)	15
2.19	Waktu Tunggu Penjadwalan Operasi Katarak $\leq$ 7 Hari Periode Triwulan 4 Tahun 2022	15
2.20	Kepuasan Pasien Pelayanan Bedah Katarak Periode Triwulan 4 Tahun 2022	16
2.21	Respon Time Persetujuan Penjaminan Asuransi non BPJS Pre Operasi Katarak $>$ 48 Jam Periode Triwulan 4 Tahun 2022	18
2.22	Keakuratan/Ketepatan Pengukuran Biometri Pada Pasien Operasi Katarak Periode Triwulan 4 Tahun 2022	18
2.23	Angka Kejadian Operasi Ulang Pada Bedah Katarak Periode Triwulan 4 Tahun 2022	19
2.24	Kejadian Konversi Tindakan Lokal Anestesi Ke General Anestesi Periode Triwulan 4 Tahun 2022	20
2.25	Angka Kejadian Operasi Ulang Periode Triwulan 4 Tahun 2022	21
2.26	Keterlambatan (Waktu Tunggu) Hasil Foto USG Periode Triwulan 4 Tahun 2022	21
2.27	Asesmen Awal Medis Terisi Kurang Dari 24 Jam Periode Triwulan 4 Tahun 2022	22
2.28	Kesesuaian Baku Mutu Pemeriksaan Mikrobiologi Air Bersih Periode Triwulan 4 Tahun 2022	24
2.29	Respon Time/Waktu Tunggu Pemeriksaan Pre Lasik Periode Triwulan 4 Tahun 2022	25
2.30	Ketidaklengkapan <i>Informed Consent</i> Periode Triwulan 4 Tahun 2022	26

<b>Gambar</b>		<b>Halaman</b>
2.31	Ketidaklengkapan Catatan Medis Pasien (KLPCM) Periode Triwulan 4 Tahun 2022	27
2.32	Keterlambatan Waktu Penanganan Kerusakan Hardware / Jaringan Periode Triwulan 4 Tahun 2022	27
2.33	Tidak Adanya Komputer Yang Terkena Virus Periode Triwulan 4 Tahun 2022	28
2.34	Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung Penagihan (Jaminan Swasta) Periode Triwulan 4 Tahun 2022	28
2.35	Ketidaktepatan Administrasi Keuangan Laboratorium Eksternal Periode Triwulan 4 Tahun 2022	29
2.36	Staf di RS Yang Mendapat Pelatihan 20 Jam / Orang Per Tahun Periode Triwulan 4 Tahun 2022	30
2.37	Respon Time Pelayanan Pengiriman Barang Rumah Tangga (Non Medis dan Non Stok) Periode Triwulan 4 Tahun 2022	30
2.38	Kepatuhan Pengisian Form Suhu Ruang Penyimpanan Periode Triwulan 4 Tahun 2022	31
2.39	Kelengkapan Pengisian Asesmen Medis Lanjutan Rawat Jalan Periode Triwulan 4 Tahun 2022	31
2.40	Kecepatan Menanggapi Laporan Kerusakan dan Permintaan Perbaikan Alat dan Sarana Prasarana Medis Periode Triwulan 4 Tahun 2022	32
2.41	Waktu Tunggu Transfer Pasien IGD ke Rawat Inap Periode Triwulan 4 Tahun 2022	33
2.42	Tidak Adanya Kesalahan Penulisan Resep Periode Triwulan 4 Tahun 2022	33
2.43	Kecepatan Respon Terhadap Seluruh Pertanyaan di Media Sosial Instagram Periode Triwulan 4 Tahun 2022	34
2.44	Tidak Adanya Dokumen Perjanjian Rumah Sakit yang Kadaluarsa Periode Triwulan 4 Tahun 2022	34
2.45	Jumlah Insiden Keselamatan Pasien Periode Triwulan 4 Tahun 2022	35

# BAB I PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya memiliki visi menjadi Rumah Sakit Mata pilihan utama masyarakat dalam pelayanan kesehatan. Dalam mencapai visi tersebut, Rumah Sakit Mata Undaan memiliki program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit tahun 2022. Peningkatan mutu dan keselamatan pasien merupakan proses kegiatan yang berkesinambungan (*never ending process*) dan menyeluruh pada seluruh organisasi dan lingkungan di Rumah Sakit Mata Undaan.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit tahun 2022, mutu pelayanan adalah tingkat layanan kesehatan untuk individu dan masyarakat yang dapat meningkatkan luaran kesehatan yang optimal, diberikan sesuai dengan standar pelayanan dan perkembangan ilmu pengetahuan terkini, serta untuk memenuhi hak dan kewajiban pasien. Kegiatan Tim Komite Mutu dalam melakukan evaluasi terhadap peningkatan mutu dan keselamatan pasien, harus dilaksanakan di setiap unit dan instalasi yang memerlukan mekanisme koordinasi antar unit dan instalasi, dan juga antar kepala unit dan instalasi kerja. Sehingga diharapkan hasil yang dicapai dapat menggambarkan mutu pelayanan di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya dan sebagai manajemen control untuk mendukung pengambilan keputusan.

Pengukuran dan evaluasi indikator mutu berdasarkan standar PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) 3 yang tertuang dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit tahun 2022, terdiri dari Indikator Nasional Mutu (INM), Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS), dan Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit). Indikator Nasional Mutu terbagi menjadi 13 indikator yang sudah ditetapkan secara nasional dan wajib dilaporkan. Berdasarkan hasil rapat koordinasi Direktur Rumah Sakit Mata Undaan, Komite Mutu dan pimpinan unit pelayanan serta unit kerja di Rumah Sakit Mata Undaan menetapkan 11 Indikator Mutu Prioritas RS (IMP-RS) dan 21 Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit) yang diamati pada periode Triwulan 4 tahun 2022. Setiap indikator telah disusun profil indikator oleh masing-masing kepala unit bekerja sama dengan Tim Komite Mutu.

Progres kegiatan pengukuran dan evaluasi indikator mutu yang telah dilaksanakan oleh Komite Mutu, akan dipaparkan berupa laporan dan evaluasi mutu pelayanan dan keselamatan pasien Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya Triwulan 4 pada periode bulan Oktober sampai dengan bulan Desember Tahun 2022. Laporan peningkatan mutu dan keselamatan ini mencakup laporan dan evaluasi pengumpulan data indikator mutu setiap unit dan instalasi di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya. Semua data indikator dilakukan analisa dan ditampilkan dalam bentuk grafik dan tabel. Total indikator mutu yang akan dipaparkan pada laporan ini adalah 45 indikator guna mengetahui perkembangan kualitas pelayanan rumah sakit secara umum sesuai dengan indikator yang ditetapkan.

## 1.2 Tujuan

### 1. Tujuan Umum

Mutu Rumah Sakit Mata Undaan adalah pelayanan bagi individu dan populasi yang dapat meningkatkan luaran (*outcome*) yang optimal. Tujuh dimensi mutu yang harus dilaksanakan oleh seluruh fasilitas pelayanan kesehatan adalah aman, adil, berorientasi pasien, tepat waktu, efektif, efisien, dan integrasi. Tujuan pelaporan mutu adalah mengetahui hasil capaian pelaksanaan Program Mutu Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

### 2. Tujuan Khusus

- a) Melakukan pengukuran dan evaluasi pada peningkatan mutu Rumah Sakit Mata Undaan melalui pemantauan indikator mutu yang telah ditetapkan dan dilakukan oleh setiap unit dan instalasi.
- b) Melakukan pengukuran dan evaluasi program keselamatan pasien dengan pemantauan insiden keselamatan pasien.

- c) Melakukan evaluasi indikator mutu prioritas periode Triwulan 4 Tahun 2022 di masing-masing unit dan instalasi dengan membandingkan hasil pencapaian dengan standar atau target yang telah ditetapkan.



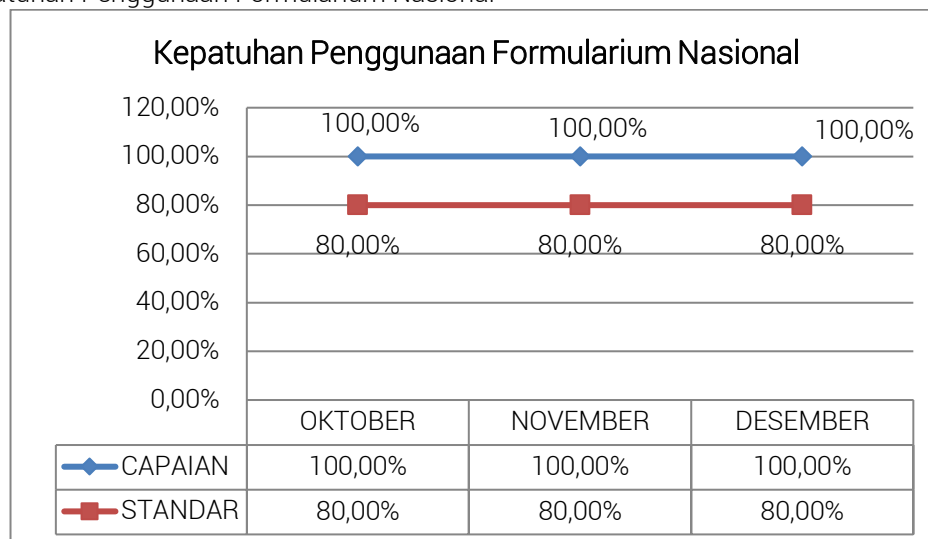
## BAB II KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN

### 2.1 Pemantauan dan Analisa Indikator Mutu

Kegiatan pemantauan dan analisa indikator mutu pada periode Bulan Oktober sampai dengan bulan Desember tahun 2022. Indikator mutu yang dipantau meliputi indikator mutu yang dipantau meliputi, Indikator Mutu Nasional (Wajib), Indikator Mutu Prioritas Unit (Lokal), dan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS). Adapun indikator mutu yang dipantau dan dianalisa adalah sebagai berikut:

#### a. Indikator Mutu Wajib

##### 1) Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional



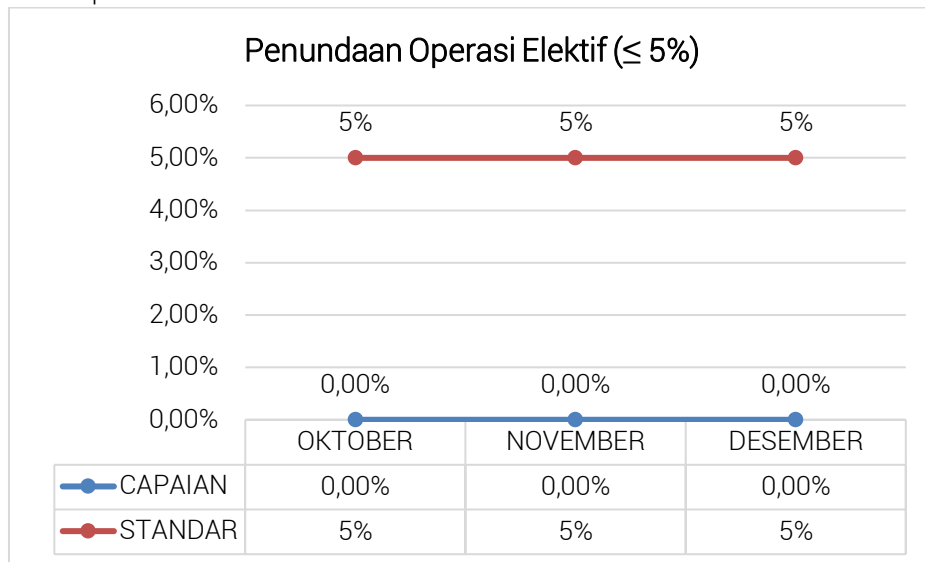
Gambar 2.1. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Indikator Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi RS Provider BPJS, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober sampai dengan Desember sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar  $\geq 80\%$ . Pada bulan Oktober sampai dengan Desember, capaian indikator sudah 100%. Dari hasil uraian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.1.

Tabel 2.1. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	$\geq 80\%$	100%	100%	100%	100%

2) Penundaan Operasi Elektif



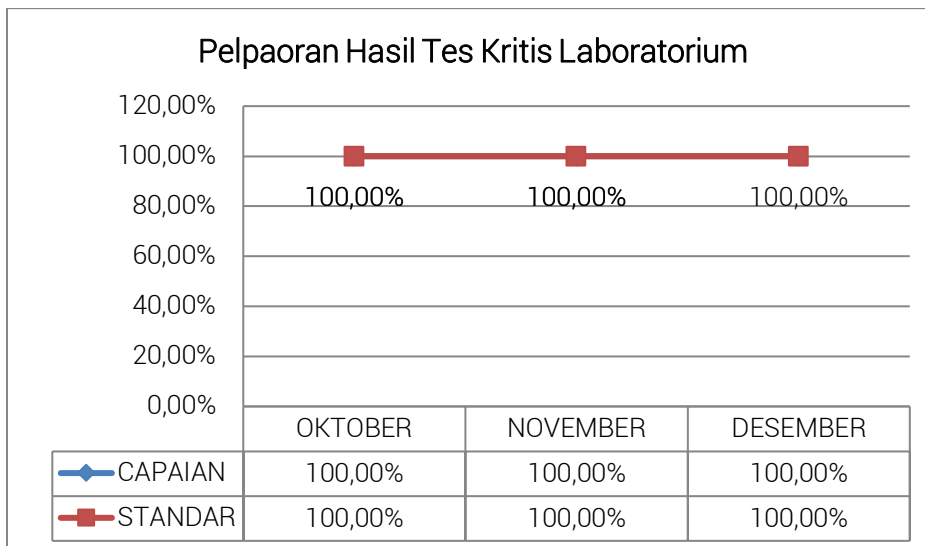
Gambar 2.2. Penundaan Operasi Elektif Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Indikator Penundaan Operasi Elektif, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober sampai dengan Desember sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar  $\leq 5\%$ . Dari hasil uraian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.2.

Tabel 2.2. Penundaan Operasi Elektif Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Penundaan Operasi Elektif	$\leq 5\%$	0%	0%	0%	0%

3) Pelaporan Hasil Tes Kritis laboratorium



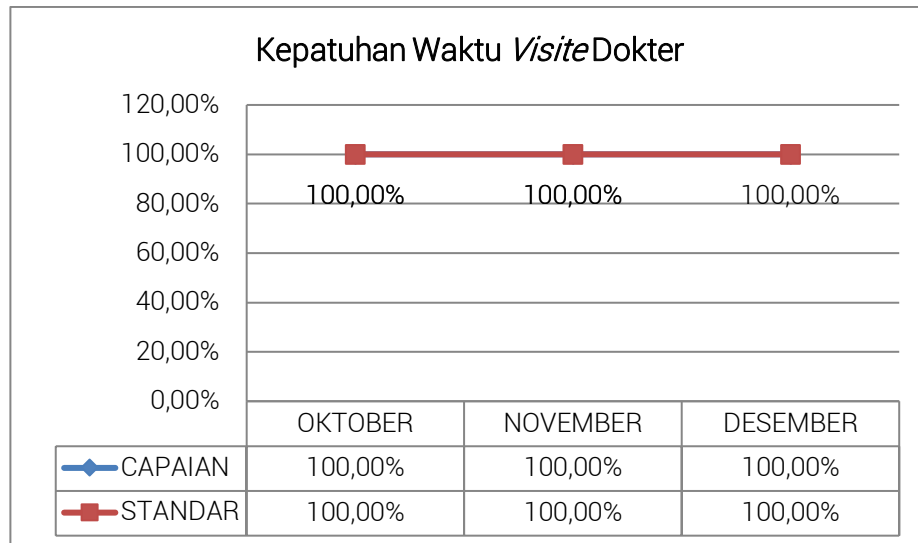
Gambar 2.3. Pelaporan Hasil Tes Kritis Laboratorium Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Indikator Pelaporan Hasil Tes Kritis laboratorium, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober sampai dengan Desember sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 100%. Dari hasil uraian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.3.

Tabel 2.3. Pelaporan Hasil Tes Kritis Laboratorium Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Pelaporan Hasil Tes Kritis Laboratorium	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,0%

4) Kepatuhan Waktu *Visite Dokter*



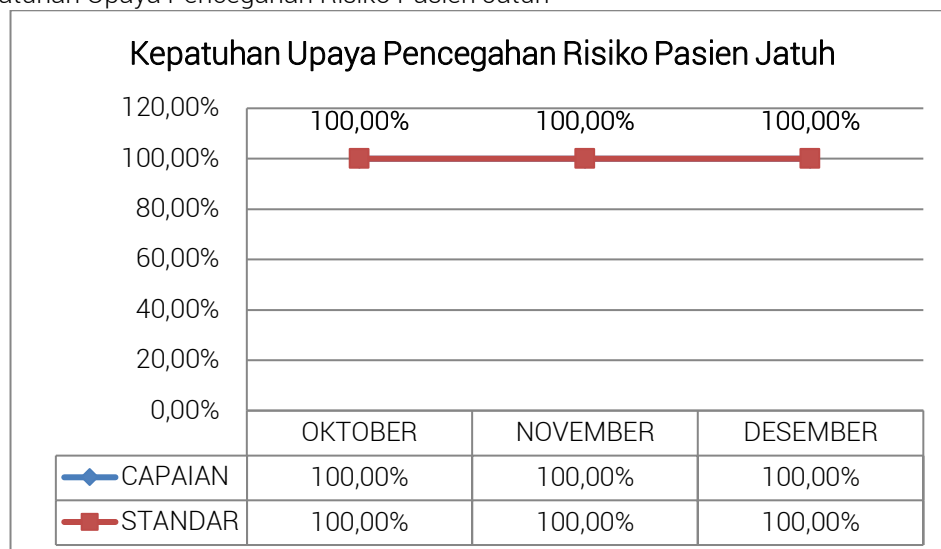
Gambar 2.4. Kepatuhan Waktu Visite Dokter Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Indikator Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober sampai dengan Desember sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 100%. Dari hasil uraian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.4.

Tabel 2.4. Kepatuhan Waktu Visite Dokter Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Kepatuhan Waktu Visite Dokter	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,0%

5) Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh



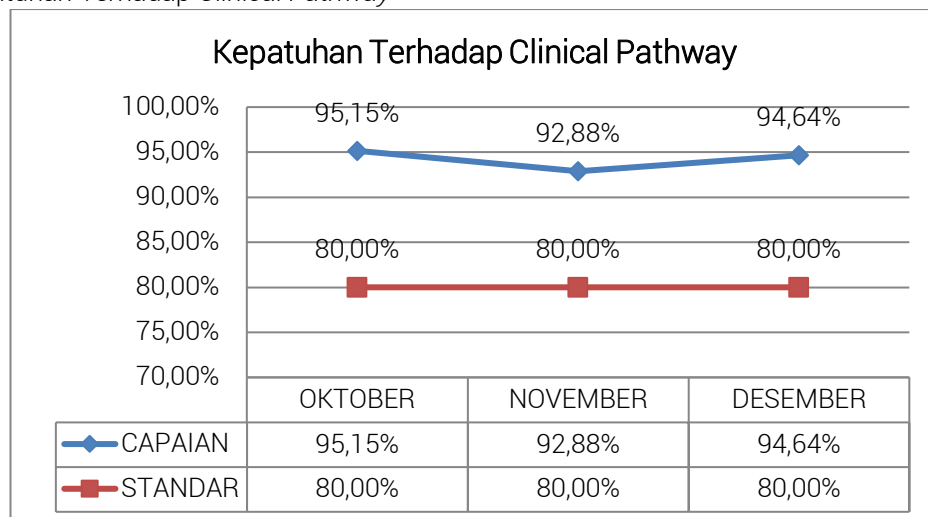
Gambar 2.5. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Indikator Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober sampai dengan Desember sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 100%. Dari hasil uraian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.5.

Tabel 2.5. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,0%

6) Kepatuhan Terhadap *Clinical Pathway*



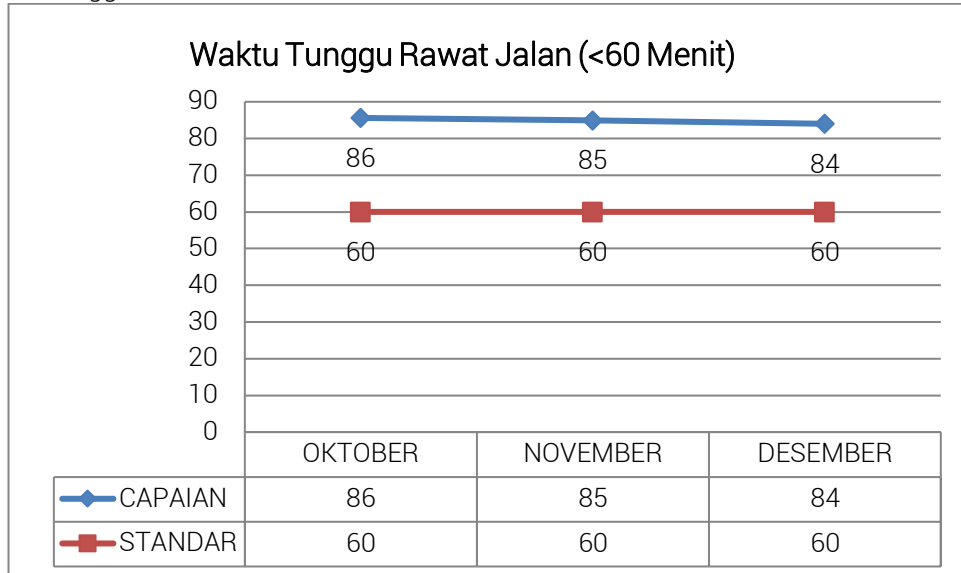
Gambar 2.6. Kepatuhan Terhadap *Clinical Pathway* Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Indikator Kepatuhan Terhadap *Clinical Pathway* yang dievaluasi memberikan gambaran kualitas dalam kepatuhan DPJP dalam melakukan kepatuhan terhadap *Clinical Pathway*. Berdasarkan tren grafik di atas, hasil capaian sudah sesuai dengan standar yang ditentukan sebesar 80%. Capaian indikator pada bulan Oktober sebesar 95,15%, bulan November terjadi penurunan menjadi 92,88% dan meningkat menjadi 94,64% pada bulan Desember. Berdasarkan hasil capaian Indikator Kepatuhan Terhadap *Clinical Pathway*, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022 Bulan Oktober sampai dengan Desember, sudah sesuai dengan target sebesar 80%. Dari hasil uraian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.6

Tabel 2.6 Kepatuhan Terhadap *Clinical Pathway* Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Kepatuhan Terhadap <i>Clinical Pathway</i>	80%	95,15%	92,88%	94,64%	94,22%

7) Waktu Tunggu Rawat Jalan



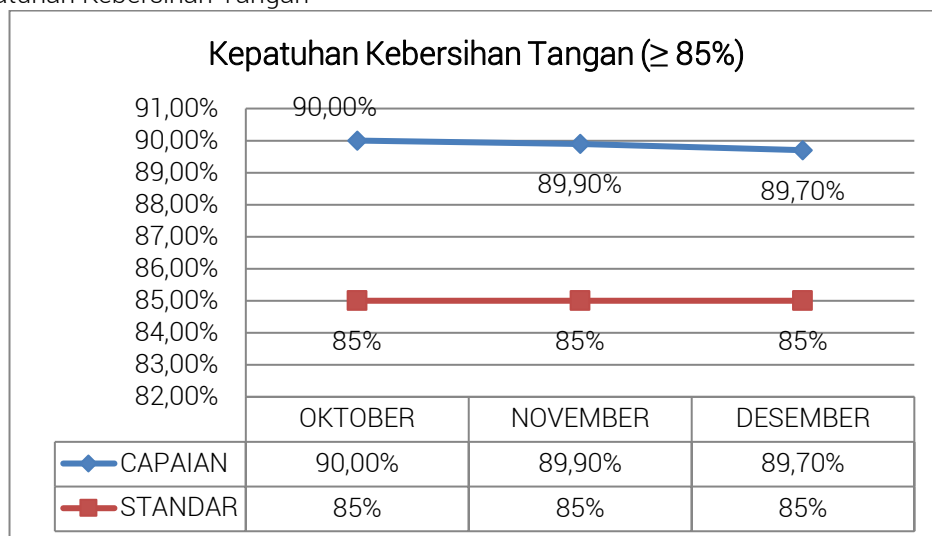
Gambar 2.7. Waktu Tunggu Rawat Jalan Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Berdasarkan grafik pada gambar 2.7, Waktu Tunggu Rawat Jalan selama Triwulan 4, belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Pencapaian selama Triwulan 4 melebihi standar yang telah ditentukan sebesar <60 menit. Pada bulan Oktober tercapai sebesar 86 menit, sedangkan bulan November dan Desember menurun menjadi 85 menit dan 84 menit. Dari hasil uraian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.7.

Tabel 2.7. Waktu Tunggu Rawat Jalan Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Waktu Tunggu Rawat Jalan	< 60 Menit	86	85	84	85

8) Kepatuhan Kebersihan Tangan



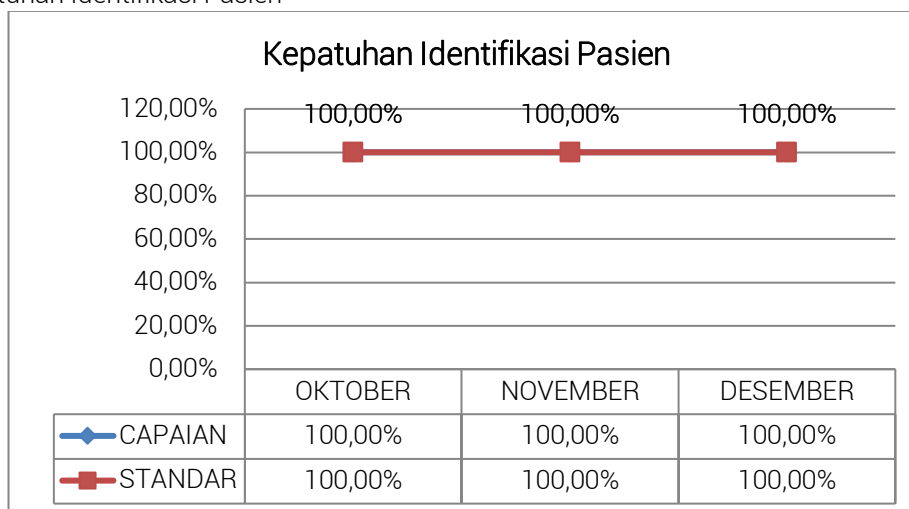
Gambar 2.8. Kepatuhan Kebersihan Tangan Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Indikator Kepatuhan Kebersihan Tangan, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober sampai dengan Desember, sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar  $\geq 85\%$ . Dari hasil uraian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.8.

Tabel 2.8. Kepatuhan Kebersihan Tangan Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Kepatuhan Kebersihan Tangan	85%	90%	89,9%	89,7%	89,9%

9) Kepatuhan Identifikasi Pasien



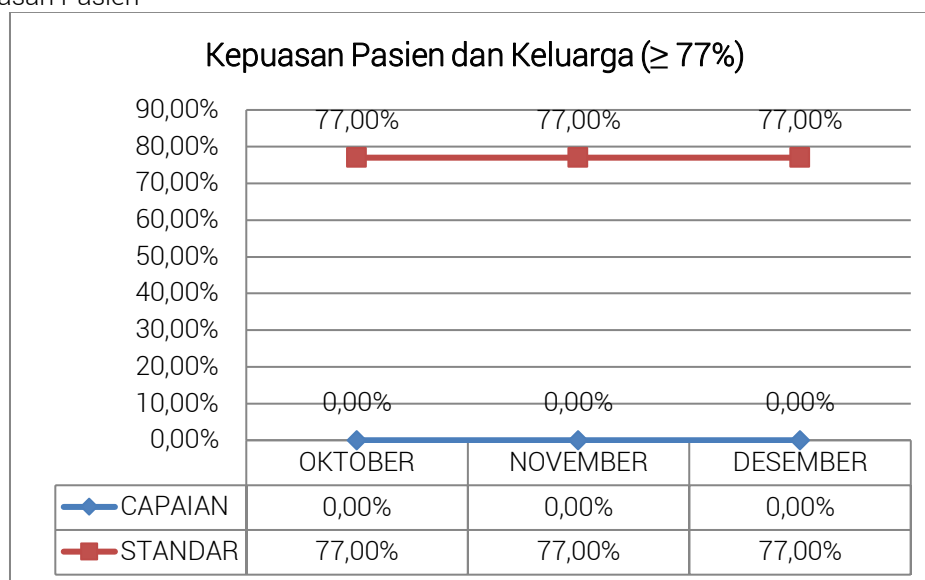
Gambar 2.9. Kepatuhan Identifikasi Pasien Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Indikator Kepatuhan Identifikasi Pasien, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober sampai dengan Desember, sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 100%. Dari hasil uraian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.9.

Tabel 2.9. Kepatuhan Identifikasi Pasien Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,0%

10) Kepuasan Pasien



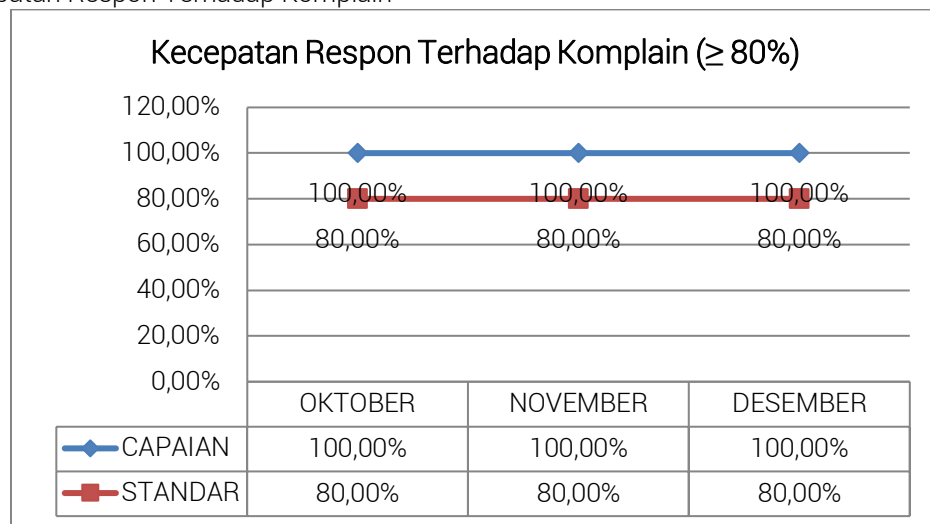
Gambar 2.10. Kepuasan Pasien Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Pada grafik Kepuasan Pasien terhadap pelayanan rumah sakit, memberikan gambaran bahwa indikator mutu Kepuasan Pasien pada Triwulan 4 belum dapat diukur. Pengukuran tingkat kepuasan pasien di lingkungan Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya tidak dilakukan setiap bulan, namun dilakukan satu kali dalam enam bulan. Pengukuran kepuasan pasien telah dilaksanakan bulan Juli tahun 2022 dan hasil capaiannya sebesar 92,18%. Dari rincian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.10.

Tabel 2.10. Kepuasan Pasien Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Kepuasan Pasien	≥ 80%	TDD	TDD	TDD	TDD

11) Kecepatan Respon Terhadap Komplain



Gambar 2.11. Kecepatan Respon Terhadap Komplain Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Indikator Kecepatan Respon Terhadap Komplain, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober sampai dengan Desember, sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 80%. Dari rincian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.11.

Tabel 2.11. Kecepatan Respon Terhadap Komplain Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Kecepatan Respon Terhadap Komplain	80%	100,00%	100,00%	100,00%	100,0%

12) Kepatuhan Penggunaan APD (Alat Pelindung Diri)



Gambar 2.12. Kepatuhan Penggunaan APD Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Indikator Kepatuhan Penggunaan APD, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober sampai dengan Desember, sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 100%. Dari hasil uraian tersebut, dapat dilihat pada Tabel 2.12.

Tabel 2.12. Kepatuhan Penggunaan APD Periode Triwulan 4 Tahun 2022

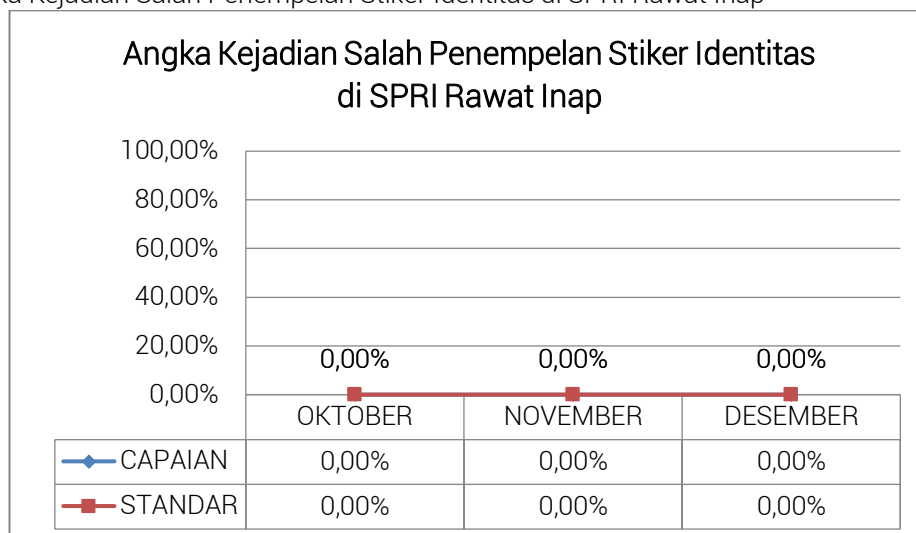
Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Kepatuhan Penggunaan APD	100%	100%	100%	100%	100%

13) Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi

Indikator ini tidak mampu laksana untuk diukur karena Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya merupakan rumah sakit khusus mata.

b. Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS)

1) Angka Kejadian Salah Penempelan Stiker Identitas di SPRI Rawat Inap



Gambar 2.13. Angka Kejadian Salah Penempelan Stiker Identitas di SPRI Rawat Inap Periode Triwulan 4 Tahun 2022



Indikator Angka Kejadian Salah Penempelan Stiker Identitas di SPRI Rawat Inap, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober sampai dengan Desember, sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 100%, dapat dilihat pada Tabel 2.13.

Tabel 2.13. Angka Kejadian Salah Penempelan Stiker Identitas di SPRI Rawat Inap Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Angka Kejadian Salah Penempelan Stiker Identitas di SPRI Rawat Inap	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,0%

2) Kepatuhan Petugas Melakukan Verbal Order Melalui Telepon



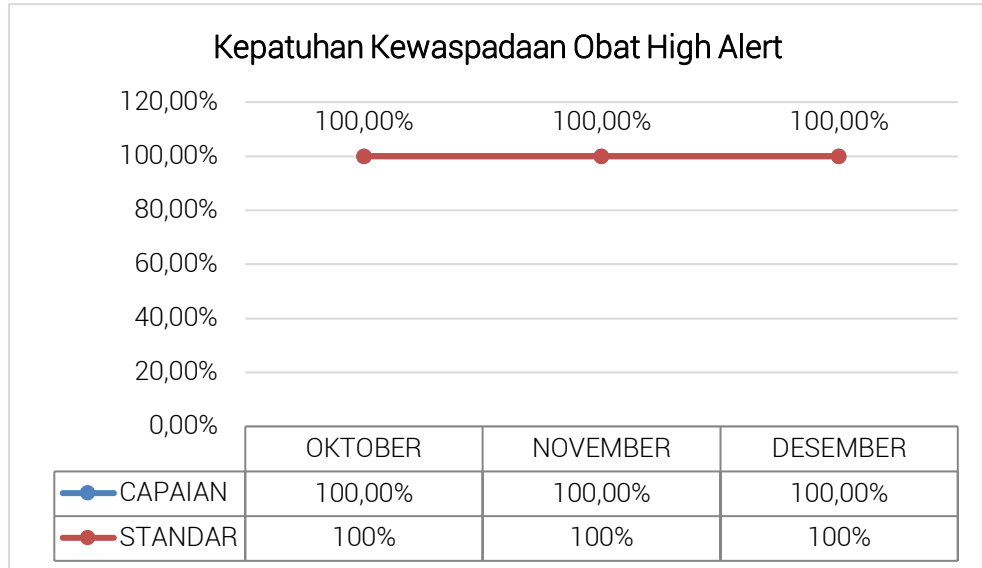
Gambar 2.14. Kepatuhan Petugas Melakukan Verbal Order Melalui Telepon Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Indikator Kepatuhan Petugas Melakukan Verbal Order Melalui Telepon, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober sampai dengan Desember, sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 100%, dapat dilihat pada Tabel 2.14.

Tabel 2.14. Kepatuhan Petugas Melakukan Verbal Order Melalui Telepon Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Kepatuhan Petugas Melakukan Verbal Order Melalui Telepon	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,0%

3) Kepatuhan Kewaspadaan Obat *High Alert*



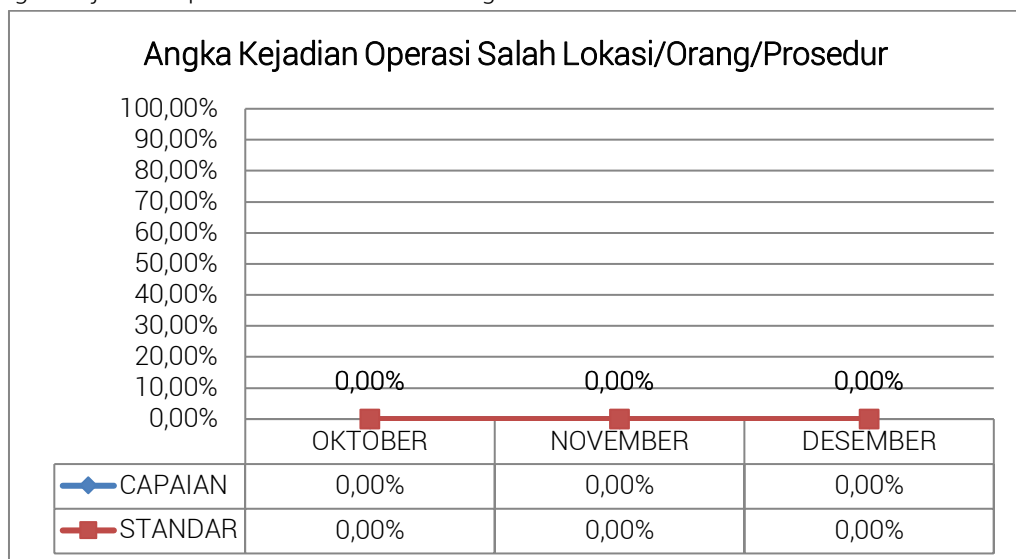
Gambar 2.15. Kepatuhan Kewaspadaan Obat *High Alert* Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Indikator Kepatuhan Kewaspadaan Obat *High Alert*, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober sampai dengan Desember, sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 100%, dapat dilihat pada Tabel 2.15.

Tabel 2.15. Kepatuhan Kewaspadaan Obat *High Alert* Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Kepatuhan Kewaspadaan Obat <i>High Alert</i>	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,0%

4) Angka Kejadian Operasi Salah Lokasi/Orang/Prosedur



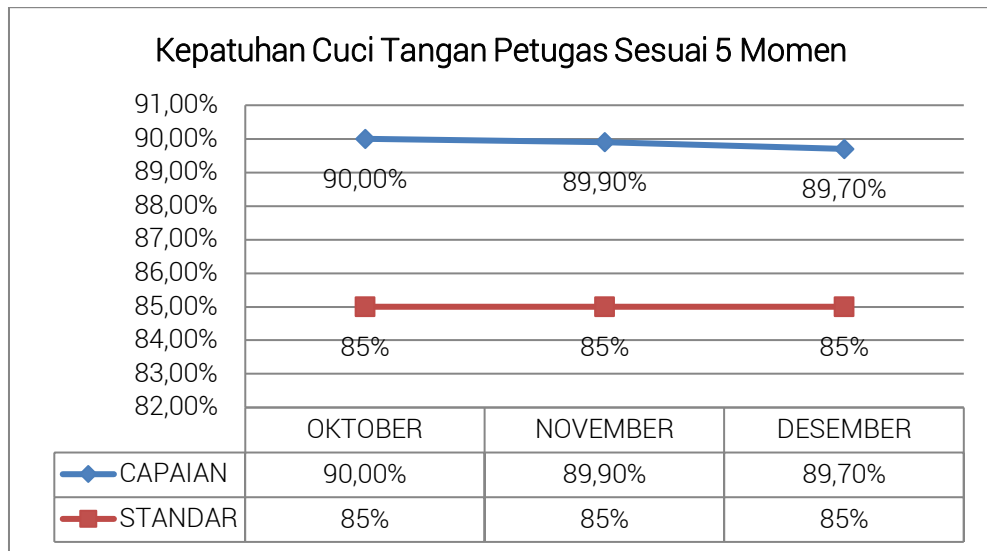
Gambar 2.16. Angka Kejadian Operasi Salah Lokasi/Orang/Prosedur Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Indikator Angka Kejadian Operasi Salah Lokasi/Orang/Prosedur, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober sampai dengan Desember, sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 0%, dapat dilihat pada Tabel 2.16.

Tabel 2.16. Angka Kejadian Operasi Salah Lokasi/Orang/Prosedur Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Angka Kejadian Operasi Salah Lokasi/Orang/Prosedur	0%	0%	0%	0%	0%

5) Kepatuhan Cuci Tangan Petugas Sesuai 5 Momen



Gambar 2.17. Kepatuhan Cuci Tangan Petugas Sesuai 5 Momen Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Indikator Kepatuhan Cuci Tangan Petugas Sesuai 5 Momen, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober sampai dengan Desember, sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar  $\geq 85\%$ , dapat dilihat pada Tabel 2.17.

Tabel 2.17. Kepatuhan Cuci Tangan Petugas Sesuai 5 Momen Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Kepatuhan Cuci Tangan Petugas Sesuai 5 Momen	$\geq 85\%$	90%	89,9%	89,7%	89,6%

6) Kepatuhan Penandaan Risiko Jatuh di Rawat Jalan



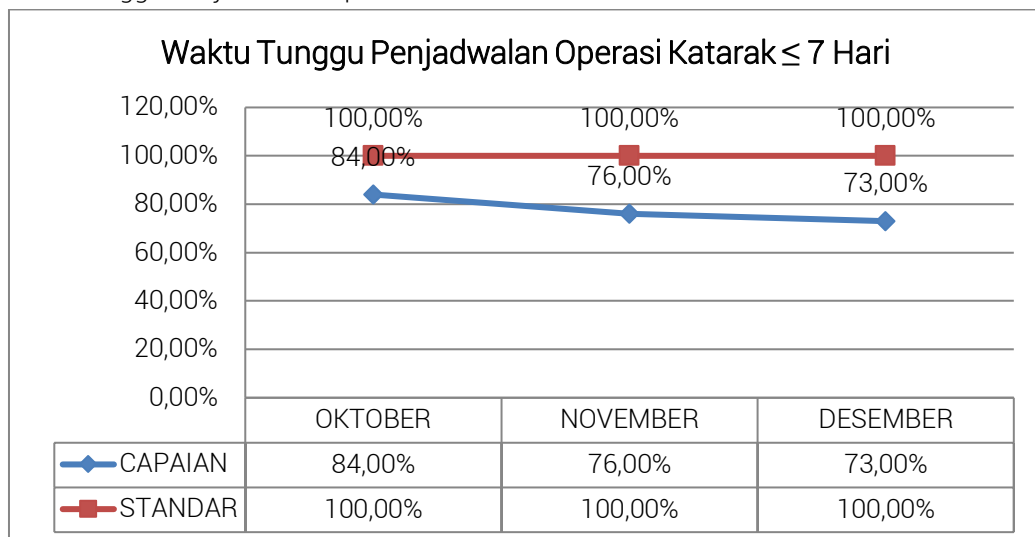
Gambar 2.18. Kepatuhan Penandaan Risiko Jatuh di Rawat Jalan Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Indikator Kepatuhan Penandaan Risiko Jatuh di Rawat Jalan, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober sampai dengan Desember, sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 100%, dapat dilihat pada Tabel 2.18.

Tabel 2.18. Kepatuhan Penandaan Risiko Jatuh di Rawat Jalan Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Kepatuhan Penandaan Risiko Jatuh di Rawat Jalan	100%	100%	100%	100%	100%

7) Waktu Tunggu Penjadwalan Operasi Katarak ≤ 7 Hari



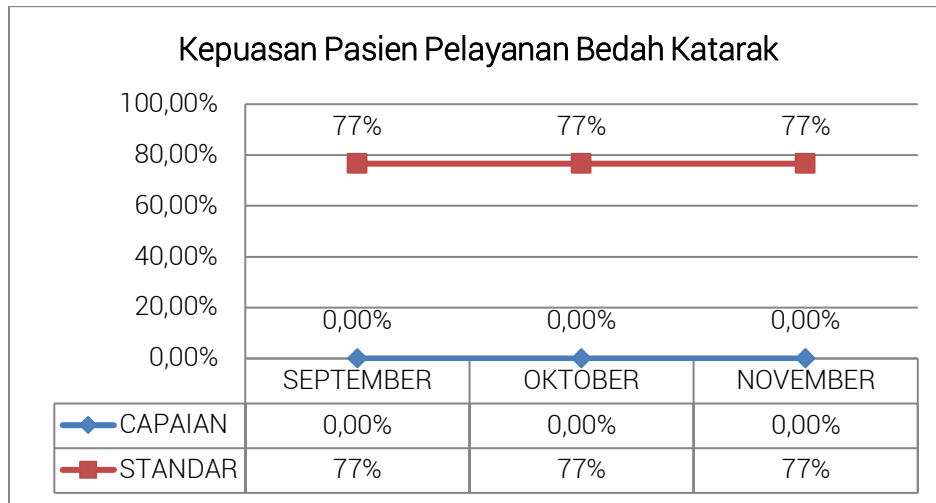
Gambar 2.19. Waktu Tunggu Penjadwalan Operasi Katarak ≤ 7 Hari Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Indikator Waktu Tunggu Penjadwalan Operasi Katarak  $\leq$  7 Hari, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober sampai dengan Desember 2022 belum sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 100%. Berdasarkan gambar 2.19 terdapat tren yang menurun sehingga diperlukan tindak lanjut agar dapat meningkatkan capaian menjadi 100%.

Tabel 2.19. Waktu Tunggu Penjadwalan Operasi Katarak  $\leq$  7 Hari Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Waktu Tunggu Penjadwalan Operasi Katarak $\leq$ 7 Hari	100%	84%	76%	73%	77,7%

8) Kepuasan Pasien Pelayanan Bedah Katarak



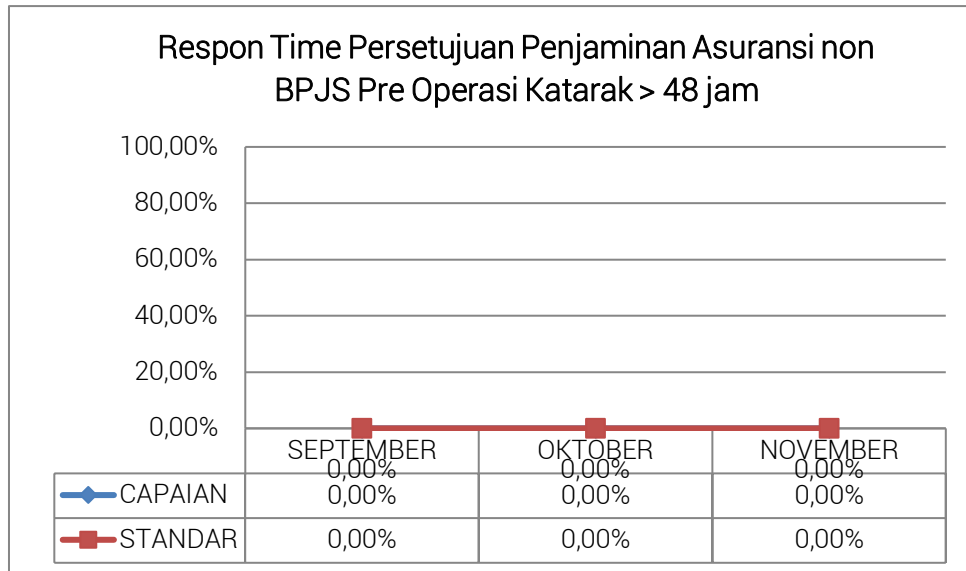
Gambar 2.20. Kepuasan Pasien Pelayanan Bedah Katarak Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Indikator Kepuasan Pasien Pelayanan Bedah Katarak, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober belum dapat diukur. Kepuasan pasien pelayanan bedah katarak diukur setiap semester, sehingga bulan September sampai dengan Desember belum dilakukan pengukuran. Rincian dapat dilihat pada Tabel 2.20.

Tabel 2.20. Kepuasan Pasien Pelayanan Bedah Katarak Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Kepuasan Pasien Pelayanan Bedah Katarak	80%	TDD	TDD	TDD	TDD

9) Respon Time Persetujuan Penjaminan Asuransi non BPJS Pre Operasi Katarak > 48 jam



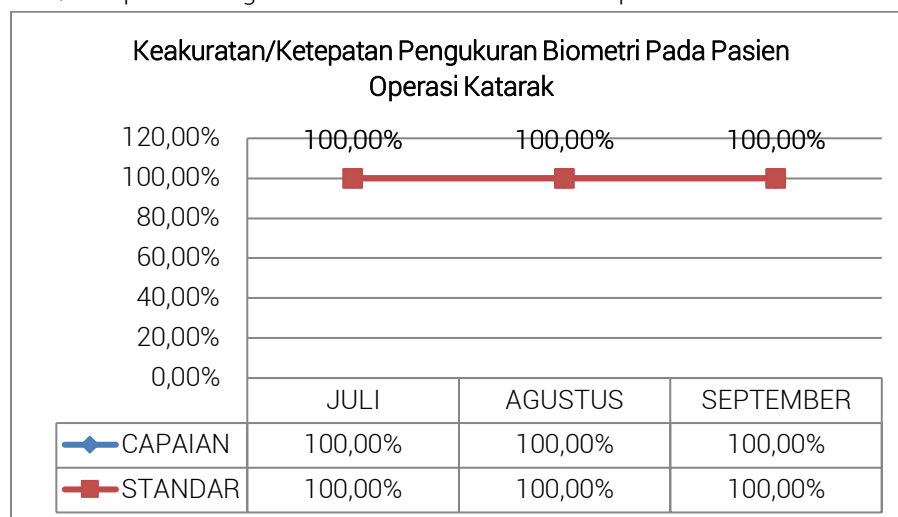
Gambar 2.21. Respon Time Persetujuan Penjaminan Asuransi non BPJS Pre Operasi Katarak > 48 jam Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Indikator Respon Time Persetujuan Penjaminan Asuransi non BPJS Pre Operasi Katarak > 48 jam, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober sampai dengan Desember, sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 0%, dapat dilihat pada Tabel 2.21.

Tabel 2.21. Respon Time Persetujuan Penjaminan Asuransi non BPJS Pre Operasi Katarak > 48 jam Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Respon Time Persetujuan Penjaminan Asuransi non BPJS Pre Operasi Katarak > 48 jam	0%	0%	0%	0%	0%

#### 10) Keakuratan/Ketepatan Pengukuran Biometri Pada Pasien Operasi Katarak



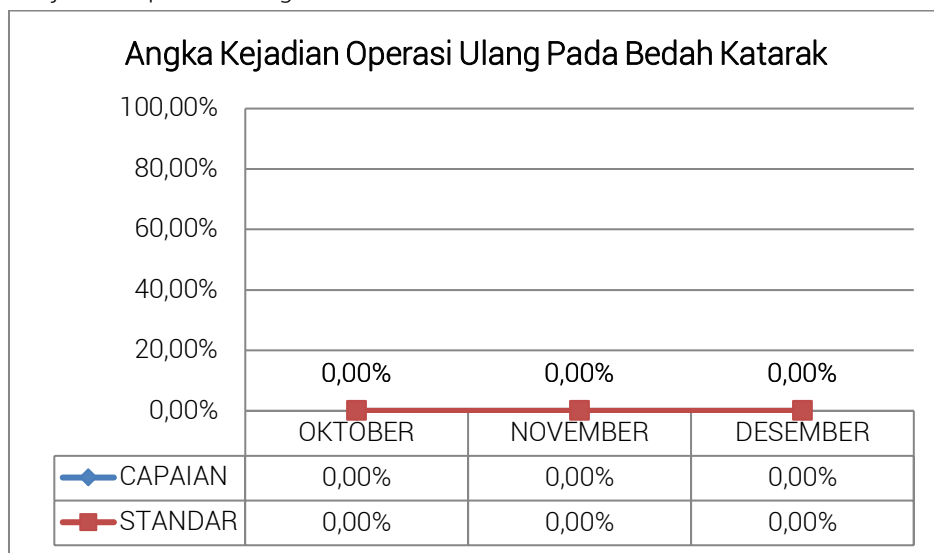
Gambar 2.22. Keakuratan/Ketepatan Pengukuran Biometri Pada Pasien Operasi Katarak Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Indikator Keakuratan/Ketepatan Pengukuran Biometri Pada Pasien Operasi Katarak, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober sampai dengan Desember, sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 100%, dapat dilihat pada Tabel 2.22.

Tabel 2.22. Keakuratan/Ketepatan Pengukuran Biometri Pada Pasien Operasi Katarak Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Keakuratan/Ketepatan Pengukuran Biometri Pada Pasien Operasi Katarak	100%	100%	100%	100%	100%

11) Angka Kejadian Operasi Ulang Pada Bedah Katarak



Gambar 2.23. Angka Kejadian Operasi Ulang Pada Bedah Katarak Periode Triwulan 4 Tahun 2022

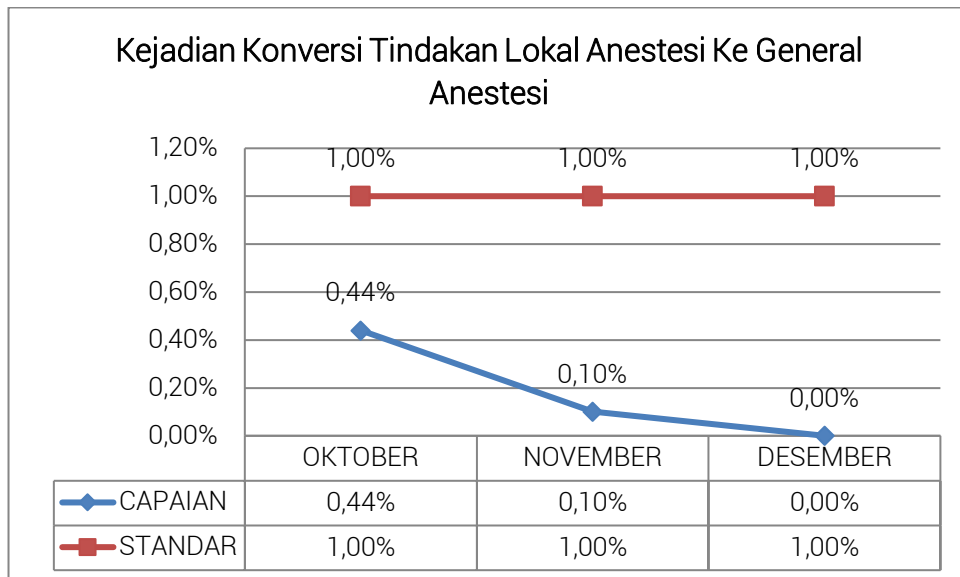
Indikator Angka Kejadian Operasi Ulang Pada Bedah Katarak, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober sampai dengan Desember, belum sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 0%, dapat dilihat pada Tabel 2.23.

Tabel 2.23. Angka Kejadian Operasi Ulang Pada Bedah Katarak Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Angka Kejadian Operasi Ulang Pada Bedah Katarak	0%	0%	0%	0%	0%

c. Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit)

1) Kejadian Konversi Tindakan Lokal Anestesi Ke General Anestesi



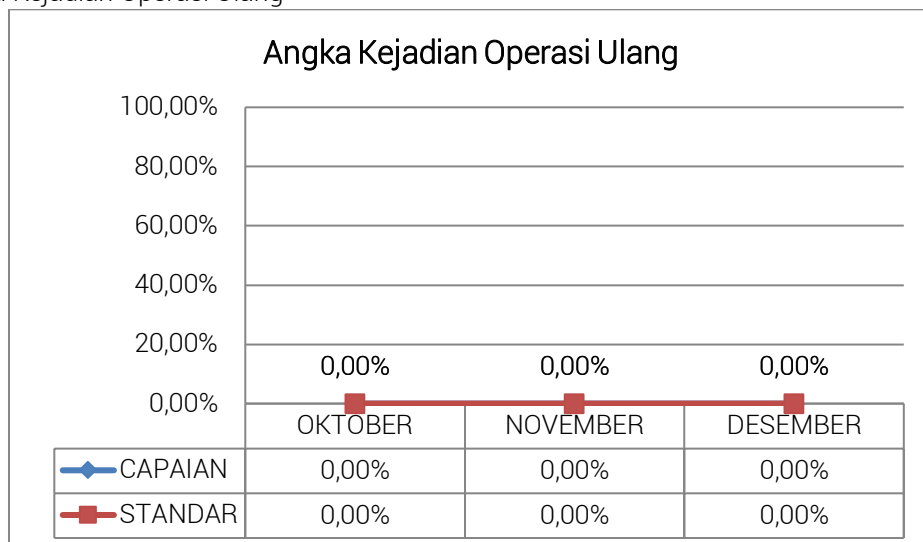
Gambar 2.24. Kejadian Konversi Tindakan Lokal Anestesi Ke General Anestesi Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Indikator Kejadian Konversi Tindakan Lokal Anestesi Ke General Anestesi, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober sampai dengan bulan Desember sudah sesuai dengan target sebesar 1%. Berdasarkan gambar 2.24 terlihat tren menurun untuk indikator Kejadian Konversi Tindakan Lokal Anestesi Ke General Anestesi periode Triwulan 4. Dari hasil uraian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.24.

Tabel 2.24. Kejadian Konversi Tindakan Lokal Anestesi Ke General Anestesi Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Kejadian Konversi Tindakan Lokal Anestesi ke General Anestesi	1%	0,44%	0,1%	0,00%	0,18%

2) Angka Kejadian Operasi Ulang



Gambar 2.25. Angka Kejadian Operasi Ulang Periode Triwulan 4 Tahun 2022

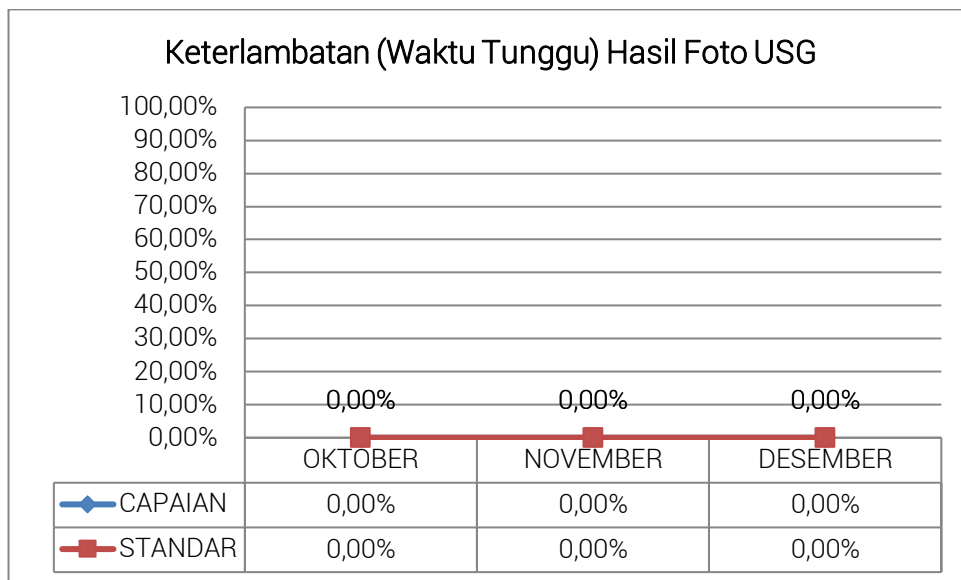


Berdasarkan dari capaian indikator Angka Kejadian Operasi Ulang, Periode Triwulan 4 bulan Oktober sampai dengan Desember sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 0%. Dari hasil uraian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.25.

Tabel 2.25. Angka Kejadian Operasi Ulang Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Angka Kejadian Operasi Ulang	0%	0,0%	0,00%	0,0%	0,0%

3) Keterlambatan (Waktu Tunggu) Hasil Foto USG



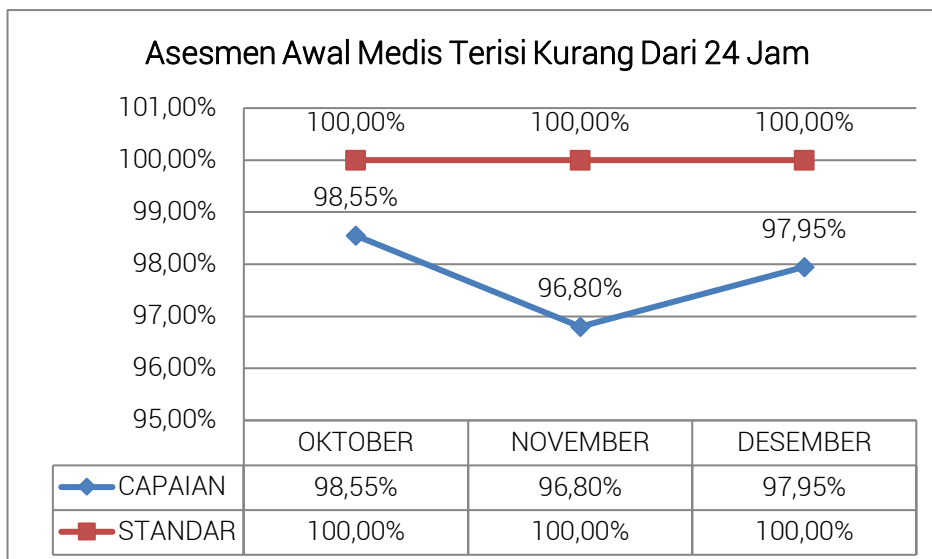
Gambar 2.26. Keterlambatan (Waktu Tunggu) Hasil Foto USG Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Berdasarkan gambar 2.26, Indikator Keterlambatan (Waktu Tunggu) Hasil Foto USG pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober sampai dengan Desember sudah memenuhi target yaitu 0%. Dari hasil uraian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.26.

Tabel 2.26. Keterlambatan (Waktu Tunggu) Hasil Foto USG Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Keterlambatan (Waktu Tunggu) Hasil Foto USG	0%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

4) Asesmen Awal Medis Terisi Kurang Dari 24 Jam



Gambar 2.27. Asesmen Awal Medis Terisi Kurang Dari 24 Jam Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Berdasarkan grafik assesmen awal terisi kurang dari 24 jam, di Triwulan 4 periode bulan Oktober sampai dengan bulan Desember 2022 belum memenuhi standar yaitu 100%. Pada bulan Oktober sebesar 98,55%, bulan November menurun menjadi 96,8% dan pada bulan Desember meningkat menjadi 97,95%. Dari hasil uraian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.27.

Tabel 2.27. Asesmen Awal Terisi Kurang Dari 24 Jam Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Asesmen Awal Terisi Kurang Dari 24 Jam	100%	98,55%	96,8%	97,95%	97,77%

5) Kesesuaian Baku Mutu Pemeriksaan Mikrobiologi Air Bersih



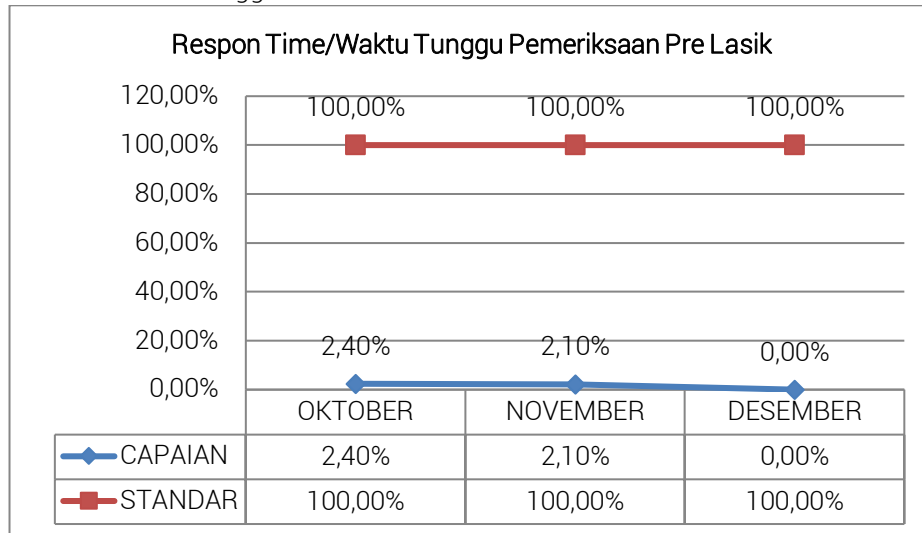
Gambar 2.28. Kesesuaian Baku Mutu Pemeriksaan Mikrobiologi Air Bersih Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Indikator Kesesuaian Baku Mutu Pemeriksaan Mikrobiologi Air Bersih, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober sampai dengan Desember sudah memenuhi target yaitu 100%. Dari hasil uraian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.28.

Tabel 2.28. Kesesuaian Baku Mutu Pemeriksaan Mikrobiologi Air Bersih Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Kesesuaian Baku Mutu Pemeriksaan Mikrobiologi Air Bersih	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100%

6) Respon Time/Waktu Tunggu Pemeriksaan Pre Lasik



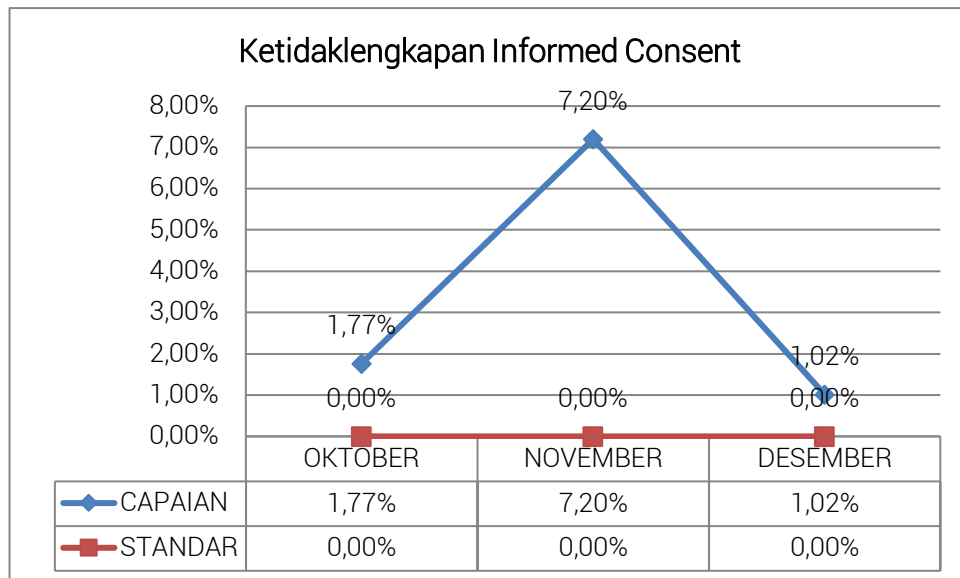
Gambar 2.29. Respon Time/Waktu Tunggu Pemeriksaan Pre Lasik Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Indikator Respon Time/Waktu Tunggu Pemeriksaan Pre Lasik, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober sampai dengan Desember, belum sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 100%. Capaian pada bulan Oktober dan November masing-masing sebesar 2,4% dan 2,1% tetapi menurun menjadi 0% pada bulan Desember. Dari hasil uraian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.29.

Tabel 2.29. Respon Time/Waktu Tunggu Pemeriksaan Pre Lasik Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Respon Time/Waktu Tunggu Pemeriksaan Pre Lasik	100%	2,4%	2,1%	0%	1,5%

7) Ketidaklengkapan Informed Consent



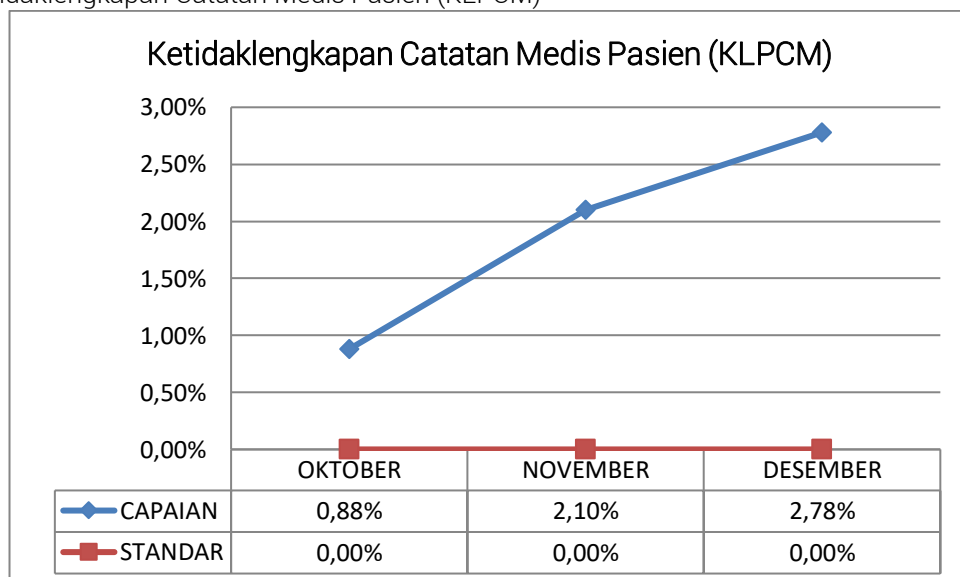
Gambar 2.30. Ketidaklengkapan *Informed Consent* Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Berdasarkan dari capaian indikator Ketidaklengkapan *Informed Consent*, Periode Triwulan 4 belum sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 0%. Capaian dari bulan Oktober sampai dengan Desember berturut-turut adalah 0,14%, 0,64%, dan 0,92%. Dari hasil uraian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.30.

Tabel 2.30. Ketidaklengkapan *Informed Consent* Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Ketidaklengkapan <i>Informed Consent</i>	0%	1,77%	7,2%	1,02%	3,33%

8) Ketidaklengkapan Catatan Medis Pasien (KLPCM)



Gambar 2.31. Ketidaklengkapan Catatan Medis Pasien (KLPCM) Periode Triwulan 4 Tahun 2022

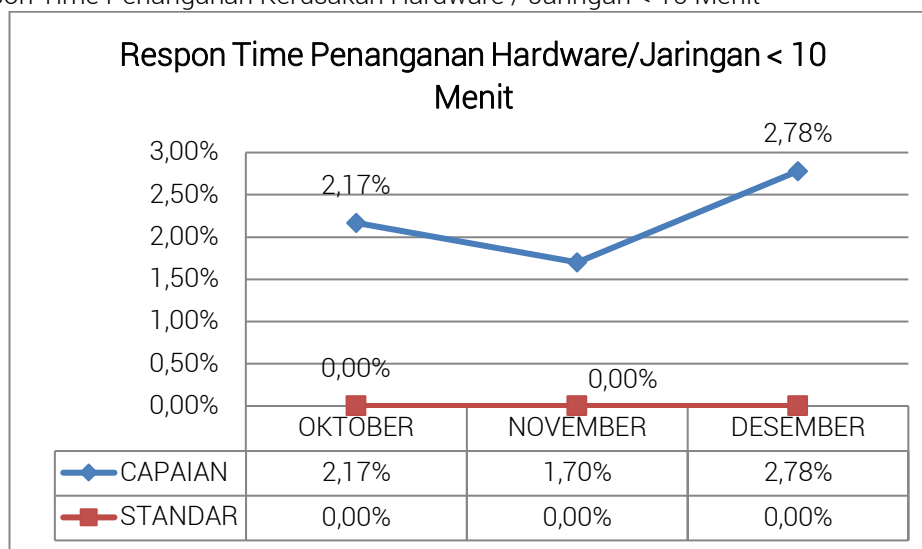
Berdasarkan dari capaian indikator Ketidaklengkapan Catatan Medis Pasien (KLPCM), Periode Triwulan 4 bulan Oktober sampai dengan Desember belum sesuai dengan target

yang ditentukan sebesar 0%. Pada bulan Oktober capaian sebesar 0,88%, sedangkan bulan November dan Desember menjadi 2,1%, dan 2,78%. Dari hasil uraian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.31.

Tabel 2.31. Ketidaklengkapan Catatan Medis Pasien (KLPCM) Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Ketidaklengkapan Catatan Medis Pasien (KLPCM)	0%	0,88%	2,1%	2,78%	1,92%

9) Respon Time Penanganan Kerusakan Hardware / Jaringan < 10 Menit



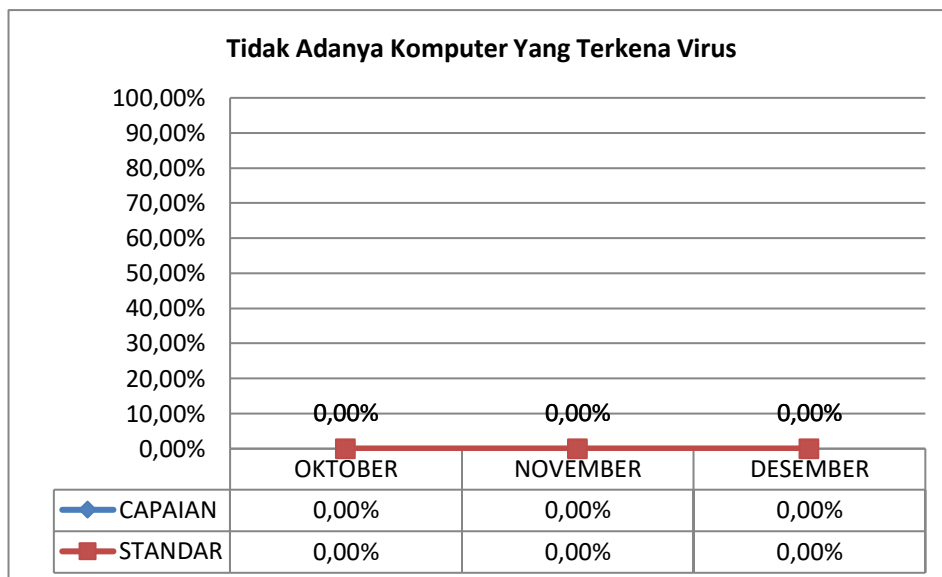
Gambar 2.32. Respon Time Penanganan Kerusakan Hardware / Jaringan < 10 Menit Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Berdasarkan grafik Respon Time Penanganan Kerusakan Hardware / Jaringan < 10 Menit pada periode Triwulan 4 tahun 2022 tidak memenuhi standar 0%. Pada bulan Oktober capaian adalah 2,17% dan menurun pada bulan November menjadi 1,7% kemudian meningkat pada bulan Desember menjadi 2,78%. Dari hasil uraian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.32.

Tabel 2.32. Respon Time Penanganan Kerusakan Hardware / Jaringan < 10 Menit Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Respon Time Penanganan Kerusakan Hardware / Jaringan < 10 Menit	0%	2,17%	1,7%	2,78%	2,21 %

10) Tidak Adanya Komputer Yang Terkena Virus



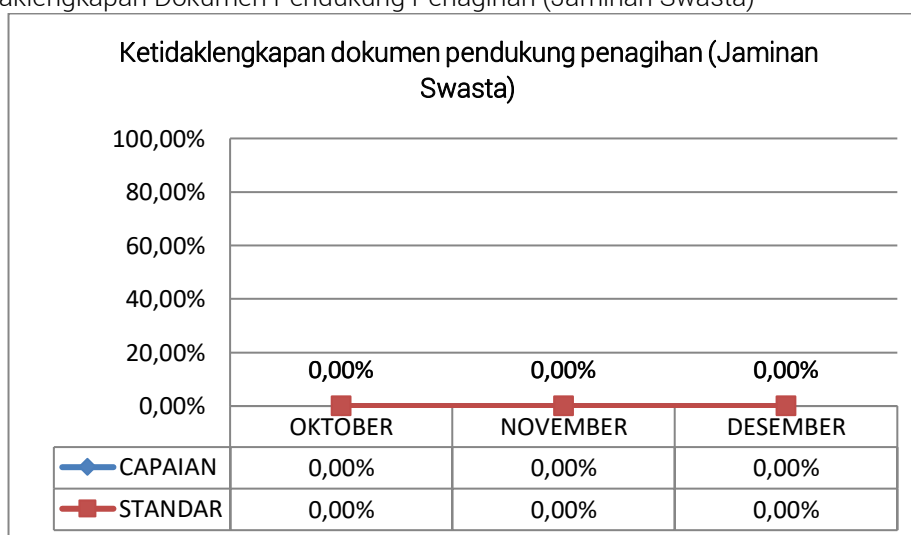
Gambar 2.33. Tidak Adanya Komputer Yang Terkena Virus Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Berdasarkan dari capaian indikator Tidak Adanya Komputer Yang Terkena Virus, Periode Triwulan 4 bulan November dan Desember sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 0%. Dari hasil uraian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.33

Tabel 2.33. Tidak Adanya Komputer Yang Terkena Virus Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Tidak Adanya Komputer Yang Terkena Virus	0%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

11) Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung Penagihan (Jaminan Swasta)



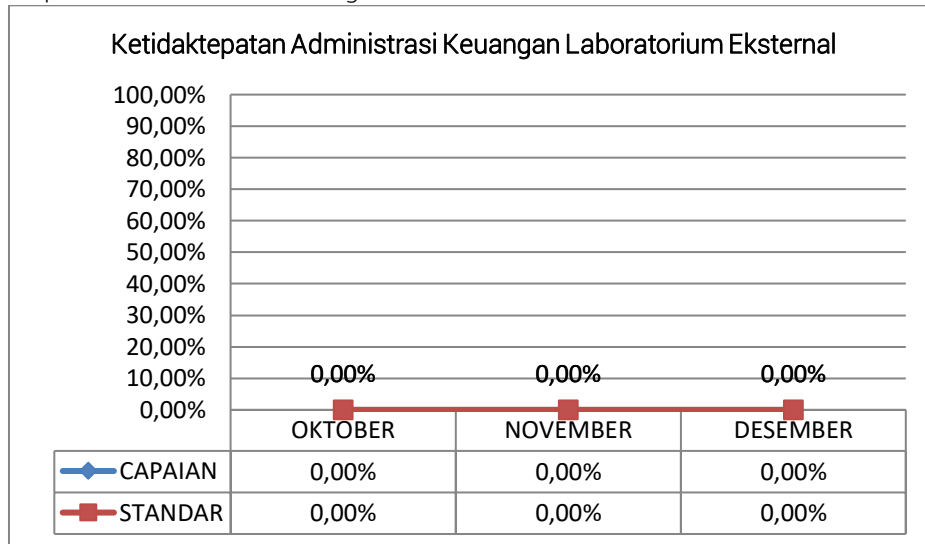
Gambar 2.34. Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung Penagihan (Jaminan Swasta) Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Berdasarkan dari capaian indikator Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung Penagihan (Jaminan Swasta), Periode Triwulan 4 bulan Oktober sampai dengan Desember sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 0%. Dari hasil uraian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.34.

Tabel 2.34. Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung Penagihan (Jaminan Swasta) Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung Penagihan (Jaminan Swasta)	0%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

12) Ketidaktepatan Administrasi Keuangan Laboratorium Eksternal



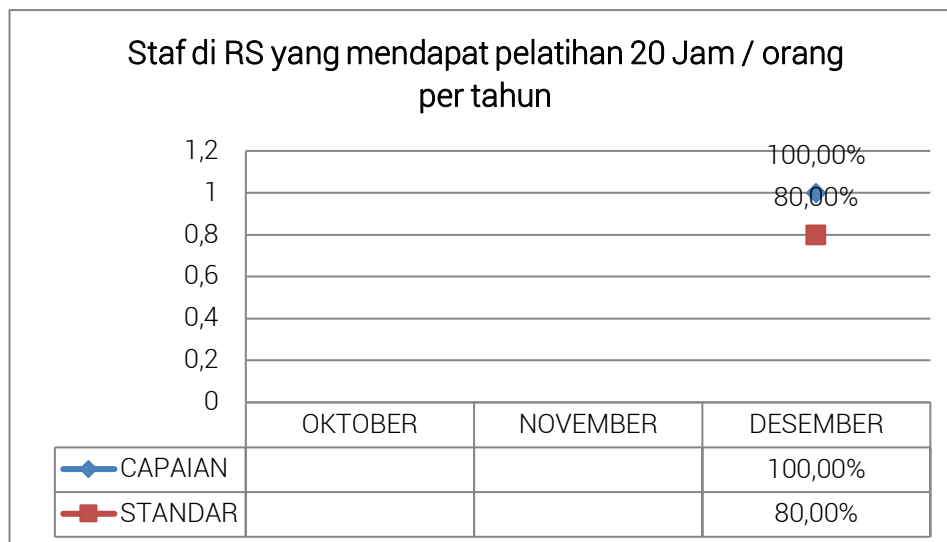
Gambar 2.35. Ketidaktepatan Administrasi Keuangan Laboratorium Eksternal Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Berdasarkan dari capaian indikator Ketidaktepatan Administrasi Keuangan Laboratorium Eksternal, Periode Triwulan 4 bulan Oktober sampai dengan Desember sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 0%. Dari hasil uraian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.35.

Tabel 2.35. Ketidaktepatan Administrasi Keuangan Laboratorium Eksternal Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Ketidaktepatan Administrasi Keuangan Laboratorium Eksternal	0%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

13) Staf di RS Yang Mendapat Pelatihan 20 Jam / Orang Per Tahun



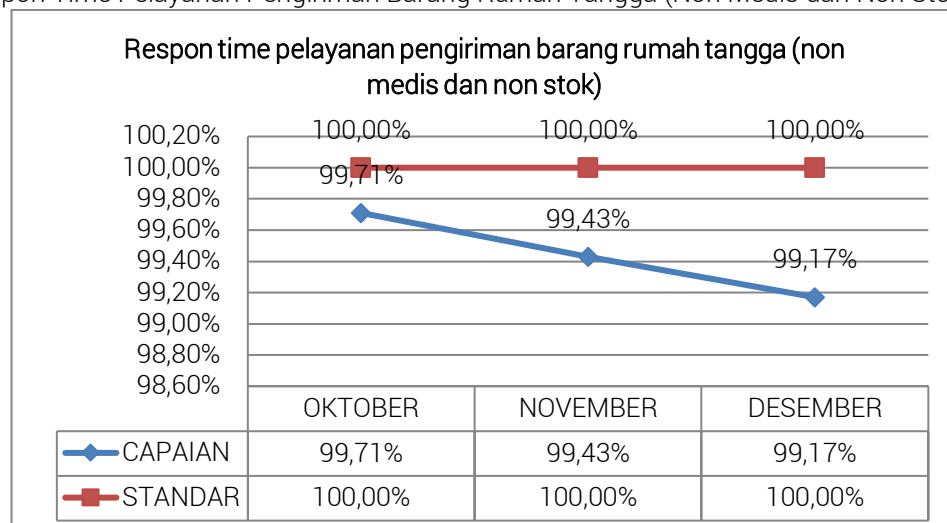
Gambar 2.36. Staf di RS Yang Mendapat Pelatihan 20 Jam / Orang Per Tahun Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Berdasarkan dari capaian indikator Staf di RS Yang Mendapat Pelatihan 20 Jam / Orang Per Tahun, Periode Triwulan 4 Tahun 2022 pada bulan Oktober sampai dengan bulan Desember belum bisa diukur karena periode analisisnya adalah per tahun. Dari hasil uraian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.36.

Tabel 2.36. Staf di RS Yang Mendapat Pelatihan 20 Jam / Orang Per Tahun Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Staf di RS Yang Mendapat Pelatihan 20 Jam / Orang Per Tahun	80%	TDD	TDD	100%	100%

14) Respon Time Pelayanan Pengiriman Barang Rumah Tangga (Non Medis dan Non Stok)



Gambar 2.37. Respon Time Pelayanan Pengiriman Barang Rumah Tangga (Non Medis dan Non Stok) Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Berdasarkan dari capaian indikator Respon Time Pelayanan Pengiriman Barang Rumah Tangga (Non Medis dan Non Stok), Periode Triwulan 4 bulan Oktober sampai dengan

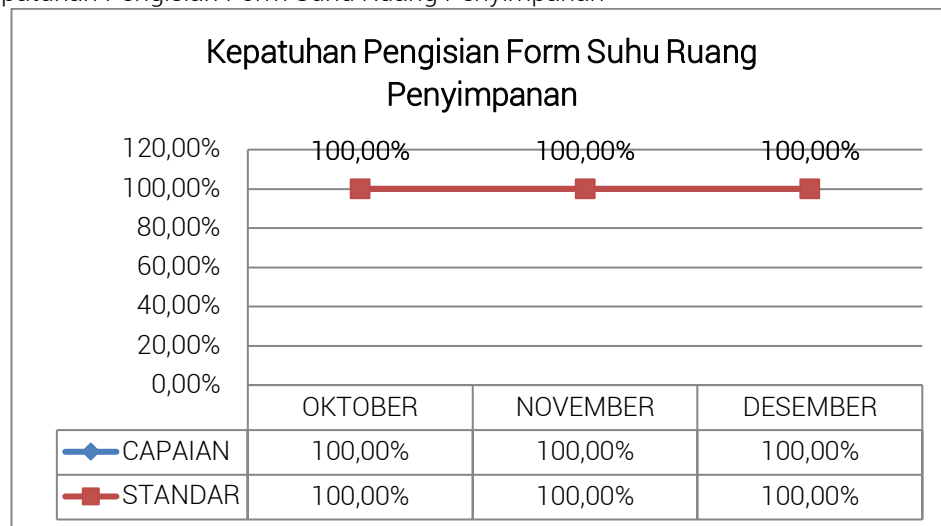


Desember belum sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 100%. Capaian pada bulan Oktober sebesar 99,71% kemudian pada bulan November menurun menjadi 99,43% dan pada bulan Desember menurun menjadi 99,17%. Dari uraian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.37.

Tabel 2.37. Respon Time Pelayanan Pengiriman Barang Rumah Tangga (Non Medis dan Non Stok) Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Respon Time Pelayanan Pengiriman Barang Rumah Tangga (Non Medis dan Non Stok)	100%	99,71%	99,43%	99,17%	99,43%

15) Kepatuhan Pengisian Form Suhu Ruang Penyimpanan



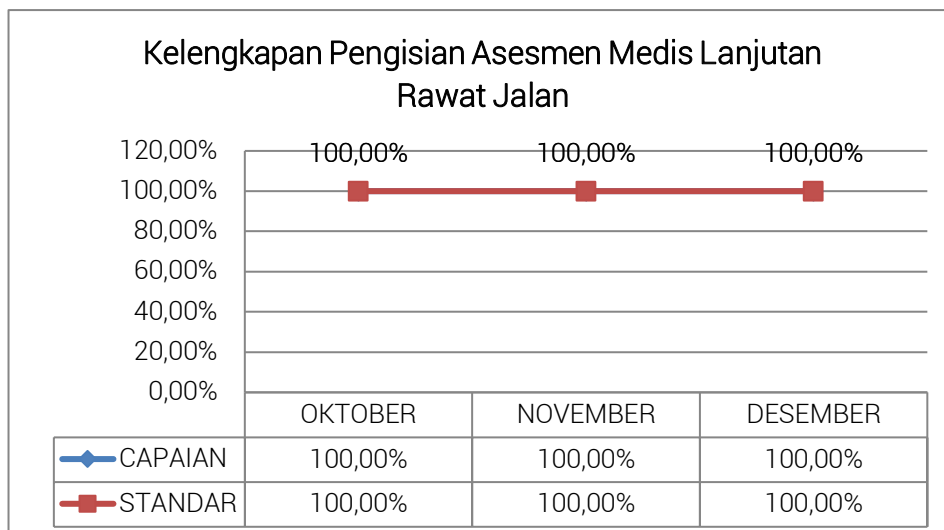
Gambar 2.38. Kepatuhan Pengisian Form Suhu Ruang Penyimpanan Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Berdasarkan dari capaian indikator Kepatuhan Pengisian Form Suhu Ruang Penyimpanan, Periode Triwulan 4 bulan Oktober dan November sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 100% tetapi pada bulan Desember terdapat penurunan sehingga capaian menjadi 99%. Dari hasil uraian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.38.

Tabel 2.38. Kepatuhan Pengisian Form Suhu Ruang Penyimpanan Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Kepatuhan Pengisian Form Suhu Ruang Penyimpanan	100%	100%	100%	100%	100%

16) Kelengkapan Pengisian Asesmen Medis Lanjutan Rawat Jalan



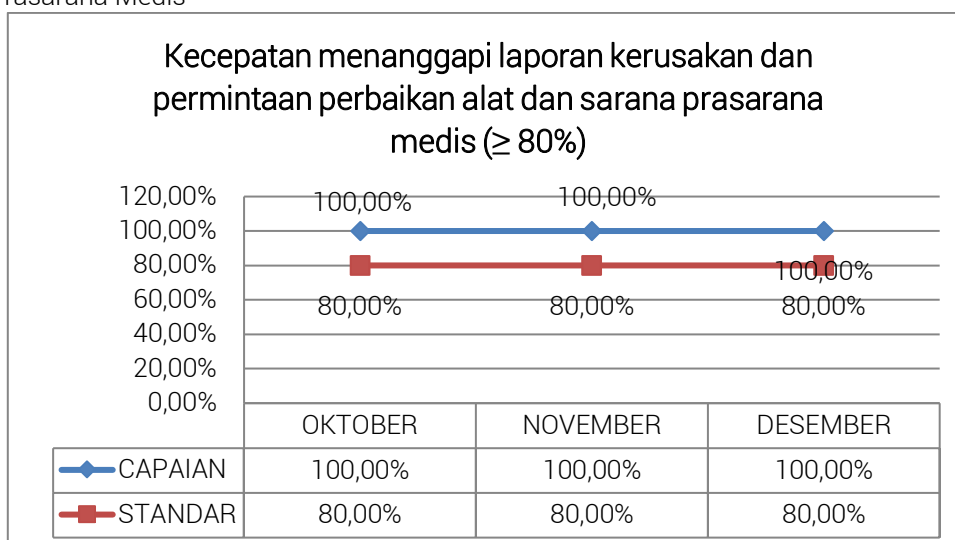
Gambar 2.39. Kelengkapan Pengisian Asesmen Medis Lanjutan Rawat Jalan Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Berdasarkan dari capaian indikator Kelengkapan Pengisian Asesmen Medis Lanjutan Rawat Jalan, Periode Triwulan 4 bulan Oktober sampai dengan Desember sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 100%. Dari hasil uraian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.39.

Tabel 2.39. Kelengkapan Pengisian Asesmen Medis Lanjutan Rawat Jalan Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Kelengkapan Pengisian Asesmen Medis Lanjutan Rawat Jalan	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

17) Kecepatan Menanggapi Laporan Kerusakan Dan Permintaan Perbaikan Alat Dan Sarana Prasarana Medis



Gambar 2.40. Kecepatan Menanggapi Laporan Kerusakan dan Permintaan Perbaikan Alat dan Sarana Prasarana Medis Periode Triwulan 4 Tahun 2022

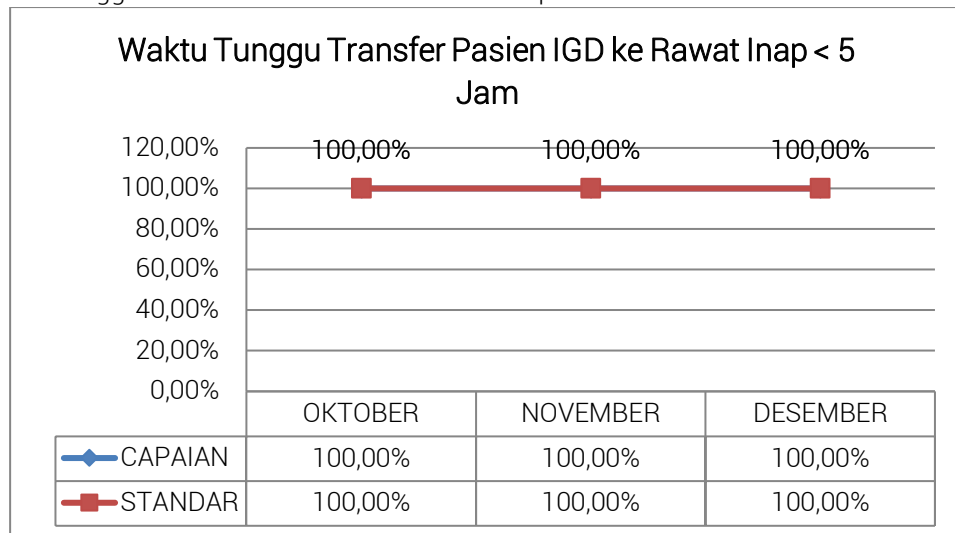
Indikator Kecepatan Menanggapi Laporan Kerusakan dan Permintaan Perbaikan Alat dan Sarana Prasarana Medis, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022 bulan Oktober sampai

dengan Desember, tercapai lebih dari target yang ditentukan sebesar  $\geq 80\%$ . Dari hasil uraian tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.40.

Tabel 2.40. Kecepatan Menanggapi Laporan Kerusakan dan Permintaan Perbaikan Alat dan Sarana Prasarana Medis Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Kecepatan Menanggapi Laporan Kerusakan dan Permintaan Perbaikan Alat dan Sarana Prasarana Medis	$\geq 80\%$	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

18) Waktu Tunggu Transfer Pasien IGD ke Rawat Inap < 5 Jam



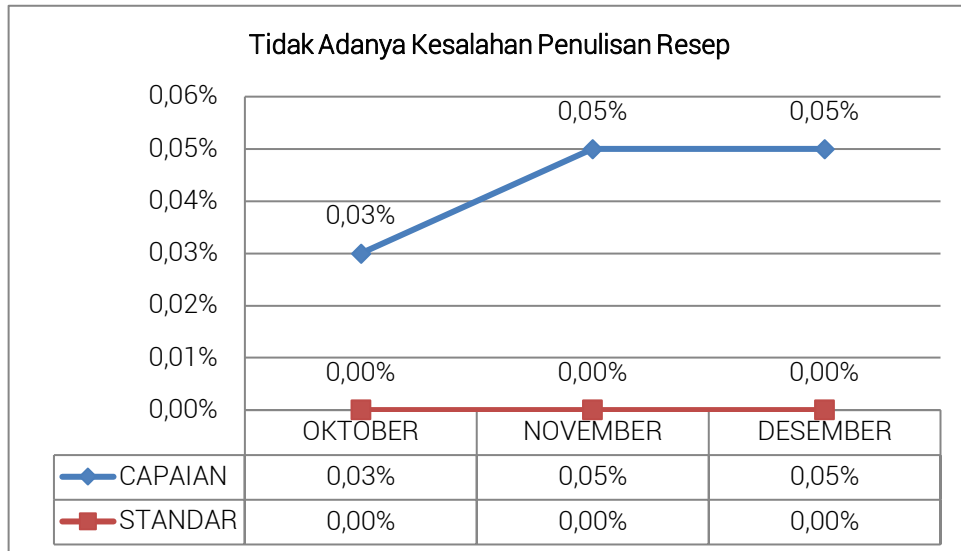
Gambar 2.41. Waktu Tunggu Transfer Pasien IGD ke Rawat Inap Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Indikator Waktu Tunggu Transfer Pasien IGD ke Rawat Inap, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober sampai dengan Desember, sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 100%, dapat dilihat pada Tabel 2.41.

Tabel 2.41. Waktu Tunggu Transfer Pasien IGD ke Rawat Inap Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Waktu Tunggu Transfer Pasien IGD ke Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%

19) Tidak Adanya Kesalahan Penulisan Resep



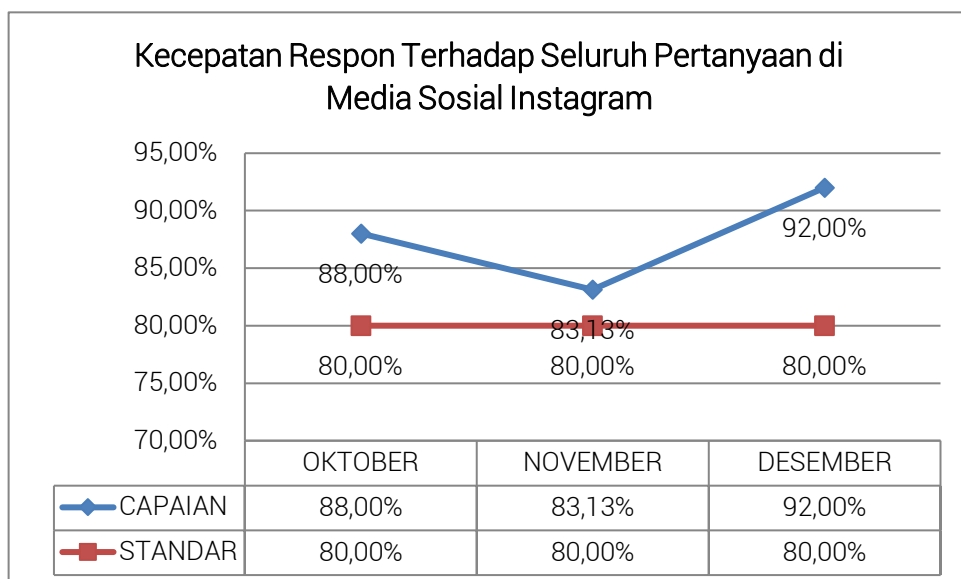
Gambar 2.42. Tidak Adanya Kesalahan Penulisan Resep Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Indikator Tidak Adanya Kesalahan Penulisan Resep, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober sampai dengan Desember, belum sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 0%, dapat dilihat pada Tabel 2.42.

Tabel 2.42. Tidak Adanya Kesalahan Penulisan Resep Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Tidak Adanya Kesalahan Penulisan Resep	0%	0,03%	0,05%	0,05%	0,04%

20) Kecepatan Respon Terhadap Seluruh Pertanyaan di Media Sosial Instagram



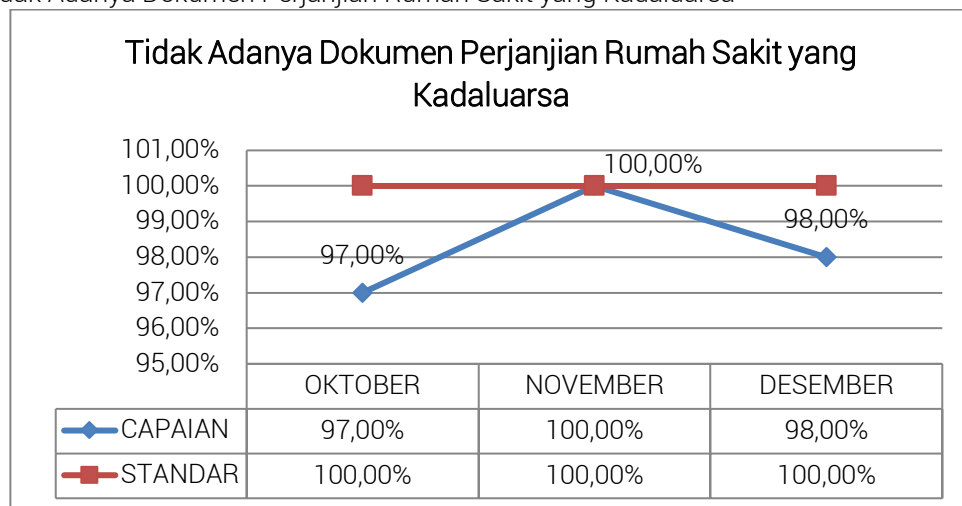
Gambar 2.43. Kecepatan Respon Terhadap Seluruh Pertanyaan di Media Sosial Instagram Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Indikator Kecepatan Respon Terhadap Seluruh Pertanyaan di Media Sosial Instagram, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober belum sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 80%. Pada Bulan November dan Desember dapat dilihat pada Tabel 2.43.

Tabel 2.43. Kecepatan Respon Terhadap Seluruh Pertanyaan di Media Sosial Instagram Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Kecepatan Respon Terhadap Seluruh Pertanyaan di Media Sosial Instagram	80%	88%	83,13%	92%	87,71%

21) Tidak Adanya Dokumen Perjanjian Rumah Sakit yang Kadaluarasa



Gambar 2.44. Tidak Adanya Dokumen Perjanjian Rumah Sakit yang Kadaluarasa Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Indikator Tidak Adanya Dokumen Perjanjian Rumah Sakit yang Kadaluarasa, pada Periode Triwulan 4 Tahun 2022, Bulan Oktober dan Desember belum sesuai dengan target yang ditetapkan yaitu 97% dan 98%. Capaian pada bulan November sudah memenuhi target 100%. Rincian dapat dilihat pada Tabel 2.44.

Tabel 2.44. Tidak Adanya Dokumen Perjanjian Rumah Sakit yang Kadaluarasa Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Nama Indikator	Target	Oktober	November	Desember	Rata-Rata
Tidak Adanya Dokumen Perjanjian Rumah Sakit yang Kadaluarasa	100%	97%	100%	98%	98,33%

## 2.2 Pencatatan Insiden Keselamatan Pasien

Berikut ini adalah pencatatan insiden keselamatan pasien (IKP) yang dilakukan selama periode Oktober sampai dengan Desember Tahun 2022, pencatatan tersebut berdasarkan insiden yang terjadi di lingkungan Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.



Gambar 2.45. Jumlah Insiden Keselamatan Pasien Periode Triwulan 4 Tahun 2022

Pada grafik di atas, menunjukkan jumlah insiden keselamatan pasien yang terjadi pada bulan Oktober sampai dengan Desember 2022. Terdapat 58 kejadian insiden keselamatan pasien yang terdiri dari 21 Kejadian Nyaris Cedera (KNC), 7 Kejadian Tidak Cedera (KTC), 2 Kejadian Potensial Cedera Signifikan (KPCS), dan 28 Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Pada periode Triwulan 4 Tahun 2022 tidak terdapat (0 Kejadian) Kejadian Sentinel. Berikut rincian insiden keselamatan pasien berdasarkan periode bulan pada triwulan 4 tahun 2022:

Tabel 2.45 Insiden Keselamatan Pasien Periode Triwulan 4 Tahun 2022

NO	Bulan	Jenis	Kejadian
1	Oktober	KNC	Pendamping pasien belum melakukan swab antigen saat mendampingi pasien MRS; Ketidaksesuaian pemberian buku rekam medik pasien; Ketidaksesuaian penulisan tindakan op (OD/OS) di SPRI s/d pengukuran biometri; Salah identitas (salah stiker) pada resep, dan Salah signa
		KTC	Pasien jatuh dikamar mandi (terpeleset)
		KPCS	Hasil cetakan stiker pasien tidak tercetak dengan lengkap
		KTD	Pasien Kejang setelah pemberian gliserin
2	November	KNC	- 3 kejadian salah signa pada resep - 8 kejadian salah stiker pasien
		KTC	Pemberian terapi tanpa indikasi; salah tempel stiker di lembar edukasi pasien pulang; Buku status RM pasien hilang; Perawat keliru melaporkan ke DPJP perihal hasil NCT; Salah penulisan OD/OS di RM (casemix) dan di RM 13a; dan Salah penulisan OD/OS di RM, serta salah penulisan visus

		KTD	Terdapat 16 kejadian peradangan pasca operasi pada bulan November 2022
3	Desember	KNC	- 1 kejadian salah tempel stiker pada berkas RM - 2 kejadian salah signa resep - 1 kejadian tidak ada hasil specmic yang tertulis di SPRI
		KPCS	Terdapat 1 kejadian yaitu hasil specmic tidak ada identitas pasien
		KTD	Terdapat 11 kejadian peradangan pasca operasi pada bulan Desember 2022

### 2.3 Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien

Penerapan 6 Sasaran Keselamatan Pasien dilaksanakan oleh Komite Mutu dengan Tim SKP RS Mata Undaan Surabaya. Penerapan tersebut sesuai dengan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit yang salah satu jenisnya adalah terkait 6 SKP. Hasil pemantauan indikator mutu 6 SKP dalam dilihat pada bab 2.1.

### 2.4 Evaluasi Kontrak Klinis dan Kontrak Manajemen

Rumah sakit dapat memilih pelayanan yang akan diberikan kepada pasien apakah akan memberikan pelayanan secara langsung atau tidak langsung misalnya rujukan, konsultasi atau perjanjian kontrak lainnya. Pimpinan rumah sakit menetapkan jenis dan ruang lingkup layanan yang akan dikontrakkan baik kontrak klinis maupun kontrak manajemen. Jenis dan ruang lingkup layanan tersebut kemudian dituangkan dalam kontrak/perjanjian untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan memenuhi kebutuhan pasien. Pengukuran dan evaluasi indikator mutu berdasarkan standar PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) 3 yang tertuang dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit tahun 2022, terdiri dari Indikator Nasional Mutu (INM), Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS), dan Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit).

Lingkup pengukuran indikator mutu tidak berhenti pada 3 jenis indikator tersebut, melainkan setiap unit/instalasi juga harus menetapkan indikator terhadap pelayanan yang dikontrakkan sesuai dengan kontrak/perjanjian di unit/instalasi terkait. Setiap Unit/Instalasi sudah menyerahkan hasil pengukuran terhadap indikator mutu pelayanan kontrak di masing-masing Unit/Instalasi nya. Laporan disusun secara terpisah dari laporan ini dan pelaporannya setiap semester dan tahunan.

### 2.5 Menerapkan PPK, Pengukuran *Clinical Pathway*, dan Audit Medis

Berdasarkan hasil rapat Komite Mutu, Komite Medik, Direksi, dan Komite Lain didapatkan hasil penerapan 5 evaluasi pelayanan prioritas standar pelayanan kedokteran dengan rincian sebagai berikut:

- a. Katarak senilis
- b. Katarak kongenital
- c. Katarak dengan diabetes
- d. Katarak dengan hipertensi
- e. Katarak dengan komplikata

Evaluasi kepatuhan *clinical pathway* dilakukan terhadap 5 jenis PPK tersebut di atas, Hasil pengukuran, masuk dalam indikator nasional mutu (INM) yang sudah disebutkan pada bab 2.1.

### 2.6 Mengukur Dampak Efisiensi

Pengukuran dampak efisiensi terhadap keuangan dan SDM sudah dilakukan dengan menghitung *Length of Stay* hasil penerapan *Clinical Pathway*. Laporan disusun terpisah dengan laporan ini.

**BAB III**  
**HASIL YANG DICAPAI**

**3.1 Pemantauan Indikator Mutu**  
**a. Indikator Mutu Wajib**

Tabel 3.1 Capaian Data Indikator Wajib Periode Triwulan 4 Bulan Oktober - Desember Tahun 2022

No	Nama Indikator	Target	PIC	Oktober	November	Desember	Rata-Rata	Keterangan
1	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 80%	Inst. Farmasi	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	Tercapai
2	Penundaan Operasi Elektif	≤ 5%	Inst. Kamar Operasi	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	Tercapai
3	Pelaporan Hasil Tes Kritis laboratorium	100%	Inst. Penunjang Medis	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	Tercapai
4	Kepatuhan Waktu Visite Dokter	≥ 80%	Inst. Rawat Inap	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	Tercapai
5	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	Inst. Rawat Inap	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	Tercapai
6	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	≥ 80%	Komite Medik	95,15%	92,88%	94,64%	94,22%	Tercapai
7	Waktu Tunggu Rawat Jalan	< 60 Menit	Inst. Rawat Jalan	85,6	84,92	83,73	85	Tidak Tercapai
8	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 85%	PPI	90,00%	89,90%	89,70%	89,87%	Tercapai
9	Kepatuhan Penggunaan APD	100%	PPI	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	Tercapai
10	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	SKP	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	Tercapai
11	Kepuasan Pasien	≥ 80%	Pemasaran & HK	TDD			92,18%	Tercapai
12	Kecepatan Respon Terhadap Komplain	≥ 80%	Pemasaran & HK	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	Tercapai
13	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi	≥ 80%	<i>Tidak diukur</i>					



b. Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit

Tabel 3.2 Capaian Data Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit Periode Triwulan 4 Bulan Oktober - Desember Tahun 2022

NO	NAMA INDIKATOR	TARGET	PIC	Oktober	November	Desember	Rata-rata	Keterangan
1	Angka Kejadian Salah Penempelan Stiker Identitas di SPRI Rawat Inap	0%	Tim SKP	0%	0%	0%	0%	Tercapai
2	Kepatuhan Petugas Melakukan Verbal Order Melalui Telepon	100%	Tim SKP	100%	100%	100%	100%	Tercapai
3	Kepatuhan Kewaspadaan Obat <i>High Alert</i>	100%	Tim SKP	100%	100%	100%	100%	Tercapai
4	Angka Kejadian Operasi Salah Lokasi/Orang/Prosedur	0%	Tim SKP	0%	0%	0%	0%	Tercapai
5	Kepatuhan Cuci Tangan Petugas Sesuai 5 Momen	≥ 85 %	Tim SKP	90,00%	89,90%	89,70%	90%	Tercapai
6	Kepatuhan Penandaan Risiko Jatuh di Rawat Jalan	100%	Tim SKP	100%	100%	100%	100%	Tercapai
7	Waktu Tunggu Penjadwalan Operasi Katarak ≤ 7 Hari	100%	Rawat Jalan	84%	76%	73%	78%	Tidak Tercapai
8	Kepuasan Pasien Pelayanan Bedah Katarak	≥ 80 %	Pemasaran dan HK	<i>TDD</i>			93%	Tercapai
9	Respon Time Persetujuan Penjaminan Asuransi non BPJS Pre Operasi Katarak > 48 jam	0%	LBA	0%	0%	0%	0%	Tercapai
10	Keakuratan/Ketepatan Pengukuran Biometri Pada Pasien Operasi Katarak	100%	IPDT	100%	100%	100%	100%	Tercapai
11	Angka Kejadian Operasi Ulang Pada Bedah Katarak	0%	Kamar Operasi	0%	0%	0%	0%	Tercapai

c. Indikator Mutu Prioritas Unit

Tabel 3.3 Capaian Data Indikator Mutu Lokal Periode Triwulan 4 Bulan Oktober - Desember Tahun 2022

No	Nama Indikator	Target	PIC	Oktober	November	Desember	Rata-rata	Keterangan
1	Kejadian Konversi Tindakan Lokal Anestesi Ke General Anestesi	1%	Kamar Operasi	0,44%	0,10%	0,00%	0,18%	Tercapai
2	Angka Kejadian Operasi Ulang	0%	Kamar Operasi	0%	0%	0%	0%	Tercapai
3	Keterlambatan (Waktu Tunggu) Hasil Foto USG	0%	IPDT	0%	0%	0%	0%	Tercapai
4	Asesmen Awal Medis Terisi Kurang Dari 24 Jam	100%	Rawat Inap	98,55%	96,80%	97,95%	97,77%	Tidak Tercapai
5	Kesesuaian Baku Mutu Pemeriksaan Air Bersih	100%	K3L	100%	100%	100%	100%	Tercapai
6	Respon Time/Waktu Tunggu Pemeriksaan Pre Lasik < 60 Menit	100%	Layanan Premium	2,44%	2,10%	0,00%	1,51%	Tidak Tercapai
7	Ketidaklengkapan Informed Consent	0%	Rekam Medik	1,77%	7,20%	1,02%	3,33%	Tidak Tercapai
8	Ketidaklengkapan Catatan Medis Pasien (KLPCM)	0%	Rekam Medik	0,88%	2,10%	2,78%	1,92%	Tidak Tercapai
9	Keterlambatan Waktu Penanganan Kerusakan Hardware / Jaringan	0%	TI	2,17%	1,70%	2,78%	2,22%	Tidak Tercapai
10	Tidak Adanya Komputer Yang Terkena Virus	0%	TI	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	Tercapai
11	Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung Penagihan (Jaminan Swasta)	0%	Keuangan	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	Tercapai
12	Ketidaktepatan Administrasi Keuangan Laboratorium Eksternal	0%	Keuangan	0%	0%	0%	0,00%	Tercapai
13	Staf di RS yang Mendapat Pelatihan 20 Jam / Orang per Tahun	80%	Administrasi Umum	0%	0%	100%	33,33%	Tercapai
14	Tidak adanya dokumen perjanjian rumah sakit yang kadaluarsa	100%	Administrasi Umum	97,00%	100%	98,00%	98,33%	Tidak Tercapai
15	Respon Time Pelayanan Pengiriman Barang Rumah Tangga (Non Medis dan Non Stok)	100%	Procurement	99,71%	99,43%	99,17%	99,44%	Tidak Tercapai
16	Kelengkapan Pengisian Asesmen Medis Lanjutan Rawat Jalan	100%	Rawat Jalan	100%	100%	100%	100%	Tercapai
17	Kecepatan Menanggapi Laporan Kerusakan dan Permintaan Perbaikan Alat dan Sarana Prasarana Medis	≥ 80%	IPSRS	100%	100%	100%	100%	Tercapai
18	Kepatuhan Pengisian Form Suhu Ruang Penyimpanan	100%	Gizi	100%	100%	100%	100%	Tercapai
19	Waktu Tunggu Transfer Pasien IGD ke Rawat Inap < 5 Jam	100%	IGD	100%	100%	100%	100%	Tercapai
20	Tidak Adanya Kesalahan Penulisan Resep	0%	Farmasi	0,03%	0,05%	0,05%	0,04%	Tidak Tercapai

21	Kecepatan Respon Terhadap Seluruh Pertanyaan di Media Sosial Instagram	80%	Humas	88,00%	83,13%	92,00%	87,71%	Tercapai
----	--	-----	-------	--------	--------	--------	--------	----------

### 3.2 Pencatatan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

Tabel 3.3. Pencatatan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Periode Triwulan 4 Tahun 2022

NO	KEJADIAN	OKTOBER	NOVEMBER	DESEMBER	JUMLAH
1	Kejadian Nyaris Cedera (KNC)	6	11	4	21
2	Kejadian Tidak Cedera (KTC)	1	6	0	7
3	Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)	1	16	11	28
4	Kejadian Potensial Cedera Signifikan (KPCS)	1	0	1	2
5	Kejadian Sentinel	0	0	0	0

## BAB IV SIMPULAN DAN SARAN

### 4.1 Simpulan

Upaya peningkatan mutu yang dilakukan oleh Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya saat ini, sudah mendapat dukungan yang maksimal dari direktur dan masih beradaptasi dengan regulasi yang terbaru. Akan tetapi masih membutuhkan koordinasi dan tatakelola yang baik dalam sistematika kerjanya. Kedisiplinan dalam pelaporan mutu juga harus ditingkatkan, kompetensi dan pengetahuan seluruh anggota komite mutu dan penanggung jawab data mutu pada masing-masing unit dan instalasi, tentang upaya peningkatan mutu harus selalu *up to date* dan benar-benar dilaksanakan.

Dampak primer dari penerapan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Mata Undaan tahun 2022 adalah tercapainya beberapa indikator mutu sesuai dengan standar/target yang telah ditentukan, dengan rincian sebagai berikut:

1. Indikator mutu nasional (INM) yang terdiri dari 12 indikator yang diukur di Rumah Sakit Mata Undaan pada periode Triwulan 4 Tahun 2022, 11 indikator sudah memenuhi standar yang telah ditetapkan. Terdapat 1 indikator yang tidak memenuhi standar, yaitu indikator Waktu Tunggu Rawat Jalan.
2. Indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP-RS) yang terdiri dari 11 indikator, pada periode Triwulan 4 Tahun 2022, 10 indikator sudah mencapai target yang telah ditetapkan. Terdapat 1 indikator yang tidak memenuhi standar, yaitu Waktu Tunggu Penjadwalan Operasi Katarak  $\leq 7$  Hari.
3. Indikator mutu prioritas unit (IMP-Unit) yang terdiri dari 21 indikator, pada periode Triwulan 4 Tahun 2022, 12 indikator sudah mencapai target yang telah ditetapkan. Terdapat 9 indikator yang tidak mencapai target dan.

### 4.2 Saran

- a. Memaksimalkan pertemuan rutin Komite Mutu dengan pihak terkait sebagai upaya sosialisasi seluruh program peningkatan mutu kepada semua pihak di rumah sakit.
- b. Peningkatan pemahaman unit kerja tentang mutu rumah sakit melalui pelatihan internal mutu rumah sakit secara bertahap untuk seluruh karyawan rumah sakit.
- c. Penataan dan pendistribusian ulang seluruh dokumen Komite Mutu yang berupa Program, Pedoman, dan Panduan sehingga setiap karyawan lebih memahami upaya peningkatan mutu di RS Mata Undaan Surabaya.
- d. Melakukan peninjauan kembali terhadap profil indikator mutu yang telah dibuat untuk mendapat hasil penilaian mutu yang tidak bias dan berkualitas.

## BAB V PENUTUP

Demikian laporan pelaksanaan peningkatan program mutu rumah sakit di RS Mata Undaan Surabaya. Khususnya dari Komite Mutu sebagai upaya peningkatan mutu layanan dan keselamatan pasien rumah sakit. Laporan ini diharapkan dapat dijadikan acuan untuk lebih memperbaiki pelayanan internal maupun eksternal. Selanjutnya, harus dipahami bahwasanya mutu di masing-masing unit adalah tanggung jawab yang harus dilakukan oleh masing-masing petugas dimana mereka bertugas. Sehingga terciptalah suatu budaya mencatat dan melapor suatu kejadian sebagai bentuk dari kepedulian dalam rangka memperbaiki dan meningkatkan mutu dan keselamatan pasien di RS Mata Undaan Surabaya.

Surabaya, 10 Januari 2023

Ketua Komite Mutu

dr. Dewi Rosarina, Sp.M