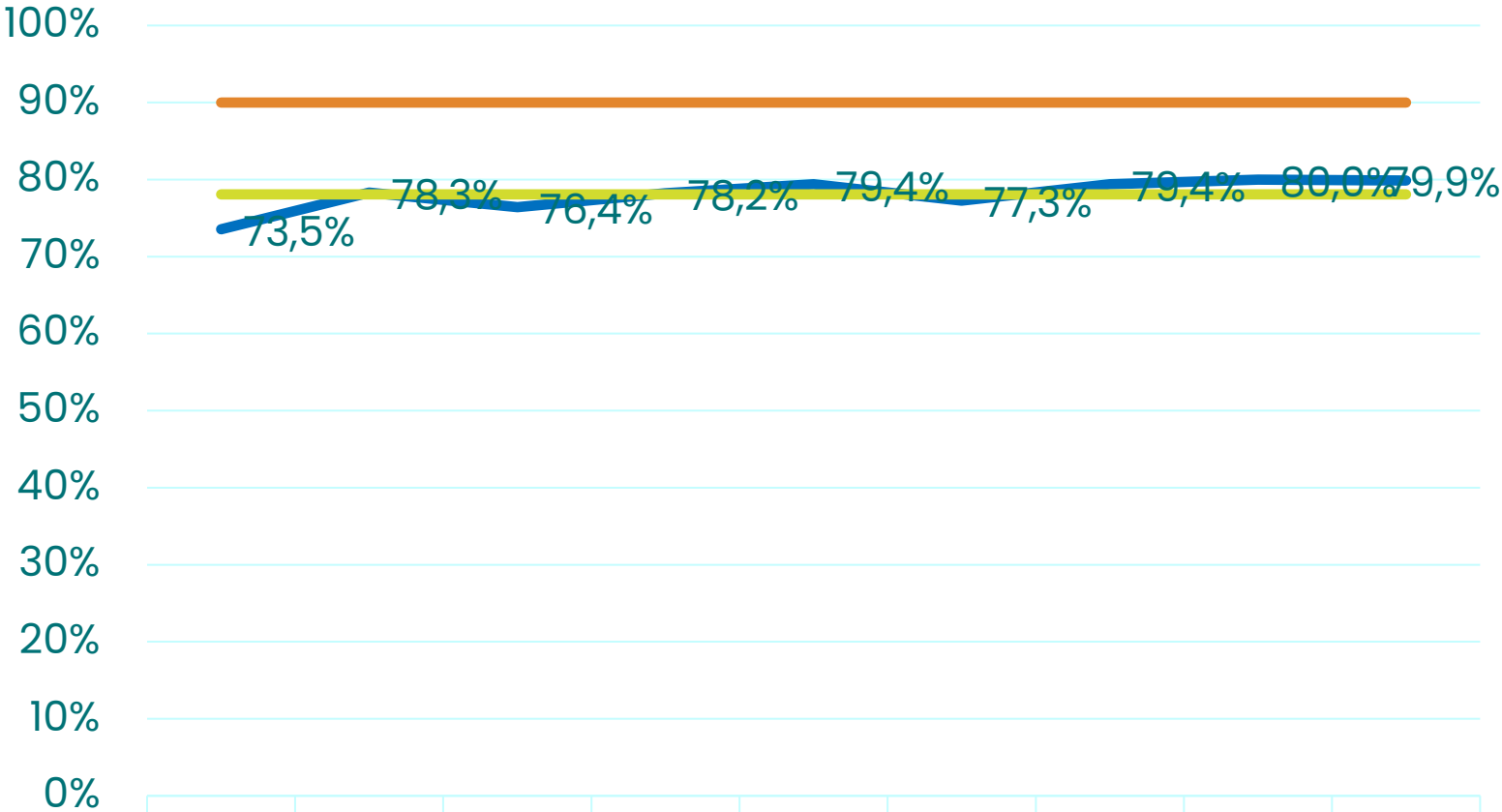




# KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN PERIODE TW 1 – TW 3 TAHUN 2024



## ANALISA

1. Handrub, sabun, tissue, belum konsisten tersedia
2. Belum sepenuhnya menjadi budaya keselamatan pasien
3. Belum sepenuhnya patuh pada 5 momen dan 6 Langkah

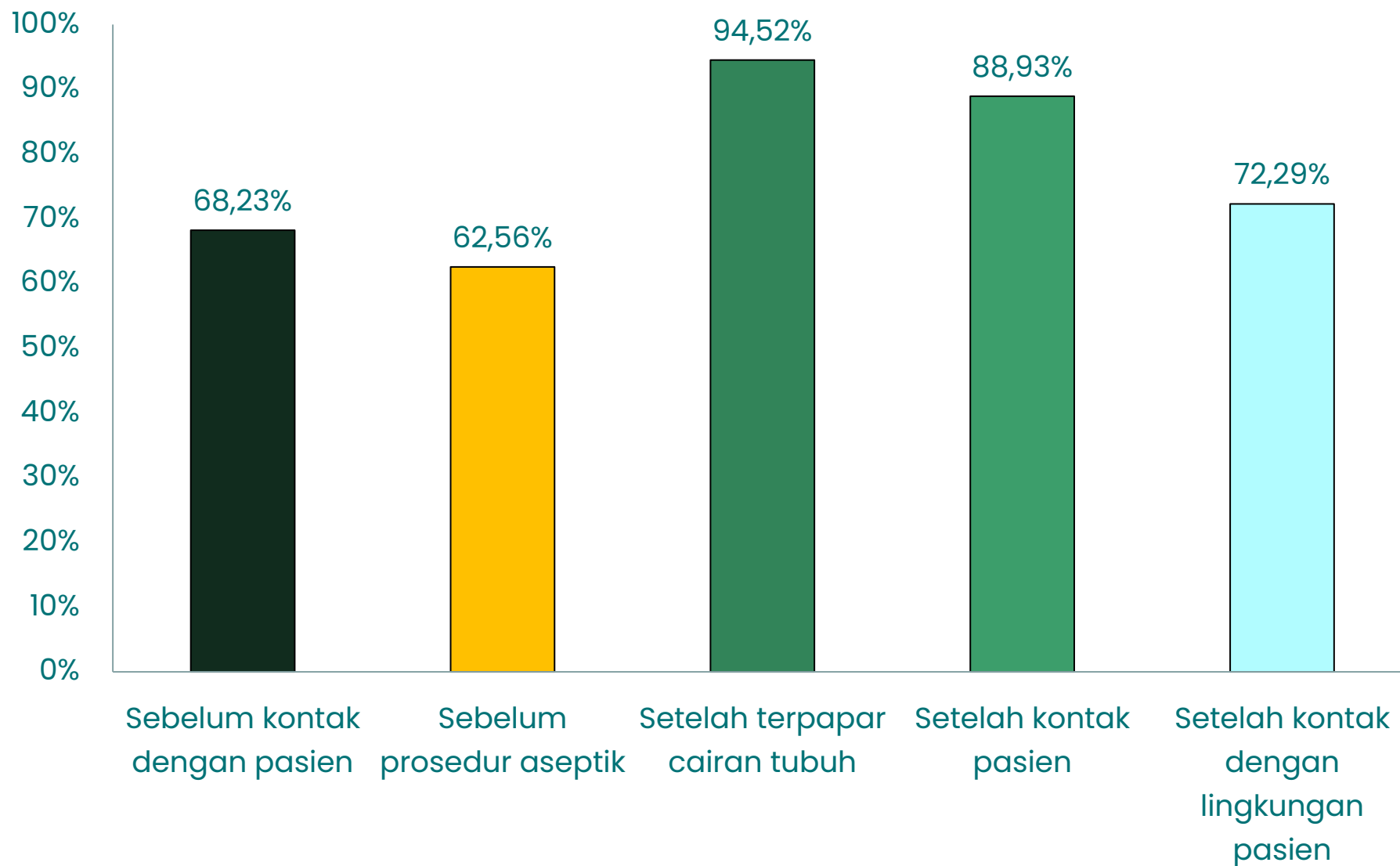
## REKOMENDASI

1. Penguatan Supervisi dan Edukasi pelaksanaan Kebersihan tangan dalam 5 Moment kebersihan tangan oleh IPCLN dan IPCN.
2. Perbaikan dalam system permintaan dan pengadaan barang oleh unit terkait.
3. Koordinasi pada unit terkait penyediaan fasilitas Kebersihan tangan harus dilaksanakan dengan secara berkelanjutan



# KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN BERDASARKAN MOMENT PERIODE TW 1 – TW 3 TAHUN 2024

Kemkes



## INTERPRETASI

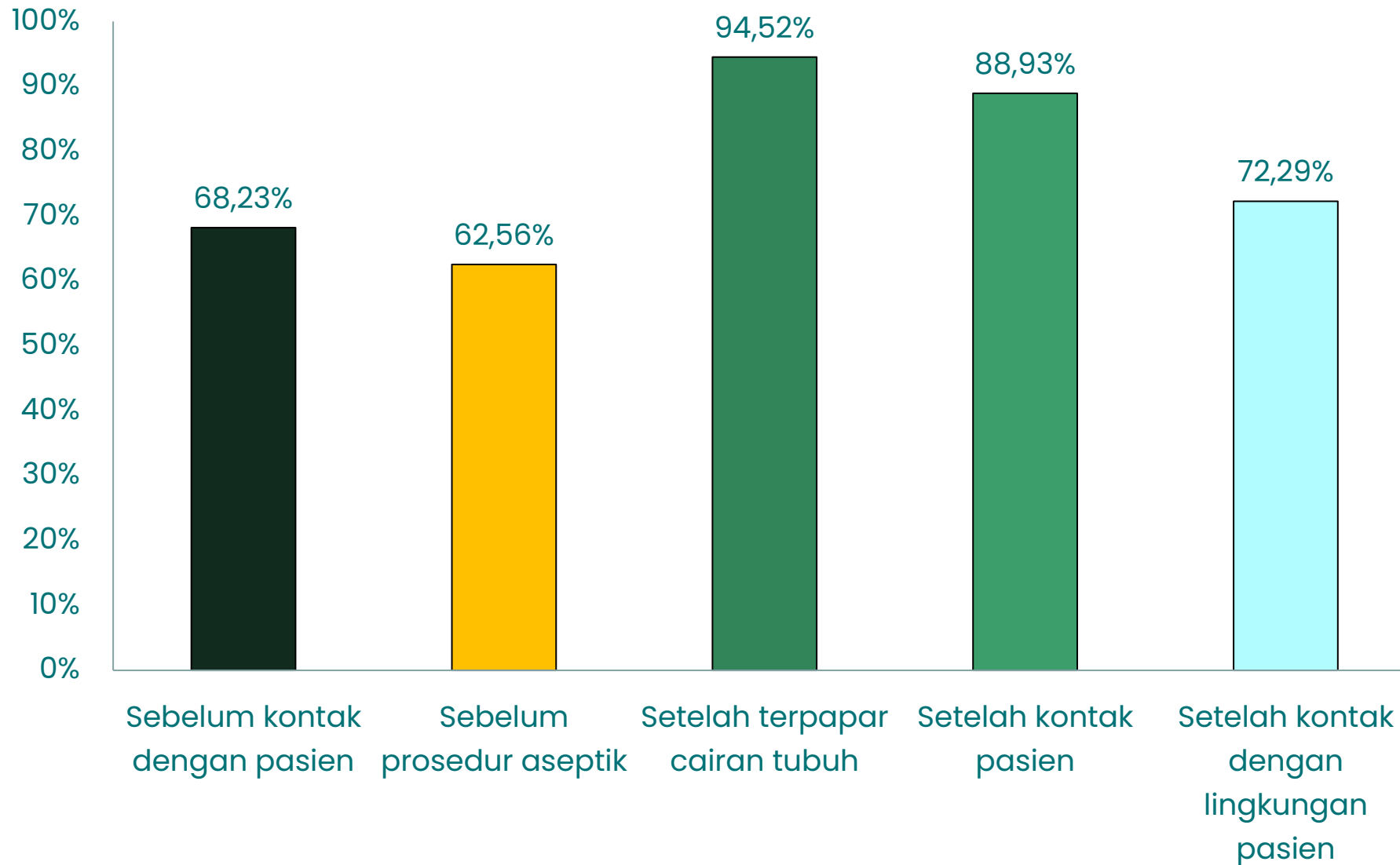
Kepatuhan kebersihan tangan berdasarkan moment pada grafik di samping menunjukkan capaian kepatuhan yang tertinggi adalah pada moment ke-3 (setelah terpapar cairan tubuh) dengan capaian 94.52% dan yang terendah pada moment ke 2 (sebelum melakukan prosedur aseptik) yakni sebesar 62.56%





# KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN BERDASARKAN PROFESI PERIODE TW 1 – TW 3 TAHUN 2024

KEMENKES



## INTERPRETASI

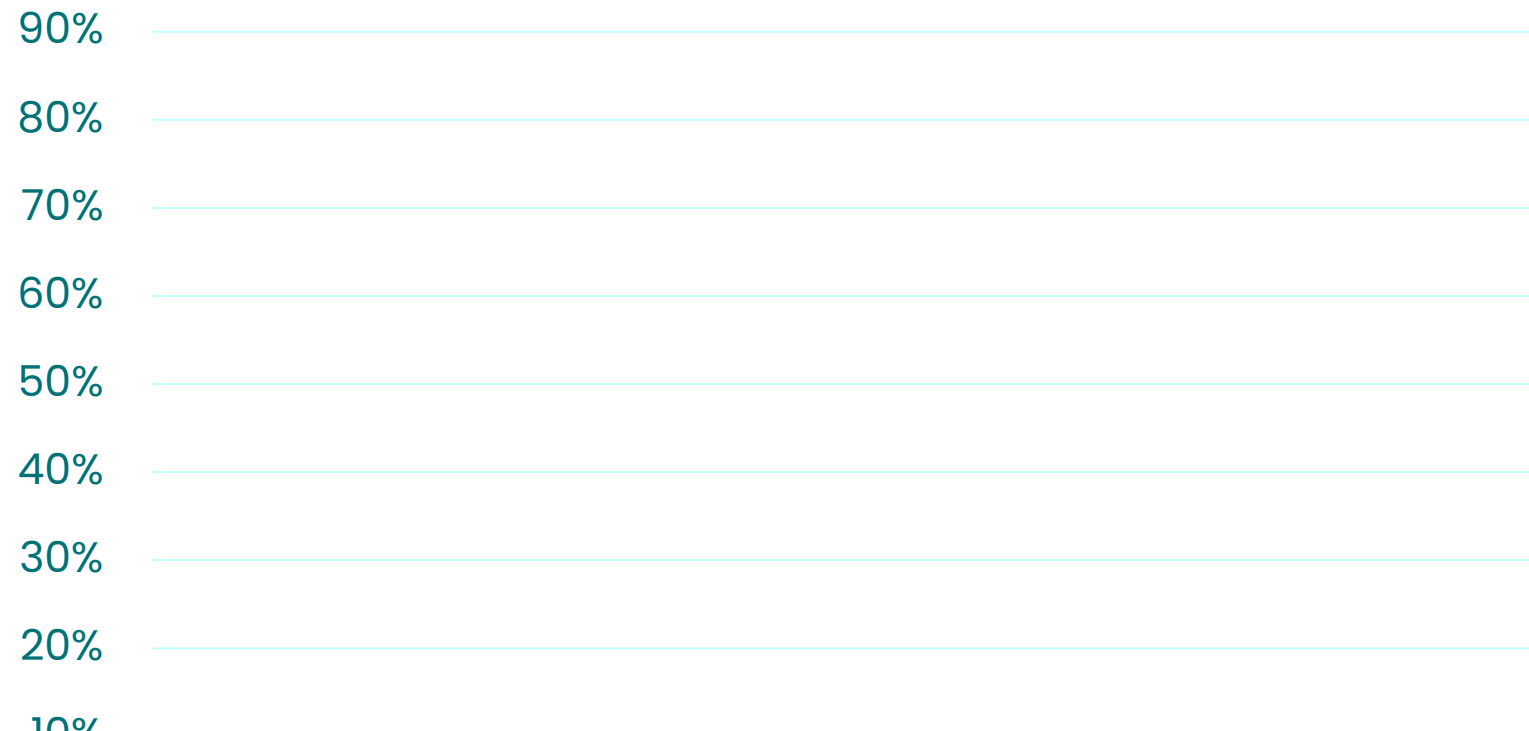
Kepatuhan kebersihan tangan berdasarkan moment pada grafik di samping menunjukkan capaian kepatuhan yang tertinggi adalah pada moment ke-3 (setelah terpapar cairan tubuh) dengan capaian 94.52% dan yang terendah pada moment ke 2 (sebelum melakukan prosedur aseptik) yakni sebesar 62.56%





# KEPATUHAN PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI (APD) PERIODE TW 1 – TW 3 TAHUN 2024

KEMENKES



|                   | JAN<br>'24 | FEB<br>'24 | MAR<br>'24 | APR<br>'24 | MEI<br>'24 | JUN<br>'24 | JUL<br>'24 | AGS<br>'24 | SEP<br>'24 |
|-------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| —CAPAIAN BULANAN  | 99,3%      | 99,5%      | 99,6%      | 99,5%      | 99,3%      | 99,6%      | 99,7%      | 98,8%      | 98,1%      |
| —CAPAIAN S.D TW 3 | 99,2%      | 99,2%      | 99,2%      | 99,2%      | 99,2%      | 99,2%      | 99,2%      | 99,2%      | 99,2%      |
| —TARGET           | 100%       | 100%       | 100%       | 100%       | 100%       | 100%       | 100%       | 100%       | 100%       |

## ANALISA

Masih terdapat petugas yang menggunakan APD namun tidak sesuai dengan indikasi

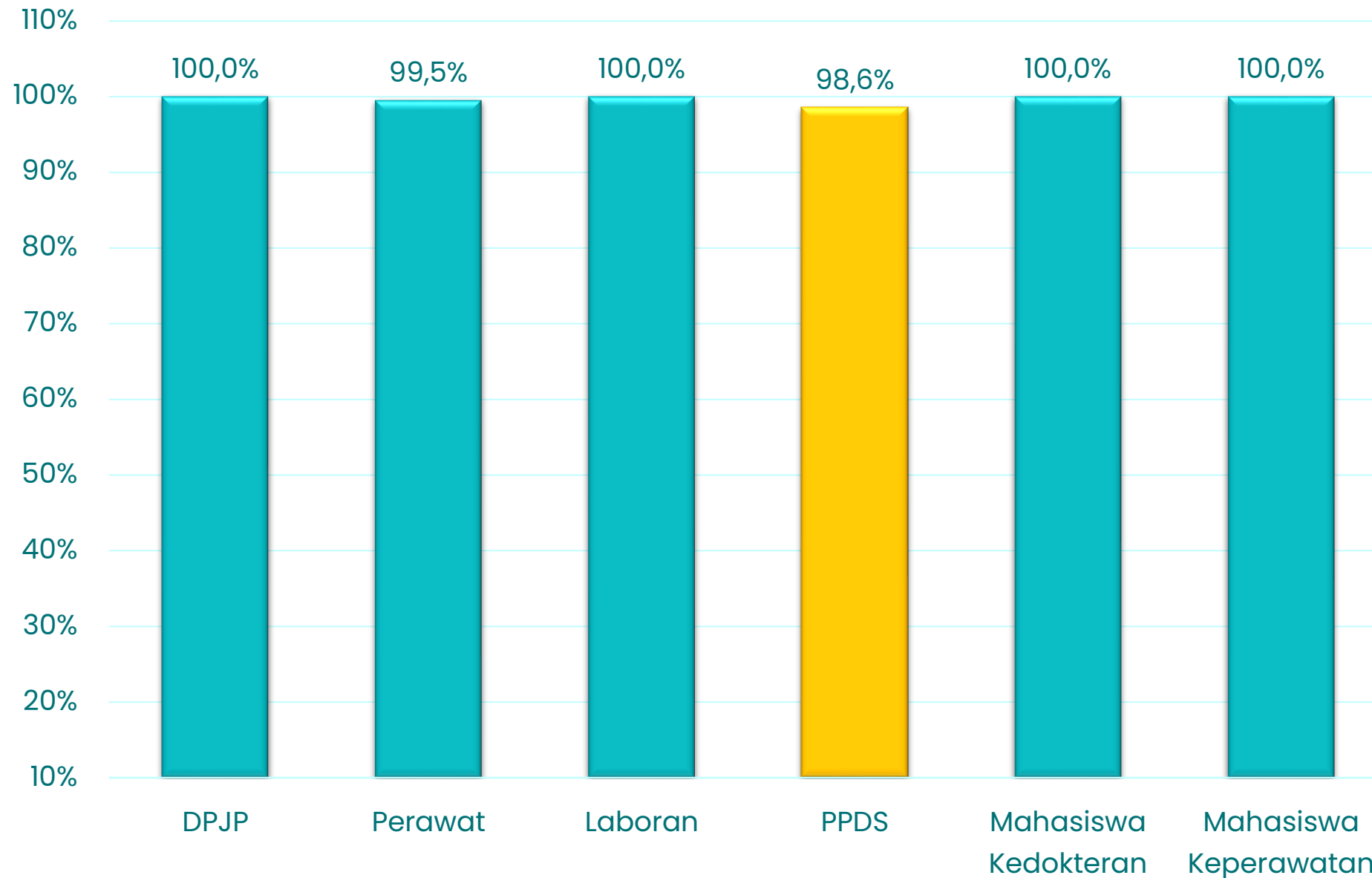
## REKOMENDASI

1. Sosialisasi-resosialisasi SPO penggunaan APD atau mapping APD di unit
2. Melakukan edukasi secara berkesinambungan kepada seluruh petugas/peserta didik tentang penggunaan APD yang benar sesuai indikasi.
3. Diseminasi hasil audit kepatuhan penggunaan APD secara berkala
4. Pembuatan video edukasi yang berisi informasi terkait penggunaan APD sesuai dengan indikasi



# KEPATUHAN TERHADAP PENGGUNAAN APD BERDASARKAN PROFESI PERIODE TW 1 – TW 3 TAHUN 2024

KEMENKES



## INTERPRETASI

Grafik di samping menunjukkan bahwa DPJP, laboran, mahasiswa kedokteran dan mahasiswa keperawatan pada saat dilakukan observasi telah patuh terhadap penggunaan APD sesuai indikasi

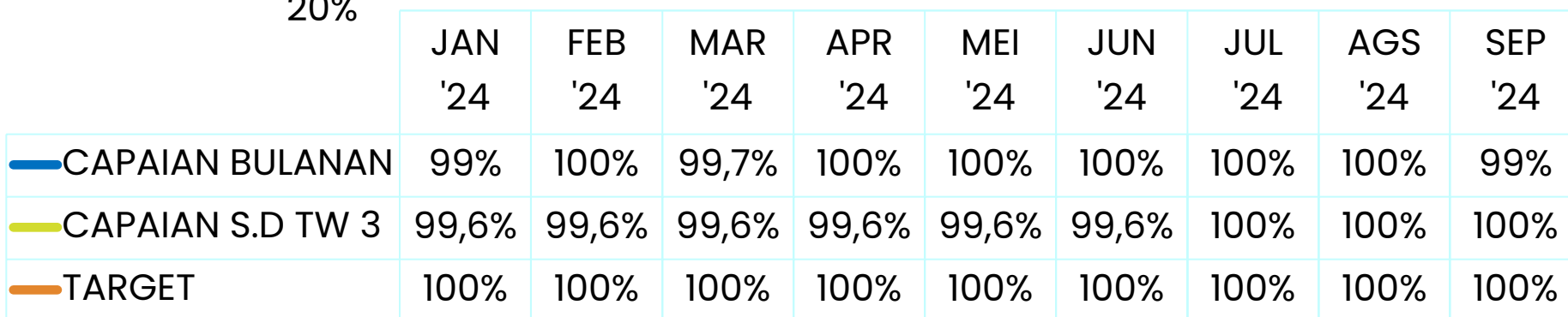




Pada bulan September mengalami penurunan.

## REKOMENDASI

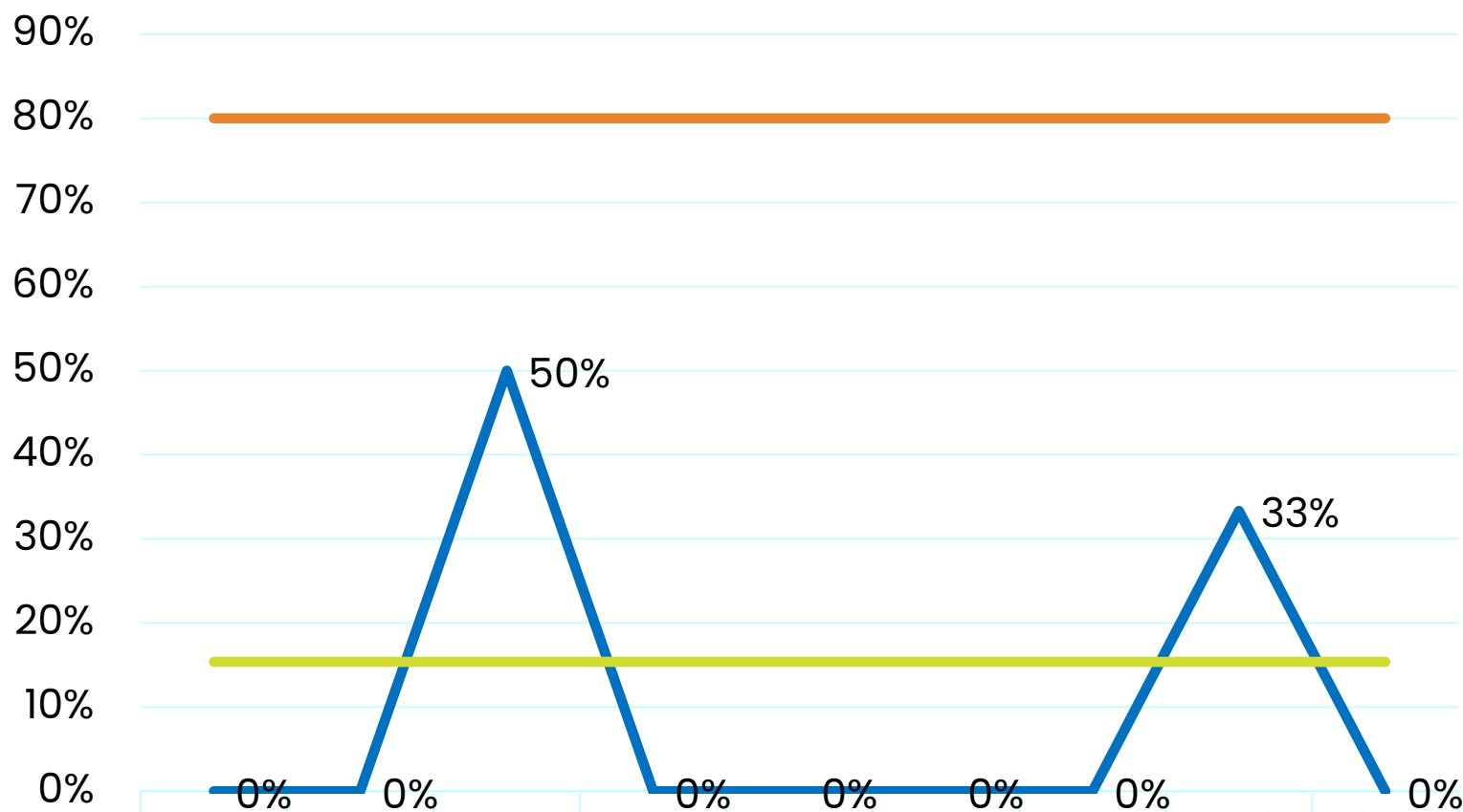
**Melakukan perbaikan dalam melakukan identifikasi pasien sesuai dengan standar operasional yang ditetapkan.**





# WAKTU TANGGAP OPERASI SEKSIO SESAREA EMERGENSI PERIODE TW 1 – TW 3 TAHUN 2024

KEMENKES



## ANALISA

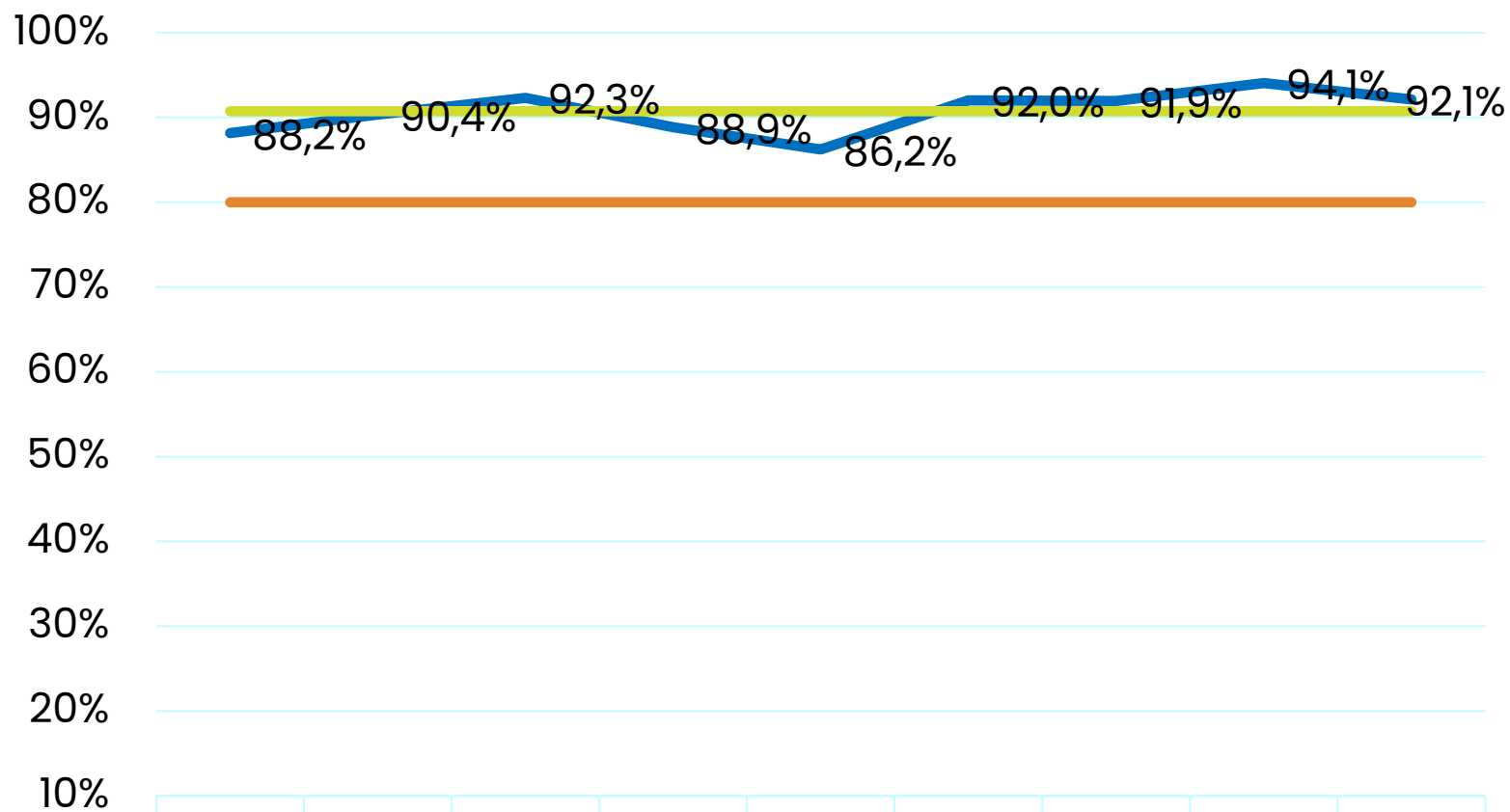
1. Jumlah Pasien SC dengan Kriteria 1, tidak banyak
2. Posisi rg OK dan IGD Obyn yang tidak berdekatan, sehingga membutuhkan waktu utk proses transfer

## REKOMENDASI

1. Mengoptimalkan persiapan prabedah.
2. Menempatkan petugas evakuator agar dapat membantu proses transfer pasien ke Kamar Operasi



# WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN (WTRJ) PERIODE TW 1 – TW 3 TAHUN 2024



|                   | JAN<br>'24 | FEB<br>'24 | MAR<br>'24 | APR<br>'24 | MEI<br>'24 | JUN<br>'24 | JUL<br>'24 | AGS<br>'24 | SEP<br>'24 |
|-------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| —CAPAIAN BULANAN  | 88,2%      | 90,4%      | 92,3%      | 88,9%      | 86,2%      | 92,0%      | 91,9%      | 94,1%      | 92,1%      |
| —CAPAIAN S.D TW 3 | 90,7%      | 90,7%      | 90,7%      | 90,7%      | 90,7%      | 90,7%      | 90,7%      | 90,7%      | 90,7%      |
| —TARGET           | 80%        | 80%        | 80%        | 80%        | 80%        | 80%        | 80%        | 80%        | 80%        |

## ANALISA

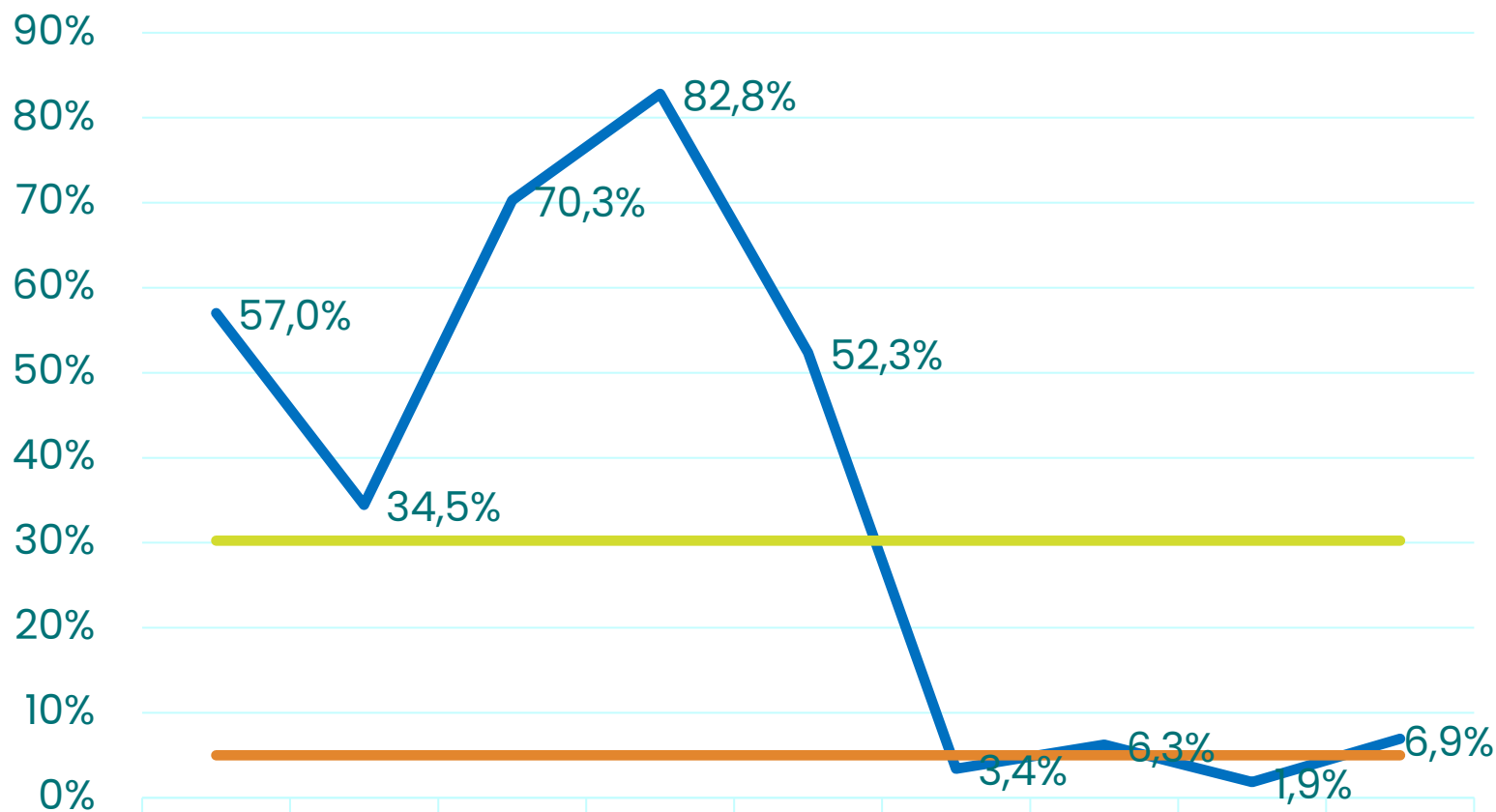
Trend WTRJ cenderung berfluktuatif sampai dengan triwulan 3 2024

## REKOMENDASI

1. Peningkatan kepatuhan untuk hadir tepat waktu dalam pelayanan Poliklinik
2. Mengoptimalkan pendaftaran online di mana pasien datang sesuai dengan jadwal pemeriksaan berdasarkan nomor antrian sehingga dapat mengurangi waktu tunggu



# PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF PERIODE TW 1 – TW 3 TAHUN 2024

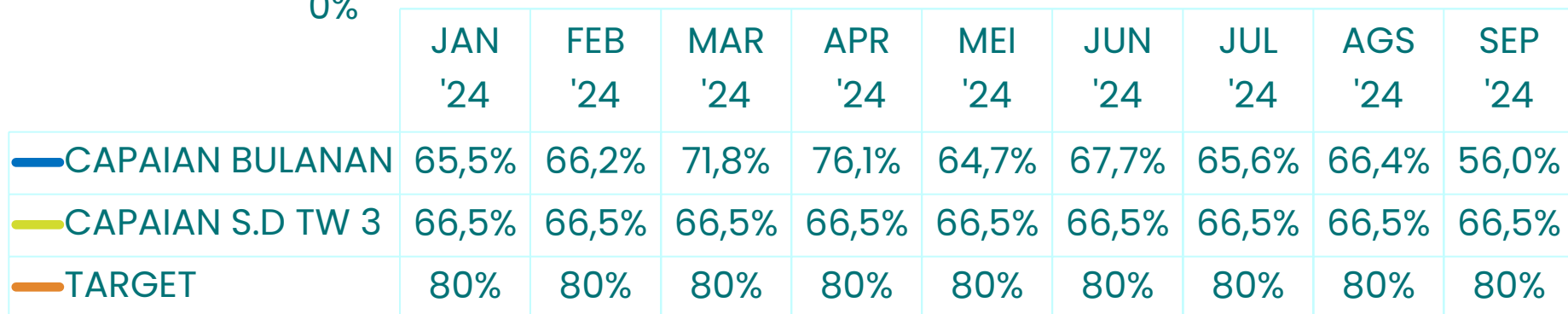


## ANALISA

1. Pada TW3 sudah mengalami penurunan yang signifikan dibanding TW sebelumnya
2. Belum konsisten dalam melakukan penjadwalan Operasi
3. Tindakan sebelumnya memanjang
4. Operator belum hadir tepat waktu
5. Kebijakan Direksi terkait penjadwalan Operasi Elektif

## REKOMENDASI

1. Penguatan penerapan SPO pendaftaran Pasien Operasi Elektif, agar dapat dilaksanakan secara kontinue.
2. Perbaikan Sistem Penjadwalan Pasien by SIMRS agar dapat mengunci Jadwal Pada Jam pelaksanaan yang sama.
3. Supervisi dan Penguatan di Kamar Bedah dalam pelaksanaan pengaturan Jadwal Pem bedahan

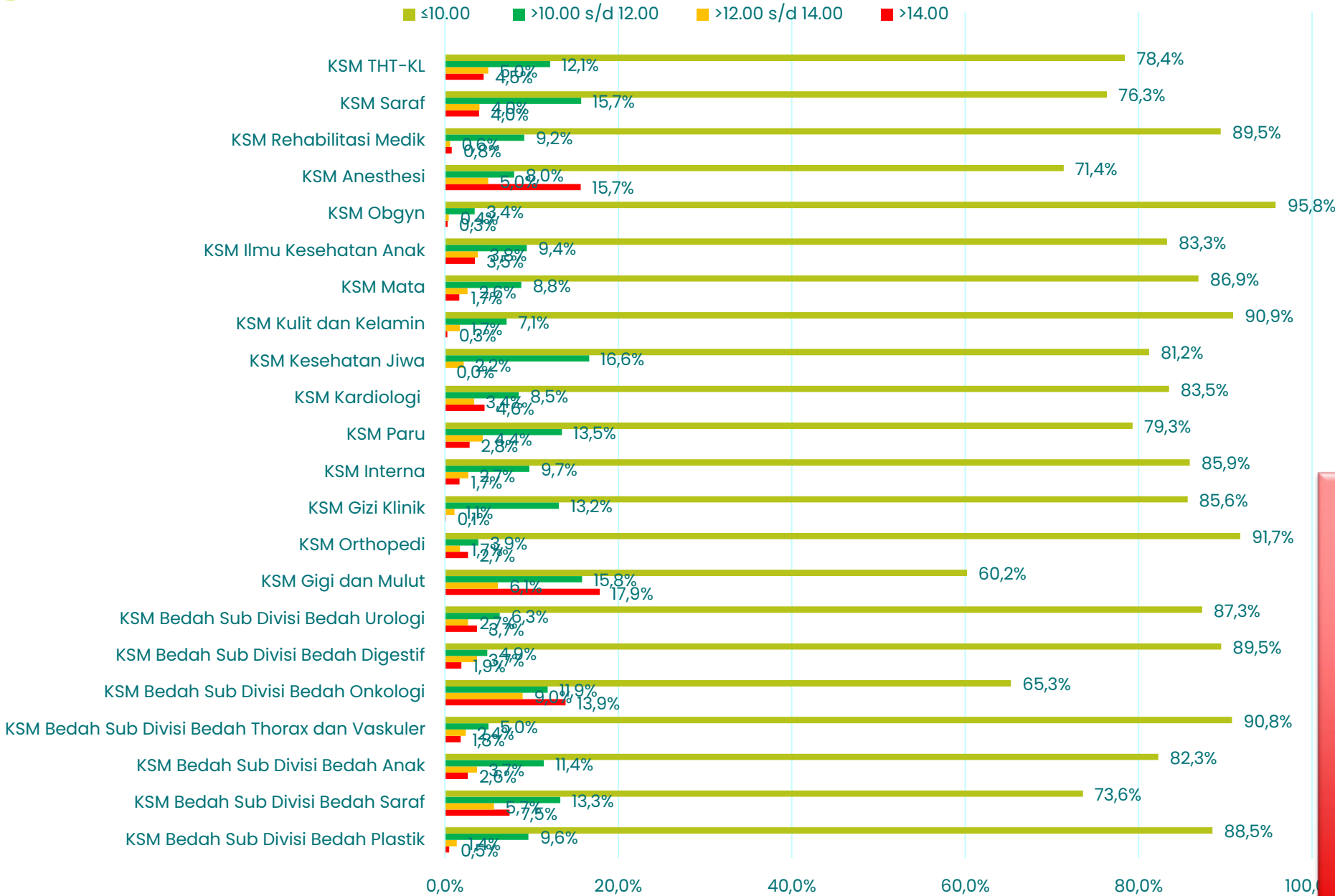


- ## REKOMENDASI

1. Melakukan resosialisasi kembali terkait indikator visite dokter
2. Mengembangkan sistem pengingat/*reminder*
3. Menjadikan kepatuhan visite dokter spesialis sebagai salah satu indikator penilaian kinerja

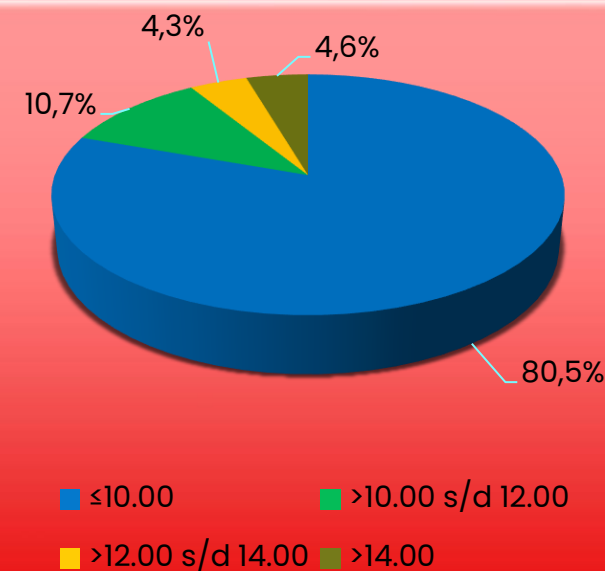


# KEPATUHAN VISITE DOKTER BERDASARKAN KSM DAN KATEGORI PERIODE TW 1 – TW 3 TAHUN 2024



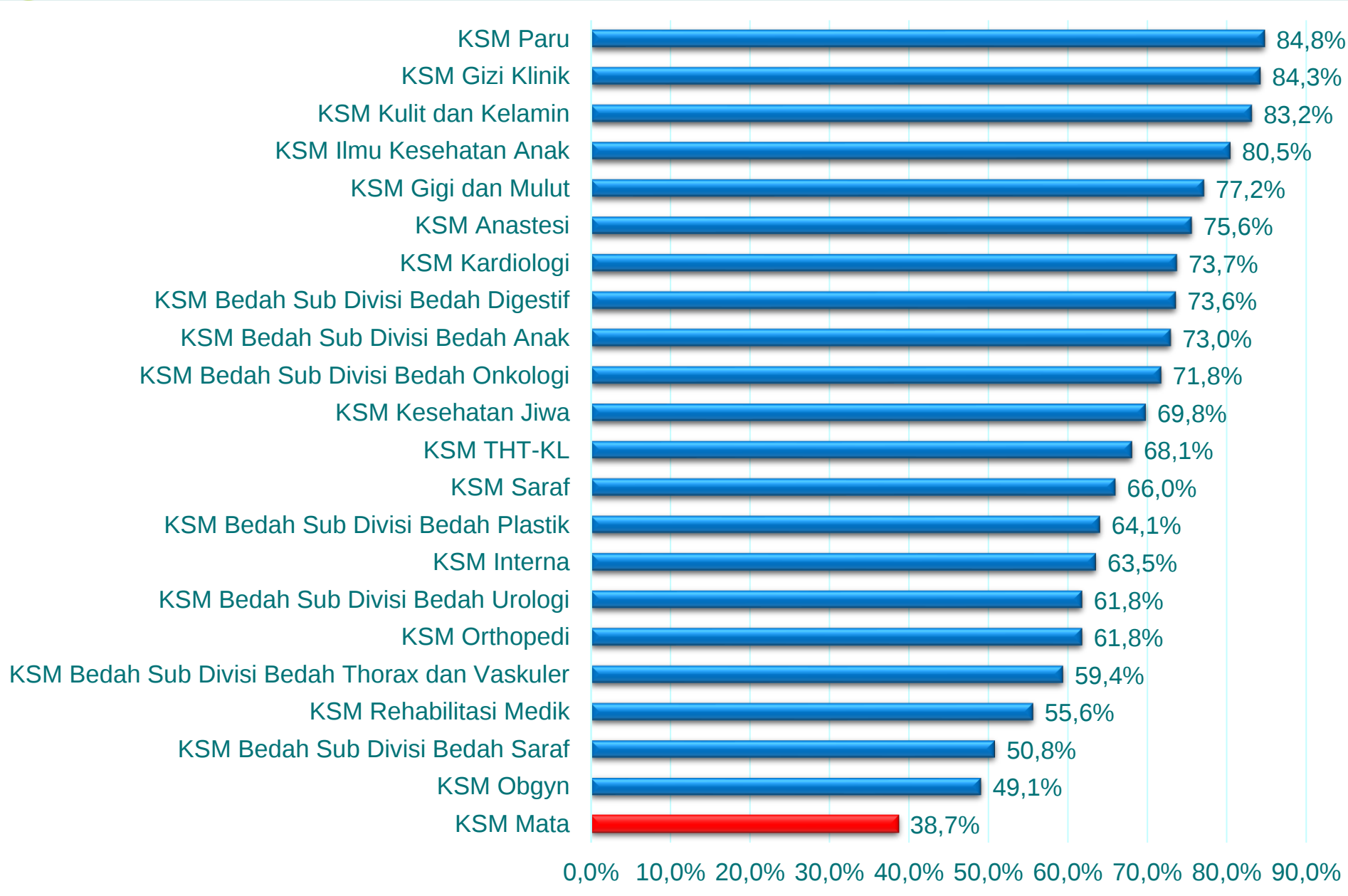
## INTERPRETASI

Pada grafik di bawah terlihat bahwa dari seluruh jumlah kegiatan visite yang TELAH DILAKUKAN terdapat sekitar 80.5% dokter telah melakukan visite pada jam ≤10.00, 10.7% melakukan visite pada jam 10.00-12.00, dan 4.3% pada jam 12.00-14.00. Sedangkan pada waktu diatas jam 14.00 masih ada sekitar 4.6%





# KEPATUHAN VISITE DOKTER BERDASARKAN SMF PERIODE TW 1 – TW 3 TAHUN 2024



## INTERPRETASI

Pada grafik di samping terlihat bahwa dari seluruh jumlah kegiatan visite yang SEHARUSNYA DILAKUKAN KSM Paru yang memiliki capaian tertinggi yakni 84.8%

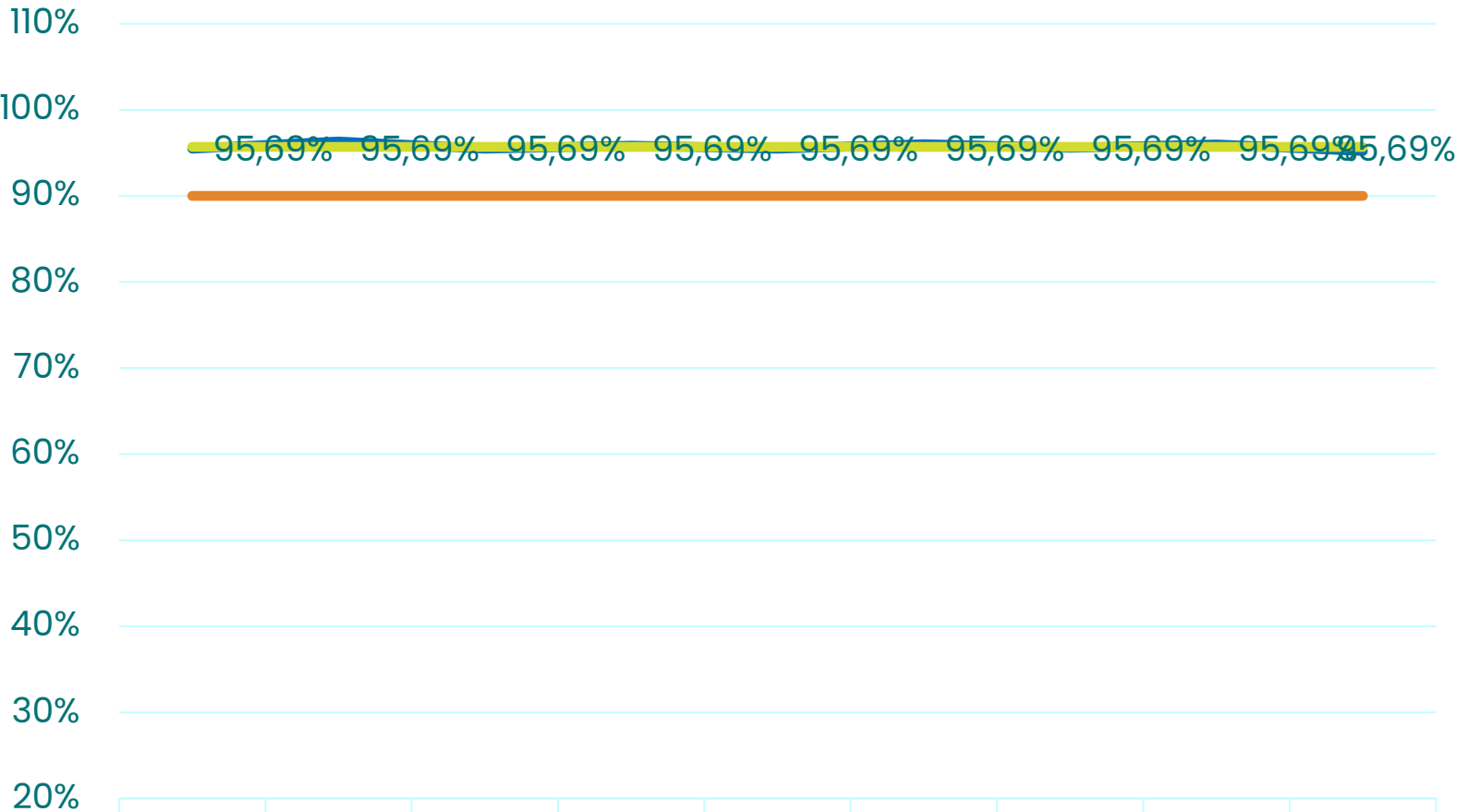






# KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL PERIODE TW 1 – TW 3 TAHUN 2024

Kemenkes



## ANALISA

Capaian pada periode triwulan 3 tahun 2024 telah berada diatas target. DPJP menunjukkan kepatuhan terhadap FORNAS, penggunaan obat diluar FORNAS (FORKIT) dilakukan pada kondisi-kondisi tertentu sesuai kebutuhan

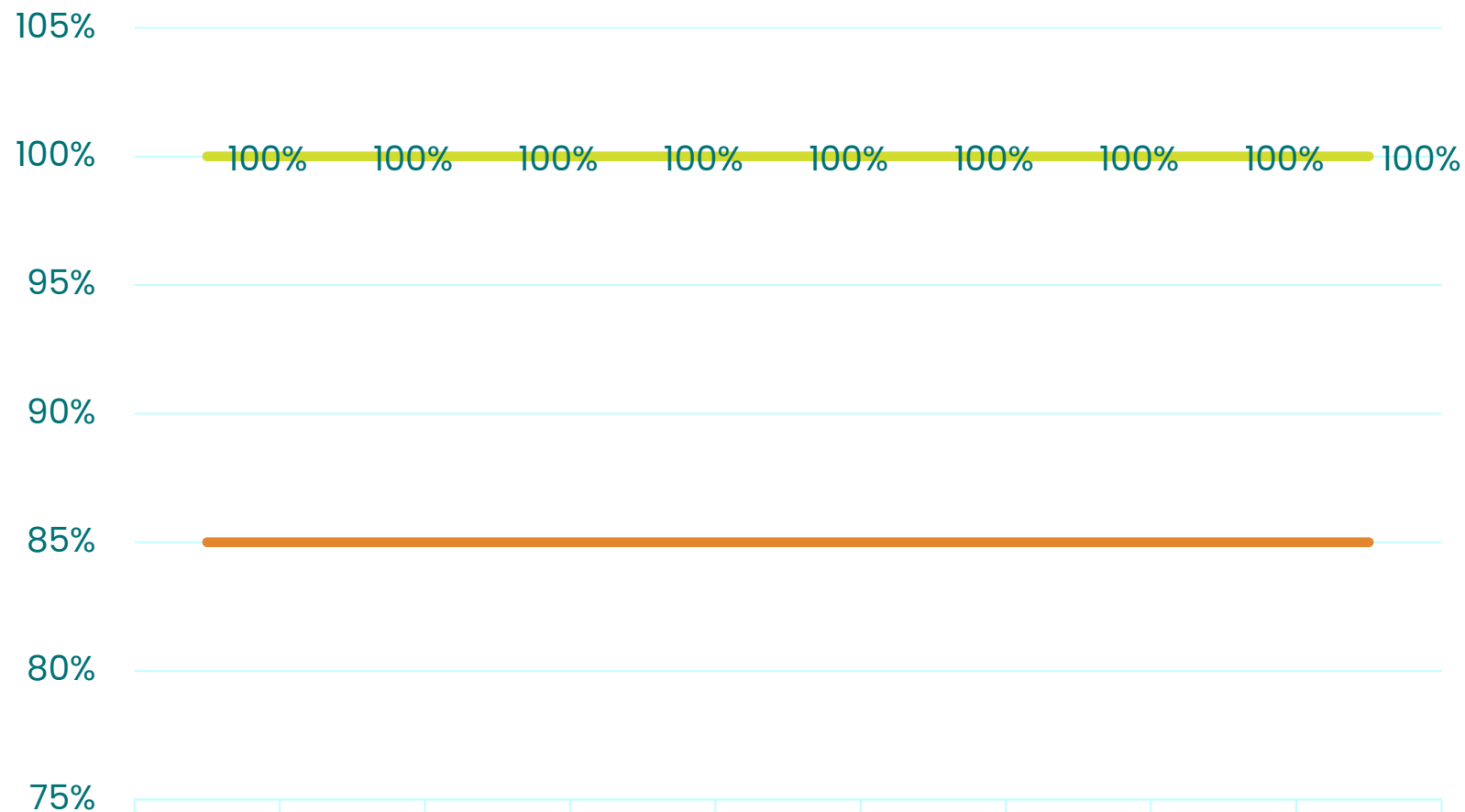
## REKOMENDASI

1. Optimalisasi Penggunaan Aplikasi E Resep pada SIMRS.
2. Tim Farmasi dan Terapi melakukan telaah-telaah kebutuhan obat-obat pilihan diluar FORNAS utk dimasukkan dalam FORKIT bila dibutuhkan.



# KEPATUHAN TERHADAP ALUR KLINIS (CLINICAL PATHWAY) PERIODE TW 1 – TW 3 TAHUN 2024

KEMENKES



## ANALISA

Telah mencapai target  
capaian yakni 100%

## REKOMENDASI

1. Memperhatahankan capaian dan melanjutkan pengukuran.
2. Meningkatkan kepatuhan pelaporan indikator ini
3. Mengembangkan sistem *Electronic Clinical Pathway* terintegrasi.



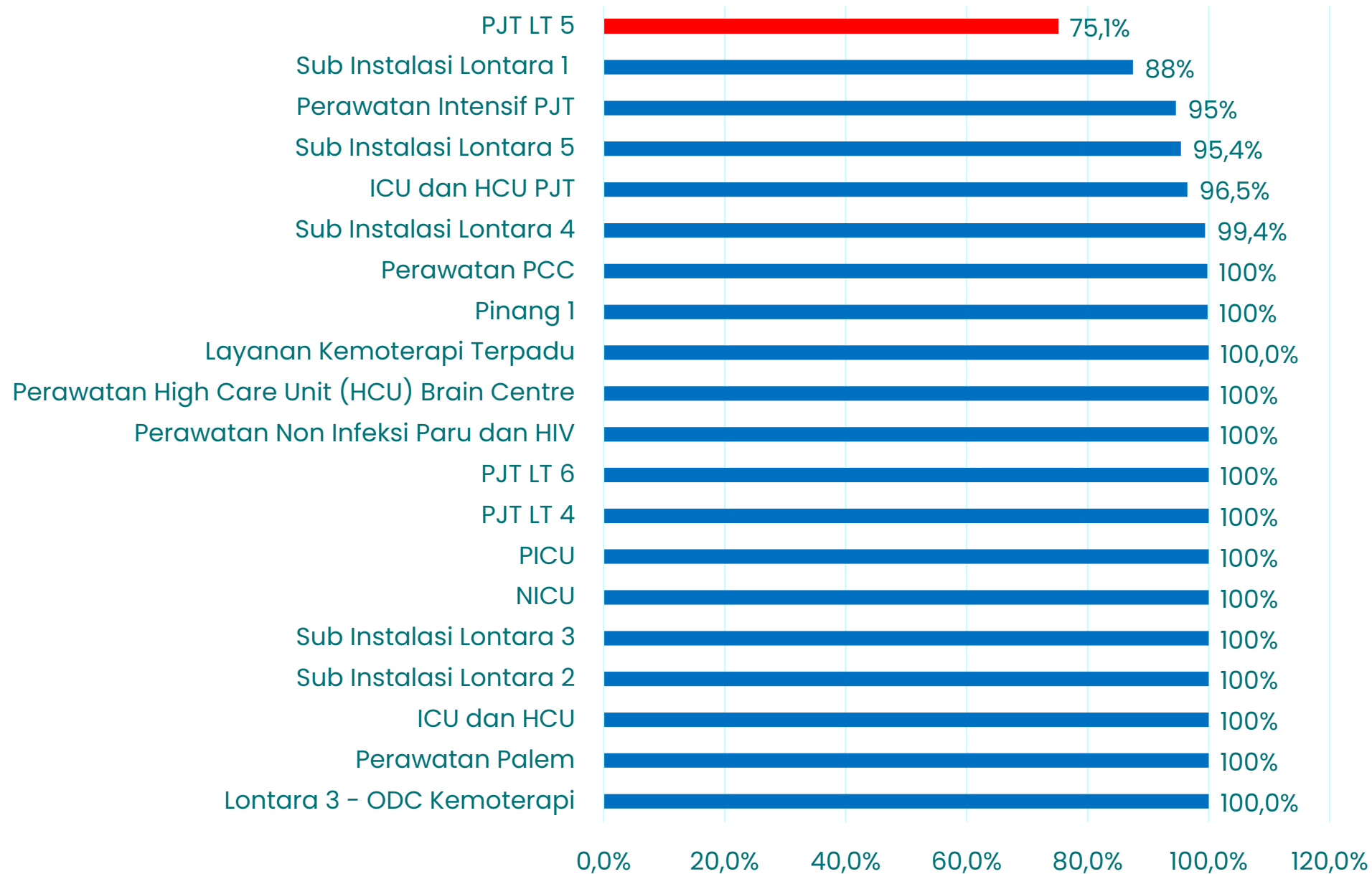
Pada umumnya, Usaha-usaha dalam melaksanakan pencegahan risiko jatuh telah dilaksanakan di area RS dan diupayakan dilaksanakan secara konsisten

Optimalisasi dan kontinuitas dalam upaya pencegahan risiko jatuh terus dilaksanakan, supervisi dan edukasi tiap2 unit dalam upaya ini perlu dilaksanakan secara berkesinambungan



# KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RISIKO PASIEN JATUH BERDASARKAN RUANG PERIODE TW 1 – TW 3 TAHUN 2024

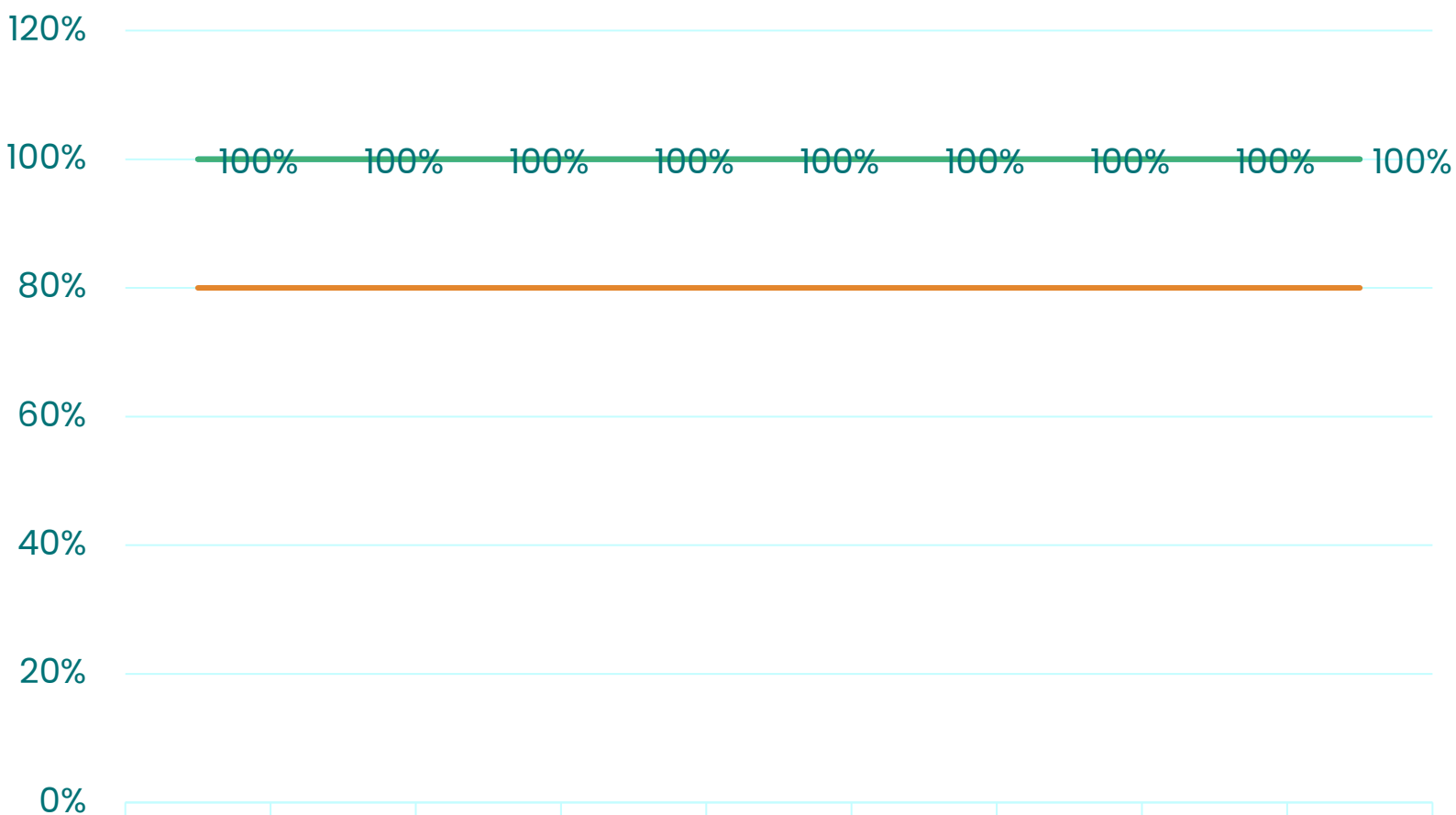
Kemkes



## INTERPRETASI

Beberapa ruang telah mencapai target yang telah ditetapkan yakni 100%. Unit terendah adalah di PJT Lantai 5 dengan capaian 75.1%.





## ANALISA

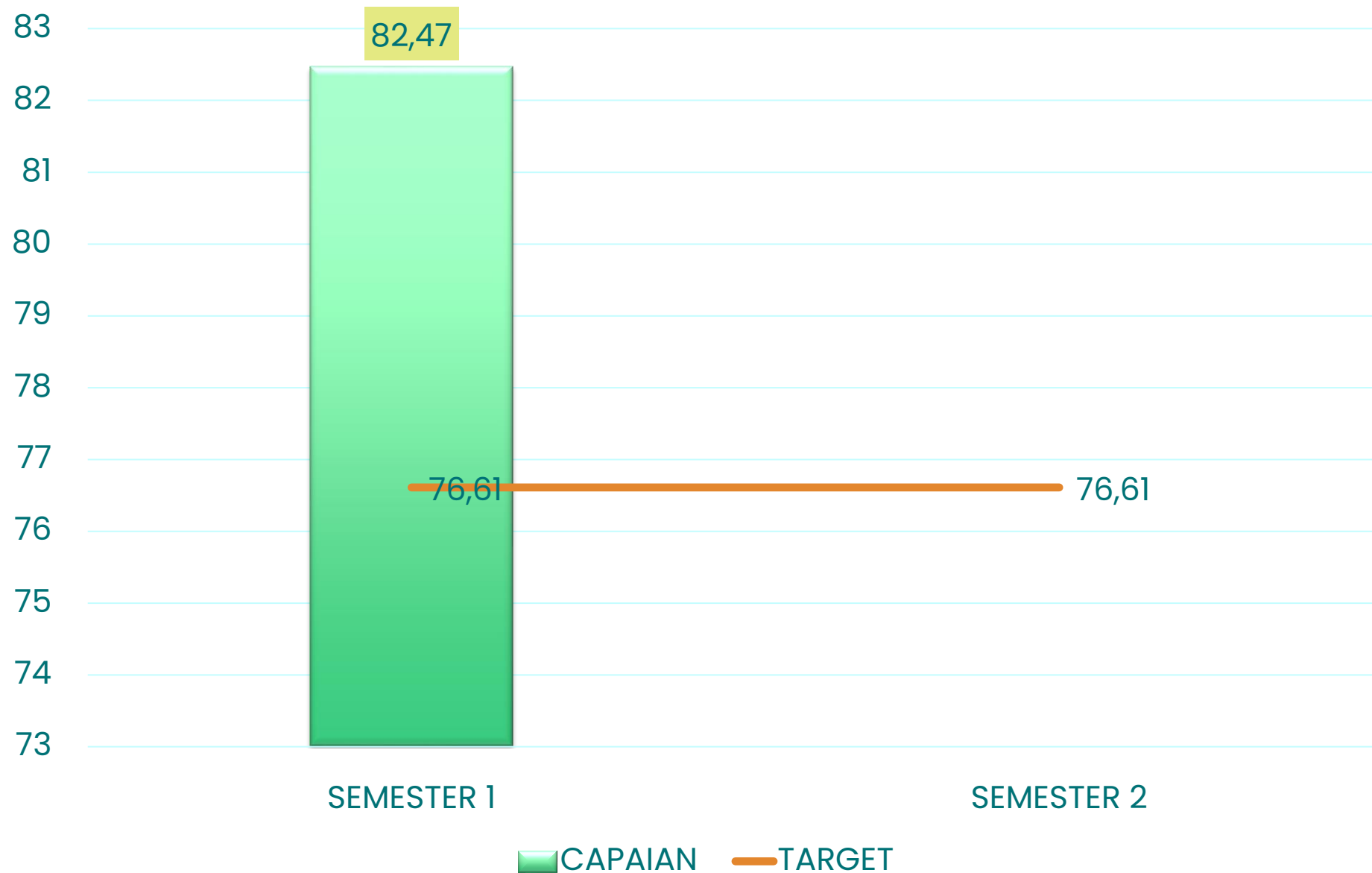
Telah mencapai target capaian yakni 100%

## REKOMENDASI

**Melanjutkan pengukuran dan mempertahankan capaian indikator**



# KEPUASAN PASIEN DAN KELUARGA RUANG PERIODE TW 1 – TW 3 TAHUN 2024

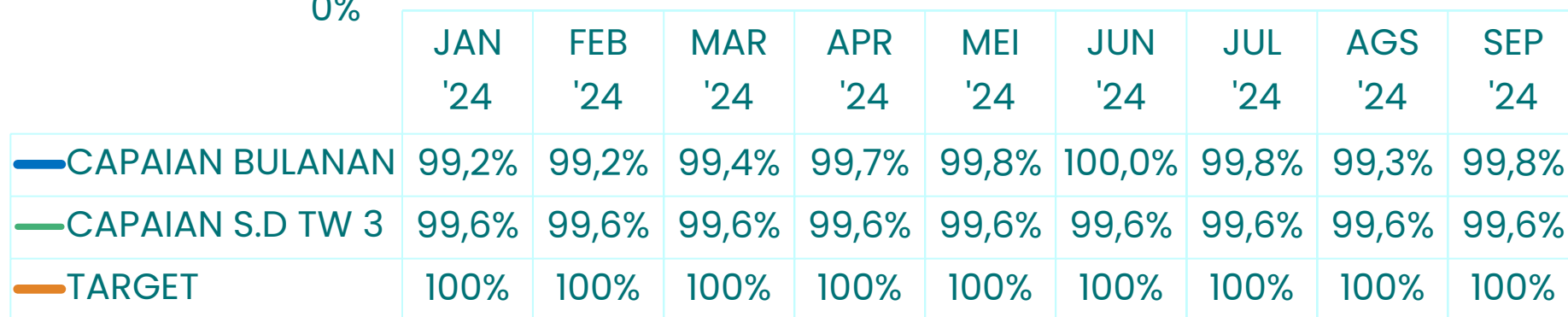


## ANALISA

Capaian indikator ini pada semester 1 tahun 2024 berada di atas target yang telah ditetapkan. Pengukuran hanya dilakukan setiap semester

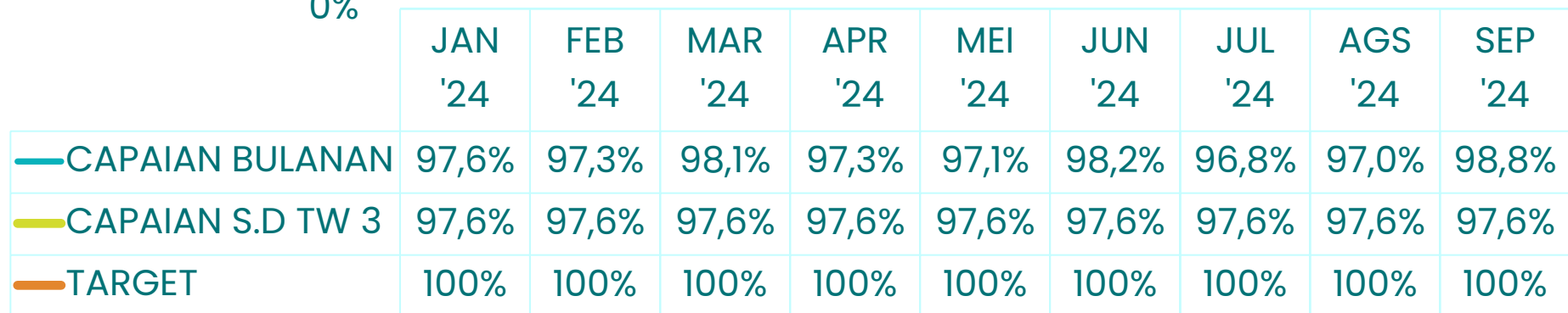
## REKOMENDASI

Meskipun indikator ini telah mencapai target namun peningkatan kualitas layanan untuk mencapai kepuasan pasien harus terus ditingkatkan. Peningkatan layanan sarana dan prasarana per parkir perlu mendapat perhatian untuk meningkatkan kepuasan pasien dan pengunjung



Secara umum capaian unit dalam indicator ini hamper mencapai target

Melakukan pemantauan dan supervise terkait kepatuhan indikator ini



Rerata capaian indikator ini telah mendekati target yang telah ditetapkan

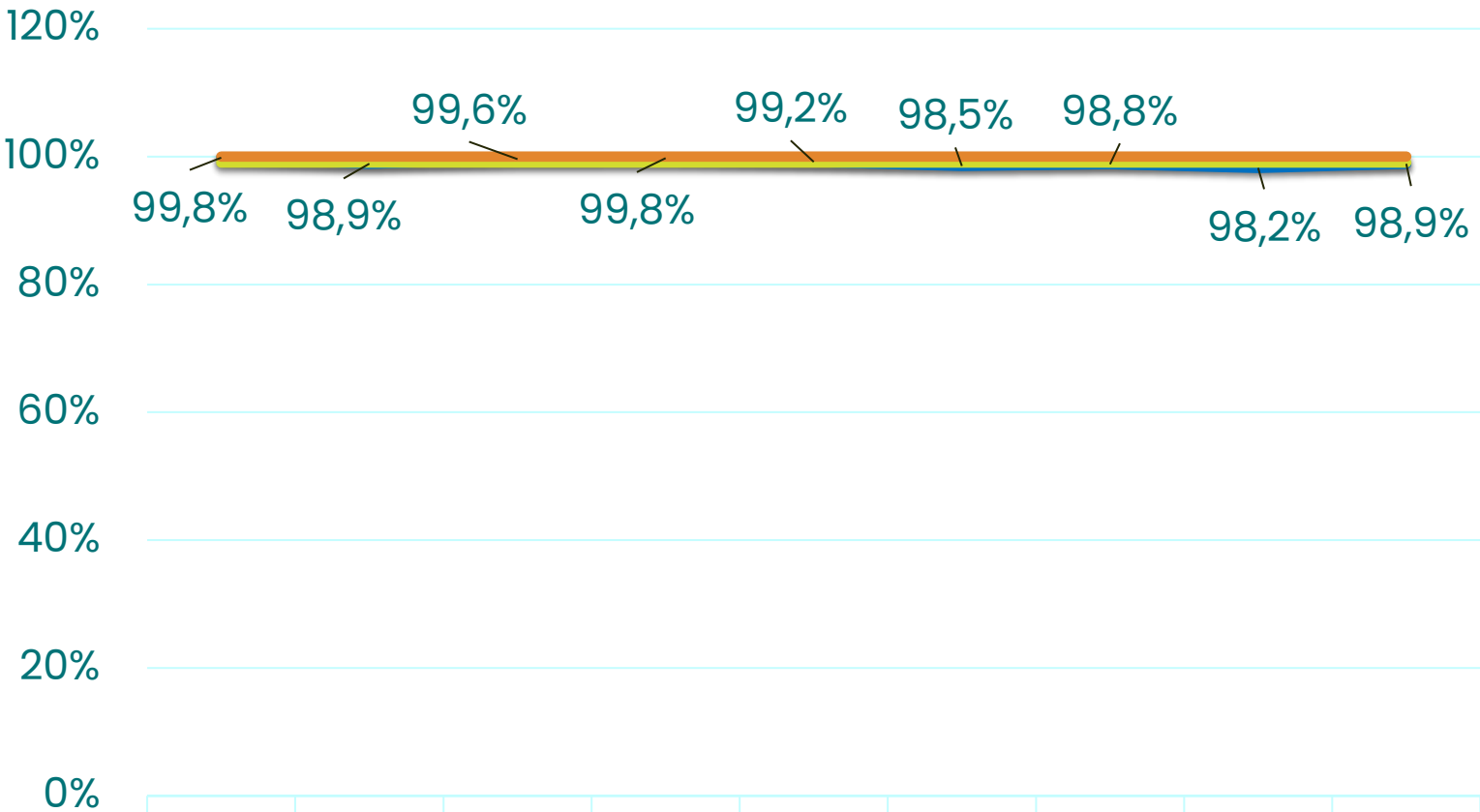
Melakukan pemantauan dan supervise terkait kepatuhan indikator ini



# PEMBERIAN LABEL HIGH ALERT PADA OBAT KATEGORI HIGH ALERT

## RUANG PERIODE TW 1 – TW 3 TAHUN 2024

KEMENKES



|                  |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
|------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| CAPAIAN BULANAN  | JAN '24 | FEB '24 | MAR '24 | APR '24 | MEI '24 | JUN '24 | JUL '24 | AGS '24 | SEP '24 |
| CAPAIAN S.D TW 3 | 99,8%   | 98,9%   | 99,6%   | 99,8%   | 99,2%   | 98,5%   | 98,8%   | 98,2%   | 98,9%   |
| TARGET           | 99,1%   | 99,1%   | 99,1%   | 99,1%   | 99,1%   | 99,1%   | 99,1%   | 99,1%   | 99,1%   |
|                  | 100%    | 100%    | 100%    | 100%    | 100%    | 100%    | 100%    | 100%    | 100%    |

### ANALISA

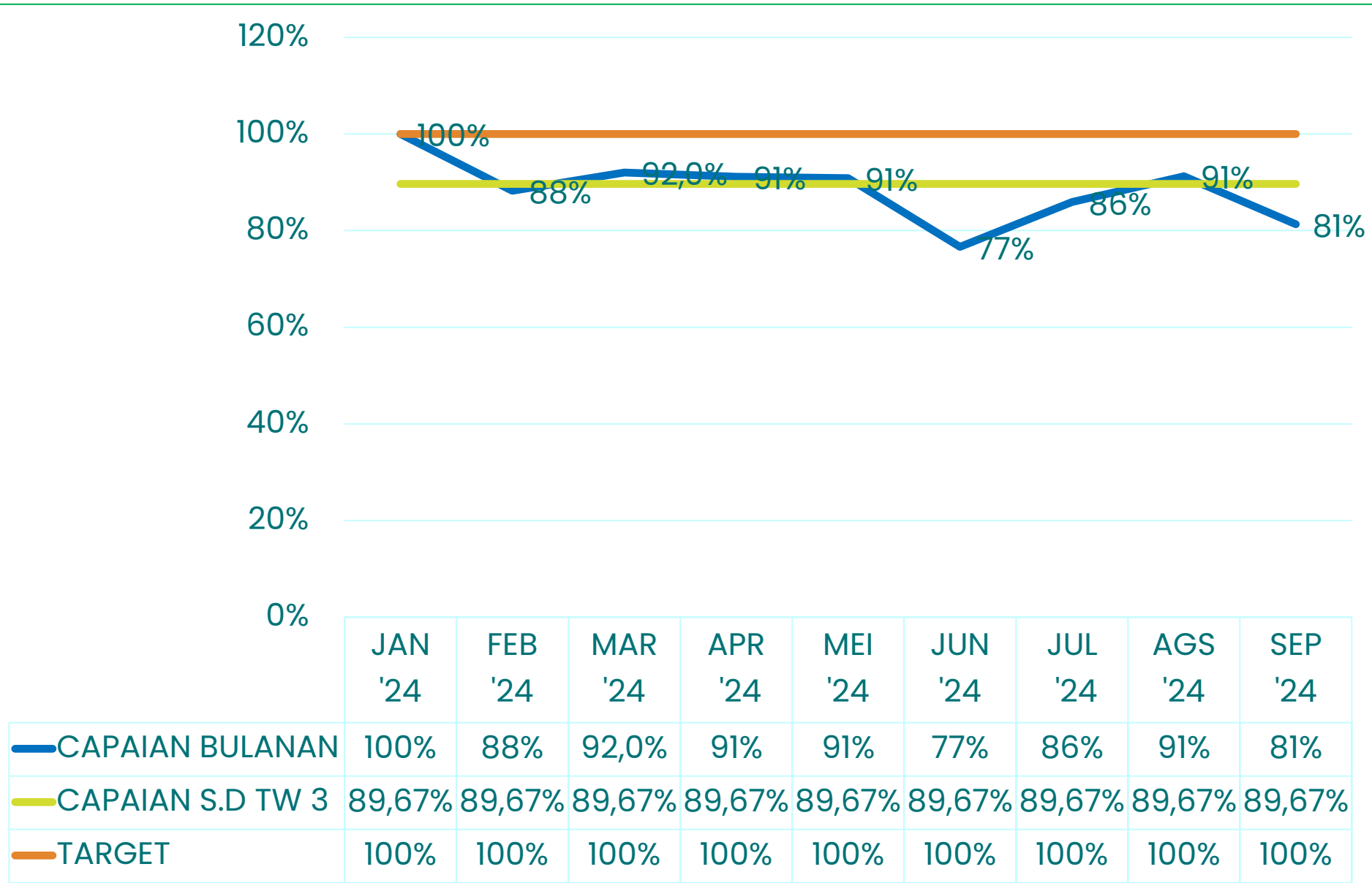
Rerata capaian indikator ini telah mendekati target yang telah ditetapkan namun masih ditemukan beberapa obat high alert yang tidak terlabel

### REKOMENDASI

Terkait label obat kategori high alert yang tidak diberi label akibat keterbatasan label, diharapkan petugas ruang perawatan segera melaporkan ke pihak Farmasi sehingga dapat dievaluasi dan ditindaklanjuti pengadaannya



# KELENGKAPAN PENGISIAN CHECK LIST KESELAMATAN PASIEN OPERASI RUANG PERIODE TW 1 – TW 3 TAHUN 2024



## ANALISA

Rerata capaian indikator ini telah mendekati target yang telah ditetapkan. Namun pada TW 3 mengalami fluktuatif yang disebabkan oleh rendahnya capaian di ruang OK IGD

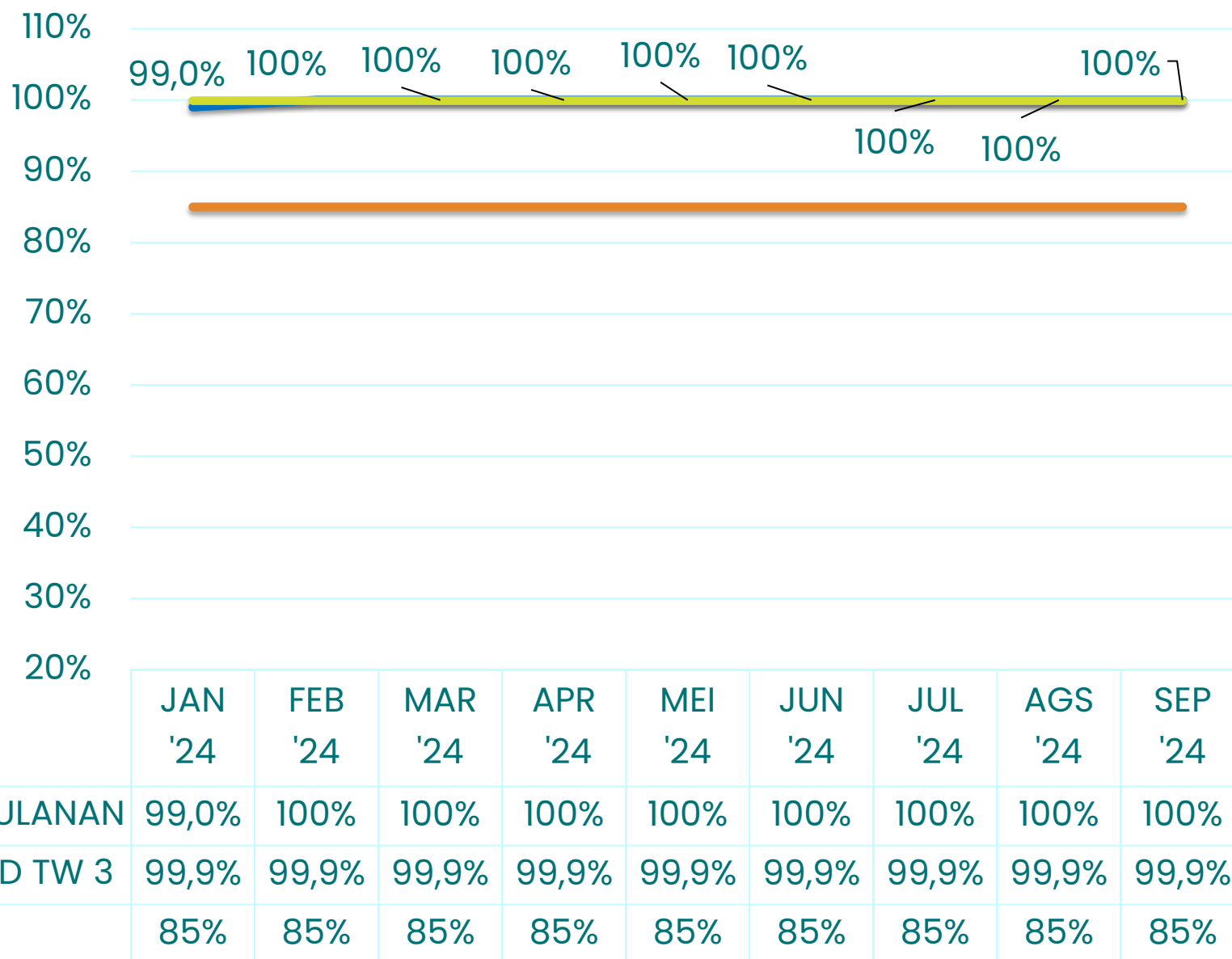
## REKOMENDASI

Mengoptimalkan pengisian check list keselamatan pasien operasi demi menjamin keselamatan pasien





# KEPATUHAN TERHADAP CLINICAL PATHWAY (PELAYANAN KEMOTERAPI) RUANG PERIODE TW 1 – TW 3 TAHUN 2024

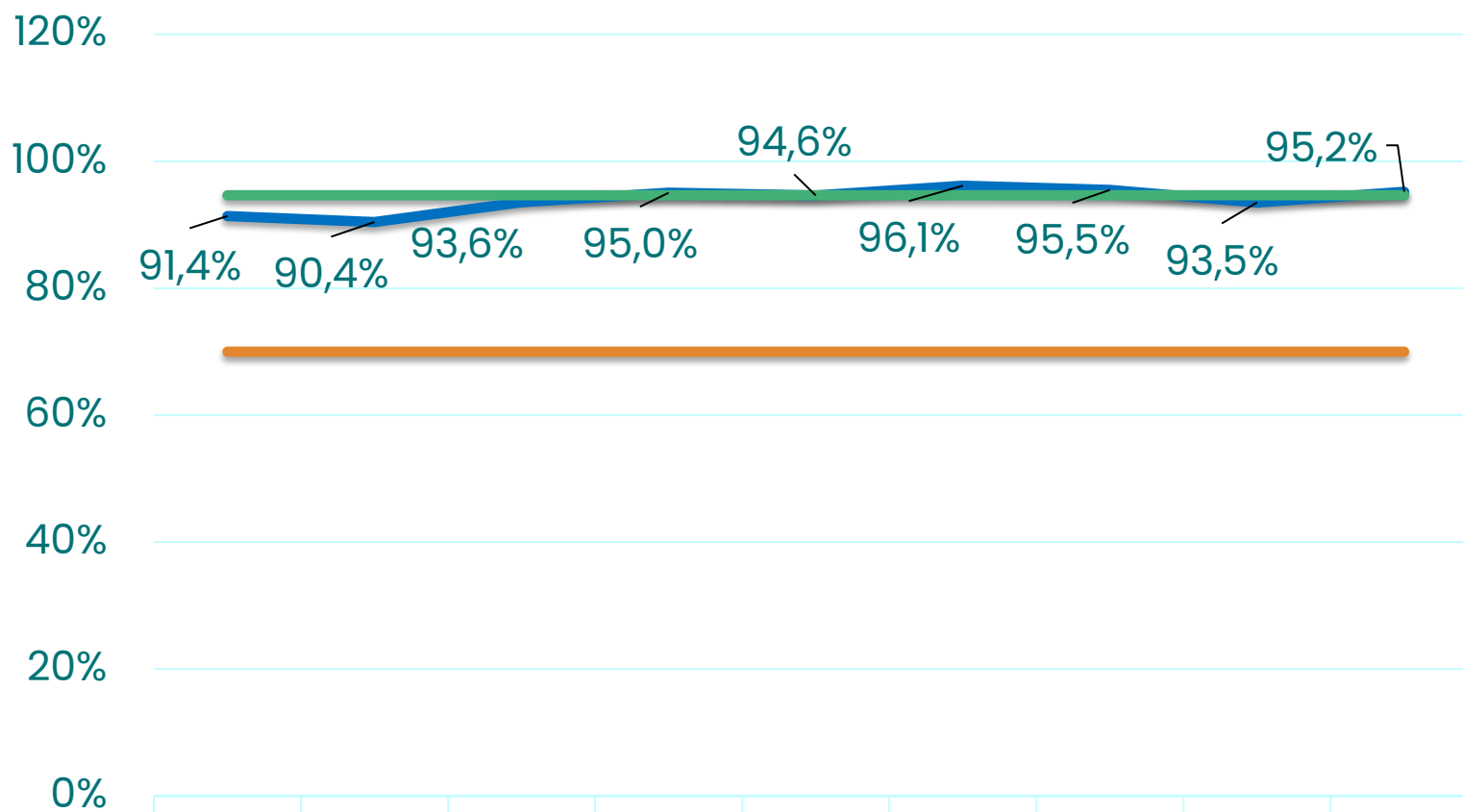


## ANALISA

Melakukan pemantauan terkait kepatuhan perawat di unit rawat jalan sehingga capaian di bulan Oktober dapat terus dipertahankan mencapai target

## REKOMENDASI

Meningkatkan pelaporan terhadap kepatuhan terhadap 5 Clinical Pathway yang telah ditetapkan. Hal ini akan membantu diperolehnya pola terbaik pelayanan serta mengurangi variasi pola praktek. Dengan penerapan yang baik maka diharapkan akan berdampak pada efisiensi (kendali biaya) yang dikeluarkan oleh rumah



## ANALISA

Telah berada di atas target yang telah ditetapkan pada awal tahun 2024 terjadi migrasi sistem yang belum optimal sehingga beberapa data ketepatan waktu layanan sulit untuk didapatkan. Namun progres capaian terlihat mengalami peningkatan pada semester ini

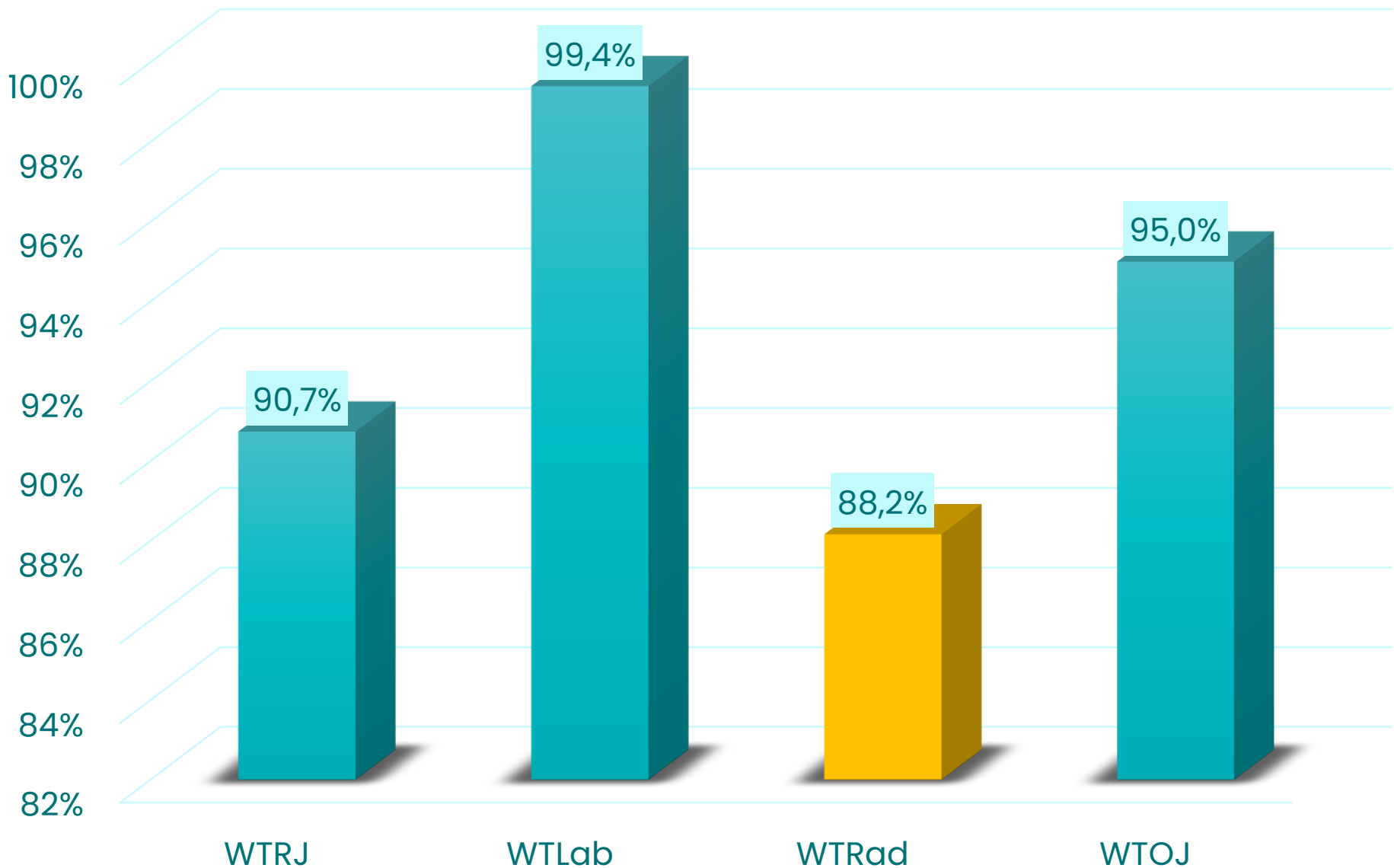
## REKOMENDASI

Melakukan upaya perbaikan agar indikator ini dapat terus ditingkatkan dengan mengefisiensikan waktu layanan sehingga pasien mendapatkan layanan yang optimal dengan waktu layanan yang singkat.



# DISTRIBUSI KETEPATAN WAKTU LAYANAN BERDASARKAN JENIS LAYANAN RUANG PERIODE TW 1 – TW 3 TAHUN 2024

RS Kertanegara



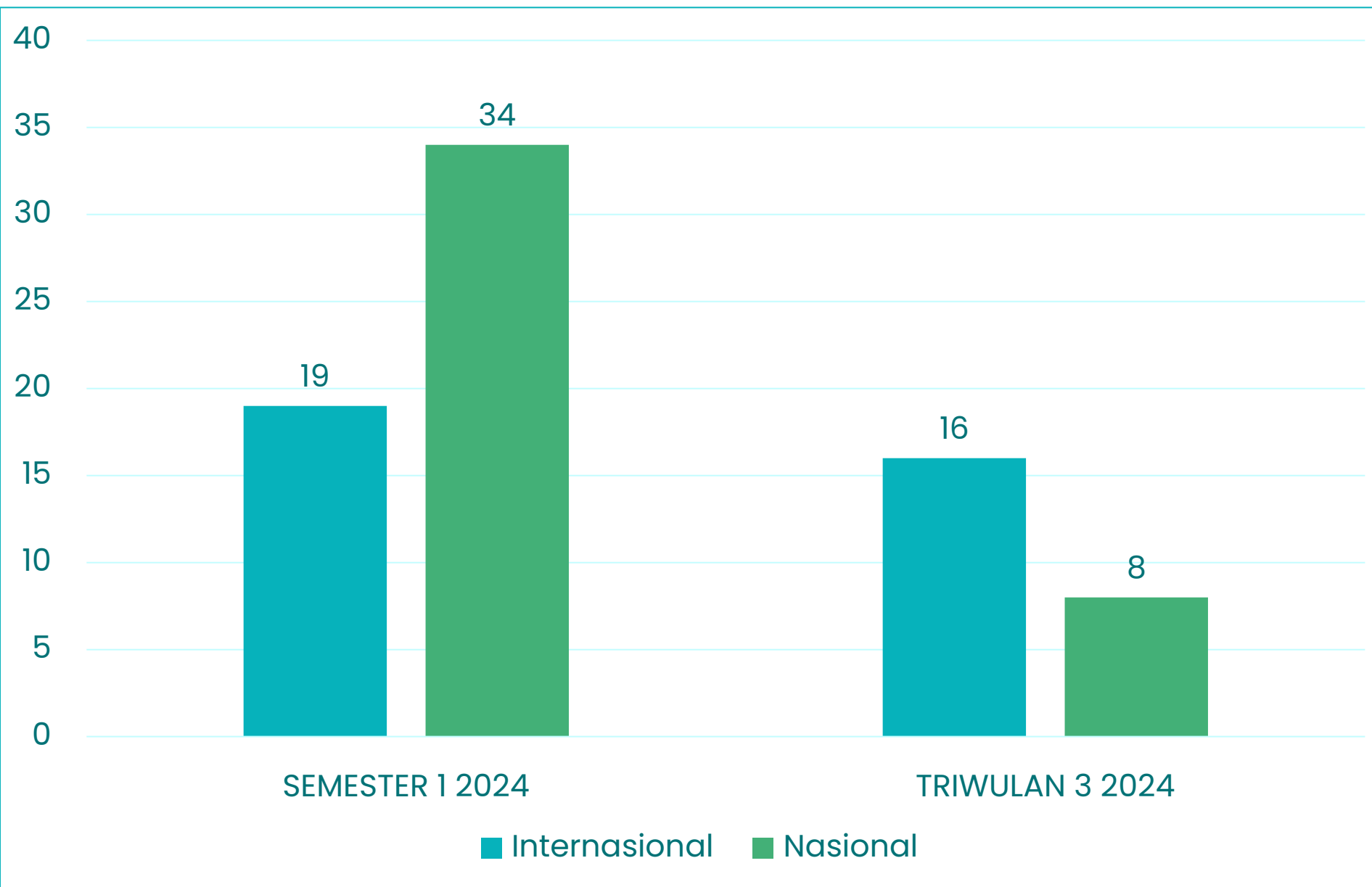
## INTERPRETASI

Persentasi ketepatan waktu layanan yang tertinggi adalah Waktu Tunggu Laboratorium di mana telah dilakukan upaya-upaya perbaikan untuk meningkatkan pelayanan WTLab, sedangkan waktu tunggu radiologi yang terendah 88.2%





# JUMLAH PUBLIKASI PENELITIAN NASIONAL BEREPUTASI/INTERNASIONAL YANG MENCANTUMKAN RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO RUANG PERIODE TW 1 – TW 3 TAHUN 2024



## ANALISA

Pada TW 3 tahun 2024 terdapat 24 jurnal hasil penelitian yang telah terpublikasi diantaranya 16 jurnal internasional dan 8 jurnal nasional

## REKOMENDASI

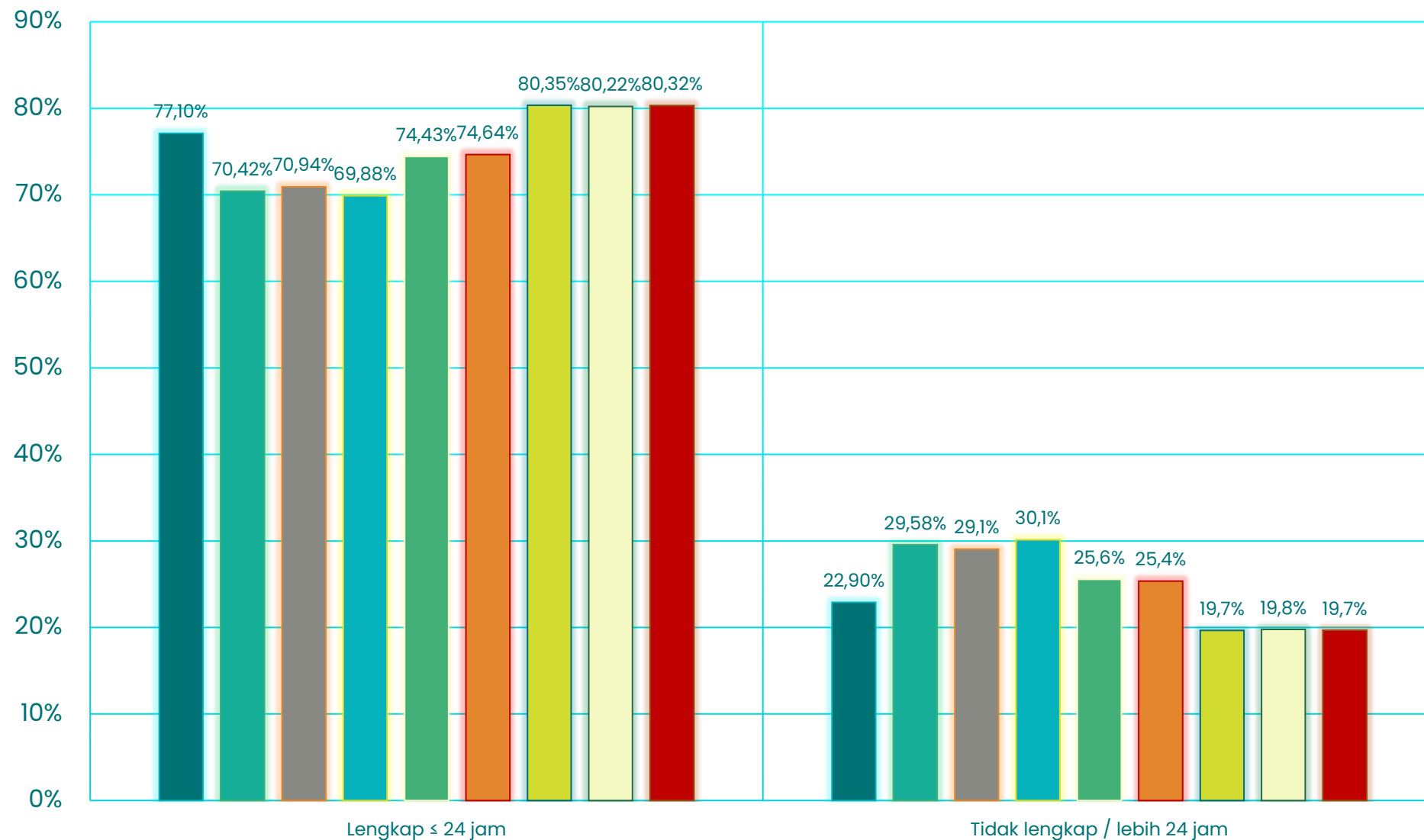
Memfasilitasi dan membuka peluang berbagai pihak dalam hal pengembangan penelitian di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Hal ini bertujuan untuk menambah khasana ilmu pengetahuan, wawasan serta ide baru terutama di bidang kesehatan



# KELENGKAPAN RINGKASAN PULANG (RESUME MEDIS) RUANG PERIODE TW 1 – TW 3 TAHUN 2024

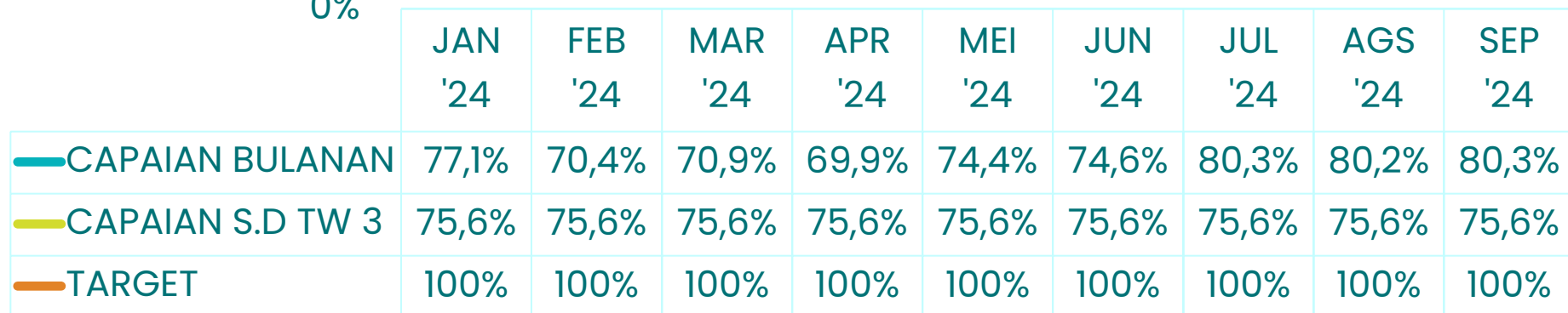
KEMENKES

■ Januari ■ Februari ■ Maret ■ April ■ Mei ■ Juni ■ Juli ■ Agustus ■ September



## INTERPRETASI

Berdasarkan grafik terlihat bahwa kelengkapan Resume Medik < 24 Jam cenderung stuck pada TW 3 dengan rerata capaian adalah 75,6%.



Berdasarkan grafik terlihat bahwa capaiannya cenderung *stuck* pada TW 3 2024. Pada umumnya belum ada tanda tangan elektronik oleh DPJP, keterlambatan pada pengisian item lain pada resume juga masih menjadi kendala

1. Melakukan pembenahan pada sistem
2. Melakukan resosialosi kepada DPJP terkait kelengkapan resume medis