

**REKAPITULASI CAPAIAN INDIKATOR MUTU WAJIB NASIONAL 2021**

No	Nama Indikator	Target	BULAN PELAPORAN								KET	
			JULI	AGST	SEPT	TW III	OKT	NOV	DES	TW IV		
1	Kepatuhan Identifikasi pasien	1	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Capaian lengkap dan tercapai
2	Emergency respon time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawatdarurat ≤ 5 menit)	≤ 5 menit	4,1875	4,468354	4,139241	4,265032	4,2716049	4,3125	4,02469	4,2029321		Capaian lengkap dan tercapai
3	Waktu Tunggu Rawat Jalan	≤60 menit	45,80	46,24	48,71823	47,01768	48,270981	51,5552	49,4512	49,76		Capaian lengkap dan tercapai
4	Penundaan Operasi Elektif	≤5 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Capaian lengkap dan tercapai
5	Kepatuhan jam Visite Dokter Spesialis	≥ 80 %	100%	99%	100%	100%	95%	100%	99%	98%		Capaian lengkap dan tercapai
6	Waktu Lapor Hasil Tes kritis Laboratorium	≤ 30	6,125	8,5	8,24	7,96	18,08	8,71429	5,63158	10,81		Capaian lengkap dan tercapai
7	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 90 %	92%	96%	91%	93%	94%	91%	90%	92%		Capaian lengkap dan tercapai
8	Kepatuhan Penggunaan formularium RS Non Provider BPJS	92%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		Capaian lengkap dan tercapai
9	Kepatuhan Cuci tangan	≥85 %	100%	98%	95%	98%	99%	100%	97%	99%		Capaian lengkap dan tercapai
10	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		Capaian lengkap dan tercapai
11	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	80%	50%	30%	50%	43%	39%	56%	67%	54%		Capaian lengkap dan tidak tercapai
12	Kepuasan pasien dan keluarga	80%	-	-	87%	87%	-		85,38%	85,38%		Capaian lengkap dan tercapai, periode laporan triwulan
13	Kecepatan respon Terhadap Komplain	>75 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		Capaian lengkap dan tercapai

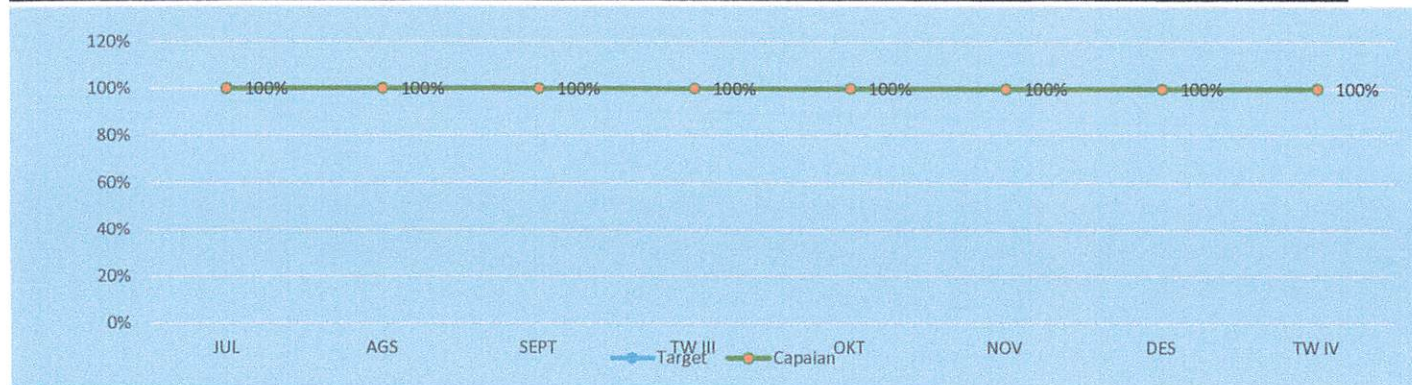
Analisa: Indikator kepatuhan terhadap clinical pathway belum tercapai

Bandung, Januari 2022  
Mengetahui, Ketua KMKP

  
dr. Nina Ratnaningsih, SpM(K), MSc.  
NIP.197204012009122001

<b>NAMA INDIKATOR</b>	: Kepatuhan Identifikasi pasien
<b>NUMERATOR</b>	: Jumlah proses yang telah dilakukan identifikasi secara benar
<b>DENUMERATOR</b>	: Jumlah proses pelayanan yang diobservasi
<b>FORMULA</b>	: $N/D \times 100\%$
<b>TARGET</b>	: 100%

INDIKATOR	JUL	AGS	SEPT	TW III	OKT	NOV	DES	TW IV
Target	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Capaian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

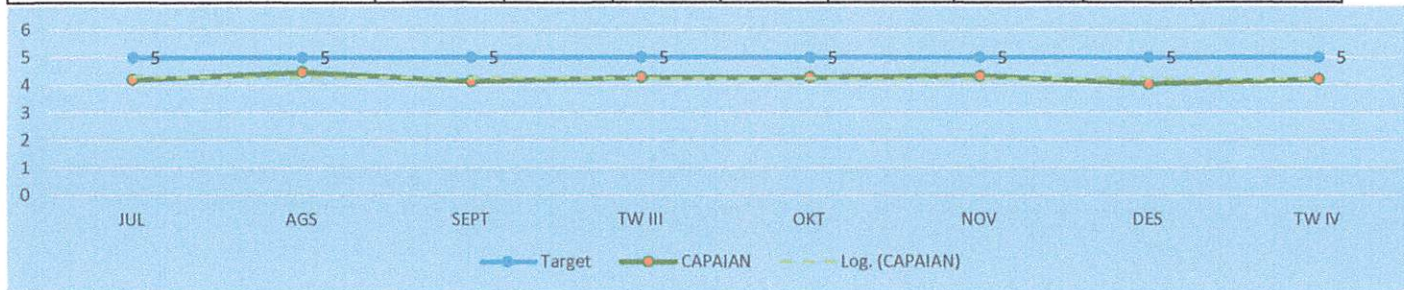


**Analisa:** Berdasarkan data dan grafik diatas pada indikator kepatuhan identifikasi pasien pada Triwulan IV tahun 2021 telah mencapai target yang ditetapkan yakni 100%, hal ini dilakukan pada saat sebelum melakukan tindakan keperawatan atau prosedur lain, pemberian obat, transfusi darah dan pengambilan spesimen lain untuk uji klinis. Hal tersebut dilakukan dengan cara mengidentifikasi pasien dengan tanggal lahir, nama pasien, nomor rekam medis dan gelang identifikasi.

**Rekomendasi:** Monitoring dan Evaluasi tetap dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan kepatuhan dalam identifikasi pasien, patuh dalam hal Pemberian obat, Pemberian darah/ produk darah, Pengambilan darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis, Sebelum memberikan pengobatan, memberikan tindakan sesuai dengan tepat nama, tanggal lahir, dan nomor rekam medis.

<b>NAMA INDIKATOR</b>	: <i>Emergency Respon Time</i> (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat darurat $\leq$ 5 menit)
<b>NUMERATOR</b>	: Jumlah pasien gawat, darurat, dan gawat darurat yang mendapatkan pelayanan kegawatdaruratannya dalam waktu $\leq$ 5 menit
<b>DENUMERATOR</b>	: Jumlah seluruh pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat yang mendapatkan pelayanan kegawatdaruratan di rumah sakit tersebut
<b>FORMULA</b>	: N/D
<b>TARGET</b>	: $\leq$ 5 menit

INDIKATOR	JUL	AGS	SEPT	TW III	OKT	NOV	DES	TW IV
Target	5	5	5	5	5	5	5	5
CAPAIAN	4,1875	4,46835	4,13924	4,26503	4,271605	4,3125	4,02469	4,2029321

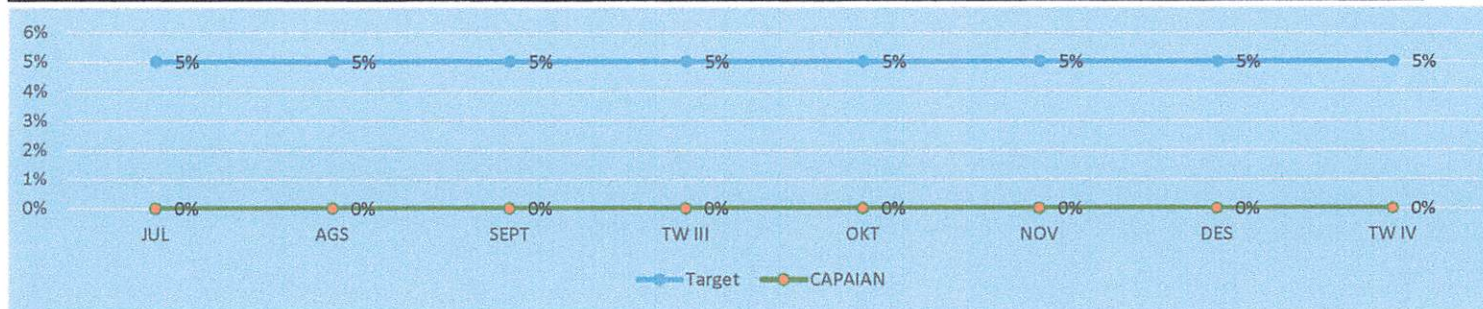


**Analisa:** Berdasarkan data dan grafik pada indikator *emergency respon time rate 2* ( waktu tanggap pelayanan gawat darurat  $\leq$  5 menit) pada Triwulan IV tahun 2021 telah memperoleh waktu tanggap rata-rata selama 4 menit, hal tersebut berarti bahwa waktu yang dibutuhkan mulai pasien dilakukan triage di IGD sampai mendapat pelayanan dokter sesuai dengan waktu tanggap gawat darurat yakni  $\leq$  5 menit.

**Rekomendasi:** Monitoring dan Evaluasi tetap dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan hasil capaian dalam waktu tanggap pelayanan gawat darurat  $\leq$  5 menit.

<b>NAMA INDIKATOR</b>	: Penundaan Operasi Elektif
<b>NUMERATOR</b>	: Jumlah pasien yang waktu jadwal operasinya berubah
<b>DENUMERATOR</b>	: Jumlah pasien operasi elektif
<b>FORMULA</b>	: $N/D \times 100\%$
<b>TARGET</b>	: < 5%

INDIKATOR	JUL	AGS	SEPT	TW III	OKT	NOV	DES	TW IV
Target	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%
CAPAIAN	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

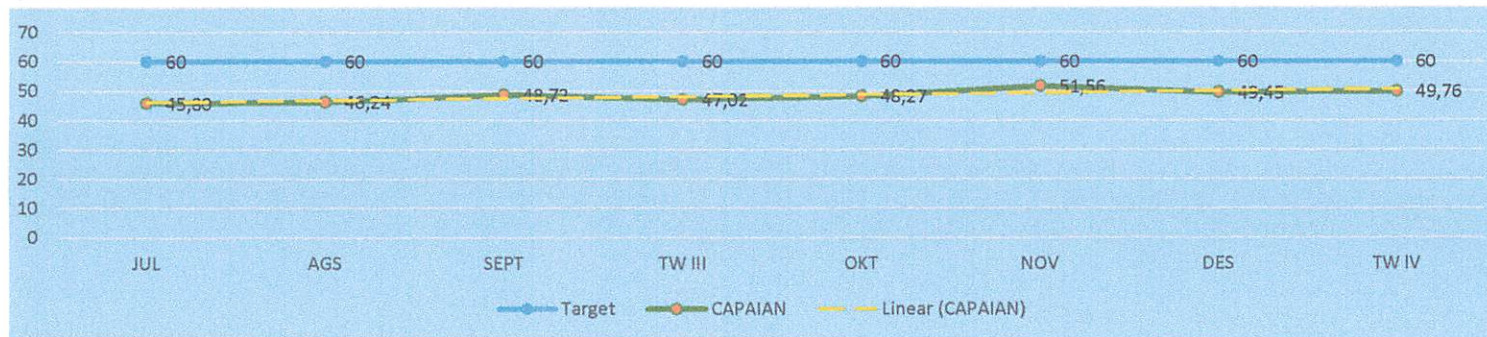


**Analisa:** Berdasarkan data dan grafik diatas pada indikator penundaan operasi elektif pada triwulan IV tahun 2021 memperoleh capaian sebesar  $\leq 5\%$ , dimana hal tersebut tidak terdapat perubahan jadwal operasi dari yang direncanakan dan proses operasi elektif telah sesuai dengan jadwal operasi, yakni kurang dari 2 hari, atau dalam hal ini tidak terdapat penundaan operasi elektif.

**Rekomendasi:** Monitoring dan Evaluasi tetap dilakukan sebagai upaya untuk mempertahankan dan meningkatkan hasil capaian indikator penundaan operasi elektif.

<b>NAMA INDIKATOR</b>	: Waktu Tunggu Rawat Jalan
<b>NUMERATOR</b>	: Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang di survey
<b>DENUMERATOR</b>	: Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey
<b>FORMULA</b>	: N/D
<b>TARGET</b>	: ≤ 60 menit

INDIKATOR	JUL	AGS	SEPT	TW III	OKT	NOV	DES	TW IV
Target	60	60	60	60	60	60	60	60
CAPAIAN	45,80	46,24	48,72	47,02	46,27	51,56	49,45	49,76



**Analisa:** Berdasarkan data dan grafik pada indikator Waktu Tunggu Rawat Jalan pada triwulan IV tahun 2021 memperoleh rata-rata capaian sebesar 49 menit 76 detik. Hal tersebut menunjukkan bahwa waktu yang diperlukan mulai pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai dilayani oleh dokter/dokter spesialis telah sesuai dengan waktu tunggu yang ditentukan yakni ≤ 60 menit.

**Rekomendasi:** Monitoring dan Evaluasi tetap dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan hasil capaian waktu tunggu rawat jalan.



KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA

**INDIKATOR MUTU WAJIB NASIONAL**  
**PUSAT MATA NASIONAL RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG**  
JL. Cicendo No. 4 Bandung 40117  
Telp. 022-4231280, 022-4231281. email: komitemuturscicendo@gmail.com



<b>NAMA INDIKATOR 129: Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis</b>								
<b>NUMERATOR : Jumlah visite dokter spesialis sebelum jam 14:00 pada hari berjalan</b>								
<b>DENUMERATOR : Jumlah visite dokter spesialis pada hari berjalan</b>								
<b>FORMULA : <math>N/D \times 100\%</math></b>								
<b>TARGET : <math>\geq 80\%</math></b>								
<b>INDIKATOR</b>	<b>JUL</b>	<b>AGS</b>	<b>SEPT</b>	<b>TW III</b>	<b>OKT</b>	<b>NOV</b>	<b>DES</b>	<b>TW IV</b>
Target	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
CAPAIAN	100%	99%	100%	100%	95%	100%	99%	98%

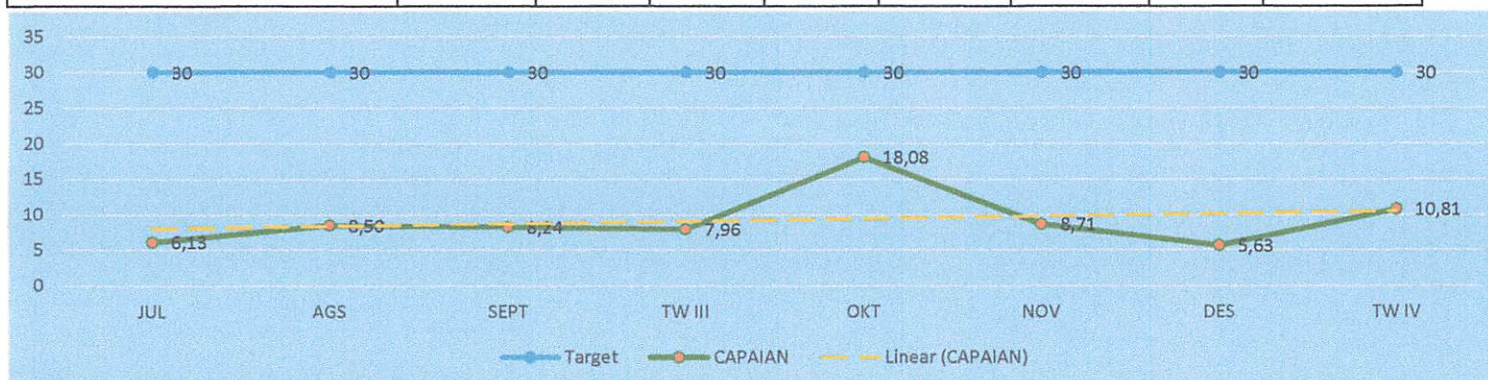


**Analisa:** Berdasarkan data dan grafik diatas pada indikator Kepatuhan jam Visite Dokter Spesialis pada Triwulan IV tahun 2021 memperoleh nilai capaian rata-rata sebesar 98% . Hal tersebut menunjukkan bahwa kunjungan dokter spesialis untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya setiap hari sebelum jam 14:00 termasuk hari libur telah dilakukan dengan baik oleh Dokter.

**Rekomendasi:** Monitoring dan evaluasi tetap dilakukan untuk mempertahankan hasil capaian dan meningkatkan lagi kepatuhan jam visite dokter spesialis.

<b>NAMA INDIKATOR</b>	: Waktu Lapor Hasil Tes kritis Laboratorium
<b>NUMERATOR</b>	: Jumlah pemeriksaan laboratorium kritis yang dilaporkan < 30 menit
<b>DENUMERATOR</b>	: jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium kritis
<b>FORMULA</b>	: N/D
<b>TARGET</b>	: < 30 menit

INDIKATOR	JUL	AGS	SEPT	TW III	OKT	NOV	DES	TW IV
Target	30	30	30	30	30	30	30	30
CAPAIAN	6,13	8,50	8,24	7,96	18,08	8,71	5,63	10,81



**Analisa:** Berdasarkan data dan grafik diatas pada indikator waktu lapor hasil tes kritis laboratorium pada Triwulan IV 2021 memperoleh capaian rata-rata sebesar 10 menit 81 detik. Hal tersebut telah mencapai target yang ditetapkan dan waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter/ analis laboratorium sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim. (lisan atau tulisan) sesuai standar yakni  $\leq 30$  menit.

**Rekomendasi:** Monitoring dan evaluasi tetap dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan hasil capaian waktu lapor hasil tes kritis laboratorium.



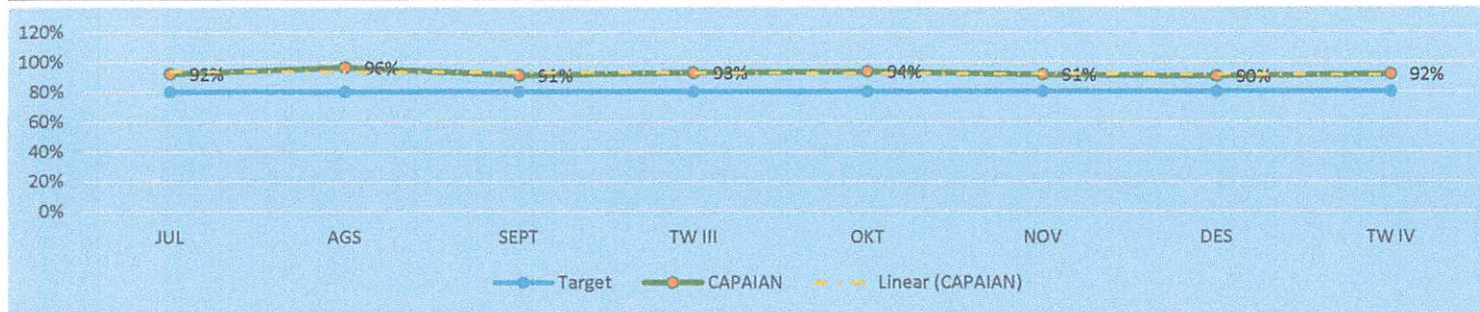
KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA

**INDIKATOR MUTU WAJIB NASIONAL**  
**PUSAT MATA NASIONAL RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG**  
 JL. Cicendo No. 4 Bandung 40117  
 Telp. 022-4231280, 022-4231281. email: komitemuturscicendo@gmail.com



<b>NAMA INDIKATOR</b>	: Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
<b>NUMERATOR</b>	: Jumlah R/ yang patuh dengan formularium nasional
<b>DENUMERATOR</b>	: Jumlah seluruh R/
<b>FORMULA</b>	: $N/D \times 100\%$
<b>TARGET</b>	: $\geq 80\%$

INDIKATOR	JUL	AGS	SEPT	TW III	OKT	NOV	DES	TW IV
Target	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
CAPAIAN	92%	96%	91%	93%	94%	91%	90%	92%

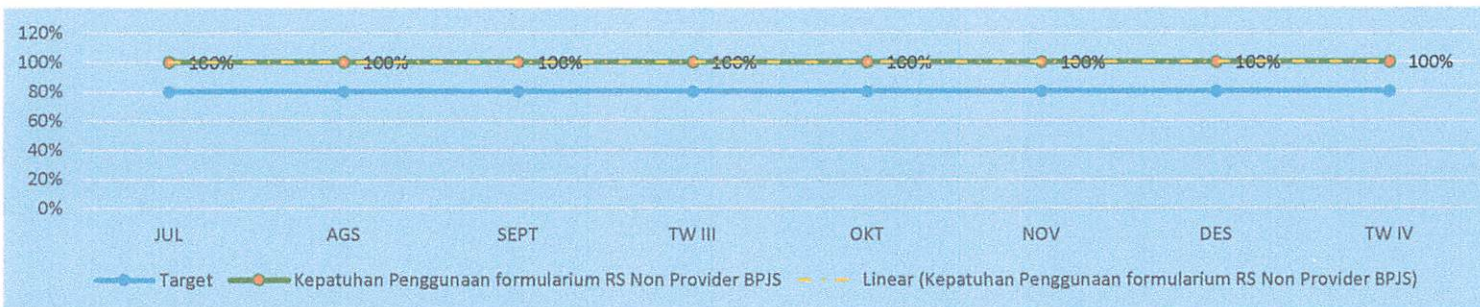


**Analisa:** Berdasarkan data dan grafik diatas pada indikator kepatuhan penggunaan formularium nasional pada triwulan IV tahun 2021 memperoleh capaian rata-rata sebesar 92% . Dalam hal ini bahwa kepatuhan para dokter meresepkan obat kepada pasien sesuai dengan daftar obat-obatan Formularium Nasional telah patuh dan sesuai dengan target yang ditetapkan.

**Rekomendasi:** Monitoring dan evaluasi tetap dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan hasil capaian indikator kepatuhan penggunaan formularium nasional.



<b>NAMA INDIKATOR</b>	<b>: Kepatuhan Penggunaan formularium RS Non Provider BPJS</b>							
<b>NUMERATOR</b>	<b>: Jumlah R/ yang patuh dengan formularium RS</b>							
<b>DENUMERATOR</b>	<b>: Jumlah seluruh R/</b>							
<b>FORMULA</b>	<b>: <math>N/D \times 100\%</math></b>							
<b>TARGET</b>	<b>: 80%</b>							
<b>INDIKATOR</b>	<b>JUL</b>	<b>AGS</b>	<b>SEPT</b>	<b>TW III</b>	<b>OKT</b>	<b>NOV</b>	<b>DES</b>	<b>TW IV</b>
Target	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
Kepatuhan Penggunaan formularium RS Non Provider BPJS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



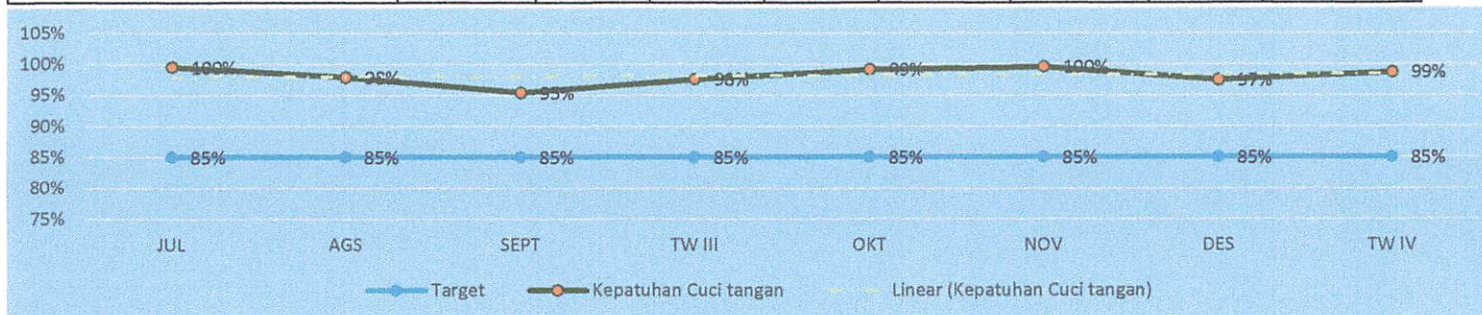
**Analisa:** Berdasarkan data dan grafik diatas pada indikator Kepatuhan Penggunaan formularium RS Non Provider BPJS pada triwulan IV tahun 2021 memperoleh nilai capaian rata-rata sebesar 100%, hal tersebut mempunyai arti bahwa kepatuhan para dokter meresepkan obat kepada pasien sesuai dengan daftar obat-obatan Formularium RS.

**Rekomendasi:** Monitoring dan evaluasi tetap dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan hasil capaian pada indikator Kepatuhan Penggunaan formularium RS Non Provider BPJS.



<b>NAMA INDIKATOR</b>	: Kepatuhan Cuci tangan
<b>NUMERATOR</b>	: Total kebersihan tangan yang dilakukan
<b>DENUMERATOR</b>	: Peluang kebersihan tangan
<b>FORMULA</b>	: $N/D \times 100\%$
<b>TARGET</b>	: $\geq 85\%$

INDIKATOR	JUL	AGS	SEPT	TW III	OKT	NOV	DES	TW IV
Target	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%
Kepatuhan Cuci tangan	100%	98%	95%	98%	99%	100%	97%	99%



**Analisa:** Berdasarkan data dan grafik diatas pada indikator kepatuhan cuci tangan pada Triwulan IV tahun 2021 memperoleh nilai capaian rata-rata sebesar 99%, dalam hal ini bahwa segala usaha yang dilakukan untuk membersihkan kotoran yang secara kasat mata terlihat dan pengangkatan mikroorganisme yang tinggal sementara di tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir (*hand wash*) atau dengan cairan berbasis alkohol (*handrub*) dalam 6 langkah (WHO,2009).

**Rekomendasi:** Monitoring dan evaluasi tetap dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan hasil capaian indikator kepatuhan cuci tangan.



KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA

**INDIKATOR MUTU WAJIB NASIONAL**  
**PUSAT MATA NASIONAL RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG**

JL. Cicendo No. 4 Bandung 40117

Telp. 022-4231280, 022-4231281. email: komitemuturscicendo@gmail.com



<b>Nama Indikator</b>	: Kepatuhan Upaya pencegahan Risiko Cedera Akibat Jatuh
<b>NUMERATOR</b>	: Jumlah kasus yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan pasien jatuh
<b>DENUMERATOR</b>	: Jumlah kasus semua pasien yang berisiko jatuh
<b>FORMULA</b>	: $N/D \times 100\%$
<b>TARGET</b>	: 100%

INDIKATOR	JUL	AGS	SEPT	TW III	OKT	NOV	DES	TW IV
Target	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

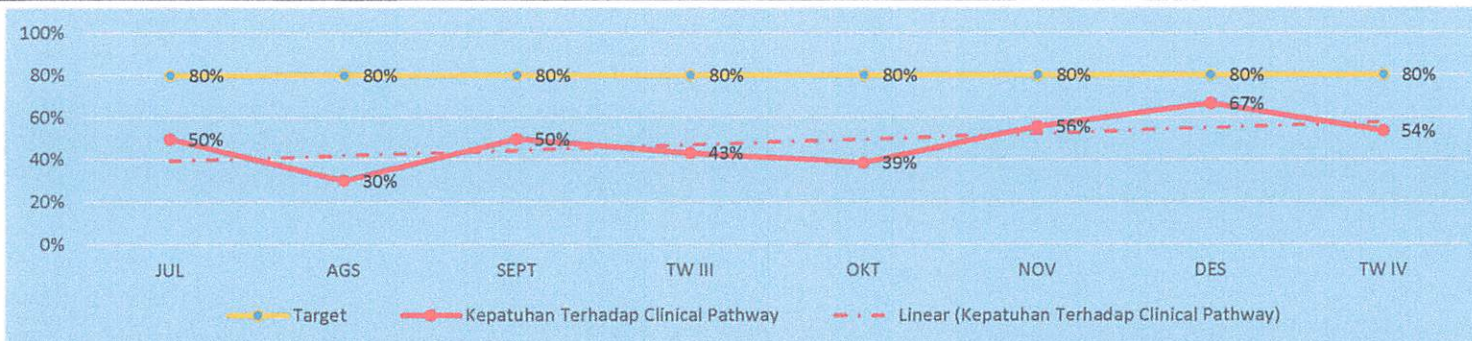


**Analisa:** Berdasarkan data dan grafik diatas pada indikator Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap Pada triwulan IV tahun 2021 telah mencapai target yang ditetapkan oleh indikator mutu wajib nasional Kementerian Kesehatan, hal tersebut menunjukkan bahwa petugas berupaya melaksanakan seluruh upaya pencegahan jatuh pada pasien yang berisiko sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh Rumah Sakit.

**Rekomendasi:** Monitoring dan evaluasi tetap dilakukan sebagai upaya untuk mempertahankan dan meningkatkan hasil capaian pada kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap.

<b>NAMA INDIKATOR</b>	: Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway
<b>NUMERATOR</b>	: Jumlah kasus yang penanganannya patuh dengan kriteria 5 clinical pathways
<b>DENUMERATOR</b>	: Jumlah total kasus yang masuk dalam kriteria 5 clinical pathways yang ditetapkan
<b>FORMULA</b>	: $N/D \times 100\%$
<b>TARGET</b>	: 80%

INDIKATOR	JUL	AGS	SEPT	TW III	OKT	NOV	DES	TW IV
Target	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	50%	30%	50%	43%	39%	56%	67%	54%

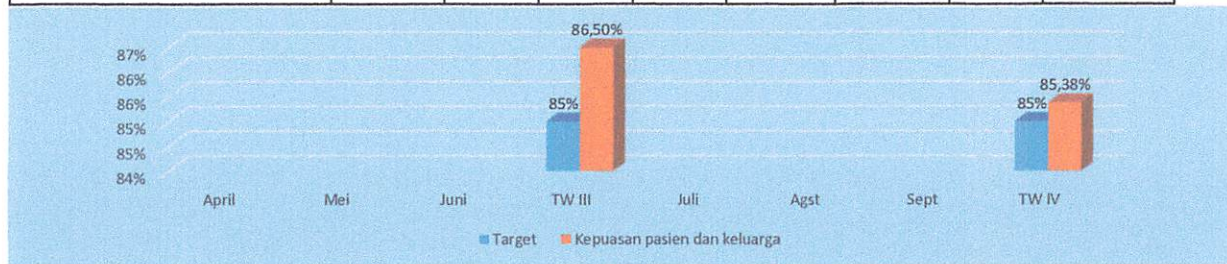


**Analisa:** Berdasarkan grafik dan data diatas pada indikator kepatuhan terhadap clinical pathway pada Triwulan IV tahun 2021 tidak mencapai target, hal tersebut dikarenakan Kerpatuhan audit medis EED Terhadap Clinical Pathway mencapai 54%, disebabkan karena masih terdapat pemeriksaan penunjang yang tidak lengkap, dan terapi pasca bedah yang tidak sesuai. Walaupun hasil capaian di bawah target, hal ini telah dilakukan beberapa upaya, yakni dengan mereview *Clinical Pathway*, merevisi sesuai dengan kepustakaan/ilmu pengetahuan yang terbaru.

**Rekomendasi:** diperlukan koordinasi dan mengingatkan secara terus menerus terhadap pihak-pihak untuk mematuhi *clinical pathway* khususnya pada KSM EED demi kepentingan bersama.

<b>NAMA INDIKATOR</b>	: Kepuasan pasien dan keluarga
<b>NUMERATOR</b>	: Hasil Penilaian IKM. Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
<b>DENUMERATOR</b>	: Skala Maksimal Penilaian IKM. Jumlah total pasien yang disurvei ( minimal 50)
<b>FORMULA</b>	:
<b>TARGET</b>	: 85%

INDIKATOR	April	Mei	Juni	TW III	Juli	Agst	Sept	TW IV
Target				85%				85%
Kepuasan pasien dan keluarga				86,50%				85,38%



**Analisa:** Berdasarkan hasil capaian Kepuasan Pasien dan Keluarga di Triwulan IV pada tahun 2021 memperoleh capaian sebesar 85,38% dan sudah mencapai target yang diharapkan, walaupun triwulan III capaiannya lebih tinggi. Dari 9 unsur yang menjadi penilaian kepuasan ini terdapat unsur yang memiliki nilai terendah yaitu waktu pelayanan di Instalasi rawat jalan reguler, biaya atau tarif pelayanan di instalasi rawat jalan eksekutif dan instalasi rawat inap untuk sarana prasarana dan waktu serta prosedur pelayanan.

**Rekomendasi:** Untuk Instalasi Rawat Jalan, sebagai saran masukan antara lain sebagai berikut;

1. Mengevaluasi kembali fungsi dan keberhasilan pendaftaran melalui SMS Gateway
  2. Mengevaluasi kembali jumlah dan komitmen petugas di pelayanan mulai dari pendistribusian rekam medis, sampai dengan pasien mendapatkan pemeriksaan oleh dokter sehingga pasien tidak menunggu terlalu lama
  3. Mengingatkan kembali kepada semua petugas pemberi asuhan yaitu perawat, DPJP bahwa mulainya jam pelayanan untuk memperlancar dan mempercepat pelayanan yang diberikan kepada pasien
- Untuk Instalasi Eksekutif, saran dan rekomendasi antara lain sebagai berikut: 1.  
Perlu pelayanan yang lebih baik lagi untuk menunjang tarif layanan di Instalasi eksekutif lasik,
- Untuk Instalasi Rawat Inap, sebagai berikut; 1.  
Kepada tim pengambil data kepuasan pelanggan, mohon untuk di ambil lagi datanya, sarana prasarananya yang mana yang kurang menunjang, sehingga berakibat pada kepuasan pelanggan.

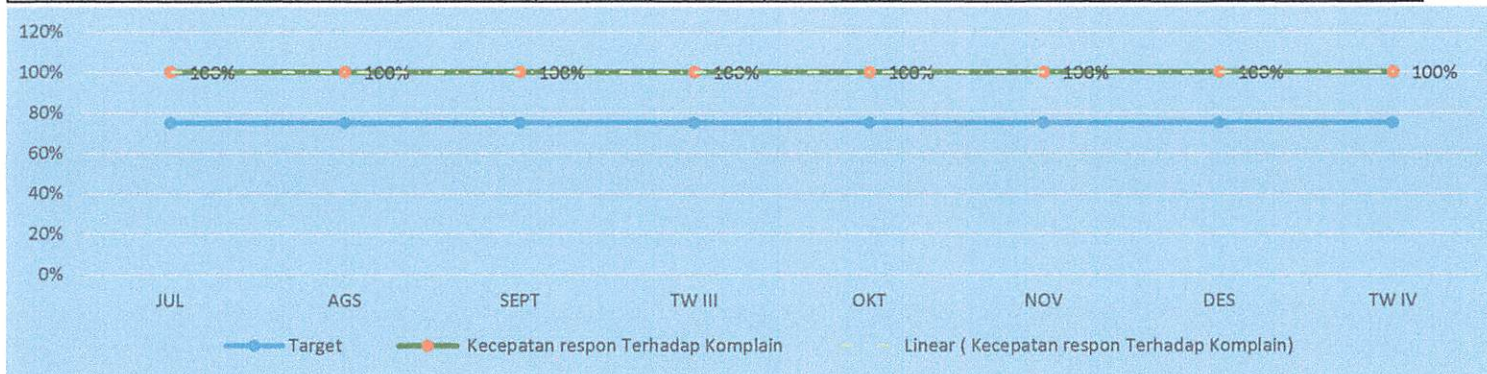


**INDIKATOR MUTU WAJIB NASIONAL**  
**PUSAT MATA NASIONAL RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG**  
**JL. Cicendo No. 4 Bandung 40117**

Telp. 022-4231280, 022-4231281. email: komitemuturscicendo@gmail.com



<b>NAMA INDIKATOR</b>	: Kecepatan respon Terhadap Komplain							
<b>NUMERATOR</b>	: Jumlah KKM, KKK dan KKH yang sudah ditanggapi dan ditindaklanjuti							
<b>DENUMERATOR</b>	: Jumlah seluruh KKM, KKK dan KKH							
<b>FORMULA</b>	: $N/D \times 100\%$							
<b>TARGET</b>	: >75%							
<b>INDIKATOR</b>	<b>JUL</b>	<b>AGS</b>	<b>SEPT</b>	<b>TW III</b>	<b>OKT</b>	<b>NOV</b>	<b>DES</b>	<b>TW IV</b>
Target	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%
Kecepatan respon Terhadap Komplain	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



**Analisa:** Berdasarkan data dan grafik diatas pada indikator kecepatan respon terhadap komplain pada Triwulan IV tahun 2021 memperoleh capaian dengan rata-rata sebesar 100%, hal tersebut menunjukkan bahwa capaian sesuai dengan target, yang mempunyai arti bahwa kecepatan Rumah sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui media masa yang sudah diidentifikasi tingkat risiko dan dampak risiko dengan penetapan grading/ dampak risiko berupa ekstrim (merah), Tinggi (kuning), Rendah (hijau), dan dibuktikan dengan data, dan tindak lanjut atas respon time komplain tersebut sesuai dengan kategorisasi/grading/dampak risiko. Komplain yang masuk juga telah ditangani dan ditindaklanjuti oleh masing-masing unit yang mendapatkan komplain.

**Rekomendasi:** Monitoring dan evaluasi tetap dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan hasil; capaian pada kecepatan respon terhadap komplain