

LAPORAN  
CAPAIAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT  
TRIBUNAN III TAHUN 2019



**RSUD MUNTILAN KABUPATEN MAGELANG**

Jln. Kartini No. 13 ☎ Informasi (0293) 587004 ☎ Sekretariat (0293) 587017 Fax (0293) 587017  
☎ IGD (0293) 585392 e-mail [rsudkabmgl@gmail.com](mailto:rsudkabmgl@gmail.com) Muntilan 56411

LAPORAN  
CAPAIAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT  
RSUD MUNTILAN KABUPATEN MAGELANG  
TRIBUNLAN II TAHUN 2019



Muntlan, 24 Oktober 2019

Ketua Komite PMKP

dr. ANA ROCHANA, Sp. PK.  
Penata Tingkat I  
NIP. 19680919 200604 2 002

Direktur RSUD Muntlan

Kabupaten Magelang



dr. M. SYUKRI, M.P.H.  
Pembina Tingkat I

NIP. 19660115 199603 1 003

## I. PENDAHULUAN

Mutu pelayanan rumah sakit adalah derajat kesempurnaan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat. Sedangkan keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisa insiden, kepemimpinan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko, mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat dilaksanakan suatu tindakan/tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Peningkatan mutu secara menyeluruh akan meningkatkan keselamatan pasien dan memperkecil risiko pada pasien dan staf secara berkesinambungan. Oleh karena itu, maka mutu dan keselamatan pasien harus menjadi budaya pelayanan dan mendasari kegiatan di rumah sakit. Dan sesuai dengan visi RSUD Muntilan Kabupaten Magelang yaitu menjadi rumah sakit rujukan terpercaya di Kabupaten Magelang dan sekitarnya, dan misi menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau, menyelenggarakan pengelolaan sumber daya rumah sakit secara profesional, menyelenggarakan peningkatan ilmu dan ketrampilan tenaga rumah sakit, memberikan pelayanan kesehatan yang memuaskan pelanggan. Diharapkan RSUD Muntilan lebih maju dibandingkan dengan rumah sakit lain di sekitarnya, memiliki sarana dan prasarana yang lebih maju dan modern serta sumber daya manusia yang kompeten dengan mengedepankan mutu pelayanan.

Berdasarkan hal tersebut diatas, maka RSUD Muntilan Kabupaten Magelang melakukan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang sesuai dengan standar akreditasi SNARS EDISI 1. Kegiatan tersebut tertuang dalam Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan (PMKP) yang mencakup semua unit kerja dan unit pelayanan yang ada di rumah sakit. Salah satu kegiatan dalam Program PMKP adalah pemantauan indikator mutu rumah sakit yaitu berupa manajemen data yang meliputi pengumpulan data, pelaporan, analisis, validasi dan publikasi data.

Indikator mutu rumah sakit yang ditetapkan dan dipantau terdiri dari: 12 Indikator Mutu pelayanan Rumah Sakit/Wajib (IMUTW), 10 Indikator Area Klinik (IAK), 9 Indikator Area Manajemen (IAM), 6 Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (ISKP), Analisis Tren Kejadian Tidak Diharapkan (KTD Khusus), Insiden Keselamatan Pasien (IKP), Indikator Mutu Area Prioritas dan Indikator Mutu Unit Kerja.

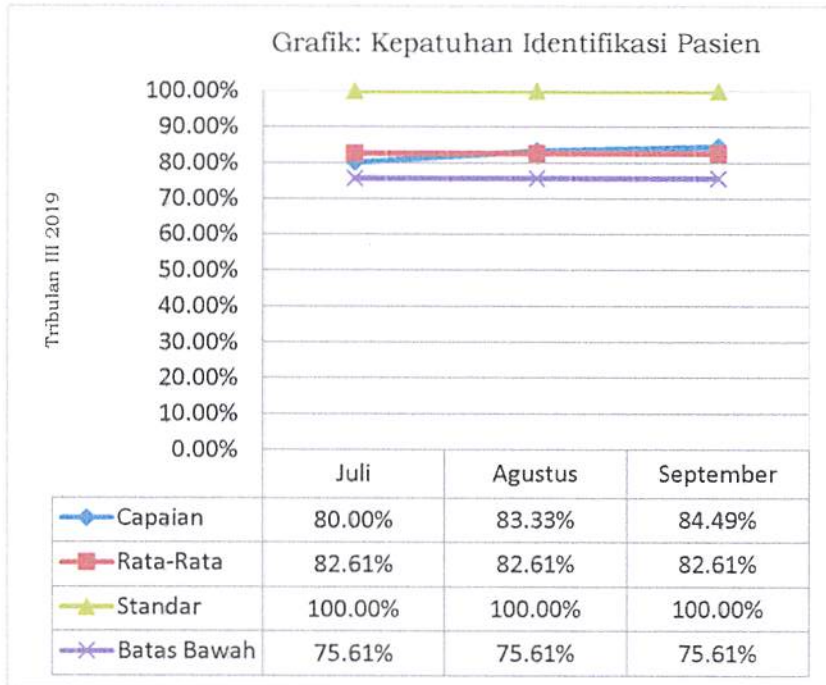
Pelaporan capaian indikator mutu rumah sakit dilakukan secara periodik, sesuai dengan periode pengumpulan data (harian, bulanan, tribulan, semester, tahunan) untuk hasil pengumpulan data setiap indikator dan setiap tiga bulan untuk analisis, validasi dan publikasi data. Laporan capaian indikator mutu dilakukan secara berjenjang mulai dari unit kerja/unit pelayanan kepada Komite PMKP dan dari Komite PMKP kepada Direktur Rumah Sakit untuk dilakukan analisis lanjutan yang selanjutnya dilaporkan kepada Dewan Pengawas oleh Direktur Rumah Sakit. Laporan juga diseminasikan baik eksternal maupun internal rumah sakit. Secara internal kepada seluruh staf rumah sakit melalui sarana dan media yang ada di rumah sakit, seperti *dash board* dan *story board*, rapat koordinasi, *meeting morning*, apel, dan lain-lain. Sedangkan secara eksternal melalui *website* rumah sakit, instagram rumah sakit. Juga adanya kewajiban melaporkan capaian kepada Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) melalui SISMADAK. Kegiatan ini bersifat rutin dan berkelanjutan.

## II. CAPAIAN, ANALISIS DAN TINDAK LANJUT INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT

Indikator mutu rumah sakit yang ditetapkan dan dipantau terdiri dari: 12 Indikator Mutu pelayanan Rumah Sakit/Wajib (IMUTW), 10 Indikator Area Klinik (IAK), 9 Indikator Area Manajemen (IAM), 6 Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (ISKP).

### A. 12 Indikator Mutu pelayanan Rumah Sakit/Wajib (IMUTW).

NO.	KODE	NAMA INDIKATOR	STANDAR
1.	IMUTW 01	Kepatuhan Identifikasi Pasien.	100%.
2.	IMUTW 02	<i>Emergency Respon Time</i> (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat < 5 Menit).	100%.
3.	IMUTW 03	Waktu Tunggu Rawat Jalan.	100% (< 60 Menit).
4.	IMUTW 04	Penundaan Operasi Elektif.	5%.
5.	IMUTW 05	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis.	80%.
6.	IMUTW 06	Waktu Laporan Hasil Tes Kritis Laboratorium.	100%.
7.	IMUTW 07	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi RS <i>Provider</i> BPJS.	80%.
8.	IMUTW 08	Kepatuhan Cuci Tangan.	85%.
9.	IMUTW 09	Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh.	100%.
10.	IMUTW 10	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i> .	80%.
11.	IMUTW 11	Kepuasan Pasien dan Keluarga.	80%.
12.	IMUTW 12	Kecepatan Respon terhadap Komplain.	75%.



Analisis :

Pencapaian selama Tribulan III belum mencapai sasaran tetapi naik dibandingkan Tribulan II, rata-rata Tribulan II 76% sedangkan Tribulan III 82.61%. Tren meningkat dengan capaian tertinggi 84.49% di Bulan September. Dibandingkan standar dan rumah sakit sejenis yang mencapai 100% masih lebih rendah. Belum tercapainya standar karena belum optimalnya pelaksanaan supervisi dan monitoring.

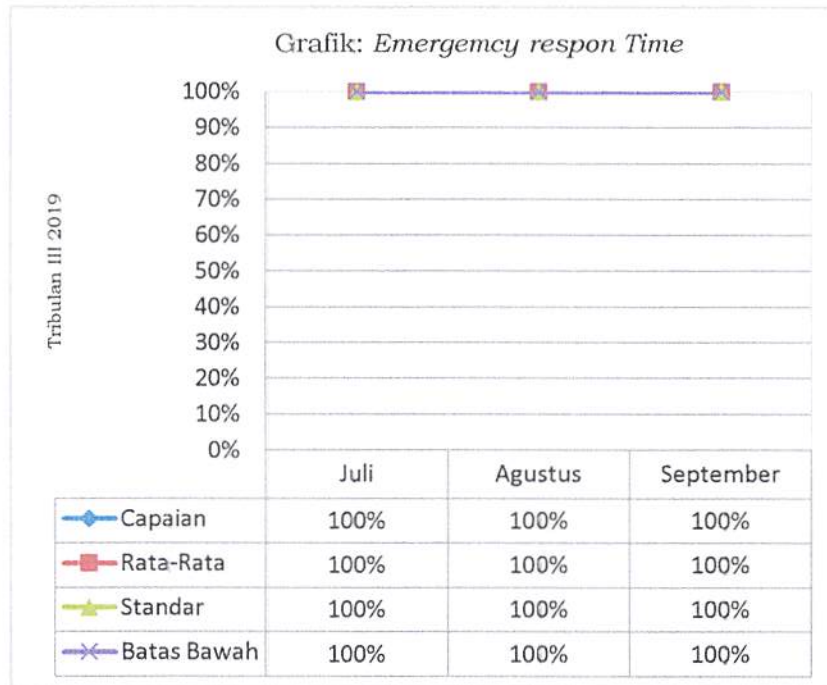
Tindak Lanjut:  
Dilakukan PDSA pada Bulan Oktober.

**Plan**  
(Rencana, Outcome, Langkah-Populasi-Waktu).  
Meningkatkan kepatuhan identifikasi pasien dengan melanjutkan sosialisasi dan edukasi menggunakan video ditambah supervisi yang dilakukan periodik.

**Do**  
(Amati)  
Melanjutkan sosialisasi dengan video dan melakukan supervisi identifikasi pasien oleh kepala unit, PIC unit, dan manajerial.

**Study**  
(Pelajari, Lihat Tujuan)  
Monitoring efektivitas pelaksanaan kegiatan.

**Action**  
(Simpulkan)  
Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

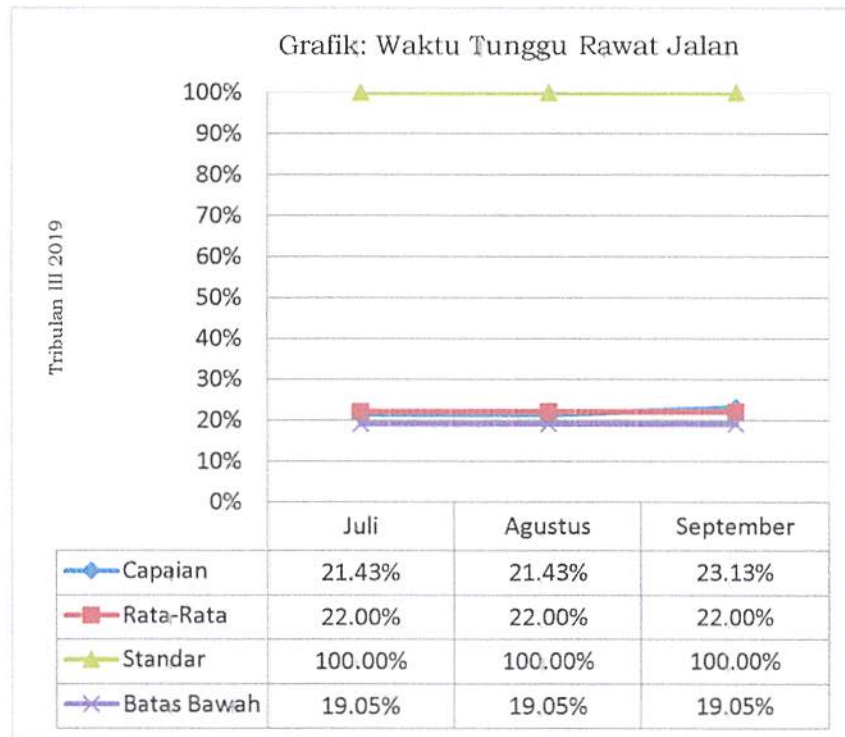


Analisis :

*Emergency respon time* selama Tribulan III sudah sesuai standar, konsisten setiap bulannya dan sama dengan pencapaian rumah sakit sejenis yaitu 100% dibawah 5 menit.

Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.



Analisis :

Pencapaian selama Tribulan III belum mencapai standar dengan pencapaian rata-rata masih 22%. Sedangkan standarnya adalah 100% dan capaian rumah sakit sejenis rata-rata 82%. Hal ini karena:

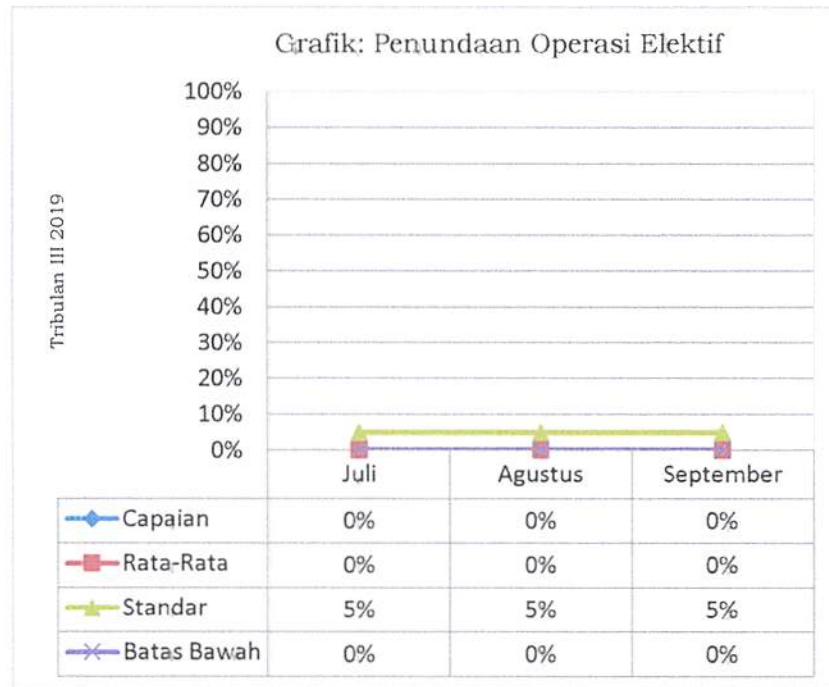
1. Banyak dokter melakukan visite pasien di rawat inap dahulu (bisa dilihat dari pencapaian ketepatan waktu dokter spesialis visite 100%) atau melakukan tindakan operasi pasien yang sudah terjadwal baru melakukan pemeriksaan di poliklinik sehingga rentang waktu tunggu memanjang, mulai jam pendaftaran 07.15 WIB sedangkan rata-rata mulai pemeriksaan dokter di poliklinik jam 09.00 WIB.
2. Pendaftaran belum *online* sehingga pasien/keluarga harus mengantri sejak sebelum loket buka.

Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pada Bulan Oktober.



<p><b>Plan</b> (Rencana, Outcome, Langkah-Populasi-Waktu):</p>	<p>Meningkatkan pencapaian waktu tunggu rawat jalan dengan melakukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koordinasi dengan pihak terkait (Instalasi Rawat Jalan, Sub Bidang RM, Bidang Pelayanan, Bidang Penunjang, Perwakilan SMF).</li> <li>2. Penyusunan ulang jadwal dokter spesialis dengan adanya penambahan beberapa dokter spesialis.</li> <li>3. Pengadaan pendaftaran pasien <i>online</i> dengan target akhir tahun 2019 terlaksana.</li> </ol>
<p><b>Do</b> (Amati)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melaksanakan koordinasi dengan pihak terkait.</li> <li>2. Melakukan penyusunan ulang jadwal dokter spesialis dengan adanya penambahan beberapa dokter spesialis.</li> <li>3. Melaksanakan koordinasi dengan Bidang Keuangan, Ka. Bag. TU, Instalasi SIM RS, Instalasi PK RS Humas terkait sistem pendaftaran <i>online</i> pasien.</li> </ol>
<p><b>Study</b> (Pelajari, Tujuan)</p>	<p>Lihat Monitoring pelaksanaan kegiatan untuk meningkatkan capaian waktu tunggu rawat jalan.</p>
<p><b>Action</b> (Simpulkan)</p>	<p>Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.</p>

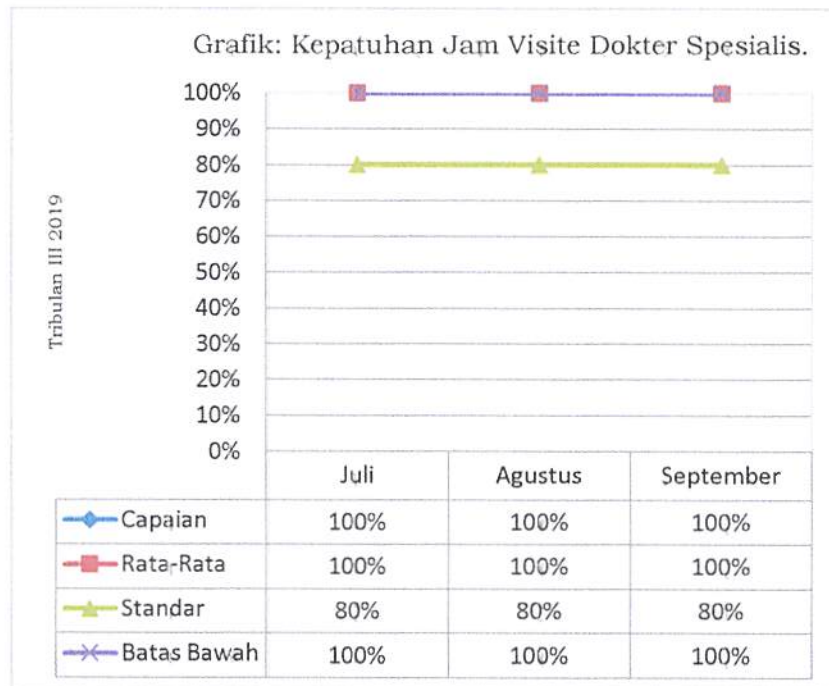


**Analisis :**

Penundaan operasi elektif selama Tribulan III sudah sesuai standar, konsisten setiap bulannya dan sama dengan pencapaian rumah sakit sejenis yaitu 0%.

**Tindak Lanjut:**

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.

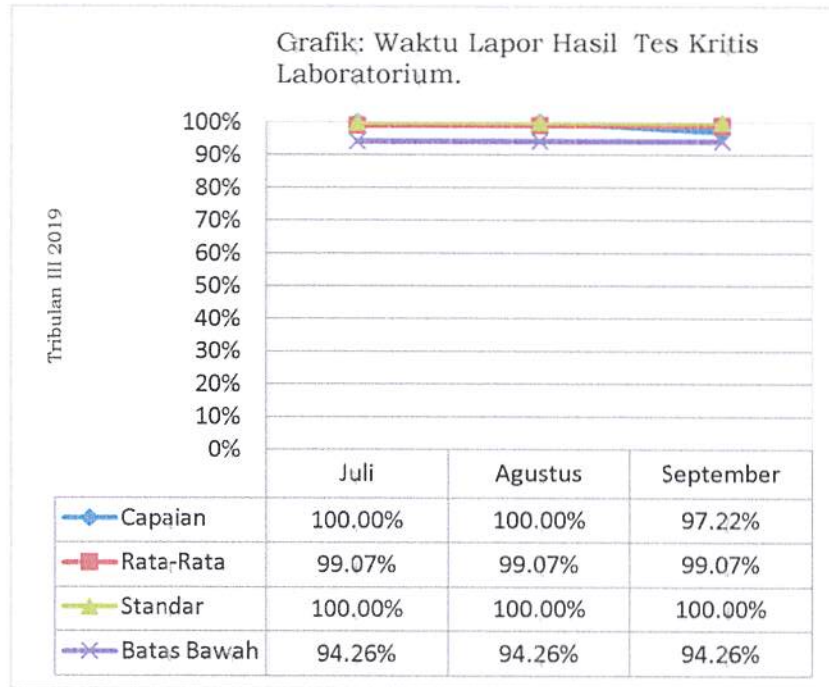


Analisis :

Kepatuhan jam visite dokter spesialis pada Triwulan III sudah mencapai standar yaitu di atas 80% dan pencapaian rumah sakit sejenis 98.70%.

Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.



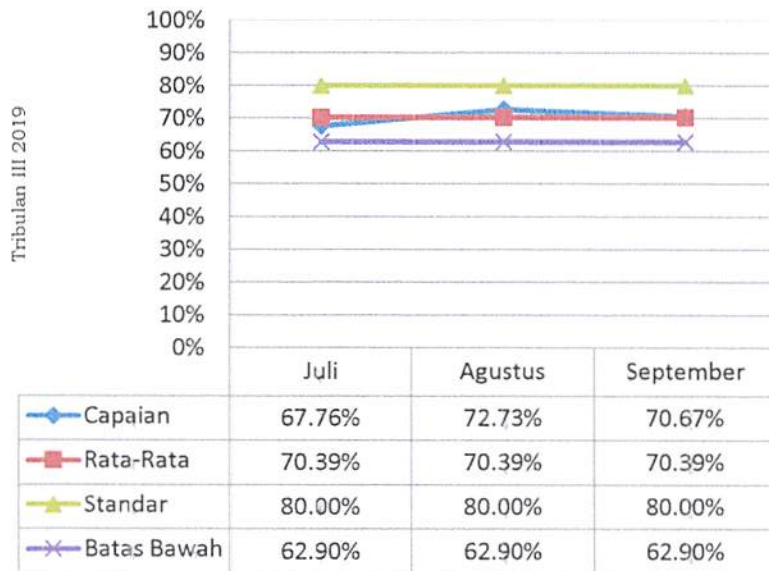
Analisis :

Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium selama Tribulan III sudah sesuai standar yaitu 100% meskipun di Bulan September turun sedikit, capaian ini lebih tinggi dibandingkan pencapaian rumah sakit sejenis.

Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.

Grafik: Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional bagi Rumah Sakit Provider BPJS.

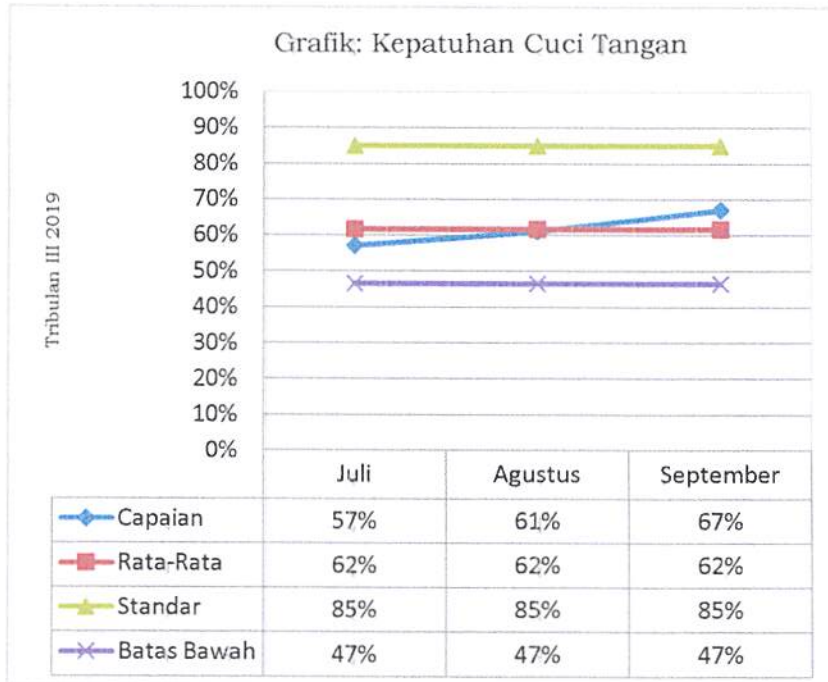


**Analisis :**

Pencapaian selama Tribulan III belum mencapai standar dengan rata-rata 70.39% dengan capaian tertinggi Bulan Agustus 72.73%. Sedangkan standar lebih dari 80% dan capaian rumah sakit sejenis 99.22%. Hal ini karena belum optimalnya supervisi dan kurangnya koordinasi oleh KFT dengan Komite Medis.

Tindak Lanjut:  
Dilakukan PDSA pada Bulan Oktober.

<b>Plan</b> (Rencana, Outcome, Langkah-Populasi-Waktu).	Meningkatkan kepatuhan penggunaan formularium nasional dengan melakukan supervisi dan meningkatkan koordinasi antara KSM, KFT, Komite Medis, dan Bidang Pelayanan.
<b>Do</b> (Amati)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengingatkan dokter untuk menggunakan obat sesuai dengan formularium rumah sakit.</li> <li>2. Melakukan koordinasi antara KSM, KFT, Komite Medik, dan Bidang Pelayanan.</li> <li>3. Monitoring pelaksanaan oleh PIC Instalasi Farmasi.</li> </ol>
<b>Study</b> (Pelajari, Lihat Tujuan).	Monitoring pelaksanaan kegiatan.
<b>Action</b> (Simpulkan)	Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

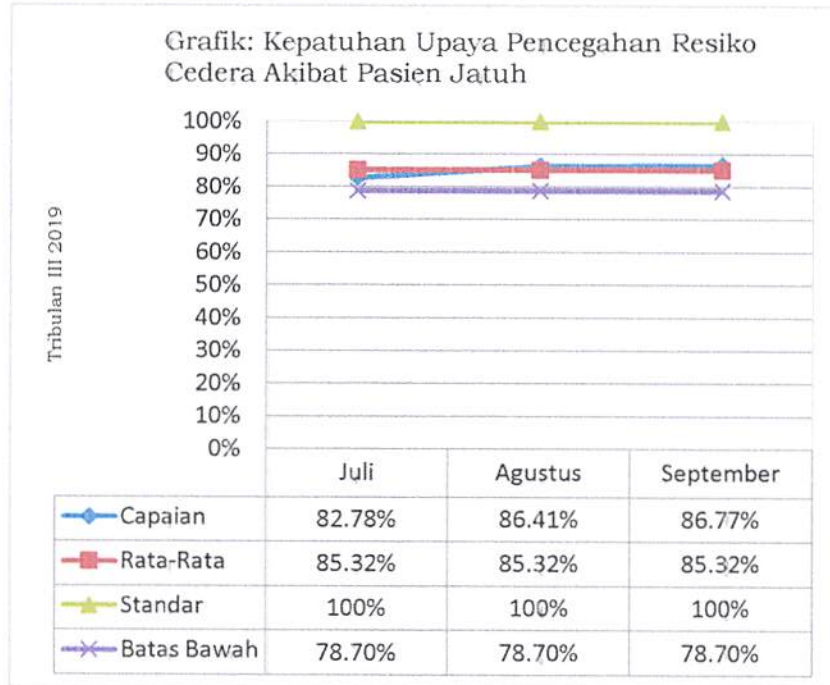


Analisis :

Pencapaian selama Tribulan III belum mencapai standar tapi naik dibandingkan Tribulan II (rata-rata capaian 49% menjadi 62%), tertinggi di bulan September 67%. Jika dibandingkan dengan standar 85% dan rumah sakit sejenis yang mencapai 82%, maka capaian lebih rendah. Hal ini karena belum efektifnya sosialisasi dan edukasi terkait kepatuhan cuci tangan.

Tindak Lanjut:  
Dilakukan PDSA pada Bulan Oktober.

Plan (Rencana, Outcome, Langkah-Populasi-Waktu).	Meningkatkan kepatuhan cuci tangan petugas dengan melakukan refresh pengetahuan petugas tentang cuci tangan dengan target refresh pengetahuan terlaksana.
Do (Amati)	<ol style="list-style-type: none"> <li>Melaksanakan <i>inhouse training</i> pelaksanaan cuci tangan.</li> <li>Monitoring ketat dan meningkatkan koordinasi terutama di unit yang nilainya masih rendah.</li> </ol>
Study (Pelajari, Lihat Tujuan).	Monitoring pelaksanaan kegiatan.
Action (Simpulkan)	Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

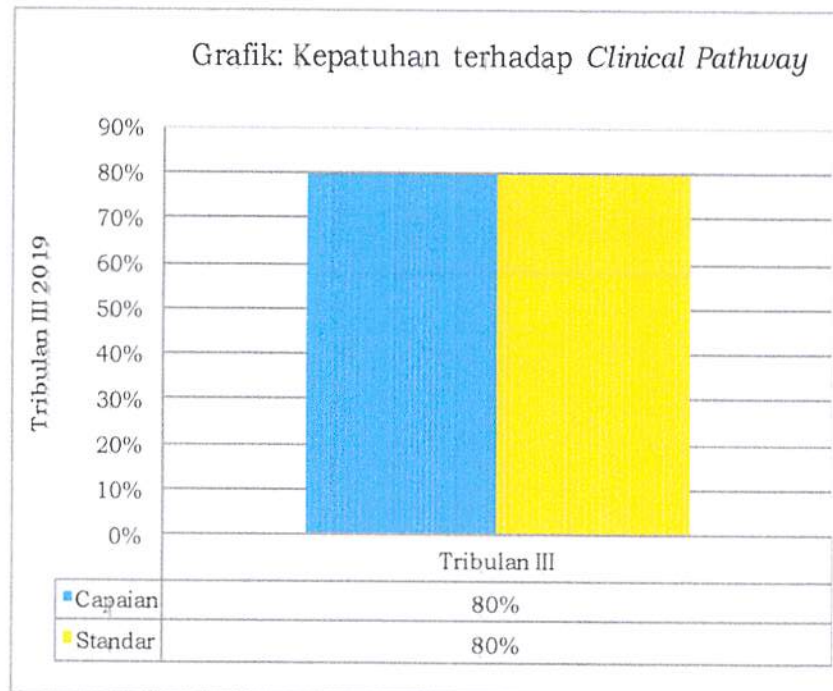


**Analisis :**

Pencapaian selama Tribulan III belum mencapai standar dengan rata-rata 85.32%, tertinggi Bulan September 86.77%. Jika dibandingkan dengan standar dan rumah sakit sejenis yang mencapai 100%, maka capaian masih lebih rendah. Ketidakpatuhan ada pada pelaksanaan asesmen ulang resiko jatuh.

Tindak Lanjut:  
Dilakukan PDSA pada Bulan Oktober.

Plan (Rencana, Outcome, Langkah-Populasi-Waktu).	Meningkatkan kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh dengan melakukan sosialisasi pencegahan resiko jatuh menggunakan vidio.
Do (Amati)	Melakukan sosialisasi pencegahan resiko jatuh menggunakan vidio.
Study (Pelajari, Lihat Tujuan).	Monitoring pelaksanaan kegiatan.
Action (Simpulkan)	Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

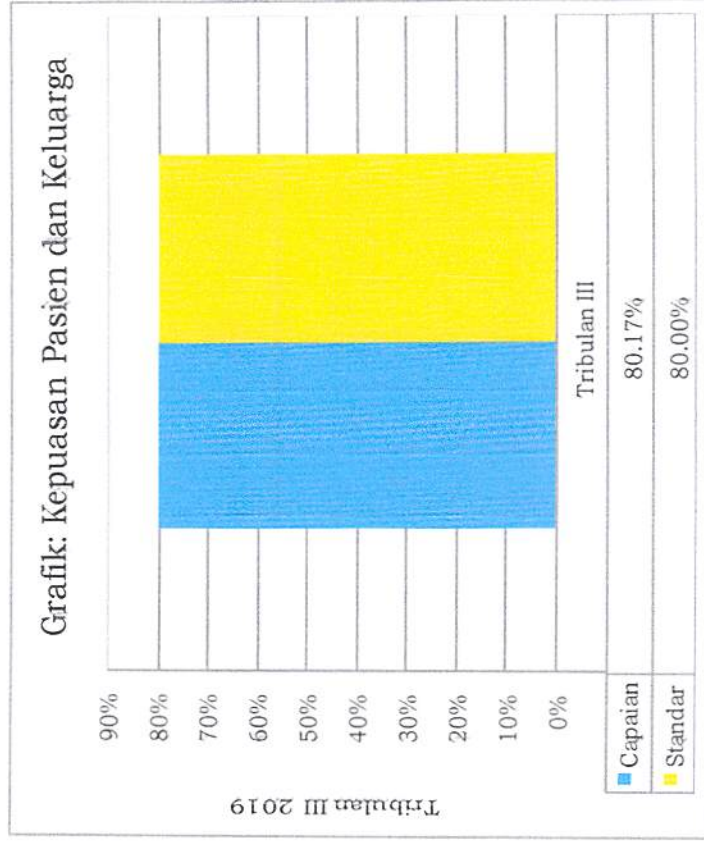
**Analisis :**

Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway* diukur setiap 3 bulan sekali dan pada Triwulan III sudah sesuai standar 80%. Tetapi masih lebih rendah dari capaian rumah sakit sejenis yang mencapai 88%.

**Tindak Lanjut:**

Dipertahankan dengan monitoring dan evaluasi.





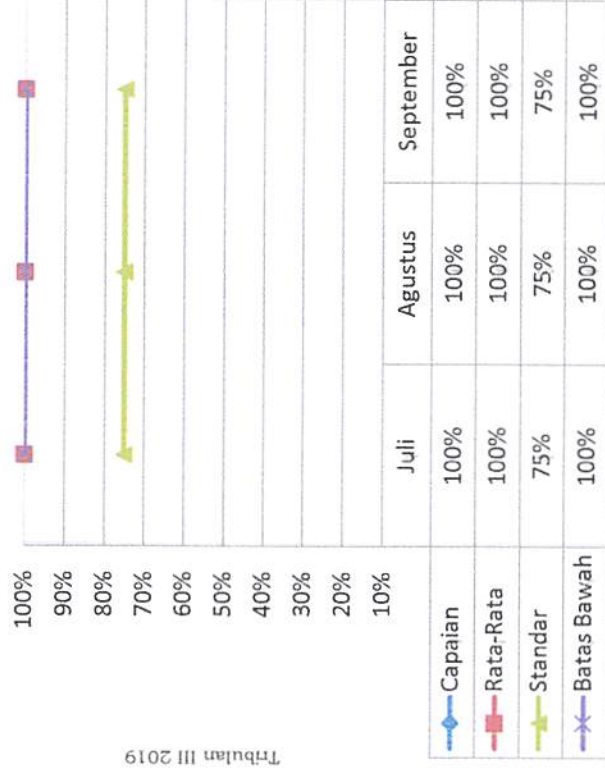
Analisis :

Kepuasan pasien dan keluarga diukur tiga bulan sekali dengan capaian 80.17%. Hasilnya melebihi standar di atas 80%, tetapi masih lebih rendah dari capaian rumah sakit sejenis yaitu 99%.

Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan monitoring dan evaluasi.

Grafik: Kecepatan Respon terhadap Komplain



Analisis :  
Kecepatan respon terhadap komplain selama Tribulan III mencapai 100%, sudah sesuai dengan standar dan capaian sama dengan rumah sakit sejenis.

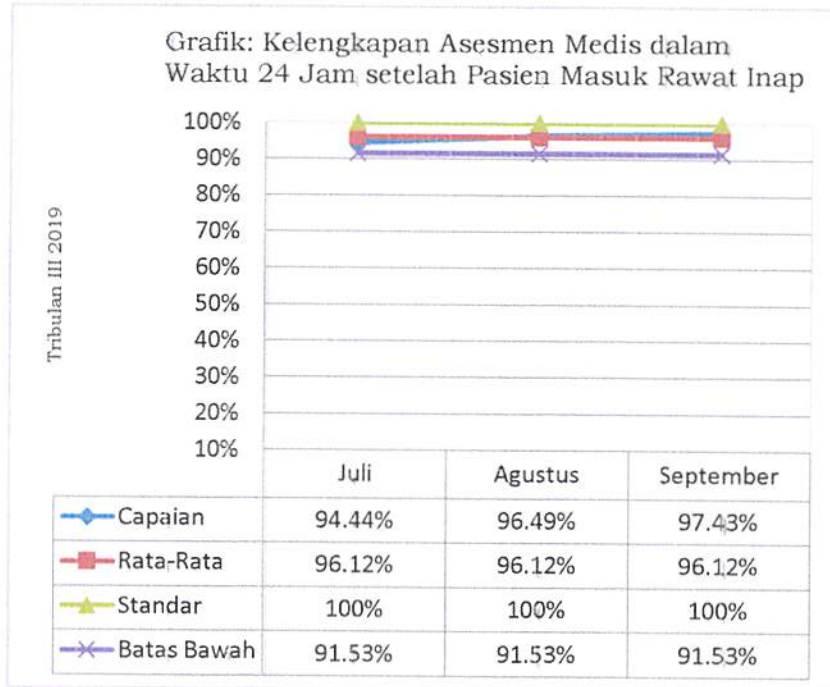
Tindak Lanjut:  
Dipertahankan dengan monitoring dan evaluasi.

B. 10 Indikator Area Klinis (IAK).

NO	KODE	AREA INDIKATOR	NAMA INDIKATOR	STANDAR
1.	IAK 01	Assesmen terhadap Area Klinik.	Kelengkapan Asesmen Medis dalam Waktu 24 Jam setelah Pasien Masuk Rawat Inap.	100%.
2.	IAK 02	Pelayanan Laboratorium.	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium.	100%.
3.	IAK 03	Pelayanan Radiologi.	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax.	180 Menit. (100%).
4.	IAK 04	Prosedur Bedah.	Tidak dilakukannya penandaan lokasi operasi.	2%.
5.	IAK 05	Penggunaan Obat dan Antibiotik Lainnya.	Ketepatan Jenis Antibiotik Profilaksis Bedah Sesuai Regulasi.	100%.
6.	IAK 06	Kesalahan Medis dan KNC.	Kejadian Kesalahan Pemberian Obat di Apotik Rawat Jalan.	0%.
7.	IAK 07	Pelayanan Anestesi dan Sedasi.	Ketidaklengkapan Asesmen Pre Anestesi.	1%.
8.	IAK 08	Penggunaan Darah dan Produk Darah.	Kejadian Reaksi Transfusi.	0.01%.
9.	IAK 09	Ketersediaan, Isi dan Penggunaan Catatan Medik.	Ketidaklengkapan Pengisian <i>Informed Consent</i> pada Tindakan Pembedahan.	0%.
10.	IAK 10	Pencegahan dan Kontrol Infeksi Surveilans dan Pelaporan.	Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK).	<4.7%.

**IAK 01**

**Kelengkapan Asesmen Medis dalam Waktu 24 Jam setelah Pasien Masuk Rawat Inap.**



**Analisis :**  
 Pencapaian selama Tribulan III mendekati standar dengan rata-rata 96.12%. Jika dibandingkan dengan standar dan *database* eksternal maka capaian lebih rendah yaitu 100%. Tetapi setiap bulan tren naik dan jika dibandingkan Tribulan II juga naik, hal ini berarti tindak lanjut cukup efektif.

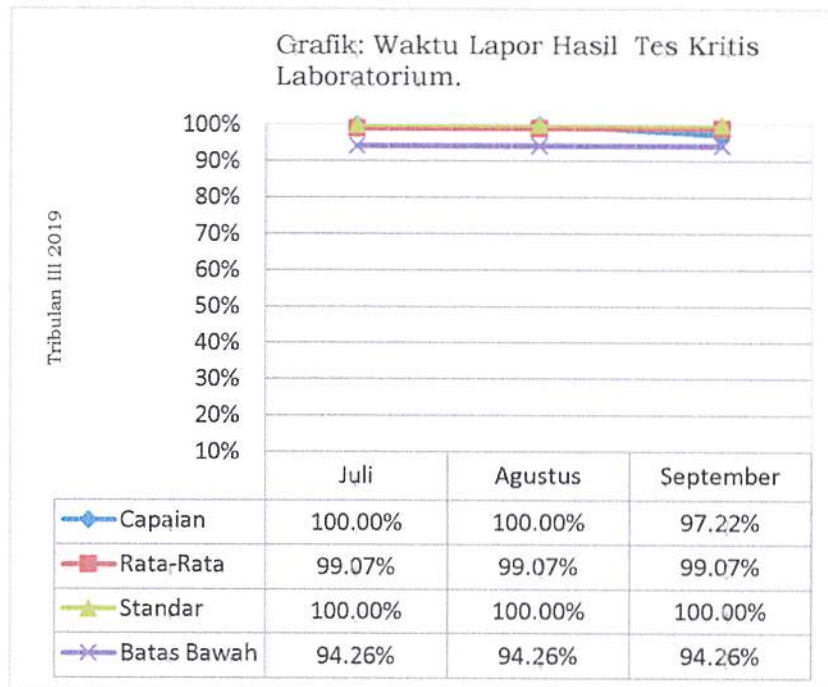
**Tindak Lanjut:**  
 Dilakukan PDSA pada Bulan Oktober.

**Plan**  
 (Rencana, Outcome, Langkah, Populasi, Waktu),  
 Meningkatkan kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap dengan cara selalu mengingatkan DPJP saat visite untuk melengkapi pengkajian awal medis.

**Do**  
 (Amati)  
 Mengingatkan DPJP untuk melengkapi pengkajian awal medis saat visite oleh Kepala Ruang atau perawat pendamping visit.

**Study**  
 (Pelajari, Lihat Tujuan)  
 Monitoring pelaksanaan kegiatan.

**Action**  
 (Simpulkan)  
 Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.



#### Analisis :

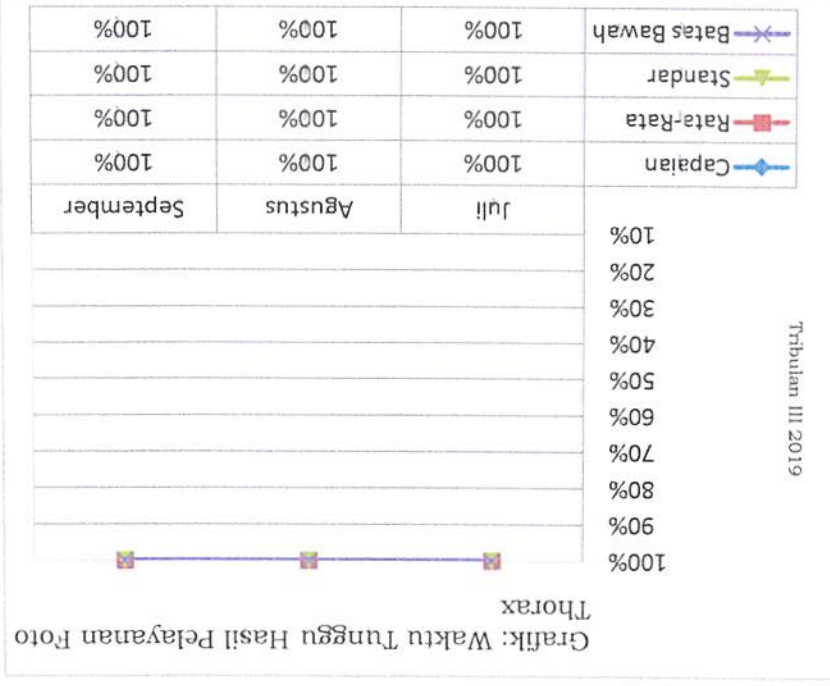
Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium selama Tribulan III sudah sesuai standar yaitu 100% meskipun di Bulan September turun sedikit, capaian ini lebih tinggi dibandingkan pencapaian rumah sakit sejenis.

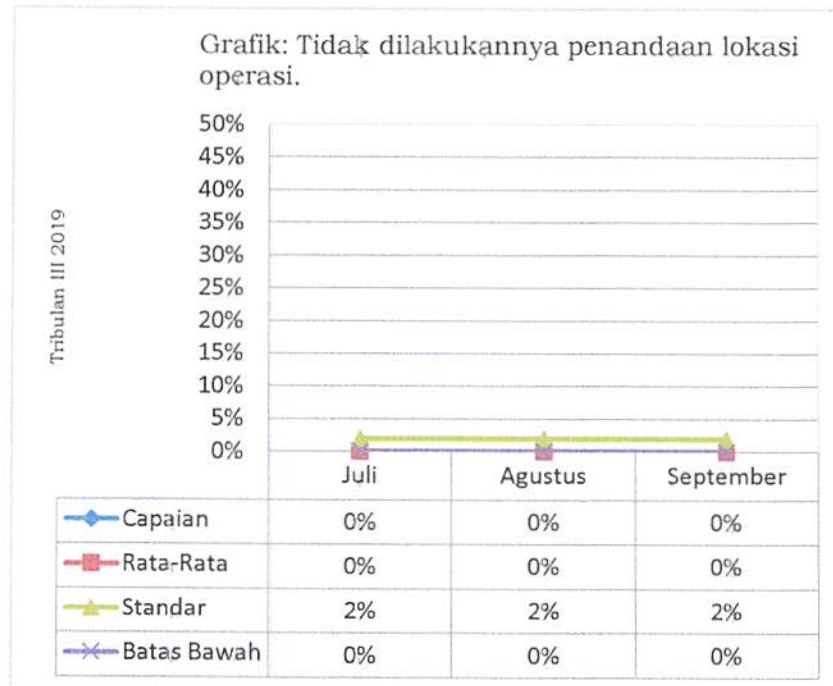
#### Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.

Analisis :  
Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax selama  
Tribulan III sudah sesuai standar 100% kurang  
dari 3 jam, konsisten setiap bulannya dan sesuai  
dengan praktek yang baik.

Tindak Lanjut:  
Dipertahankan dengan melakukan monitoring  
evaluasi.



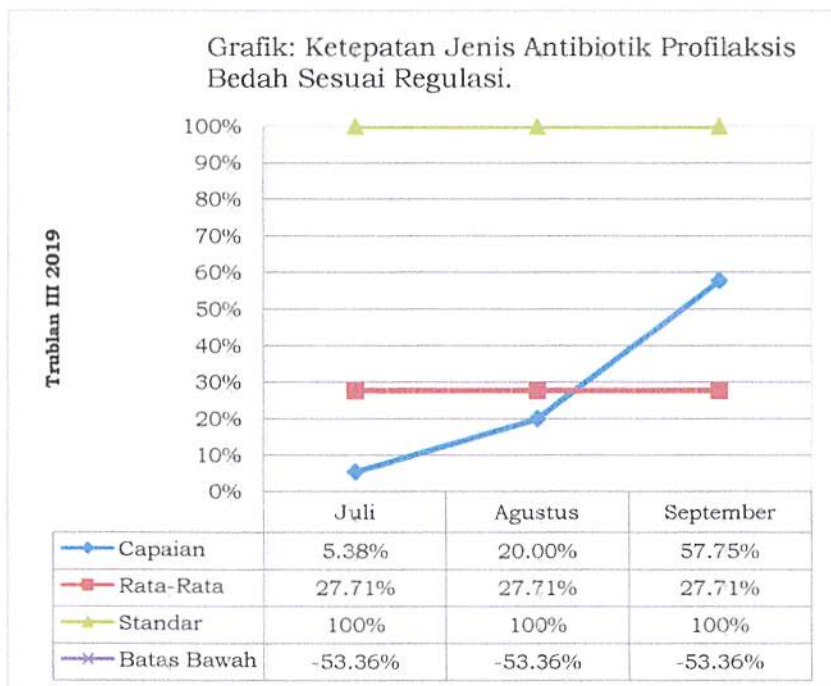


#### Analisis :

Tidak dilakukannya penandaan lokasi operasi di Tribulan III sesuai standar dengan capaian 0%, artinya semua pasien yang harus dilakukan *site marking* sudah dilakukan penandaan lokasi operasi. Hal ini juga berarti tindak lanjut Tribulan II efektif menurunkan tidak dilakukannya *site marking*.

#### Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.



#### Analisis :

Pencapaian selama Tribulan III belum mencapai standar tetapi tren naik, dengan rata-rata capaian 27.71%, tertinggi dibulan September dengan 57.75%. Jika dibandingkan dengan standar dan praktek yang baik maka capaian ini masih lebih rendah. Hal ini karena belum optimalnya supervisi penggunaan antibiotik profilaksis bedah oleh Tim PPRA.

#### Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pada Bulan Oktober.

#### Plan

(Rencana, Outcome, Langkah-Populasi-Waktu)

Meningkatkan ketepatan jenis antibiotik profilaksis bedah sesuai regulasi dengan melakukan supervisi penggunaan antibiotik profilaksis bedah.

#### Do

(Amati)

Melakukan supervisi dengan selalu mengingatkan operator untuk menggunakan antibiotik profilaksis bedah sesuai dengan regulasi.

#### Study

(Pelajari, Lihat Tujuan)

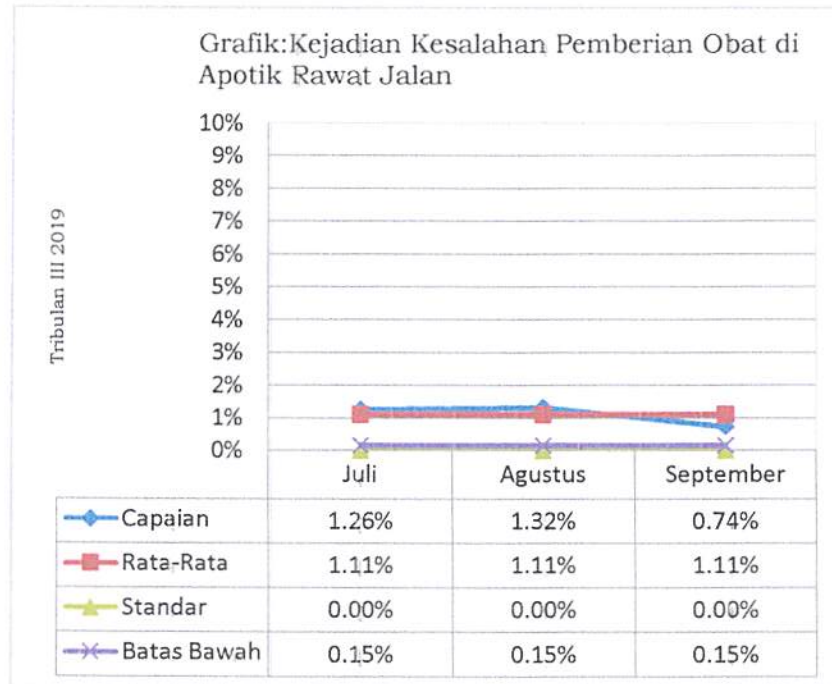
Monitoring pelaksanaan kegiatan.

#### Action

(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.





#### Analisis :

Pencapaian selama Tribulan III konsisten mendekati standar dengan rata-rata 1.11%. Dibandingkan Tribulan II meningkat sedikit, hal ini terjadi karena volume resep juga meningkat.

#### Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pada Bulan Oktober.

Plan (Rencana, Outcome, Langkah-Populasi-Waktu).	Menurunkan dan mempertahankan kejadian kesalahan pemberian obat di apotik rawat jalan dengan meningkatkan supervisi ketelitian petugas.
-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Do  
(Amati)

1. Mengingatkan petugas agar lebih teliti saat input data ke SIM RS, pengambilan obat, penyerahan obat
2. Melaksanakan dobel cek sebelum penyerahan obat.

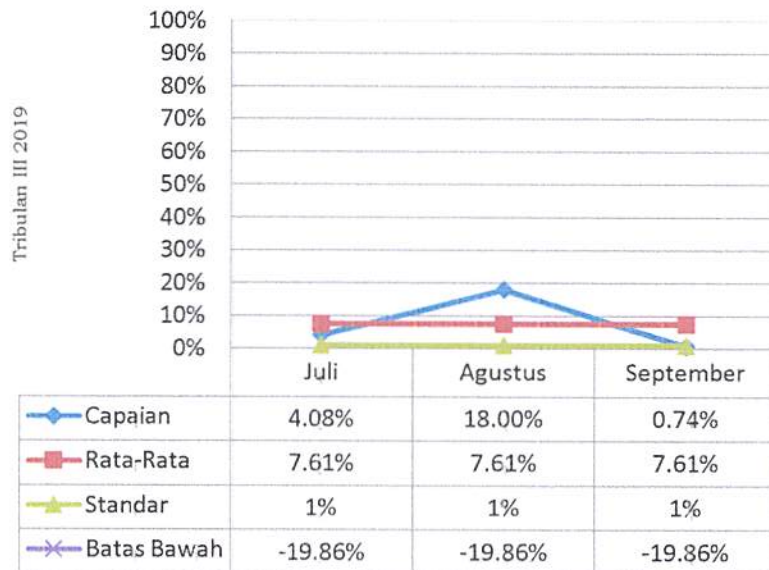
Study  
(Pelajari, Lihat Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action  
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Ketidaklengkapan Asesmen Pre Anestesi.

**Analisis :**

Pencapaian selama Tribulan III belum mencapai standar tetapi turun dibandingkan Tribulan II (rata-rata capaian 12.95% menjadi 7.61%). Jika dibandingkan standar dan *data base* eksternal 1%, capaian masih lebih tinggi. Hal ini karena belum optimalnya supervisi pengisian asesmen pre anestesi.

**Tindak Lanjut:**

Dilakukan PDSA pada Bulan Oktober.

**Plan**

(Rencana, Outcome, Langkah-Populasi-Waktu).

Menurunkan ketidaklengkapan asesmen pre anestesi dengan selalu mengingatkan dokter anestesi oleh petugas ruangan dan IBS dan melakukan kordinasi Bidang Pelayanan. Dengan KSM Anesthesi.

**Do**  
(Amati)

1. Melakukan koordinasi Bidang Pelayanan dengan KSM Anesthesi.
2. Melakukan supervisi dengan mengingatkan dokter anestesi oleh petugas ruangan dan IBS.

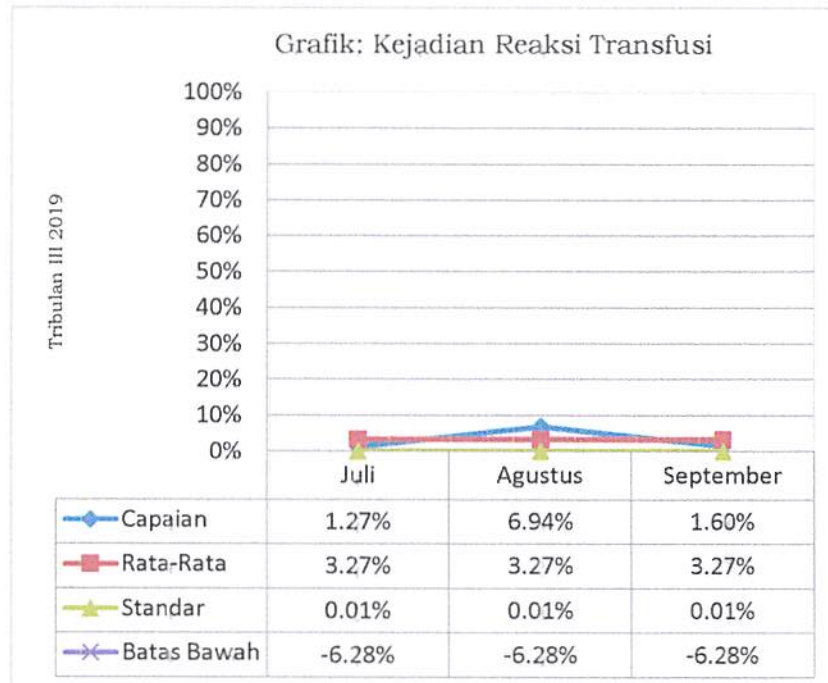
**Study**

(Pelajari, Lihat Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

**Action**  
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.



#### Analisis :

Pencapaian selama Tribulan III masih lebih tinggi dari standar dengan rata-rata capaian 3.27%, jika dibandingkan Tribulan II capaian menurun (dari rata-rata 4.82% menjadi 3.27%). Reaksi transfusi utamanya masih muncul pada pasien yang mendapat transfusi berulang.

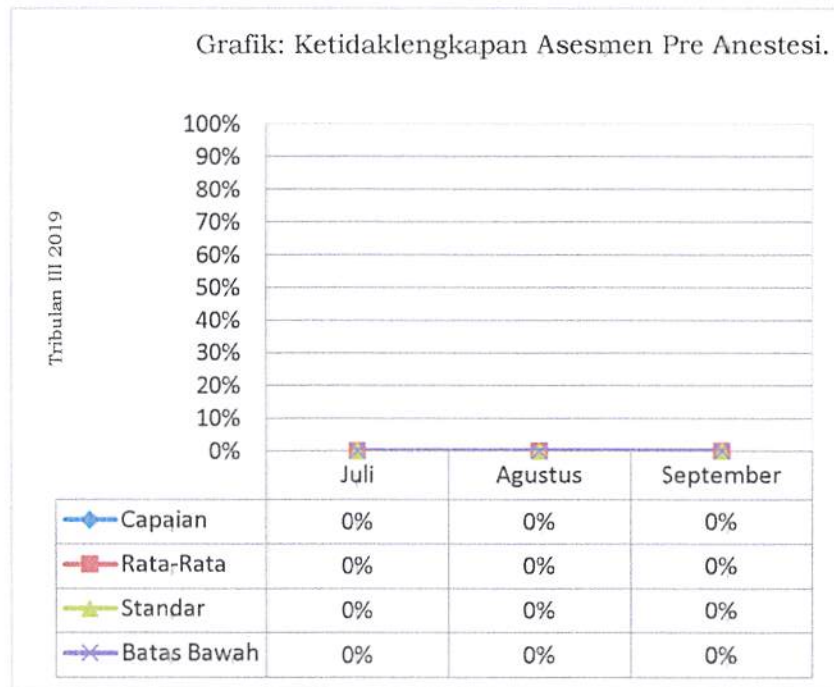
Tindak Lanjut:  
Dilakukan PDSA pada Bulan Oktober.

**Plan**  
(Rencana, Outcome, Langkah-Populasi-Waktu).  
Menurunkan kejadian reaksi transfusi menjadi  $\leq 0.01\%$  dengan memberlakukan cek list monitoring pemberian transfusi.

**Do**  
(Amati)  
Supervisi pengisian *cek list* monitoring pemberian transfusi pada pasien.

**Study**  
(Pelajari, Lihat Tujuan)  
Monitoring pelaksanaan kegiatan.

**Action**  
(Simpulkan)  
Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

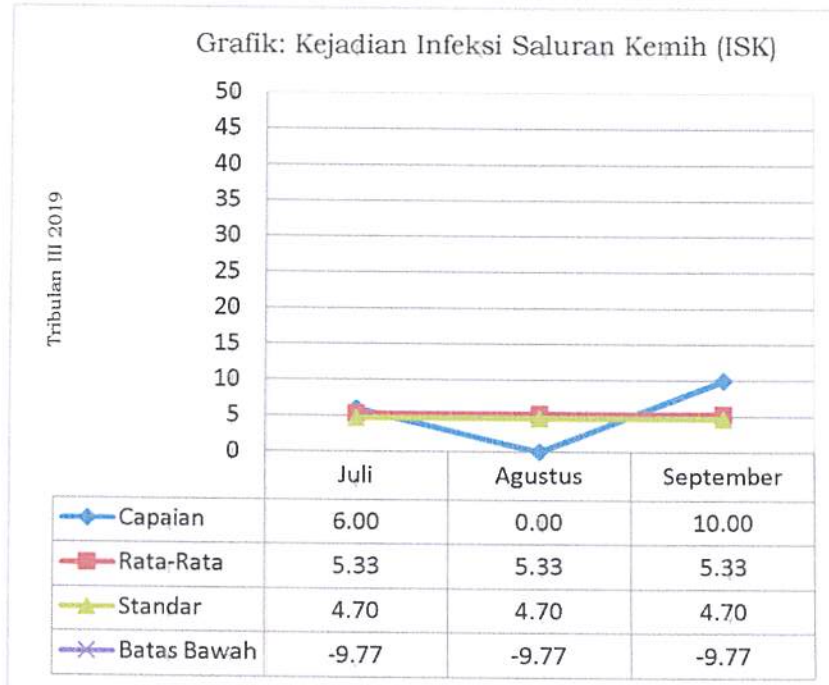


#### Analisis :

Ketidaklengkapan pengisian *informed consent* pada tindakan pembedahan selama Tribulan III sudah sesuai standar yaitu 0%, konsisten setiap bulannya dan sesuai dengan *database* eksternal.

#### Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.



#### Analisis :

Pencapaian Tribulan III masih fluktuatif dan lebih tinggi dari standar, meskipun di Bulan Agustus dibawah standar. Dengan capaian rata-rata 5.33% capaian ini lebih baik dibandingkan Tribulan II. Capaian juga belum sesuai dengan praktek yang baik dan capaian rumah sakit sejenis yang mencapai 0%. Hal ini karena masih belum sepenuhnya pelaksanaan *bundle* ISK.

#### Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pada Bulan Oktober.

#### Plan

(Pencapaian, Outcome, Langkah, Populasi, Waktu).

Menurunkan angka kejadian infeksi saluran kemih di bawah 4.7% dengan melakukan supervisi dan monitoring pelaksanaan *bundle* ISK.

#### Do

(Amati)

1. Melakukan monitoring pelaksanaan *bundle* ISK meliputi: Pemasangan DC sesuai indikasi; Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan; Menggunakan *handscoon* steril saat pemasangan DC; Bekerja dengan prinsip aseptik; *Cateter maintenance* dengan benar; Lakukan perawatan setiap hari; Lepas segera kateter jika tidak digunakan.
2. Melakukan supervisi dan monitoring oleh kepala ruang, IPCLN, dan IPCN terkait pengisian data dan pelaksanaan *bundle* ISK.

#### Study

(Pelajari, Lihat Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

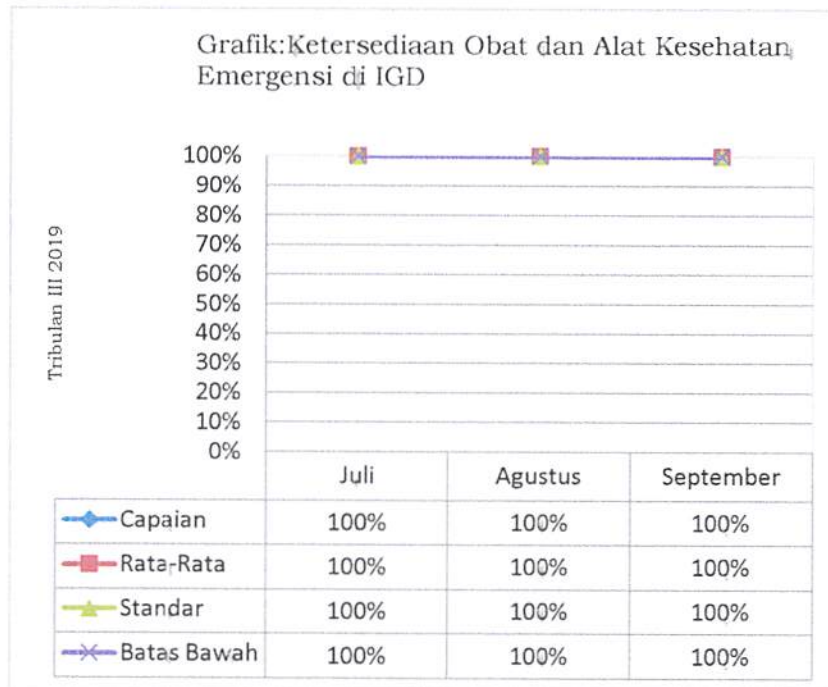
#### Action

(Simpulkan)

Evaluasi pada bulan selanjutnya

C. 9 Indikator Area Manajemen (IAM).

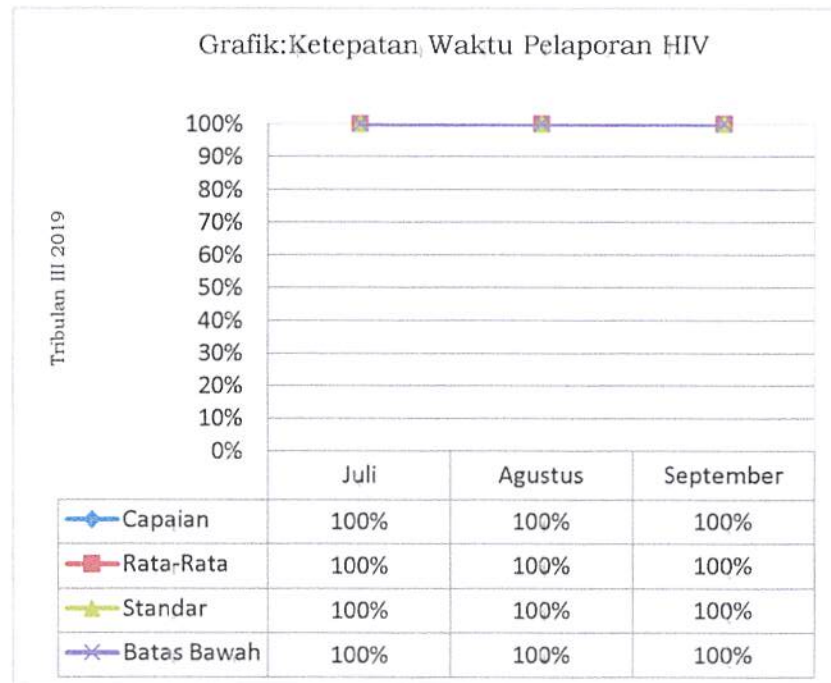
NO	KODE	AREA INDIKATOR	NAMA INDIKATOR	STANDAR
1.	IAM 01	Pengadaan Rutin Peralatan Kesehatan dan Obat untuk Memenuhi Kebutuhan Pasien.	Ketersediaan Obat dan Alat Kesehatan Emergensi di IGD.	100%.
2.	IAM02	Pelaporan yang Diwajibkan oleh Perundang-Undangan.	Ketepatan Waktu Pelaporan HIV.	100%.
3.	IAM03	Manajemen Risiko.	Kejadian Pulang Sebelum Dinyatakan Sembuh.	5%.
4.	IAM 04	Pemanfaatan Sumber Daya Rumah Sakit.	Alat Ukur dan Alat Laboratorium yang Dikalibrasi Tepat Waktu.	100%.
5.	IAM 05	Harapan dan Kepuasan Pasien dan Keluarga .	Kepuasan Pasien dan Keluarga.	80%.
6.	IAM 06	Harapan dan Kepuasan Staf.	Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Per Tahun	60%.
7.	IAM 07	Demografi Pasien dan Diagnosa Klinik.	Laporan 10 Besar Penyakit di Rawat Inap dan Demografinya.	-
8.	IAM 08	Manajemen Keuangan.	Berkas Pasien BPJS yang Tidak Layak Klaim.	0%.
9.	IAM09	Pencegahan dan Pengendalian dari Kejadian yang Dapat Menimbulkan Masalah bagi Keselamatan Pasien, Keluarga dan Staf.	Kepatuhan Penggunaan APD.	100%.

**IAM 01****Ketersediaan Obat dan Alat Kesehatan Emergensi di IGD.****Analisis :**

Ketersediaan obat dan alat kesehatan emergensi di IGD selama Tribulan III sudah sesuai standar yaitu 100% dan konsisten setiap bulannya.

**Tindak Lanjut:**

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.



**Analisis :**

Pelaporan HIV selama Tribulan III sudah tepat waktu, dengan capaian sesuai standar yaitu 100% dan konsisten setiap bulannya.

**Tindak Lanjut:**

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.



Grafik:Kejadian Pulang Sebelum Dinyatakan Sembuh

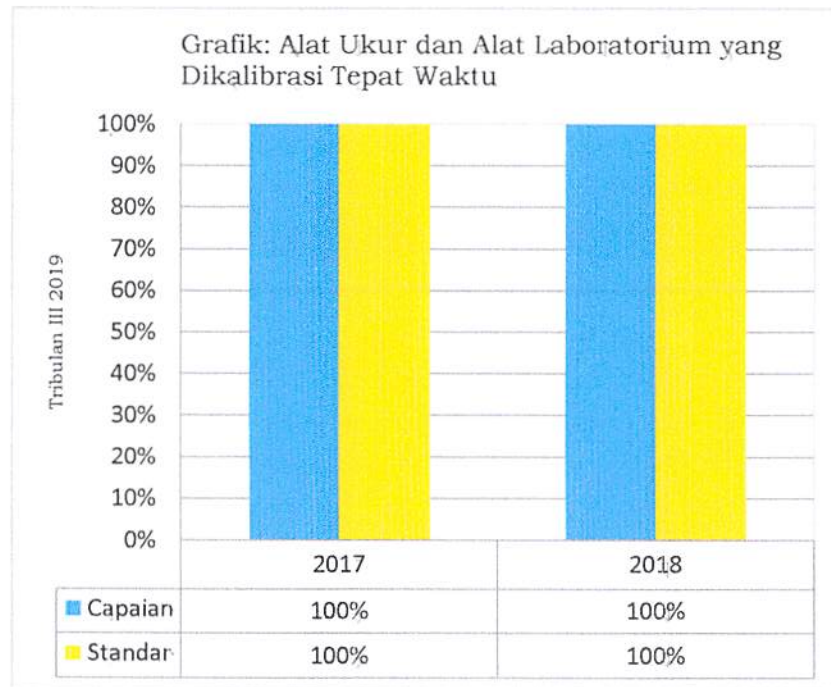


Analisis :

Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh selama Tribulan III sudah sesuai standar yaitu dibawah 5% dan konsisten setiap bulannya diangka rata-rata 0.75%. Adapun alasan pasien pulang diantaranya merasa sudah sembuh dan kesulitan menunggui.

Tindak Lanjut:

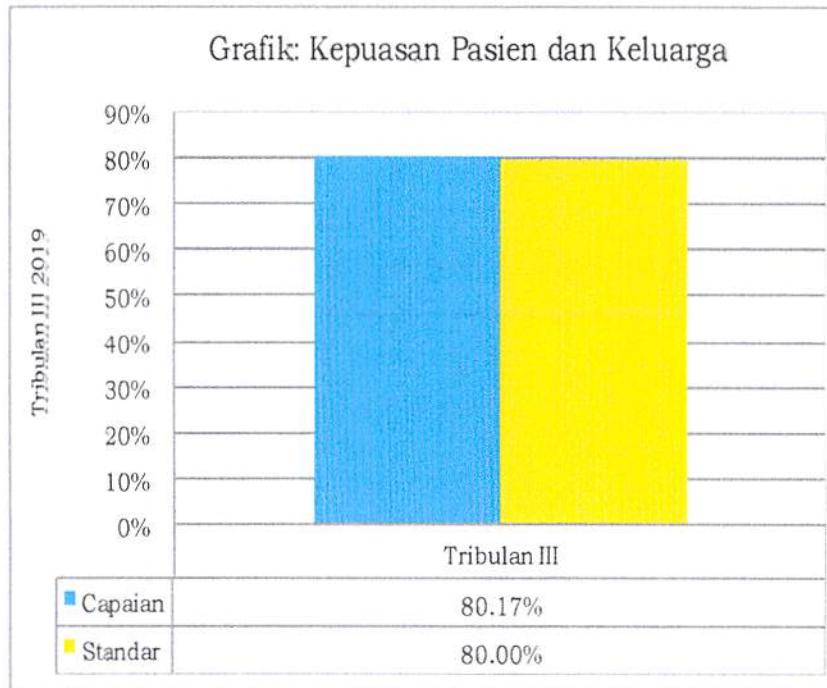
Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.

**Analisis :**

Kalibrasi alat ukur dan alat laboratorium selama 2 tahun terakhir selalu tepat waktu, sesuai jadwal kalibrasi. Kalibrasi dilakukan bekerja sama dengan pihak ketiga, dan hal tersebut perlu dipertahankan.

**Tindak Lanjut:**

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.

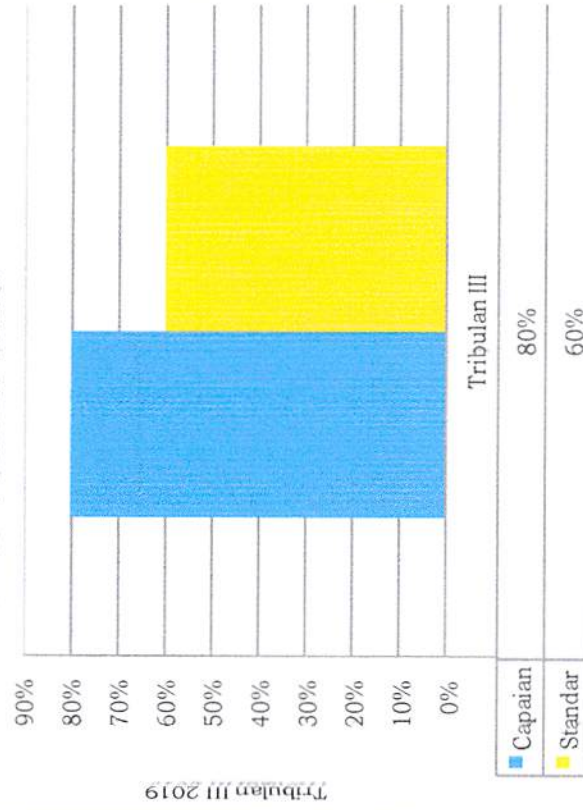
**Analisis :**

Kepuasan pasien dan keluarga diukur tiga bulan sekali dengan capaian 80.17%. Hasilnya melebihi standar di atas 80%, tapi lebih rendah dari capaian rumah sakit sejenis yaitu 99%.

**Tindak Lanjut:**

Dipertahankan dengan monitoring dan evaluasi.

Grafik: Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Per Tahun

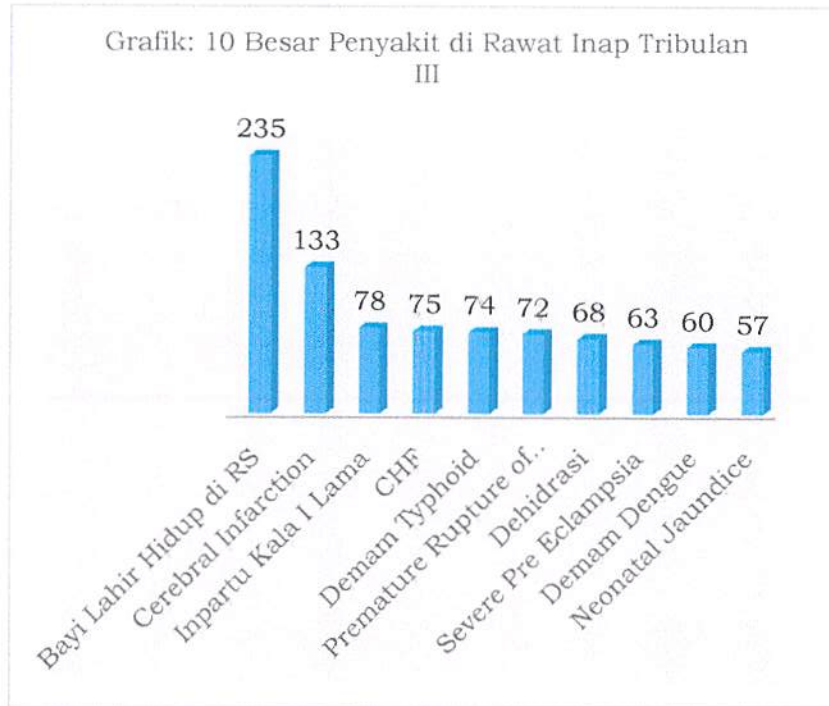


Analisis :

Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun pada Tribulan III sudah mencapai 80%, diatas standar yang 60%. Hal ini karena banyaknya pelatihan dasar bagi pegawai yang dilaksanakan di Tribulan III, yaitu pelatihan PMKP, PPI, BHD, Perawatan Pasien Terminal, dan Komunikasi Efektif selain diklat teknis di luar rumah sakit (ICU, BTCLs, NICU, dll).

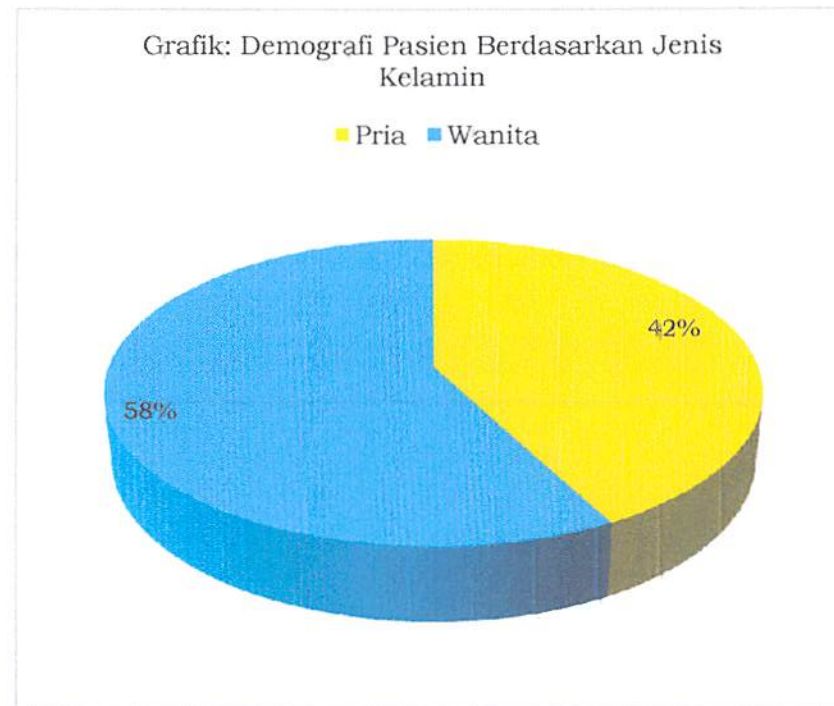
Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan monitoring dan evaluasi.



**Analisis :**

Diagnosis terbanyak di rawat inap pada Tribulan III adalah Bayi Lahir Hidup di RS diikuti *Cerebral Infarction* dan Inpartu Kala I Lama.

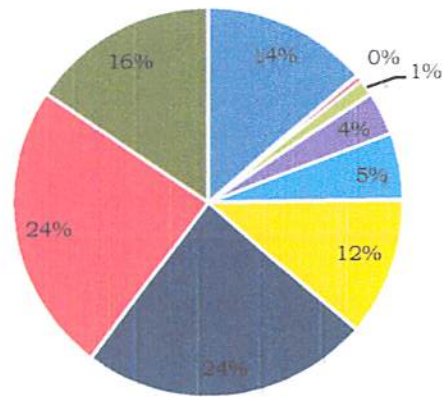


**Analisis :**

Demografi pasien rawat inap berdasarkan jenis kelamin selama Tribulan III, pasien wanita lebih banyak (58%) dibandingkan pasien pria (42%).

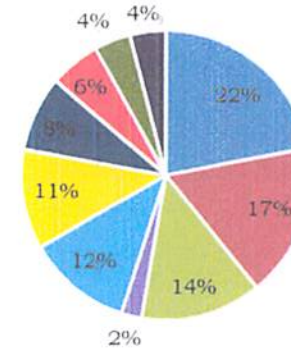
Grafik: Demografi Pasien Rawat Inap Berdasarkan Usia

- 0-6 Hari    ■ 7-28 Hari    ■ 28-1 Tahun
- 1-4 Tahun   ■ 5-14 Tahun   ■ 15-24 Tahun
- 25-44 Tahun ■ 45-65 Tahun ■ >65 Tahun



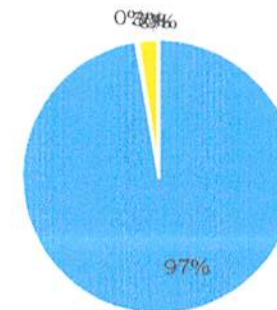
Grafik: Demografi Pasien Rawat Inap Berdasarkan Wilayah

- Muntilan   ■ Mungkid   ■ Borobudur   ■ Pakis   ■ Sawangan
- Srumbung   ■ Salam   ■ Ngluwar   ■ Mertoyudan   ■ Salaman



Grafik: Demografi Pasien Rawat Inap Berdasarkan Agama

- Islam   ■ Kristen   ■ Katholik   ■ Budha   ■ Lainnya



**Analisis :**

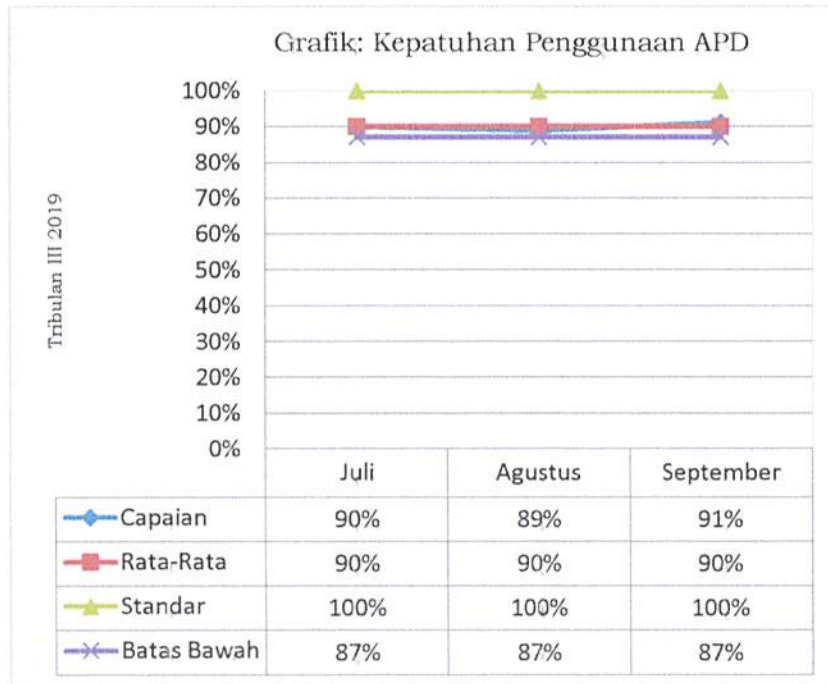
Demografi pasien rawat inap berdasarkan usia terbanyak pasien direntang usia 45-64 tahun sebesar 24%. Sedangkan berdasarkan wilayah terbanyak adalah pasien dari Kecamatan Muntilan, sebesar 22%. Hal ini sejalan dengan lokasi rumah sakit yang berada di Kecamatan Muntilan. Sedangkan berdasarkan agama terbanyak adalah pasien beragama Islam 97%.

**IAM 08**

Berkas Pasien BPJS yang Tidak Layak Klaim.

Analisis :

Klaim BPJS baru sampai Bulan Juni 2019 (Tribulan II) sehingga belum tersedia data untuk Tribulan III.



#### Analisis :

Pencapaian selama Tribulan III masih belum mencapai standar (100%). Dengan rata-rata capaian 90%. Masih adanya petugas yang memakai APD tidak sesuai indikasi dan belum optimalnya supervisi kepala unit merupakan penyebab belum tercapainya standar.

Tindak Lanjut:  
Dilakukan PDSA pada Bulan Oktober.

Plan  
(Rencana, Outcome, Langkah-Populasi-Waktu)

Meningkatkan kepatuhan penggunaan APD dengan melakukan edukasi dan supervisi pemakaian APD kepada petugas.

Do  
(Amati)

1. Melakukan *inhouse training* untuk semua karyawan pada bulan Agustus 2019.
2. Memberikan edukasi dan desiminasi ke unit-unit terkait dan meminta tindak lanjut perbaikan.
3. Supervisi ketat oleh IPCLN.

Study  
(Pelajari, Lihat Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

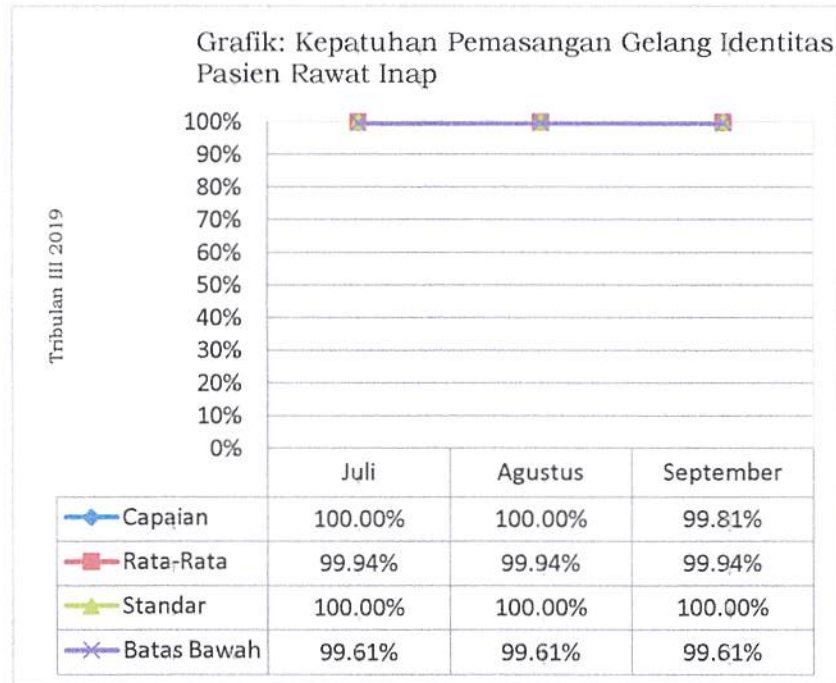
Action  
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.



D. 6 Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (ISKP)

NO	KODE	AREA INDIKATOR	NAMA INDIKATOR	STANDAR
1.	ISKP 01	Ketepatan identifikasi pasien.	Kepatuhan Pemasangan Gelang Identitas Pasien Rawat Inap.	100%.
2.	ISKP 02	Peningkatan komunikasi yang efektif.	Kepatuhan Verifikasi Laporan Verbal oleh DPJP di Ruang Rawat Inap.	100%.
3.	ISKP 03	Peningkatan keamanan obat yang harus diwaspadai.	Kepatuhan Pelabelan Obat <i>High Alert</i> di Instalasi Hemodialisa.	100%.
4.	ISKP 04	Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi.	Kelengkapan Pengisian <i>Surgical Safety Checklist</i> .	100%.
5.	ISKP 05	Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.	Kepatuhan Cuci Tangan.	85%.
6.	ISKP 06	Mengurangi risiko jatuh.	Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh.	100%.

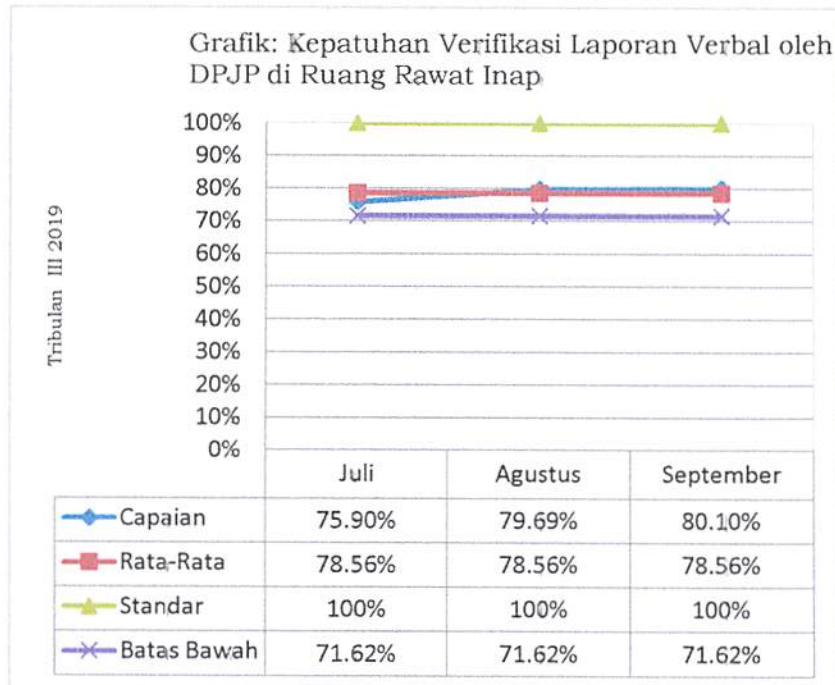


**Analisis :**

Kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien rawat inap selama Tribulan III sudah sesuai standar yaitu 100%, meskipun turun sedikit Bulan September 99.81%.

**Tindak Lanjut:**

Dipertahankan dengan monitoring dan evaluasi.

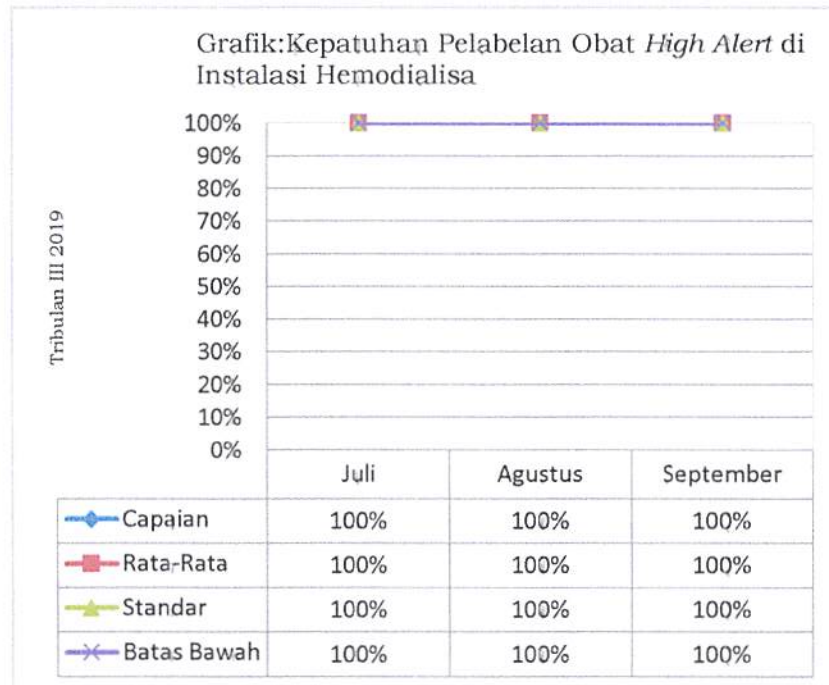


Analisis :

Pencapaian selama Tribulan III belum sesuai standar tetapi meningkat jika dibandingkan Tribulan II dengan rata-rata capaian naik dari 72.25% menjadi 78.56%. Belum tercapainya karena terbatasnya waktu visite DPJP terkait jumlah pasien rawat inap, rawat jalan, maupun tindakan.

Tindak Lanjut:  
Dilakukan PDSA pada Bulan Oktober.

Plan (Rencana, Outcome, Langkah-Populasi-Waktu).	Meningkatkan verifikasi laporan verbal oleh DPJP di ruang rawat inap dengan mengingatkan DPJP setiap visite untuk mengisi form TBAK di RM pasien.
Do (Amati)	Mengingatkan DPJP saat visite untuk mengisi form TBAK di RM pasien.
Study (Pelajari, Lihat Tujuan)	Monitoring pelaksanaan kegiatan.
Action (Simpulkan)	Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.



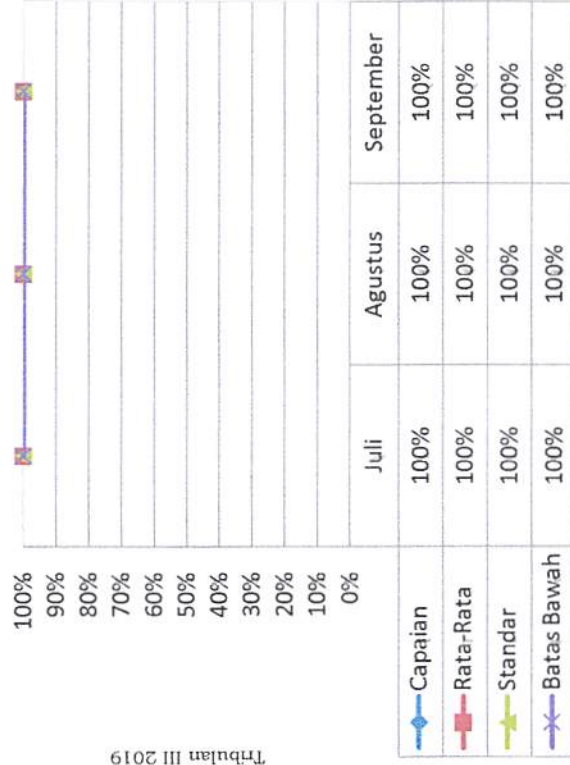
Analisis :

Kepatuhan pelabelan obat *high alert* di Instalasi Hemodialisa selama Tribulan III sudah sesuai standar yaitu 100% dan konsisten.

Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan monitoring dan evaluasi.

Grafik: Kelengkapan Pengisian Surgical Safety Checklist

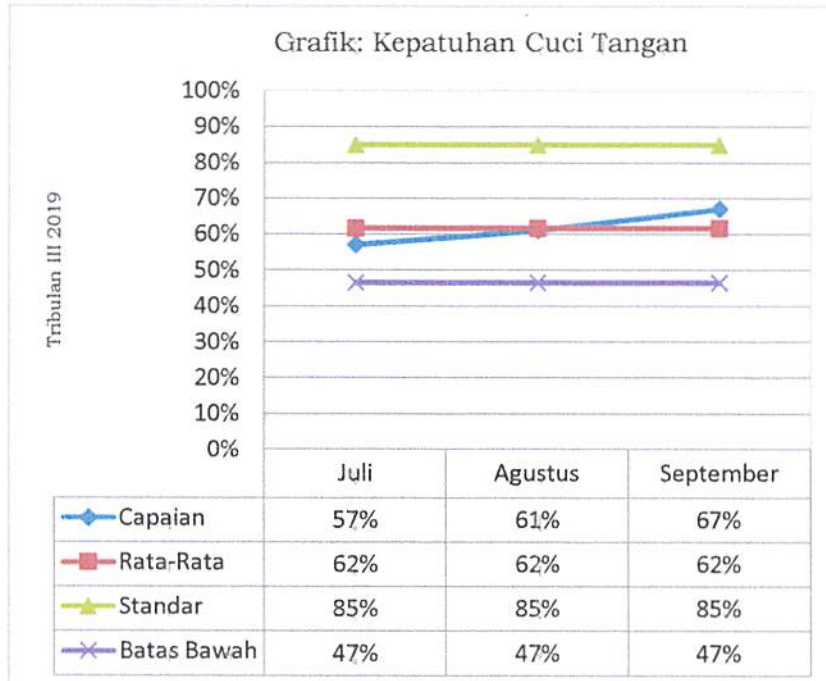


Analisis :

Kelengkapan pengisian *surgical safety checklist* di kamar operasi pada Tribulan III sudah sesuai standar yaitu 100% dan konsisten di setiap bulannya.

Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan monitoring dan evaluasi.

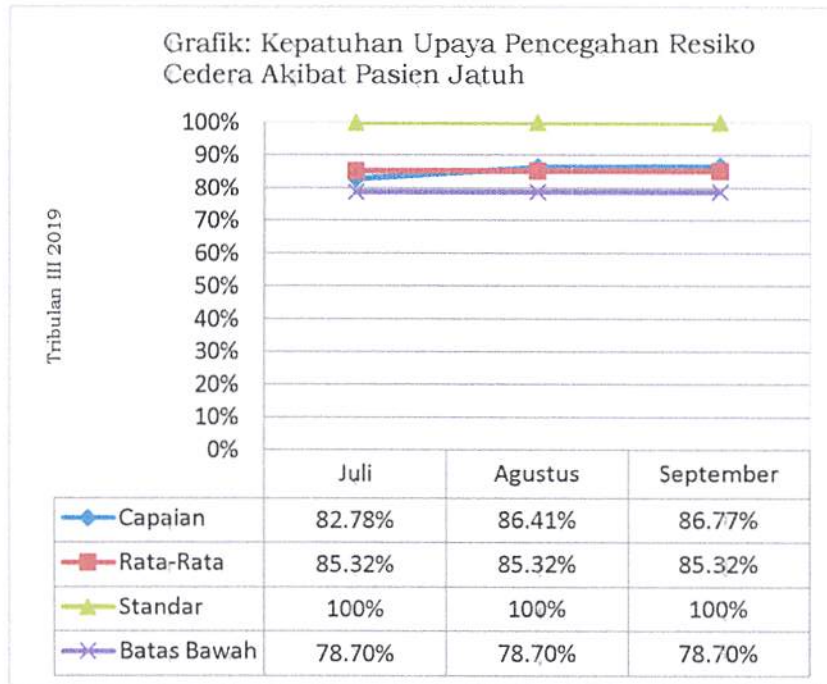


**Analisis :**

Pencapaian selama Tribulan III belum mencapai standar tapi naik dibandingkan Tribulan II (rata-rata capaian 49% menjadi 62%), tertinggi di bulan September 67%. Jika dibandingkan dengan standar 85% dan rumah sakit sejenis yang mencapai 82%, maka capaian lebih rendah. Hal ini karena belum efektifnya sosialisasi dan edukasi terkait kepatuhan cuci tangan.

Tindak Lanjut:  
Dilakukan PDSA pada Bulan Oktober.

<b>Plan</b> (Rencana, Outcome, Lokasi-Populasi-Waktu)	Meningkatkan kepatuhan cuci tangan petugas dengan melakukan refresh pengetahuan petugas tentang cuci tangan dengan target refresh pengetahuan terlaksana.
<b>Do</b> (Amati)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melaksanakan <i>inhouse training</i> pelaksanaan cuci tangan.</li> <li>2. Monitoring ketat dan meningkatkan koordinasi terutama di unit yang nilainya masih rendah.</li> </ol>
<b>Study</b> (Pelajari, Lihat Tujuan)	Monitoring pelaksanaan kegiatan.
<b>Action</b> (Simpulkan)	Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.



#### Analisis :

Pencapaian selama Tribulan III belum mencapai standar dengan rata-rata 85.32%, tertinggi Bulan September 86.77%. Jika dibandingkan dengan standar dan rumah sakit sejenis yang mencapai 100%, maka capaian masih lebih rendah. Ketidakepatuhan ada pada pelaksanaan asesmen ulang resiko jatuh.

Tindak Lanjut:  
Dilakukan PDSA pada Bulan Oktober.

Plan (Rencana, Outcome, Langkah- Populasi- Waktu)	Meningkatkan kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh dengan melakukan sosialisasi pencegahan resiko jatuh menggunakan vidio.
Do (Amati)	Melakukan sosialisasi pencegahan resiko jatuh menggunakan vidio.
Study (Pelajari, Lihat Tujuan)	Monitoring pelaksanaan kegiatan.
Action (Simpulkan)	Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

### III. PENUTUP

Upaya peningkatan mutu harus dilakukan terus menerus dan berkesinambungan melalui pemantauan terhadap indikator mutu yang telah ditetapkan oleh rumah sakit. Dengan melakukan analisis data mutu dan merancang tindaklanjutnya menggunakan matriks PDSA terhadap capaian setiap indikator mutu, melakukan upaya perbaikan melalui *pilot project* dan dilakukan diseluruh rumah sakit jika *pilot project* berhasil maka diharapkan standar akan tercapai.

Laporan ini merupakan bagian dari perbaikan mutu dan keselamatan pasien di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang yang dilakukan secara periodik tiga bulan sekali. Keberhasilan pelaksanaan program mutu rumah sakit sangat tergantung kepada kesadaran, kepedulian dan kerjasama semua staf dirumah sakit, sehingga mutu dan keselamatan pasien dapat menjadi budaya di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang.